

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

POTILASOHJAUKSEN RAKENTEINEN KIRJAAMISMALLI

Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoilla

Marjo Mensonen & Aino-Marja Mikkola

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

KEMI 2011

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

MARJO MENSIONEN & AINO-MARJA MIKKOLA

POTILASOHJAUKSEN RAKENTEINEN KIRJAAMISMALLI

Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoilla

Opinnäytetyö, 50 sivua ja 4 liitettä

Ohjaajat: Sirpa Orajärvi & Hanna-Leena Paakkolanvaara

2.5.2011

Asiasanat: hoitotyö, rakenteinen kirjaaminen, potilasohjaus

Tämä opinnäytetyöprojekti käsittelee potilasohjauksen rakenteisen kirjaamisen kehittämistä Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoilla. Projektin taustalla on kaksi aiempaa kansallista hoitotyön kirjaamisen kehittämishanketta sekä laki asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Hoitotyön kirjaamista kehitti valtakunnallinen eNNI-hanke (Electronic Documentation of Nursing Care – the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life).

Tämä eNNI 2 -osahankkeeseen liittyvä opinnäytetyö toteutettiin vuosina 2009–2011 yhteistyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden sekä Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjaamisen nykytila poliklinikoilla ja siirtää teoriatietoa kirjaamisesta käytännön osaajille sekä rakentaa uusi toimintamalli pohjautuen rakenteiseen kirjaamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää poliklinikoiden potilasohjauksen rakenteisen kirjaamisen osaamista kansallista mallia vastaavaksi. Tavoitteena korostui myös oman osaamisen kehittäminen rakenteisessa kirjaamisessa.

Opinnäytetyön työmenetelmänä käytettiin Learning by Developing (LbD) -menetelmää toimintatavan muutoksen aikaansaamiseksi potilasohjauksen kirjaamisessa. Hoitotyön kirjaamisen nykytilan kartoittamisen menetelmänä käytettiin strukturoitua ja avointa haastattelua sekä työyhteisössä havainnointia. Työyhteisöt valitsivat kehittämiskohteekseen potilasohjauksen kirjaamisen kehittämisen. Tämän pohjalta kehitettiin potilasohjauksen rakenteinen kirjaamismalli, joka rajattiin erittämisen, kudoseheyden, lääkehoidon ja terveystyöntekijöiden osaamisen komponentteihin.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Social Services and Health Care
Degree Programme in Nursing

MARJO MENSONEN & AINO-MARJA MIKKOLA

A MODEL FOR THE STRUCTURED DOCUMENTING OF PATIENT COUNSELLING
At the Länsi-Pohja Central Hospital out-patient departments of internal medicine and surgery

Bachelor's Thesis, 50 pages and 4 appendices
Advisors: Sirpa Orajarvi & Hanna-Leena Paakkolanvaara

2.5.2011

Keywords: nursing care, structured documentation, patient counselling

This thesis work deals with the developing structured documenting of patient counselling at the out-patient departments of internal medicine and surgery at Länsi-Pohja Central hospital. The basis for this work have been two previous development projects of documenting in nursing care, as well as the Finnish law for the electric handling of patient information in social- and health care 159/2007. The national eNNI project (Electronic Documentation of Nursing Care– the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life) concentrated on developing documentation of nursing care.

This thesis work is connected to eNNI 2 part project, and was carried out during the years 2009-2011 as collaboration between the out-patient department of internal medicine and surgery at the Länsi-Pohja Central hospital, and Kemi-Tornio University of Applied Sciences. The purpose of the thesis is to describe the documenting practices at the out-patient departments as they are now and to transfer knowledge about documenting in nursing care to practitioners; as well as to build a new model based on structured documenting. The aim of the thesis work is to enhance the documenting know-how of patient counselling at the out-patient departments to match the national model. A secondary aim was also to increase the writers own know-how in structured documenting.

To map out the current state of documenting in nursing, both structured and open interviews were used, as well as observing the work community. Learning by Doing (LbD) approach was to achieve a change in the documenting practices in patient counselling. The working community chose as their development goal the improvement of documenting in patient counselling and based on this the structured documenting model was built up and narrowed down to include the components of: excretion, integrity of tissue, medical treatment and health behaviour.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	7
2.1 Kirjaaminen.....	7
2.2 Hoitotyön kirjaamisen lainsäädännöllinen ja eettinen perusta.....	9
2.3 Systemaattinen rakenteinen kirjaaminen.....	13
2.4 Hoitotyön FinCC-luokitus.....	15
3 POTILASOHJAUKSEN KIRJAAMINEN POLIKLIINISESSA HOITOTYÖSSÄ	17
3.1 Potilasohjaus	17
3.2 Ohjauksen tarve.....	19
3.3 Ohjausmenetelmät.....	21
3.4 Ohjauksen eettiset näkökulmat ja lailliset lähtökohdat.....	22
3.5 Sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden toiminta.....	25
3.6 Potilasohjauksen rakenteinen kirjaamismalli	27
4 PROJEKTIN PROSESSIKUVAUS	30
4.1 Projektin tarkoitus, tavoitteet ja tuloksen määrittely	30
4.2 Projektin rajaus, liittymät, organisaatio ja ohjaus	30
4.3 Projektin eteneminen.....	32
4.4 Työ- ja arviointimenetelmät.....	35
4.5 Projektin tekemiseen liittyviä eettisiä ja juridisia näkökulmia	38
4.6 Projektin dokumentointi ja tiedottaminen.....	41
5 POHDINTA	42
LÄHTEET.....	46
LIITTEET 1–4	

1 JOHDANTO

Kansallisen terveyshankkeen strategian mukaan kaikkien terveydenhuollon organisaatioiden tulee siirtyä yhtenäisen sähköisen potilaskertomuksen käyttöön vuoden 2007 aikana. Sosiaali- ja terveysministeriö edellyttää, että vuoden 2007 loppuun mennessä on kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä otettava käyttöön ydintietomäärittysten mukaiset tietorakenteet. (STM 2004, 18.) Laki sähköisten asiakirjojen käsittelystä tuli voimaan heinäkuussa 2007. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköisten potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä, joiden tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja tehostaa palvelun tuottamista. Julkisten terveydenhuollon organisaatioiden tuli lain mukaan liittyä samaan sähköiseen arkistojärjestelmään viimeistään vuonna 2011, mutta lakimuutoksen myötä siirtymäaika annettiin 1.9.2014 asti. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta 1227/2010.)

Siirtyminen sähköiseen, hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen on suuri muutos yksilöille, työyhteisöille, organisaatioille ja järjestelmille. Siirtyminen ei muuta vain kirjaamista, vaan todennäköisesti myös työyhteisön toimintakulttuuria ja rakenteita eri tavoin. (Haveri & Majoinen 2000, 28–29.) Hoitotyön ammattilaisten kirjaamisen prosessipohjainen perusta on vahva, sillä lukuisat ammattilaiset ovat päivittäneet säännöllisesti tietoaan kirjaamisesta (Hopia & Koponen 2007, 8).

Tämän opinnäytetyöprojektin taustalla on rakenteisen kirjaamisen kehittämisprojekti, joka on osa valtakunnallista eNNI-hanketta. Vuosille 2008–2012 suunnitellussa eNNI-hankkeessa pyritään edistämään yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen mallin käyttöön tarvittavaa osaamista sekä pyritään uuden mallin juurruttamista käytäntöön yhteistyössä terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen kesken (eNNI-hanke 2010). eNNI on lyhennetty sanoista Electronic Documentation of Nursing Care – the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life, jolla tarkoitetaan hoitotyön tiedonhallinnan muodostamista, käyttöönottoa ja kehittämistä työelämän ja koulutuksen yhteistyössä (Ora-Hyytiäinen 2008). Tässä

kansallisessa eNNI- hankkeessa on määritelty potilasasiakirjojen yhtenäinen rakenne ja laadittu hoitotyön kirjaamiselle yhtenäinen malli. Tulevaisuudessa kirjaamisen yhtenäisen mallin käyttöönotto tulee edistämään käytännön hoitotyötä. (eNNI-hanke 2010.)

Tässä opinnäytetyönä toteutetussa projektissa tarkoituksena oli kuvata kirjaamisen nykytila Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoilla, hankkia näyttöön perustuvaa tietoa sekä rakentaa uusi toimintamalli käyttäen LbD:tä eli kehittämispohjaista oppimismallia pohjautuen rakenteiseen kirjaamiseen. Tällä pyritään parantamaan potilaan hoidon laatua. Tavoitteena projektissa oli edistää Länsi-Pohjan keskussairaalan (LPKS:n) sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden potilasohjauksen rakenteisen kirjaamisen osaamista. Tavoitteena korostui myös oman osaamisen kehittäminen rakenteisessa kirjaamisessa. Lopuksi arvioitiin toiminnan vaikuttavuus ja raportoitiin opinnäytetyön muodossa kehittämistoiminta työyhteisön kanssa.

Kehittämiskohteeksi poliklinikoilla nousi potilaan ohjauksen kirjaaminen. Potilaan ohjaaminen kuuluu sairaanhoitajan yleisiin tehtäviin sisätautien ja kirurgian poliklinikoilla (Rask 2010a; Rask 2010b). Kehittämiskohteen pohjalta kehitettiin potilasohjauksen rakenteinen kirjaamismalli, joka rajattiin erittämisen, kudoseheyden, lääkehoidon ja terveystyöskäytännön komponentteihin. Työyhteisöjen kanssa valituista neljästä komponentista opinnäytetyöprojektin tuloksena syntyneeseen malliin valittiin lääkehoidon ohjauksen rakenteinen kirjaaminen. Hoitoaikojen lyhentyessä sekä asiakkaiden vaatimustason noustessa ohjauksen tarve on korostunut hoitotyössä (Kyngäs & Kääriäinen & Poskiparta & Johansson & Hirvonen & Renfors 2007, 12). Tästä johtuen potilasohjauksen rakenteisen kirjaamisen kehittäminen on ajankohtaista.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

2.1 Kirjaaminen

Hoitotyön kirjaaminen on asiakkaan hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamista hoitajakson aikana. Hoitotyössä kirjaaminen tapahtuu hoitosuunnitelman avulla. Hoitotyön kirjaamisella luodaan edellytykset potilaan hoidon etenemiselle ja jatkuvuudelle. Hoitotyön prosessi muodostuu potilaan ongelmista ja/tai hoitotyön tarpeesta, hoitotyön tavoitteista, hoitotyön toiminnoista (auttamismenetelmistä) sekä toteutuksesta ja arvioinnista. Hoitotyössä kirjataan olennaisimmat potilaan hoitoon liittyvät tiedot ja päätökset. (Iivanainen & Syväoja 2008, 651.)

Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on, että potilaat saavat luotettavaa tietoa terveydestään ja hoitoa koskevista vaihtoehdoista. Tämän avulla hoitotyöstä tulisi karsiutua pois tehottomat sekä vailta tieteellistä varmuutta olevat auttamiskeinot. Kirjaamisessa voimavarat tulisi kohdistaa oikein ja taloudellisesti, huomioiden tiedonkulun tuomat hyödyt. Näyttöön perustuvan kirjaamisen avulla suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraisesta tietoon perustavasta tiedottamisesta päästään eroon. (Hallila 2005, 13.)

Hoidon tarve on kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, jotka ovat mahdollisesti tulevia, tai jo olemassa olevia ongelmia. Hoidon tarvetta kartoitetaan keräämällä tietoja potilasta haastattelemalla, havainnoimalla, mittaamalla ja lopuksi analysoimalla saatuja tietoja. Tietoja voidaan kerätä omaisilta ja aikaisempia potilaskertomuksia hyödyntäen. Potilaskontaktin lopuksi potilaskertomukseen kirjataan hoidon kannalta tärkeät asiat. Hoidon tavoitteet asetetaan hoidon tarpeisiin sekä potilaan tilan odotusten mukaan niin, että kirjataan, mitä potilas itse odottaa tapahtuvan, sekä mitä hoitohenkilökunta odottaa potilaan tilassa tapahtuvan. Tavoitteet asetetaan jo tunnistettujen ongelmien poistamiseksi tai vähentämiseksi tietyssä ajassa. Niiden tulee olla potilaskeskeisiä, jolloin ne eivät kuvaa hoitajan toimintaa tai tehtyjä toimenpiteitä. Potilaan hoidolle voidaan asettaa kokonaistavoite ja välitavoite. Kokonaistavoitteen tulee ilmaista potilaan lopullinen tila, johon hoitotyöllä ja hoidolla pyritään. Asetettujen tavoitteiden tulee olla konkreettisia, jotta niitä voidaan arvioida. (Iivanainen & Syväoja 2008, 652.)

Potilaan kokemukset ja näkemykset omasta hoidostaan on tärkeää kirjata. Ellei potilaan mielipidettä kysytä, potilaasta saatetaan kirjata virheellistä tietoa. Hoitotyön sisällöstä voi syntyä yksipuolinen kuva, jos hoitotyöstä kirjataan vain potilaan fyysistä tai lääketieteellistä hoitoa. Kirjaamatta jäänyt tieto voi jopa vaikuttaa muiden hoitoon osallistuvien ammattiryhmien päätöksiin. (Kärkkäinen 2007, 90–91.)

Hoitotyön toimintojen (auttamismenetelmät tai keinot) tulee olla tarkoituksenmukaisia. Hoitotyön periaatteet tulee ottaa huomioon auttamismenetelmien valinnassa ja käytössä. Yleisimmin auttamiskeinolla tarkoitetaan ohjaamista, tukemista, rohkaisua, kuuntelemista, avustamista, seurantaa, tai jonkin hoitotoimenpiteen tekemistä. Hoitotyön toteutus tarkoittaa suunniteltujen hoitotyön toimintojen käytäntöön panoa. Hoidon arvioinnissa kuvataan, miten potilaan hoidon tarpeeseen on vastattu, saavutettiin tavoitteet, ja mitä muutoksia potilaan tilassa tapahtui. Arvioinnissa tulee myös kuvata, miten potilas on kokenut saamansa hoidon. Tavoitteiden arvioinnissa mietitään, oliko tavoitteet asetettu realistisesti. Tarvittaessa ryhdytään arvioinnin tuomien vastausten perusteella etsimään uusia tarpeita, ongelmia, tavoitteita ja keinoja. Arviointi on uuden tarpeenmäärityksen alku, ja prosessi jatkuu niin kauan, kunnes kaikki tavoitteet on saavutettu. (Iivanainen & Syväoja 2008, 651–657.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa tehdyn Hoitotyön kirjaamisen kehitystutkimuksen mukaan kirjaamisen ansiosta on mahdollista saada hyvä kokonaiskuva potilaan tilasta ja hoitotyön ongelmista hoitotyön alkaessa. Kirjaamisen ansiosta saadaan tietoa annetuista hoidoista ja niiden vaikuttavuudesta, ohjauksesta ja tuesta, sekä potilaan fyysisestä ja psykososiaalisesta voinnista hoidon aikana ja sen päättyessä. (Lehti 2004, 8.)

2.2 Hoitotyön kirjaamisen lainsäädännöllinen ja eettinen perusta

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (Taulukko 1) on tullut voimaan 1.7.2007. Laki koskee sekä sosiaalihuollon asiakkaan, että terveydenhuollonpotilaan asiakastietojen käsittelyä. Sen tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä sekä tavoitteena edistää asiakkaan tiedonsaantia omista asiakastiedoistaan. Laki sisältää säännökset asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista. Sillä turvataan näiden tietojen käytettävyys, eheys ja säilyminen, sekä asiakkaan yksityisyyden suoja. (Salo 2007, 15; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.) Lakimuutos sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan 1.1.2011, joka antaa terveydenhuollon julkisille toimijoille siirtymäaikaa liittyä kansalliseen sähköiseen potilasasiakirjojen arkistopalveluun 1.9.2014 saakka. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta 1227/2010.)

Asiakastietojen käsittelylle asetettavien yleisten vaatimusten avulla luodaan perusta asianmukaiselle sähköiselle tietojenkäsittelylle, joka edellyttää tietoturvan tason toteutumista asiakkaan tietojen käsittelyn jokaisessa vaiheessa. Yleisiä vaatimuksia ovat muun muassa asiakastiedon käytettävyydestä ja säilyttämisestä huolehtiminen, velvoite tunnistaa ja velvoite varmistaa asiakirjan muuttumattomuus ja kiistämättömyys. Asiakastiedon käsittelyn yleisiin vaatimuksiin kuuluu myös velvollisuus seurata asiakastiedon käyttöä ja luovutusta, eli tietojen käyttöä rekisteripitäjän omassa toiminnassa sekä tietojen luovutusta tiedon tarvitsijalle. (Salo 2007, 15–16.)

Tiedonsiirto terveydenhuollon ja sähköisen potilastiedon arkiston välillä tapahtuu salattuna. Paikallisesti terveydenhuollon organisaatiot hallitsevat potilastietojärjestelmiä käyttävien terveydenhuollon ammattilaisten oikeuksia potilastietojen käsittelyyn. Järjestelmiä käyttävät henkilöt kirjautuvat potilastietojärjestelmiin terveydenhuollon varmentajan myöntämällä ammattikorteilla. Potilastietojärjestelmä varmistaa arkistoon lähetettävät tiedot järjestelmällekirjoituksella. (KanTa 2011.) Potilaan yksityisyys suojataan aktiivisella seurantavelvoitteella, joka tarkoittaa hallitulla suunnitellulla tietojen käsittelyllä. Terveydenhuollon potilastietojen säilyttämistä ja luovuttamista varten perustetaan

keskitetyt valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut tietojen arkistoinniseksi sekä tietojen luovuttamisen toteuttamiseksi. Näin luodaan terveydenhuollon palvelujen antajien välille yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Tämän tarkoituksena on lisätä potilasturvallisuutta sekä potilastietojen vaivattomampaa käsittelyä. (Salo 2007, 15–16.)

Taulukko 1. Hoitotyön kirjaamista määräävät asetukset ja lait.

Arkistolaki	831/1994
Erikoissairaanhoidtolaki	1062/1989
Henkilötietolaki	523/1999
Kansanterveyslaki	66/1972
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	785/1992,653/2000
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista	812/2000
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä	159/2007
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta	811/2000
Laki sähköisestä allekirjoituksesta	14/2003
Laki sähköisestä asioinnista viranomaistoiminnassa	13/2003
Laki sähköisestä lääkemääräyksestä	61/2007
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä	559/1994,564/1994
Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisestä allekirjoituksesta	617/2009
Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta	621/1999,1090/199
Laki yksityisestä terveydenhuollosta	152/1990
Mielenterveyslaki	1116/1990
Potilasvahinkolaki	585/1986
Sosiaalihuoltolaki	710/1982
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä	99/2001
Suomen perustuslaki	731/1999
Sähköisen viestinnän tietosuojalaki	516/2004
Työterveyshuoltolaki	1383/2001

Potilaslain eli lain potilaan asemasta ja oikeuksista mukaan potilaalla on oikeus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä saada tietoa hoidon etenemisestä (Potilaslaki 785/1992). Potilasasiakirjoista tulee käydä ilmi, ovatko tarvittavat toimenpiteet tehty, mitä potilaalle on tiedotettu, ja mitä vaihtoehtoja hoitojen suhteen on annettu. Tärkeää on myös huomioida potilaan äänen kuuluminen hänestä kirjatuissa tiedoissa. Juridisesti kirjaaminen on todiste siitä, että työntekijän lailliset ja eettiset vastuut potilaalle ovat toteutuneet, ja potilas on saanut laadukasta hoitoa. Laillisilla ja eettisillä vastuilla tarkoitetaan, että lakeja, asetuksia, sääntöjä ja ohjeita sekä toimintayksikön tai laajemmin

sovittuja toimintatapoja ja – linjoja on noudatettu. Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisestä allekirjoituksesta (617/2009) määrää, että potilasasiakirjoihin tehtäviin merkintöihin tulee aina tulla näkyviin kirjaajan tunnistetiedot. (Saranto & Ensio & Tantt & Sonninen 2007, 14–15; Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisestä allekirjoituksesta 617/2009.)

Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) tuli voimaan 1.5.2011. Uuden terveydenhuoltolain lähtökohtana on asiakkaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen. Tämä laki lisää mahdollisuuksia valita terveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen. Uuden lain tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveystalouden saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Lailla halutaan myös varmistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaskeskeisyys. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; STM 2010.)

Hoitotyössä etiikalla tarkoitetaan tiedonala, joka käsittelee hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän eroja osana ammatillista hoitotyötä. Hoitaminen on inhimillistä toisen auttamista, joten hoitotyötä tekevillä tulee olla oikeanlainen käsitys työnsä arvoperustasta ja heidän tulee kyetä toimimaan sivistyneellä sekä inhimillisellä tavalla. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 23–24.) Hoitotietojen kirjaamisen etiikassa tulee huomioida sen tehtävä ja merkitys sekä eettiset periaatteet ja inhimillisyyden sisällyttäminen kirjaamiseen. Tärkeänä osana hoitotyön ammatillista osaamista kuuluu hoitotietojen kirjaaminen. Tällä tarkoitetaan asiakkaaseen liittyvien tietojen kirjaamista potilaskertomusjärjestelmään, jonka tarkoituksena on tietojen säilyttäminen ja jakaminen. Hoitotietojen kirjaaminen on merkittävä osa sairaanhoitajan työtä. Niin kirjaamisessa kuin hoitotyössäkin pyritään potilaan parhaan saavuttamiseen, jolloin oikea tapa kirjata korostuu. Hoitotietojen kirjaamisen tehtävään kuuluu asiakkaaseen liittyvän tiedon tuottaminen, säilyttäminen ja jakaminen luotettavasti, tehokkaasti ja turvallisesti. Tietojen tulee palvella asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja sen kuuluu olla yhtenevä hänelle annettujen tietojen kanssa. Kirjaamisessa ilmenee muun muassa asiakkaan henkilötiedot sekä hoitokertomus, jossa kuvataan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta sekä arvio potilaan terveydentilasta sekä niihin liittyvistä muutoksista. (Haho 2009a, 36–37.)

Eettinen hoito merkitsee halua tehdä hyvää potilaille. Sairaanhoitajan työssä hyvän tekeminen näkyy miten hoitaja tekee työtään ja miten hän kohtelee potilaitaan. Hoitotyön asiakirjoissa näkyy hoitajan sisäistämät hoitotyön arvot, se kertoo hoitajan käsityksistä ihmisen ja ihmisten olemassaolosta sekä ihmisarvon kunnioittamisesta. Potilailla on oikeus tasa-arvoon ja loukkaamattomuuteen, mikä oikeuttaa tehdä omia päätöksiä ja puolustaa koskemattomuuttaan. Tämä tulee huomioida potilaasta tietoja kirjatessa. Kun kirjataan eettisiä periaatteita noudattaen silloin asiakirja sisältää potilaan toiveet ja tarpeet hoidon suhteen. Dokumentoinnin on perustuttava yksilölliseen hoidon tarpeen arviointiin, eikä pelkästään muodolliseen ongelman ratkaisuun. (Kärkkäinen & Bondas & Eriksson 2005, 124.)

Asiakkaan yksityisyyttä voi loukata asiakirjojen ylläpidossa esiintyvät välinpitämättömyydet, jotka voivat johtaa jopa turvallisuusriskin syntymiseen. Asiallinen ja totuuteen pyrkivä kirjaaminen viestii hoitajan ammatillisuudesta sekä ohjeidenmukainen tiedon käsitteleminen turvaa tiedon koskemattomuuden ja välttää sen väärinkäytön. Kirjaamisessa toteutuu myös sairaanhoitajan oikeus dokumentoida ja tiedottaa tekemisensä ja osoittaa osaamisensa. Ennen kaikkea hoitajan on kirjatessaan tuotava esille asiakkaan omat toivomukset hoidon suhteen. Hyvän kirjaamisen käytäntöön kuuluvat oleellisten hoitotietojen kirjaaminen, totuudenmukaisuus, luottamuksellisuus tietojen käsittelemisessä ja asiallinen kielenkäyttö. Terveystieteiden toimintayksiköissä tulisi sisäisesti sopia hoitotietojen kirjaamisen käytännöistä, kuten siitä, mitä kirjataan. Sairaanhoitajan tulee kirjata ylös, mitä hän havaitsee ja kokee. Samalla hän varmistaa myös asiakkaalta, ovatko havainnot todellisia. Luotettavaan seurannan ja arvioinnin dokumentointiin tarvitaan sairaanhoitajalta riittävästi tietoa asiakkaan hoitoontulon tilanteesta ja jopa tilanteesta ennen sitä. Kirjaamisessa tulee ilmaista aina tiedon lähde, jolloin kirjataan, onko kyseessä kokemukseen vai kliiniseen tutkimustulokseen perustuva tieto. (Haho 2009a, 38–40.)

2.3 Systemaattinen rakenteinen kirjaaminen

Systemaattisuus hoitotyön kirjaamisessa Sarannon ym. mukaan tarkoittaa sovittua kirjaamisen sisältöä ja rakennetta sen suhteen, mitä kirjataan, ja miten kirjataan. Tarkoituksena on hoitotietojen käyttäminen ja soveltaminen potilaan eduksi parhaalla mahdollisella tavalla. (Saranto ym. 2007, 12.) Potilaslain (785/1992) mukaan potilaskohtaiset merkinnät saaduista palveluista tulee merkitä potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirja sisältää asiakkaan terveydentilaa koskevia merkintöjä. Niihin luetaan potilaskertomukset avo- ja kotihoitokäynneistä, erilaiset lähetteet, laboratorio-, röntgen-, ja muut tutkimusasiakirjat - ja lausunnot. Hoitokertomus sisältää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin, jonka laativat hoitohenkilökunta ja muut ammattiryhmät. Hoitotyön kirjaamisen rakenteena on Suomessa käytetty Maailman terveysjärjestön (WHO:n) päätöksenteon prosessimallia jo 1980-luvulta lähtien. Prosessimallin ohella on myös kirjattu niin sanottua vapaata tekstiä eli narratiivisesti. Tällöin hoitotyön kirjaamisen rakenne on muodostunut kirjausten otsikoinnista tai merkinnöistä kuten tausta, tulotilanne, toimenpiteet ja kotiutus. Hoidon toteutukseen käytettyjä resursseja on arvioitu hoitoisuusmittareilla, joilla on pyritty luokittelemaan potilaat hoidon vaativuuden mukaan. (Saranto ym. 2007, 12–13; Potilaslaki 785/1992.)

Systemaattisen kirjaamisen merkitys korostuu, kun käytetään sähköisiä potilasasiakirjoja. Potilaan hoitoa kuvailevia asiakirjakokonaisuuksia käyttävät useat ammattiryhmät, jolloin on tärkeää olennaisen tiedon löytäminen suuresta tietomäärästä. Yksi sähköisen kirjaamisen kehittämisen lähtökohdista on myös päällekkäisyyksien välttäminen, mikä korostuu erityisesti paperille kirjaamisessa eri asiantuntijoilla. Systemaattisesti kirjatun tiedon merkitys korostuu myös silloin, kun potilas on fyysisesti eri paikassa, kuin asiantuntija. Systemaattinen sähköinen kirjaaminen ja tiedon varastointi lisäävät mahdollisuuksia kliinisen hoitotyön tutkimiseen sekä tiedon kehittämiseen. Tiedon rakenteisuus sekä yhtenäiset ydintiedot tarjoavat laajat tietokannat, jotka sisältävät yhteisesti sovittuja ja määriteltyjä hoitotyötä kuvaavia muuttujia. Näin hoidon tuloksellisuutta pystytään mittaamaan ja sen arviointi on mahdollista. Sähköisen kirjaamisen myötä myös tilastointi tapahtuu luotettavasti suoraan potilastiedoista. (Saranto ym. 2007, 12–13.)

Rakenteinen kirjaaminen on yhtenäistä kirjausta kansallisesti määritellyillä ydintiedoilla, joissa määritelmät ovat täsmällisiä, kieli selkeää ja ilmaisut lyhyitä. Hoitotyön kirjaamisessa rakenteisuutta tarvitaan hoitotietojen kirjaamisessa (hoidon prosessi) sekä kirjattujen tietojen sisällön esittämisessä (luokitukset, sanastot, nimikkeistöt). Kansallisesti hyväksytyt hoitotyön ydintiedot ovat hoitotyön prosessia kuvaavat kohdat (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus), jotka kuvaavat keskeisiä hoidon sisältöjä ja mahdollistavat hoitotyön kannalta oleellisen tiedon säilyttämisen ja sen uudelleen hyödyntämisen sähköisistä arkistoista. Sen rakenne on määritelty kaksitasoiseksi ydinkertomukseksi ja perustason kertomukseksi. Ydinkertomus sisältää potilaan henkilö- ja yhteystiedot, sekä terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvät merkinnät. Tiedoista tulee käydä ilmi hoitoon hakeutumisen syy, päätavoitteet, hoitomenetelmät ja toimenpiteet sekä loppuarvio ja jatkohoitosuunnitelma. Siinä tulee näkyä terveydenhoidon sekä sairaanhoidon merkinnät. Rakenteisessa kirjaamisessa potilaan tilaa arvioidaan kolmiportaisella asteikolla: parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Saranto ym. 2007, 96–99.)

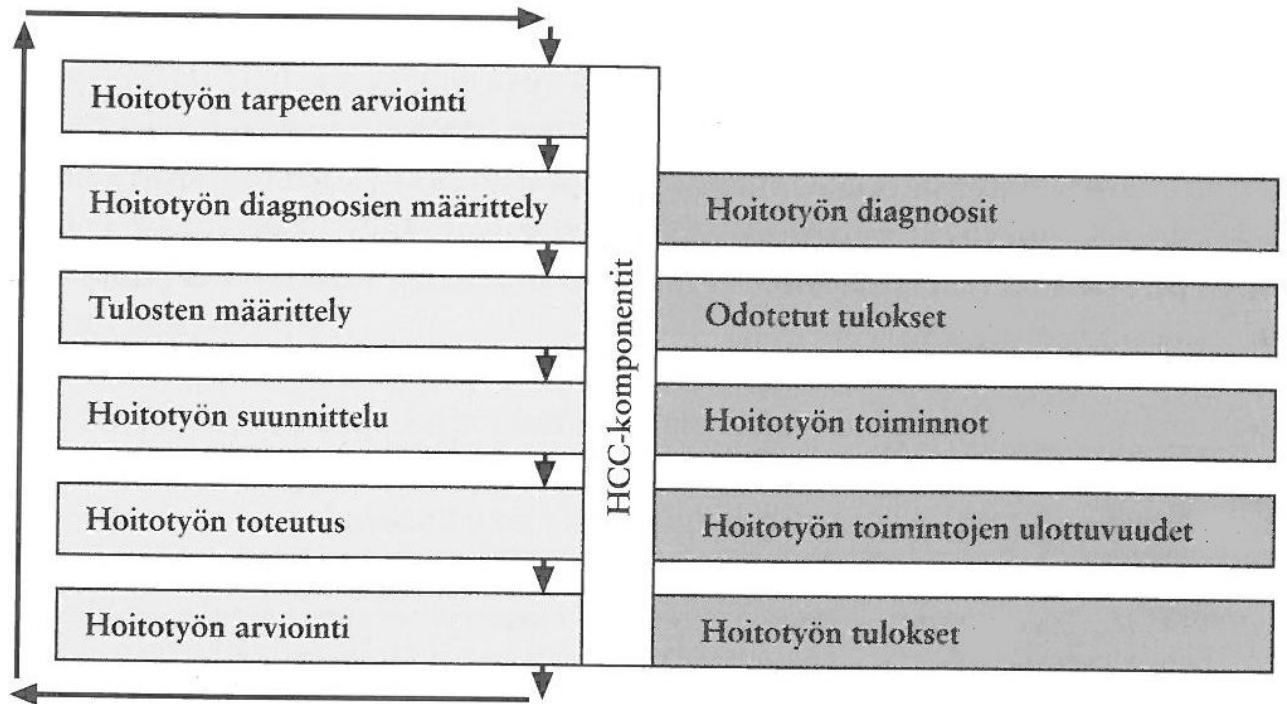
Perustason kirjaamisen rakenteena toimivat eri ammattiryhmien tutkimus- ja hoitosuunnitelmat, tietyn sairauden yksityiskohtaiset seurantasuunnitelmat sekä terveysneuvonnan, kasvun ja kehityksen seurantasuunnitelmat. Nämä sisältävät terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät merkinnät, jotka liittyvät terveyden- ja sairauden suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Perustason kertomus sisältää kaikki hoidot ja ohjauksesta tehdyt merkinnät. (Saranto ym. 2007, 99.)

Sähköisessä hoitokertomuksessa siirryttäessä vapaasta tekstistä strukturoidumpaan malliin kirjaamisen sisältö pysyy silti samana. Hoitotyön päätöksenteko ohjaa edelleen sitä, miten tieto potilaan tilasta sekä hoidoista ja niiden vaikutuksista kirjataan. Hoitajan tehtäviin kuuluu tehdä päätös siitä mitä, miten ja miksi kirjataan. Pitkäjänteisen kehittämistyön tuloksien perusteella voidaan määrittää kirjaamisen minimikriteerit ja sitä kautta myös suositukset hyvästä kirjaamiskäytännöstä. Hyvän kirjaamisen opettelulla ja kehittämisellä selkiytetään myös hoitotyön omaa itsenäistä asemaa ja näkyvyyttä, mikä nostaa hoidon laatua. (Lehti 2004, 8.)

2.4 Hoitotyön FinCC-luokitus

Kansallisesti määritellyjä hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo. Hoitoprosessin eri vaiheet kirjataan käyttämällä FinCC-luokituskokonaisuutta, johon kuuluu 19 komponenttia. Komponentteja ovat (Liite 1) aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, terveyspalvelujen käyttö, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, kanssakäyminen, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykkinen tasapaino, aistitoiminta, kudoseheys, jatkohoito, elämäntahti, verenkierto ja aineenvaihdunta. (Liljamo & Kaakinen & Ensio 2008, 4–5.) Suomalaisen hoitotyön luokitusten perustana on yhdysvaltalainen Home Health Care (HHC) -luokitus. HHC-luokitus (nykyisin Clinical Care Classification CCC) on kehitetty päätöksenteon prosessimallin mukaisesti helpottamaan hoitotyön tarpeen arviointia ja sähköistä kirjaamista. (Saba 2004–2010.)

Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli perustuu useiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden, pilotointien ja käyttäjäpalautteiden sekä asiantuntijatyön tuloksiin. Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL ja Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL koostuvat molemmat 19 samannimisestä komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. FinCC-luokituskokonaisuuteen kuuluu myös Suomalaisen hoidon tuloluokitus SHTuL, jolla arvioidaan hoidon tarpeeseen liitettävää hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla (tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt). (Liljamo ym. 2008, 3–4.) Komponentit kuvaavat potilaan terveydentilaa, toimintakykyä, selviytymistä ja käyttäytymistä. Ne muodostavat luokituksen raamit, jonka sisälle ryhmitellään potilaan hoitotyön diagnooseja ja toimintoja. Luokitus tukee kuusivaiheista hoitotyön prosessia (Kuvio 1). Vaiheet ovat hoitotyön tarpeen arviointi, hoitotyön diagnoosien määrittely, tulosten määrittely, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteutus ja hoitotyön arviointi. (Ensio & Saranto 2004, 46.)



Kuvio 1. Hoitotyön kuusivaiheinen prosessi ja HHC-luokitus. Mukailten Ensio & Saranto 2004.

3 POTILASOHJAUksen KIRJAAMINEN POLIKLIINISESSA HOITOTYÖSSÄ

3.1 Potilasohjaus

Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja tärkeä osa asiakkaiden hoitoa (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6). Ohjausasiantuntijuus edellyttää ammatillisessa ohjaussuhteessa sellaista osaamista, jota ei voi korvata pelkästään keskustelun sosiaalisessa tilanteessa syntyvä tietämys (Pekkari 2009, 12). Ohjaus on myös potilaan ja hoitajan välistä aktiviteettia, kaksisuuntaista vuorovaikutusta (Poskiparta & Liimatainen & Kettunen & Karhila 2001; Vehviläinen 2001). Hoitoaikojen lyhentyessä potilaita kotiutetaan entistä aikaisemmin ja näin ollen terveydenhuollon ammattilaisille jää vähemmän aikaa potilasohjaukselle. Kuitenkin avohoidon lisääntyminen edellyttää, että potilaiden tarpeet kohdataan ja potilaita ohjataan niin, että he ymmärtävät itsehoito-ohjeet. Ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja niin, että hänen aktiivisuutensa lisääntyisi ja hän pystyisi ottamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin sekä saavuttamaan hyvin ne tavoitteet, joiden vuoksi hoitoa annetaan. (Lipponen & Kyngäs & Kääriäinen 2006, 1.)

Ohjauksen perinteisiin kuuluu asiakkaan passiivinen rooli, hoitajan asiantuntemus ja yksilöohjaus. Nykykäsityksen mukaan ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen pulman ratkaisija. Hoitaja tukee häntä päätöksenteossa ja pyrkii olemaan esittämättä valmiita ratkaisuja. Ohjaus voi sisältää myös tiedon antamista, ellei asiakas ole itse kykenevä ratkaisemaan tilannetta. Ohjauksen olennaiset piirteet voidaan jakaa asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin, vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen sekä aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan. (Kyngäs ym. 2007, 23–26.)

Ohjaustilanteessa asiakas on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Ohjaus rakentuu yleensä niille asioille, joita asiakas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen tai sairaudelleen. Ohjauksen tarpeita voi olla erilaisia. Ne voivat liittyä asiakkaan terveysongelmiin, elämäntaito-ongelmiin, elämänkulun eri vaiheisiin tai elämäntilanteen muutosvaiheeseen. Hoitaja tunnistaa ja arvioi ohjaustarpeet

yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjauksessa lähdetään aina jostakin tilanteesta, tunteista tai tavoitteista ja päädytään johonkin toiseen tilanteeseen, joka on erilainen kuin lähtötilanne. (Kyngäs ym. 2007, 24–26.)

Asiakkaan ja hoitajan taustatekijät muodostavat ohjauksen lähtökohdan. Asiakkaan taustatekijät tulee huomioida ennen ohjaamisen suunnittelua. Jotta asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin voitaisiin vastata, ohjauksessa tulee selvittää hänen tilanteensa ja mahdollisuutensa sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan. Ohjaustavoitteisiin pääseminen vaatii myös hoitajan omien ohjaukseen vaikuttavien taustatekijöiden tunnistamista. Hänen tulee ymmärtää omat tunteensa, tapansa ajatella ja toimia sekä omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä, jotta hän kykenee toimimaan asiakkaan edun mukaisesti. Ellei asiakkaan ja hoitajan taustatekijöitä huomioida, samassa tilanteessa olevia asiakkaita ohjataan aina samalla tavalla ja samoilla ohjausmenetelmillä. Tällöin asiakkaiden ohjaaminen ei perustu yksilöllisyyden kunnioittamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 26–28.)

Potilaslähtöinen ohjaus on sidoksissa potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöön liittyviin taustatekijöihin (Ward & Heidrich & Donovan 2001). Fyysisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila, jotka vaikuttavat asiakkaan ohjaustarpeisiin. Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten asiakas pystyy ottamaan ohjausta vastaan, esimerkiksi vältteleekö hän ohjausta, unohtaako hän asioita tai kieltäkö hän niitä. Tärkeää on miettiä, mitä asioita ohjauksessa tulee ensisijaisesti käsitellä ja mitä voidaan myöhemmin käsitellä vähitellen. Ohjauksessa on osattava asettaa asiakkaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen ja mietittävät, millaisia asioita hän on kulloinkin kykenevä oppimaan. (Kyngäs ym. 2007, 27–30.)

Psyykkisiä tekijöitä ovat käsitys omasta terveydentilasta, terveystuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja – valmiudet sekä motivaatio. Hoitajan ohjausvalmiuksista olennaisia ovat tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä. Ohjauksen kannalta merkittävät sosiaaliset taustatekijät koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintaan. Asiakkaan sekä hoitajan arvot ovat osa heidän maailmankatsomustaan ja vaikuttavat siihen, miten he lähestyvät ohjauksessa

käsiteltäviä asioita. Hoitajan tulee tunnistaa ohjauksen lähtökohdat, jotta hän pystyy tukemaan asiakkaan yksilöllisyyttä ja kunnioittamaan tämän itsemääräämisoikeutta. Ympäristöön liittyviin taustatekijöihin kuuluu hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Näillä on suuri merkitys onnistuneesti toteutuneeseen ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 30–38.)

Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan potilaslähtöinen ohjaus toteutuu paremmin ennalta suunnitellulla hoitokäynnillä, kuten poliklinikkakäynneillä, kuin päivystyskäynnillä. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että potilaiden mukaan hoitohenkilökunnan asennoituminen ohjausta kohtaan oli välinpitämätöntä. Osa potilaista ei tullut ohjauksen aikana tietoiseksi siitä, mihin ohjauksella pyritään. Osalle heistä jäi myös perustelematta annetut ohjeet, eikä niiden ymmärtämistä potilaalta aina tarkistettu. Laadukkaan ohjauksen toteuttamiseen eivät riitä asianmukaiset ohjauksen resurssit, sillä laadukkaan ohjauksen tulee myös olla potilaslähtöistä ja vuorovaikutteista. Tutkimuksessa tuli ilmi, ettei potilaan elämäntilannetta aina huomioida eikä anneta mahdollisuutta keskustella ongelmista ohjauksen aikana. Tämä epäkohta on merkittävä, sillä potilaan taustan tulisi olla laadukkaan ohjauksen lähtökohta, jotta hänen ongelmiinsa hoitotyössä voidaan vastata. (Kääriäinen 2007, 79–82.)

3.2 Ohjauksen tarve

Ohjauksen tarve on muuttunut tärkeäksi monesta syystä. Potilasohjauksen tarvetta on viime vuosina lisännyt sairaalassaoloaikojen lyhentyminen ja päiväkirurgisten toimenpiteiden kasvu (Stakes 2011). Hoitoajat ovat lyhentyneet, ja asiakkaat osaavat nykyään vaatia yhä laadukkaampaa hoitoa. Väestön koulutustason nousun ja informaatiotekniikan lisääntymisen johdosta asiakkaat etsivät tietoa ja osaavat käyttää sitä hyväkseen yhä paremmin. (Kyngäs ym. 2007, 9.) Shuylarin & Knightin (2003) mukaan sairaalassa saadun ohjauksen lisäksi potilaat hakevat tietoa ja neuvoja internetistä. Kyngäs & Kukkurainen & Mäkeläinen (2004) toteavat tutkimuksessaan, että potilaat perustelevat tätä omatoimista tiedonhankintaa riittämättömällä ohjauksella, lisätiedon tarpeella ja mahdollisuuksilla siten vaikuttaa omaan hoitoonsa. Asiakkaalle tulee tarjota tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita, mutta hän luo lopulta omilla valinnoillaan itse omaa elämäänsä. Asiakkaalla on oikeus

ohjaukseen ja ammattihenkilöillä on näin ollen velvollisuus sitä toteuttaa. (Kyngäs & Kukkurainen & Mäkeläinen 2004, 225–234.) Kääriäisen & Kyngäksen & Ukkolan & Torpan (2005) Potilaiden käsityksistä heidän saamastaan ohjauksesta -tutkimuksen mukaan 87 prosenttia vastanneista piti sekä ennen sairaalaan tuloa että sairaalassa saamaansa ohjausta tärkeänä. Ohjauksella voidaan myös tukea asiakkaan autonomisen elämän edellytyksiä (Kyngäs ym. 2007, 10–11).

Potilaan ohjaamisen kirjaaminen on avain asemassa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon suhteen. Ohjaamisen kirjaaminen toimii keinona varmistaa, että tärkeät tiedot annetaan ja että potilas sekä omaiset ymmärtävät annetut ohjeet. Oikeanlainen ohjauksen kirjaaminen auttaa tunnistamaan potilaan ohjaukselliset tarpeet sekä auttaa määrittelemään erikoissairaanhoidon tarpeellisuuden. (Cook & Castrogiovanni & David & Stephenson & Dickson, M & Smith & Bonney 2008, 310.)

Laadultaan hyvä terveyden- ja sairaanhoito tarkoittaa sitä, ettei asiakkaan ihmisarvoa loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Kohtelu onkin yksi terveydenhuollon keskeisistä alueista. Potilaslaissa (785/1992) tiedonsaantioikeus tarkoittaa sitä, että asiakkaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, kun päätetään hoitamisestaan. Asiakkaalle tulee selvittää asiat riittävän ymmärrettävästi. Ohjauksessa asiakkaalla on itsemääräämisoikeus, joka liittyy kohteluun, yhteiseen suunnitteluun ja tiedonsaantiin. Ilman näiden toteutumista on vaikea uskoa, että asiakasta voitaisiin hoitaa lain määräämällä tavalla yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Asiakkaalle on hyödyksi, hänen osallistumisensa ohjaukseen, oikein ajoitettu ja annettu ohjaus sekä sen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi. Terveydenhuollon päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee ottaa huomioon ammattitoiminnasta asiakkaalle koituva hyöty ja mahdolliset haitat. Ohjauksen näkökulmasta tämä merkitsee kliinisten tietojen pitämistä ajan tasalla sekä ohjauksen sisältöjen että siihen kuuluvien vuorovaikutustaitojen ja ohjauksen suunnittelutaitojen ylläpitämistä ja kehittämistä. (Kyngäs ym. 2007, 13–17; Potilaslaki 785/1992.)

3.3 Ohjausmenetelmät

Ohjauksen suunnittelun pitäisi aina lähteä siitä, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua asia (Von Korff & Gruman & Schaefer & Curry & Wagner 1997). Asiakkaat vastaanottavat tietoa yksilöllisesti. On arvioitu, että asiakkaat muistavat 75 prosenttia näkemästään ja 10 prosenttia kuulemastaan tiedosta. Sen sijaan he muistavat 90 prosenttia siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Tämän vuoksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä, jotta voidaan taata ohjauksen vaikuttavuus. Kirjallisen materiaalin tulisi tukea ohjauskeskustelussa käsiteltyjä asioita. Hoitajan pitäisi pyrkiä tunnistamaan, mikä omaksumistapa on asiakkaalle ominaisin. Toisilla on helpompi muistaa asioita kuulemalla, toiset taas ovat visuaalisempia, jolloin hoitaja voi käyttää erilaisia kuvamateriaaleja ohjauksen tukena. Käyttää asiakas mitä omaksumistapaa tahansa, keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen lopuksi on tärkeää, sillä asiakas muistaa ja pystyy vastaanottamaan vain rajallisen määrän asioita. (Kyngäs ym. 2007, 71–73.)

Ohjausta annetaan usein suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään tärkeänä ohjauksen kannalta. Suullinen, vuorovaikutteinen ohjaus antaa asiakkaalle mahdollisuuden kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja tuen saamiseen hoitajalta. Suullista ohjausta toteutetaan joko yksilö- tai ryhmäohjauksessa ja sitä voidaan tukea erilaisin oheismateriaalein. Asiakkaat suosivat yksilöohjauksesta, koska he kokevat hyötyvänsä siitä eniten. Se mahdollistaa asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Lisäksi se on usein tehokkain menetelmä oppia. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen ohella yksi käytetyimpiä ohjausmenetelmiä terveydenhuollossa. Sitä voidaan toteuttaa erikokoisissa sekä eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Ohjauksen tavoitteet ryhmän sisällä vaihtelevat ryhmien ja ryhmäläisten omien tavoitteiden mukaan. Ryhmässä oleminen voi olla asiakkaalle voimaa antava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. Ryhmäohjaus voi olla tehokkaampi oman kuntoutuksen tai terveyden edistämisen käynnistäjä kuin

yksilöohjaus, joten sen avulla on toisinaan mahdollista saavuttaa jopa parempia tuloksia. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Terveydenhuollossa on käytössä myös audiovisuaalinen ohjaus, jossa tietoa ja tukea tarjotaan erilaisten teknisten laitteiden välityksellä. Ohjaukseen voidaan käyttää esimerkiksi videoita, äänikasetteja, erilaisia tietokoneohjelmia sekä puhelinta. Audiovisuaalisen ohjauksen avulla pystytään selvittämään väärinkäsityksiä. Sen tarkoituksena on virkistää muistia saadusta tiedosta keskustelemisen yhteydessä. Se helpottaa myös tiedon välittämistä omaisille. Sen käyttöä kuitenkin rajoittaa ohjausmateriaalin kehittämis- ja tuottamiskustannukset. Siksi audiovisuaalista ohjausta pidetään vähemmän vaikuttavana menetelmänä kuin muita menetelmiä. Kuitenkin asiakkaat kokevat että, sen käyttö suullisten luentojen ja ryhmäkeskusteluiden lisänä on suositeltavaa. (Kyngäs ym. 2007, 116–117.)

Puhelinohjauksesta on tullut yleisempää vuonna 2005 voimaan tulleen hoitotakuun sekä kansanterveys- (66/1972) ja erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) muutosten myötä. Sen lähtökohdaksi voi olla joko asiakkaan ensikontakti terveydenhuoltoon tai hoitajan kontakti asiakkaaseen. Puhelinohjaus voidaan jaotella palveluohjaukseen sekä terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseen. Palveluohjauksella tarkoitetaan palveluista tiedottamista, jossa asiakas ohjataan terveydenhuoltojärjestelmään. (Kyngäs ym. 2007, 118.) Tehokas puhelinneuvonta ja ohjaus parantavat terveyspalvelujen saatavuutta ja lisää niiden nopeutta sekä tehokkuutta asiakaspalvelussa (Hyryn Kangas-Järvenpää 2007). Puhelinohjaus vaatii yhtä paljon suunnittelua ja arviointia kuin mikä muu ohjaustapa tahansa. Sen toteuttamiseen liittyy tietosuojan- ja vastuukysymyksiä, joten ohjaajan tulee tuntee terveydenhuollon lainsäädäntöä. (Kyngäs ym. 2007, 118.)

3.4 Ohjauksen eettiset näkökulmat ja lailliset lähtökohdat

Etiikan suhde ohjaukseen tulee esille ohjauksen kontekstin ja vuorovaikutuksen kautta. Ohjauksessa oleva konteksti muodostuu sekä käytännön toiminnallisista että eettisistä kysymyksistä, jotka todentuvat ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta. Jokaisessa

vuorovaikutustilanteessa on läsnä vähintään kaksi eettistä perspektiiviä ja siten ohjauksessa ollaan tekemisissä aina etiikan kanssa. Nämä perspektiivit ovat ammattilaisen eli hoitajan sekä potilaan tai ohjaukseen läheisesti liittyvien omaisten omat eettiset näkemykset. Ohjaukseen vaikuttavia hoitajan eettisiä näkemyksiä voidaan määritellä hoitotyötä ohjaavien lakien ja asetusten, terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja ammattietiikan kautta. Lisäksi tilanteessa ovat sekä hoitajan että potilaan omat henkilökohtaiset etiikankäsitykset. (Lahtinen 2006, 6.)

Ohjausta voidaan tarkastella juridisista, eettisistä ja teoreettisista lähtökohdista. Ohjauksen perusta on terveydenhuollon juridiikassa (Potilaslaki 785/1992; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.) ja ammattietiikassa. Potilaan asema on määritelty laissa. Potilaslain (785/1992) mukaan potilaalle on annettava tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon laajuudesta ja vaihtoehdoista sekä riskitekijöistä niin, että hän ymmärtää riittävästi niiden sisällön. Lakia täydentävät hoitosuosituksen, joiden avulla varmistetaan asianmukainen hoito. Lainsäädäntö perustuu osaltaan yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin ja eettisiin käsityksiin. Usein eettinen velvollisuus ylittää sen minimin, mitä laki edellyttää. (Kääriäinen 2007, 25; Potilaslaki 785/1992.) Edellä mainittujen lakien sisältö voidaan helposti liittää asiakastyöhön sekä heidän kohtaamiseen, sillä kaikissa on kyse palvelujen määrän, riittävyyden ja järjestämistavan ohella laadusta. (Kyngäs ym. 2007, 12.)

Ohjaustilanteen laillisen kontekstin muodostavat hoitajaa ohjaavat sekä kansainväliset sopimukset että kansalliset lait ja asetukset. Lain ja asetusten alueella velvoittamassa ovat muun muassa perus- ja ihmisoikeudet, terveystoimeen, koulutukseen ja ammatinharjoittamiseen liittyvät sekä siviilioikeudelliset kohdat. Lait ja asetukset luovat ohjaustilanteen toimimiselle sekä pohjan että velvoitteen. Toimivat pohjana siinä mielessä, että ne antavat konkreettisesti ohjaukselle mahdollisuuden tapahtua. Velvoittavia ne ovat siinä mielessä, että niiden voidaan katsoa asettavan sekä hoitajalle että koko tapahtumalle minimivaatimuksen: hoitajan on täytettävä ja noudatettava asetettuja laatukriteereitä kyetäkseen toimimaan tehtävässään. Tämä tarkoittaa myös esimerkiksi potilaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain huomioimista potilaan ohjauksessa. Tältä perustalta sitoudutaan huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä.

Myös potilaan ohjaus on toteutettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä. (Lahtinen 2006, 6–7.)

Lakien ja asetusten lisäksi ohjaustilanteen eettistä kontekstia määrittävät terveydenhuollon eettiset periaatteet. Terveydenhuollon eettiset periaatteet ovat valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettamat. Periaatteet koskettavat jokaista terveydenhuollossa toimivaa ja sisältävät sekä määritelmän terveydenhuollon tehtävästä että eettisistä periaatteista. Terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan mukaan terveydenhuollon tehtävänä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimysten lievittäminen. Eettisiä periaatteita on kuusi ja ne ovat: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonto. (Lahtinen 2006, 7.)

Hyvä eettinen ympäristö tukee hoitosuhdetta ja ohjausta muun muassa antamalla riittävästi aikaa keskustella asiakkaan kanssa, takaamalla rauhallisen tilan ja huolehtimalla siitä, että hoitajalla on valmiudet ja taidot toteuttaa ohjausta. Hoitajan, muiden terveydenhuollon työntekijöiden, organisaation ja yhteisön tulee jakaa vastuu siitä, että terveydenhuollon voimavaroja käytetään tarkoituksenmukaisesti. Tämä tarkoittaa muun muassa perehtymistä siihen, miten ohjausta työmenetelmänä arvostetaan ja miten aika, ohjaustaidot ja ohjauksen uudet sähköiset apuvälineet sekä ohjauksen tukena käytettävä materiaali mahdollistavat ohjauksen. (Kyngäs ym. 2007, 157.)

Hoitotyössä ihmisen kohtaamisen luonne on erityislaatuinen. Se saattaa tuoda luonnolliseen kohtaamiseen myös ongelmia, kuten monet tutkimukset osoittavat. Näitä ongelmia voivat olla muun muassa valta, hyöty, kiusaaminen, kaltoinkohtelu ja epätasa-arvoisuus. Asiakkaan, potilaan ja sairaanhoitajan kohtaamiseen liittyy keskeisiä eettisiä kysymyksiä, joita on syytä tarkastella kriittisesti, rakentavasti ja muutoksille tilaa antavasti. Pelkkä tahtominen ja tiedostaminen eivät kuitenkaan riitä takaamaan eettisyyden toteutumista kohtaamistilanteissa. Sen tulee myös ilmetä käytöksessä: sanoissa, eleissä ja toiminnassa. Loppujen lopuksi työssä koettu ilo ja tyytyväisyys kertovat onnistumisesta eri kohtaamisissa ihmisten kanssa. (Haho 2009b, 32–33.)

3.5 Sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden toiminta

Polikliininen hoitotyö on poliklinikalla tapahtuvaa hoitotyötä, jota annetaan potilaan käydessä vastaanotolla, ja johon ei sisälly yöpymistä sairaalassa. Poliklinikalla hoidetaan sekä läheteillä saapuvia että kontrollikäynnille tulevia potilaita. Poliklinikalla on erilaisia hoitajien vastaanottoja ja toiminta sisältää myös erilaisia erikoisaloja. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2010.) Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010) tekemän tutkimuksen mukaan kirjaaminen on poliklinikoilla vuodeosastoon verrattuna yksinkertaisempaa, sillä potilaan tiedot kirjataan usein heti potilaskäynnin jälkeen. Hakala & Saikkonen ovat määritelleet hoitotyön avun tarpeessa olevan ihmisen auttamiseksi ja tukemiseksi niiltä osin, kun hän apua tai tukea tarvitsee. Heidän mukaansa arvot, teoreettinen tieto ja kokemukseen perustuva tieto muodostavat hoitotyön perustan. (Hakala & Saikkonen 1995, 31.) Hoitotyö koostuu kolmesta toimintokeskeisestä osatekijästä: kohteesta, sisällöstä ja tarkoituksesta. Lähtökohtana kaikelle toiminnalle ovat potilaan perustarpeiden, kokemusten ja reaktioiden huomioiminen. Hoitotyössä tulee muistaa kunnioittaa asiakkaita yksilöinä, tasavertaisina ihmisinä, sekä toimia yhteisesti sovittujen moraalisten arvojen ja päämäärien mukaan. (Jahren Kristoferssen & Nortvedt & Skaug 2006, 15–17.)

Sisätautien poliklinikka tuottaa erikoissairaanhoidonpalveluja. Poliklinikka toimii ajanvarausperiaatteella. Asiakkaat tulevat poliklinikalle läheteellä avoterveydenhuollosta ja yksityissektorilta tai sisäisenä konsultaationa sairaalan muista yksiköistä. Lisäksi potilaskäynnejä muodostuu uusintakäynneistä, sarjahoitokäynneistä ja vuodeosastojen jälkitarkastuksista. (Rask 2010a.) Potilaiden hoitolinjoissa noudatetaan perusterveydenhuollon sovittua hoidon porrastusta, alueellisia hoitoketjuja sekä kansallisia käypähoitosuosituksia. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010.)

Poliklinikalla työskentelee erikoislääkäreitä, useisiin erikoisaloihin perehtyneitä sairaanhoitajia, kuten sydänhoitaja, reumahoitaja sekä diabeteshoitaja. Sairaanhoitajien yleisiin tehtäviin kuuluvat potilastietojen käsittely, potilashuoneiden valmistelu vastaanottoja varten, lääkäreiden avustaminen tutkimuksissa, potilaspaperien valmistelu, potilaiden ohjaus ja neuvonta sekä erilaisten toimenpiteiden suorittaminen kuten

lääkeinjektioiden antaminen, ompeleiden poistaminen sekä erilaisten mittausten suorittaminen. (Rask 2010a.)

Kirurgian poliklinikan perustehtävänä on tuottaa ja järjestää sairaanhoitopiirin asukkaille terveyttä ja hyvinvointia edistäviä kirurgian erikoissairaanhoidon palveluja. Poliklinikka toimii ajanvarausperiaatteella kirurgisten potilaiden tutkimus-, hoito- ja toimenpideyksikkönä. Poliklinikalla hoidetaan läheteellä tulleita kirurgista erikoissairaanhoidon vaativia aikuispotilaita sekä lapsipotilaita. Poliklinikan toimintaa ohjaavat asiakaslähtöisyys, yksilöllisyys, hoidon jatkuvuus ja tasa-arvoisuus. Poliklinikalla hoidetaan ortopedisiä, urologisia, pehmytkirurgisia ja lastenkirurgisia potilaita. (Rask 2010b.)

Sairaanhoitajan tehtäviin kirurgian poliklinikalla kuuluvat tulevien potilaiden hoitosuunnitelmien avaaminen, hoitotyön kirjaaminen, toimenpiteissä avustaminen, hoitovälineiden ja instrumenttien varaaminen ja huolto, potilaiden ohjaus ja neuvonta välittömässä hoitokontaktissa, toimenpiteissä, tutkimuksissa ja puhelimesta, vastaanotto- ja tutkimusaikojen varaaminen, hintaluokkien, diagnoosi- ja toimenpidekoodien tallentaminen potilastietojärjestelmään sekä jatkuvan yhteistyön ylläpitäminen eri yksiköiden kanssa. Lääkintävahtimestari vastaa kaikesta potilaan kipsihoitoon liittyvistä toimenpiteistä, erilaisten ortoosien teosta ja apuvälineiden käytön ohjauksesta. Lääkintävahtimestari osallistuu myös muiden potilaiden ohjaukseen, vastaanotto- ja tutkimusaikojen varaamiseen sekä hoitosuunnitelmien kirjaamiseen. Osastonsihteerit puolestaan vastaavat läheteiden käsittelystä, ajanvarauksesta ja erilaisten todistusten postittamisesta. Osastonhoitaja vastaa kolmesta muusta yksiköstä, eikä osallistu kliiniseen hoitotyöhön. Osastonhoitajan toimenkuvaan kuuluu työvuorolistojen laatiminen, palkka-ajot, henkilökunnan riittävydestä huolehtiminen, yksikön toiminnan kehittäminen ja toimintasuunnitelmien laatiminen, henkilökunnan työhyvinvoinnista huolehtiminen ja yhteistyökuvioiden ylläpitäminen ja edelleen kehittäminen yhdessä muun henkilökunnan kanssa, sekä kirurgien sijoituslistan päivittäminen ja yhdenmukaisuudesta vastaaminen potilasajanvarausohjelmien kanssa. (Rask 2010b.)

3.6 Potilasohjauksen rakenteinen kirjaamismalli

Hoitotyön FinCC-luokitus sisältää 19 komponenttia (Liite 1), eli hoitotyön sisältöaluetta. Kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. Jokainen komponentti sisältää ohjauksen osuuden. (Liljamo ym. 2008, 4.) Opinnäytetyöprojektin tuloksena valmistuneeseen kirjaamismalliin valittiin hoitotyön FinCC-luokituksen 19:sta komponentista neljä (erittäminen, kudoseheys, lääkehoito ja terveyskäyttäytyminen) poliklinikoille keskeisintä komponenttia. Erittämisen komponentti sisältää ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät sekä näihin osatekijöihin liittyvän seurannan, hoidon ja annetun ohjauksen. FinCC-luokituksessa erittämisen komponentti kuvataan potilaan yhdeksi tai useaksi hoitotyön tarpeeksi ruuansulatukseen, ulostamisen, virtsaamisen tai muun eritystoiminnan alueella tai potilaalla on verenvuoto. Komponenttiin kuuluu kirjata ulostamiseen, virtsaamiseen ja muuhun erittämiseen liittyvät häiriöt, sekä potilaalle annettu ohjaus, toteutunut hoito ja eritystoiminnan huomiot. (Liljamo ym. 2008, 17, 35.)

Kudoseheys komponentti koostuu lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvistä osatekijöistä. Komponentin sisältö kuvataan potilaan tarpeeksi yhden tai useamman kudoseheyden alueen osalta. Potilaalla voi olla häiriö ihon kunnossa, joka näkyy ihottumana, havaittavana ihorikkona tai kudოსvauriona tai ilmeisenä riskinä saada ihorikko tai kudოსvaurio. Komponenttiin kirjataan ihon ja limakalvojen eheyden muutokset, akuutit ja krooniset haavat sekä kudoseheyteen liittyvä tiedon tarve. Komponenttiin kirjataan myös ihon ja limakalvojen kunnan seuranta, hoito ja hoitoon liittyvä ohjaus. (Liljamo ym. 2008, 28, 49.)

Terveyskäyttäytymisen komponentilla tarkoitetaan terveellisten elintapojen noudattamista, sitoutumista annettuun sairauden tai terveydentilan hoitoon, terveyden säilyttämisen tarvetta ja hoitoon liittyvää päätöksentekoa sekä toimintoja, joilla kartoitetaan potilaan elintapoja. Komponenttiin kirjataan terveyttä uhkaavat elintavat, hoitoon sitoutumattomuus, terveyden säilyttämisen tarve ja hoitoon liittyvä päätöksenteon vaikeus sekä terveyttä edistävä ohjaus. (Liljamo ym. 2008, 19–20, 38.)

Ohjausprosessin alussa tulee määritellä ohjauksen tarve, suunnitella ohjauksen kulku, toteuttaa ohjaus ja lopuksi arvioida ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Potilasohjauksessa korostuu tarpeiden määrittely, koska ohjauksen lähtökohtana tulee olla potilaan tarpeet. Potilaan ohjauksen perustana on asiakaslähtöisyys ja potilaan tarpeiden mukainen ohjaus. Potilasohjauksen jatkuvuus hoidonkulun eri vaiheissa varmistetaan kirjaamalla ohjausprosessi hoitosuunnitelmaan. Poliklinikkakäynnit ovat lyhyitä, siksi potilaan ohjauksen jatkuvuuden varmistaminen on tärkeää hyödyntäen kirjallisia ohjeita, verkostoitumista sekä yhteistyötä eri tahojen kanssa. Lopuksi tulee käydä läpi potilaalle mahdolliset epäselvät asiat, arvioida ohjauksen vaikuttavuus, sekä kirjata ohjauksessa käydyt asiat (Iso-Kivijärvi & Keskitalo & Kukkola & Ojala & Olsbo & Pohjola & Väänänen 2006, 10–16.), ja merkitä ylös potilaalle annettu kirjallinen materiaali (Lipponen ym. 2006, 51). Lääkehoidon kirjaamisessa tulee huomioida myös lääkelistojen ja lääkehoitokorttien täydentäminen. Potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen hoitohenkilökunnan työtä helpottaa yksiselitteisesti kirjattu tieto. Potilaan lääkehoitoa kirjatessa tulee tehdä lääkehoidon tarkistusta. Siinä tarkistetaan, että lääkkeiden annokset ja antoajankohdat vastaavat hyväksyttyä hoitokäytäntöä. Näin ollen samalla kartoitetaan mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopimattomuudet. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 155–157.)

Ohjauksen kirjaamisen puutteellisuus lisää sairaanhoitajien päällekkäistä ohjaustoimintaa tai voi johtaa ohjauksen laiminlyöntiin. Kirjaamisen puute vaikeuttaa sairaanhoitajien välistä viestintää ja heikentää selvästi potilasturvallisuutta. Ohjaamisen kirjaamisen puutteet voivat johtaa potilaan riittämättömään terveyden tilan arviointiin. (Kärkkäinen & Eriksson 2003.) Terveystilan riittämätön arviointi taas vaikeuttaa potilaan ohjaustarpeen tunnistamista sekä ohjauksen vaikutuksen arviointia. Ohjauksen kirjaamisen ongelma on sen tavoitteellisuuden ja arvioinnin puute. Ohjauksen rakenteinen kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen vastaa osaltaan tähän ongelmaan. (STM 2007.)

Työyhteisöjen kanssa valituista neljästä komponentista opinnäytetyöprojektin kehittämis-kohteeksi valittiin lääkehoidon ohjauksen rakenteinen kirjaaminen. Lääkehoito on merkittävä osa potilaan kokonaishoitoa. Ajanmukainen tieto lääkityksestä on hoidon turvallisen jatkumisen edellytys. Lääkehoidon onnistuminen parantaa potilaan motivaatiota sairautensa

hoitoon. Hoitoon sitoutumista tuetaan hyvällä ohjauksella. (Veräjänkorva & Huupponen & Huupponen & Kaukkila & Torniainen 2006, 158.) Potilaalle annettava lääkehoito tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Lääkehoidon prosessin kaikkiin vaiheisiin kuuluu lääkitystiedon kirjaaminen. (Potilaslaki 785/1992; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001.) Potilaan lääkehoito ja hänelle annettu ohjaus tulee kirjata potilaan hoitotietoihin mahdollisimman tarkasti (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 155).

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän lääkehoito oppaan mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä lääkehoidon tarve, lääketieteellinen peruste, lääkemääräys ja annettu lääkehoito. Lääkkeiden määräämisen ja antamisen osalta näitä tietoja ovat lääkkeen nimi, määrä, lääkemuoto, kerta- ja vuorokausiannos ja annostelutapa, antopäivä ja – aika sekä antajan nimi ja lääkkeen määrännyt lääkäri, jos kyse on muusta kuin osastopotilaan lääkelistan mukaisesta jatkuvasta lääkityksestä. (STM 2006.) Potilaalta on tärkeää varmistaa, että hän on ymmärtänyt saamansa lääkehoidon ohjauksen. Näin ollen voidaan arvioida lääkehoidon vaikuttavuutta ja mahdollista kertauksen tarvetta. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 158.)

FinCC-luokituksessa lääkehoidon komponentti sisältää kymmenen pääluokkaa, joihin kuuluu kehittämiskohteeksi valittu lääkehoidon ohjaus. Lääkehoidon ohjauksen alaluokkiin kuuluu lääkehoidon kirjallinen ohjaus, suullinen ohjaus, puhelinohjaus, ohjaus kirjeitse ja muu ohjaus. (FinCC-luokituskokonaisuus 2008.) Komponentin sisältö kuvataan potilaan yhdeksi tai useaksi tarpeeksi liittyen lääkkeiden oikeaan käyttöön, lääkehoidon oikeaan toteuttamiseen tai lääkitykseen liittyvään asianmukaiseen tietoon. Potilaalla voi olla yksi tai useampi hoidon tarve, joka ilmenee lääkkeiden käytön riskinä esimerkiksi lääkkeiden väärinkäyttönä, lääkeaineallergiana, lääkekielteisyytenä tai potilaan käyttämien lääkkeistä aiheutuvina sivuvaikutuksina. (Liljamo ym. 2008, 21.) Hyvän lääkehoidon ohjauksen avulla potilas pystyy ottamaan paremmin vastuuta lääkehoidostaan ja omasta terveydentilastaan sekä sitoutumaan omaan hoitoonsa. Potilaan saama lääkehoidon ohjaus lisää hänen tyytyväisyyttään hoitoon, kohentaa elämänlaatua ja varmistaa hoidon jatkuvuuden, mikä näin ollen parantaa hoidon laatua. Lääkehoidon ohjauksessa tavoitteet asetetaan potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat huomioiden. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 152.)

4 PROJEKTIN PROSESSIKUVAUS

4.1 Projektin tarkoitus, tavoitteet ja tuloksen määrittely

Opinnäytetyöprojektin taustalla on valtakunnallinen eNNI 2 -osahanke. Opinnäytetyöprojekti toteutettiin vuosina 2009–2011 yhteistyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden sekä Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kanssa.

Opinnäytetyöprojektin ensisijaisena tarkoituksena oli kuvata Länsi- Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden kirjaamisen tämän hetkinen tilanne, minkä jälkeen hankkia näyttöön perustuvaa tietoa rakenteisesta kirjaamisesta, sekä muodostaa uusi toimintamalli käyttäen LbD:tä eli kehittämispohjaista oppimismallia pohjautuen rakenteiseen kirjaamiseen. Projektissa tavoitteena oli edistää Länsi- Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden potilasohjauksen rakenteisen kirjaamisen osaamista ja näin ollen hoidon laatua. Tavoitteena korostui myös oman osaamisen kehittäminen rakenteisessa kirjaamisessa ja kehittämistoiminnassa yhteistyössä työelämän kanssa opinnäytetyöprosessissa. Lopuksi arvioitiin toiminnan vaikuttavuus sekä tehtiin raportti osaksi opinnäytetyöprojektia.

Opinnäytetyöprojektin prosessiin sisältyi osallistuminen opettajan pitämiin työyhteisön palaveriin, ohjatun harjoittelun suorittamiseen kohdetyöyhteisössä, kirjaamisen nykytilan perustuvan tiedon hankinta sekä uuden toimintamallin rakentaminen yhdessä hoitohenkilökunnan sekä opinnäytetyöprojektin ohjaajien kanssa.

4.2 Projektin rajaus, liittymät, organisaatio ja ohjaus

Opinnäytetyön aiheen löydyttyä, sitä tulee useimmiten rajata. Tärkeää on selvittää, mitä tietää ja mitä haluaa osoittaa keräämällään aineistolla. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2007, 81.) Rajausvaiheessa lyödään lopullisesti lukkoon, mitä lopputuloksia projekti tuottaa. Rajaukseen vaikuttavat projektille asetetut aika- ja kustannustavoitteet. (Ruuska 2007, 186.) Usein on ongelmallista, kuinka tarkkarajainen ja täsmällinen aiheen tulisi olla.

Aihetta voidaan joutua tarkentamaan tai jopa suuntaamaan uudelleen aineiston keruun jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2007, 81.)

Työyhteisöjen valittua kehittämiskohteensa aloitettiin tiedonhaku heidän valitsemastaan kirjaamisen osa-alueesta eli potilasohjauksesta. Opinnäytetyöprojekti on rajattu kahden poliklinikan yhteisen kehittämiskohteen kirjaamismallin luomiseen. Päälinjoina ovat hoitotyön kirjaaminen, potilasohjauksen kirjaaminen polikliinisessa hoitotyössä sekä projektin prosessikuvaus. Työyhteisön kanssa päätettiin yhdessä rajata potilasohjauksen kirjaamisen 19:sta komponentista neljään eri komponenttiin, joita ovat erittäminen, kudoseheys, lääkehoito sekä terveystyöskäyttö. Yhdessä valituista komponenteista päädyttiin avaamaan lääkehoidon osuus, joka on hoitotyön kannalta yksi keskeisimmistä osa-alueista.

Tämä opinnäytetyöprojekti oli osa valtakunnallista eNNI rakenteisen kirjaamisen projektia, sen toista osahanketta, joka toteutui vuosien 2009–2010 aikana. eNNI projektin oli tarkoitus jatkaa vuoteen 2012 asti, mutta Opetusministeriö rahoitti projektia vain vuosien 2008–2010 ajan. Opinnäytetyöprojektin liittymät ovat eNNI 2 -osahanke kokonaisuudessaan. eNNI:ssä sairaanhoitajat, hoitotyön opettajat ja opiskelijat kehittävät käytäntöä yhdessä. Uudenlainen kehittämissyhteistyö on käynnistynyt Suomessa terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen välille. Sairaanhoitajat ottavat ensimmäisinä käyttöön kansallisesti sovitun yhtenäisen mallin hoitotyön kirjaamisessaan. (eNNI-hanke 2010.)

Organisaatio on tapahtuma, jossa ihmiset kokoontuvat yhteen, jotta he saavuttaisivat sellaisen päämäärän, johon he eivät itsenäisesti pääsisi. Näin syntyy organisaatio. Se on väline tietyn tavoitteen saavuttamiseksi. Organisaatio on avoin järjestelmä, joka on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Sen on kyettävä reagoimaan nopeasti ympäristössä tapahtuviin muutoksiin ja sopeutumaan uuteen tilanteeseen. (Ruuska 2007, 55–56.)

Opinnäytetyöprojektin toimeksiantajana toimivat Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikat. Projektin organisaatioon kuuluivat eNNI 2 -osahankkeen aluetyöryhmän opettajat Sirpa Orajarvi ja Hanna-Leena Paakkolanvaara, informaattikko Anitta Örn, sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden osastonhoitaja Maaret Rask,

osastonhoitaja Paula Pullola ja Outi Kinnunen Tervolan kunnan sosiaali- ja terveystaloukselta sekä projektityöntekijöinä sairaanhoitajaopiskelijat Marjo Mensonen ja Aino-Marja Mikkola. Alussa opinnäytetyöprojektin ohjaajina toimivat päätoiminen tuntiopettaja Sirpa Orajarvi ja lehtori Marja-Liisa Majamaa. Marja-Liisa Majamaan siirtyessä toiseen oppilaitokseen hänen tilallaan ohjausta jatkoi eNNI 2 -osahankkeen aluetyöryhmässä työskennellyt lehtori Hanna-Leena Paakkolanvaara.

Ohjauksessa vuorovaikutus ja dialogi muiden tärkeiden sidosryhmien kanssa korostuvat. Ohjausryhmällä on suuri vastuu dialogin toimivuudesta sekä siitä, että se saa aikaan toivotut vaikutukset. Hyvä ohjausryhmä muodostaa yhteyden projektin ympäristöön ja näin viestintä toimii tehokkaasti kaikkiin tarpeellisiin suuntiin. (Rissanen 2002, 110–111.)

4.3 Projektin eteneminen

Tämä eNNI 2 -osahankkeeseen liittyvä opinnäytetyöprojekti alkoi edetä syksyllä 2009 (Kuvio 2) kun AMK:n tutkimustoiminnan- sekä projektityönkurssit alkoivat. Tämän myötä opinnäytetyön aiheen valinta tuli ajankohtaiseksi. Opiskelijat kuuluivat mahdollisuudesta hyödyntää eNNI 2 -osahanketta opinnäytetyötä tehdessä. Otettiin yhteyttä Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun eNNI 2 -osahankkeen yhdyshenkilöön Sirpa Orajarveen. Häneltä saatiin lisätietoa ja päätettiin osallistua eNNI 2 -osahankkeen aluetyöryhmän kokoukseen, jossa saatiin lisäselvitystä aiheesta. Marraskuussa 2009 tehtiin päätös projektiin osallistumisesta ja anottiin ohjaajat opinnäytetyölle, sekä aloitettiin projektisuunnitelman teko. Joulukuussa osallistuttiin eNNI 2 -osahankkeen syysseminaariin, jossa tutustuttiin hankkeeseen paremmin.

Tammikuussa 2010 järjestettiin ensimmäinen opinnäytetyöprojektiin liittyvä info LPKS:n sisätautien poliklinikan henkilökunnalle. Tammikuussa osallistuttiin Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun järjestämään kirjaamiskoulutukseen terveysalan yksikössä. Helmikuun alussa allekirjoitettiin hankesopimus (Liite 2) ja pidettiin ensimmäinen opinnäytetyön ohjaus, jossa käytiin läpi projektisuunnitelmaa. Maaliskuussa osallistuttiin työyhteisöjen ja opinnäytetyöprojektin ohjaajien kanssa informaattikko Anitta Örnin

järjestämään tiedonhaun pajaan, jossa tutustuttiin erilaisiin tiedonhaun kanaviin. Huhtikuussa osallistuttiin yhdessä sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden henkilökuntien kanssa aluetyöryhmän järjestämiin case -harjoituksiin. Kirjaamisen nykytilanteen kartoitus poliklinikoilla tehtiin 12.–23.4.2010 käytännön harjoittelun aikana. Huhtikuun lopussa käytettiin tiedonhaussa ensi kertaa apuna informaattikko Anitta Örneä. Toukokuussa alkukartoituksen tuloksiin perehtymisen jälkeen kokoonnuttiin yhdessä työyhteisöjen ja opinnäytetyöprojektin ohjaajien kanssa pohtimaan poliklinikoiden yhteistä kehittämiskohdetta. Alkukartoituksen tulokset esitettiin, joiden pohjalta valittiin potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen poliklinikoiden yhteiseksi kehittämiskohteeksi. Kesäksi 2010 työyhteisöihin jätettiin lomake (Liite 3), johon heitä pyydettiin kirjaamaan haasteita ja vaikeuksia, joita päivittäisessä kirjaamisessa tuli vastaan. Vastauksista päätellen työyhteisöt kokivat, että ohjaamisen kirjaamisen laajuutta oli vaikea rajata ja oli vaikea päättää mihin osioon asiat oli kirjattava. Poliklinikoiden vastauksista ilmeni selvästi myös se, että yhteiset kirjaamismallit puuttuivat. Kesän aikana opiskelijat tutustuivat keväällä hankittuun materiaaliin.



Kuvio 2. Projektin etenemisen kuvaus.

Syyskuussa 2010 toinen opinnäytetyöprojektin ohjaajista siirtyi toiseen oppilaitokseen, jolloin hänen tilallaan ohjausta jatkoi Hanna-Leena Paakkolanvaara. Lokakuussa pidettiin eNNI 2 -osahankkeen päätösseminaari sekä aluetyöryhmän loppukokous. Lokakuun lopussa alkoi potilasohjauksen teoriaosuuden kirjoittaminen, jonka aiheiden tiimoilta tavattiin myös informaattikko Anitta Örneä. Marraskuun alussa järjestettiin opinnäytetyön ohjaus ja ohjaamisen kirjaamismallin suunnittelu alkoi. Alkupalvi 2011 käytettiin teoriaosuuden täydentämiseen. Maaliskuun lopussa käytiin työyhteisössä keskustelemassa kirjaamisen malliin tehtävistä rajauksista ja tehtiin ulkoasun muutokset lehtori Tarja Pernun avulla.

Huhtikuussa kehiteltiin potilasohjauksen rakenteista kirjaamismallia sisätautien ja kirurgian poliklinikoille. Kirjaamismallista kehittyi kaksiosainen tuotos, johon tiivistettiin opinnäytetyöprojektin raportin teoriatietoa. Mallin kehittäminen osoittautui haasteelliseksi. Alkuperäisen mallin luonnos oli kaksiosainen. Malli koostui potilasohjauksen rakenteisen kirjaamismallin kaaviokuvasta ja lääkehoidon ohjauksen rakenteisen kirjaamisen teoriatiedon osuudesta sekä teoriatietoa havainnollistavasta potilasesimerkistä. Luonnoksesta pyydettiin kehitysehdotuksia opinnäytetyöprojektin ohjaajilta, joiden myötä mallia päädyttiin selkeyttämään poistamalla potilasesimerkki ja tarkentamalla mallissa olevaa teoriaosuutta. Toisena vaihtoehtona pohdittiin myös potilasesimerkin käyttämistä taulukossa, josta kävisi ilmi hoitotyön prosessin mukainen ohjauksen kirjaaminen (SHTaL, SHToL, SHTuL). Opiskelijat esittelivät vaihtoehdot kirjaamismalleista poliklinikoiden yhdyshenkilölle, jonka kanssa päädyttiin valitsemaan työyhteisöille malli, johon kaaviokuvan lisäksi kuului lääkehoidon ohjauksen rakenteisen kirjaamisen teoriaosuus. Valittu malli oli molempien osapuolien mielestä työyhteisöille sopiva ja käyttökelpoinen. Valmis malli luovutettiin työyhteisöihin juurtumaan. Toukokuussa pidettiin opinnäytetyöseminaari, jossa esiteltiin opinnäytetyöprojektin tuloksena syntynyt raportti sekä työyhteisöihin kehitetty potilasohjauksen rakenteinen kirjaamismalli.

4.4 Työ- ja arviointimenetelmät

Työmenetelmä on apuväline projektin tavoitteiden saavuttamisessa. Työasemien ja valmisohjelmien huima kehittyminen viime vuosina on tuonut mukanaan uusia ja erilaisia mahdollisuuksia projektin työmenetelmiin. Tulee kuitenkin muistaa, että menetelmät ovat vain apuvälineitä. Tärkeää on projektiryhmän asiantuntemus ja ongelmien ratkaisukyvyt. (Ruuska 2007, 49–50.) Tässä opinnäytetyöprojektissä työ- ja arviointimenetelminä käytettiin haastattelua ja havainnointia työyhteisössä. Haastattelu on tietynlaista keskustelua. Yleensä tavallisessa keskustelussa molemmat osapuolet ovat tasa-arvoisia kysymysten asettamisessa ja vastauksen antamisessa. Sen sijaan haastattelussa haastattelija johtaa keskustelua kysymyksillään. Haastattelulla on tavoitteet ja sen avulla pyritään saamaan mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja jolloin kyseessä on tutkimushaastattelu. (Hirsjärvi ym. 2007, 199.)

Tutkimushaastatteluryhmiä on kolmenlaisia; strukturoitua haastattelu eli lomakehaastattelu, teemahaastattelu sekä avoinhaastattelu (Hirsjärvi ym. 2007, 199). Työmenetelminä opinnäytetyöprojektissä käytettiin strukturoitua haastattelua sekä avointa haastattelua. Strukturoitua haastattelu tapahtuu lomakehaastattelussa lomaketta apuna käyttäen. Lomakkeessa kysymysten ja väitteiden muoto ja esittämisjärjestys on täysin määrättyä. Itse haastattelu on sen jälkeen helppo tehdä kun kysymykset on laadittu. Haastattelun etuina muihin tiedonkeruu muotoihin verrattuna on se, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttävällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Samoin aiheiden järjestystä on mahdollista säädellä. Strukturoidun haastattelun etuna on että vastaajiksi suunnitellut henkilöt saadaan yleensä mukaan projektiin, jolloin osallistumisprosentti on suurempi verrattuna muihin haastattelumuotoihin. Haitta puoliin voidaan lukea muun muassa haastateltavan pelko tilannetta kohtaan sekä paine antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2007, 199–203.)

Avoimessa haastattelussa haastattelija selvittelee haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä. Sen mukaan kuin ne tulevat vastaan keskustelun kuluessa. Avoin haastattelu on kaikista haastattelun muodoista lähimpänä keskustelua, sillä sen kuluessa aihekin voi muuttua. Yleensä avoin haastattelu vie paljon aikaa ja tarvitsee useita haastattelukertoja, koska haastattelussa ei ole kiinteää runkoa jää tilanteen ohjailu haastattelijan huoleksi. Haastattelumuotoja ovat yksilö-, pari-, ja ryhmähaastattelu. (Hirsjärvi ym. 2007, 204–205.)

Havainnointia hyväksi käyttäen saadaan tietoa, toimivatko ihmiset, niin kuin he sanovat toimivansa. Ihmisten arvostuksia tutkittaessa saadaan erilaisia tuloksia, jos näitä asioita kysellään ja mitataan puheen keinoin tai jos katsotaan miten he toimivat arkielämässä. Havainnointi on työläs menetelmä, tästä syystä kysely ja haastattelu ovat osaltaan syrjäyttäneet sen. Havainnoinnin etuna on että sen avulla voidaan saada välitöntä suoraa tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Se on erinomainen menetelmä vuorovaikutuksen tutkimisessa samoin kuin tilanteissa, jotka ovat vaikeasti ennakoitavissa ja nopeasti muuttuvia. Se sopii myös silloin kun tutkittavat eivät halua tai osaa kertoa suoraan haastattelijalle tämän tarvitsevaa tietoa. Havainnoinnin haittana on se että havainnoija saattaa häiritä tilannetta ja jopa suorastaan muuttaa tilanteen kulkua. Haittana pidetään myös sitä, että havainnoija saattaa sitoutua emotionaalisesti tutkittavaan ryhmään tai tilanteeseen, jolloin tutkimuksen objektiivisuus kärsii. Havainnoinnin avulla voidaan kuitenkin kerätä monipuolista ja mielenkiintoista aineistoa. (Hirsjärvi ym. 2007, 207–210.)

Kirjaamiskäytäntöjen kartoitus ja havainnointi tapahtui 12.4–23.4.2010 välisenä aikana Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoilla. Tarkoituksena näiden kahden viikon aikana oli tehdä kirjaamisen nykytilanteen kuvaus ja opiskelijoiden oma arvio sen hetkisestä kirjaamiskäytännöstä poliklinikoilla. Arvioinnin perusteella kirjaaminen oli vähäistä eikä yhteistä selvää kirjaamiskäytäntöä ollut käytössä. Työyhteisöissä oli havaittavissa muutosvastarintaa, mikä voi ilmetä välinpitämättömyytenä, muiden asioiden priorisointina tai informaation torjuntana. Muutosvastarinnasta ei tulisi syyllistää työntekijöitä vaan nähdä muutosvastarinta luonnollisena, emotionaalisen suhtautumistapana muutoksiin. (Haveri & Majoinen 2000, 28–29.) Muutosvastarintaa

kuvataan vanhasta luopumisen vastustamiseksi kuin uuden vastustamiseksi. Epäilijät haluavat useimmiten saada tarkan selityksen siitä millaisia vaikutuksia muutoksella on organisaation ja henkilöstön toimintaan sekä asiakkaiden palveluun. (Laaksonen & Niskanen & Ollila & Risku 2005, 52.) Työyhteisöissä muutosvastarinta ilmeni tapahtuvan muutoksen ajankohdan kyseenalaistamisena.

Opiskelijoiden kartoittaessa kirjaamisen nykytilaa poliklinikoilla yhtenä työmenetelmänä käytettiin Rajalahden & Ahosen & Ikosen (2008) tekemää taulukkoa (Liite 4), jota muokattiin tarkoitusta vastaavaksi. Kirjaamisen nykytilanteen kartoittamiseen haastateltiin kuutta hoitotyöntekijää taulukon avulla. Opiskelijat havainnoivat poliklinikoilla kirjaamiskäytäntöjä ja kävivät avointa keskustelua koko työyhteisön kanssa.

Päiväkirja toimii apuvälineenä opinnäytetyöprojektin seuraamisessa ja sen edistämässä. Säännöllisestä päiväkirjasta on monenlaista hyötyä. Se pitää kiinni työnteossa ja kirjoittamisessa. Päiväkirja voi parhaimmillaan edesauttaa projektin etenemistä aikataulun mukaisesti ja kannustaa projektissa etenemisessä. Päiväkirjan merkinnät tulee aloittaa heti työn alussa. (Hirsjärvi ym. 2007, 45–46.) Päiväkirjaan merkittiin milloin tehtiin opinnäytetyöprojektiin liittyvää työtä, mihin liittyen ja kuinka kauan työhön kului aikaa. Ohjauspäivät, erilaiset kokoukset, koulutukset ja tiedonhauntapaamiset dokumentoitiin. Näin ollen pystyttiin seuraamaan opinnäytetyön etenemistä. Päiväkirjan ylläpitäminen lisäsi osaltaan myös opinnäytetyöprojektin luotettavuutta sekä helpotti opinnäytetyöprojektin etenemisen kuvauksen laadintaa.

Työmenetelmänä tässä opinnäytetyöprojektissa käytettiin Learning by Developing, kehittämispohjaista oppimista, joka on Laurea-ammattikorkeakoulun kehittämä pedagoginen toimintamalli, jossa oppimisprosessi on muotoiltu tutkimus- ja kehittämisprosessiksi. Se merkitsee autenttisuuteen, tutkimuksellisuuteen ja kohtaamiseen perustuvaa uutta luovaa oppimista. Toimintamallin oppimisympäristössä hyödynnetään sisäisiä ja ulkoisia verkostoja sekä ollaan jatkuvassa vuorovaikutuksessa työelämän kanssa. Osaamisen tuottaminen tapahtuu työskentelemällä työyhteisössä, jotka ovat mukana yhteisten kohteiden kehittämisessä. Tarkoituksena ei ole ainoastaan tuottaa uutta osaamista oppijoille, vaan myös uutta osaamista työelämän ja alueen kehittämiseksi. Parhaimmillaan

uusi osaaminen kehittyi kehittämiskelpoiseksi nykyaikaiseksi käytännöksi työympäristöön. Käytännössä autenttisuus toteutuu opiskelijoiden arjessa opintojaksoihin, harjoitteluun tai opinnäytetyöhön liittyvinä kehittämissuorituksina sekä hankkeina. Parhaimmillaan hankkeissa yhdistyy eri koulutusalojen osaaminen. Oleellista on oppia löytämään kulloinkin käsiteltävänä olevan ongelman ydinilmiöt ja niihin liittyvät käsitteet, joiden avulla ilmiötä voidaan jäsentää. Mahdollisuus toimia kehittäjänä aidoissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa tukee opiskelijan kehittymistä opiskeluaikana työelämän käytänteen muuttajaksi, kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. (Laurea 2008, 22–23.)

Kehittämishanke rakentuu kumppanuusperiaatteelle. Kumppanuus tarkoittaa opettajien, työelämäosaajien ja opiskelijoiden yhteistyötä. Kehittämistoiminnan ytimen muodostavat kehittämistiimit, jossa kohtaamisten kautta jaetaan asiantuntijuutta. Kehittämistiimien tehtävänä on huolehtia eri osapuolten verkostosta ja hankeprosessin etenemisestä. Se organisoii toiminnan ja työtavat. Opiskelijan rooli tutkimus- ja kehittämishankkeissa on olla tasavertainen osapuoli ja saada opiskelun aikana kokemusta täysivertaisena asiantuntijana toimimisessa. Oppiminen etenee luonnollisesti hankkeen etenemisen myötä, jolloin lähtökohtana on aito, työelämälähtöinen, tutkimukseen liittyvä kehittämishanke, joita tuleva ammattikorkeakoulututkinto edellyttää. Osaaminen koostuu tulevaa tutkintoa vastaavasta tutkittuun tietoon perustuvasta tietämisestä, ammatillisen osaamisen ymmärtämisestä ja erilaisten työelämätilanteiden hallitsemisesta. Ennen kaikkea hanketoiminta antaa mahdollisuudet opiskelijalle yksilölliseen ja luovaan oppimiseen. Näin ollen opiskelijan itseohjautuvuus kasvaa ja hän asettaa itse tavoitteita itselleen. (Laurea 2008, 23–25.)

4.5 Projektin tekemiseen liittyviä eettisiä ja juridisia näkökulmia

Opinnäytetyöprojektin ollessa osa eNNI 2 -osahanketta se käsittelee hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä näkemyksiä. Projektin tekemiseen liittyy monia tärkeitä kysymyksiä ihmisten asemasta, oikeuksista, yhteiskunnan ja yhteisöjen toimintatavoista sekä niiden velvollisuuksista ja vastuista. Näihin moniin kysymyksiin on annettu määräyksiä lailla ja asetuksilla. Ohjeet ja suositukset pyrkivät lisäämään luottamusta tutkimus- ja kehitystoimintaan ja sitouttavat toimintaan ryhtyneitä lupaamaansa toimintatapaan ja rahoihin.

Lainsäädännön tehtävänä on antaa velvoittavia ohjeita ja määräyksiä. Etiikan tarkoituksena on taas puolustaa tärkeinä pidettyjä arvoja, toisin sanoen sitä mitä pidetään hyvänä ja moraalisesti oikeana. Etiikka ei tosin ole luonteeltaan samalla tavalla velvoittavaa kuin laki vaan sen ohjeet ovat suositusten omaisia. (Heikkilä & Jokinen & Nurmela 2008,43.)

Opinnäytetyöprojektin aikana ei ollut tarvetta hyödyntää potilasasiakirjoja. Kaikki tarvittava tieto saatiin käytännön asiantuntijoiden ja yhdyshenkilön, Maaret Raskin välityksellä. Tällöin potilasasiakirjoihin liittyviä eettisiä ja juridisia näkökulmia ei tarvinnut huomioida potilasasiakirjojen käsittelyn osalta. Aluetyöryhmien kokouksiin pyrittiin osallistumaan muun opiskelun asettamien resurssien rajoissa. Sovitussa aikataulussa pyrittiin pitäytymään hankkeen aikana.

Itsessään opinnäytetyön aiheen valinta on jo opiskelijan tekemä eettinen ratkaisu. Tekijän on pohdittava, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti, mutta erityisesti myös sitä, miten projekti vaikuttaa siihen osallistuviin. Opinnäytetyön etiikan periaatteena on sen hyödyllisyys. Aina hyöty ei kohdistu kohteena oleviin henkilöihin, vaan tuloksia voidaan toisinaan hyödyntää vasta tulevaisuudessa uusiin asiakkaisiin. Potilaiden, asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden itsemääräämisoikeus on yksi projektiin osallistumisen lähtökohta. Olisikin erittäin tärkeää, että projektiin osallistuminen on aidosti vapaaehtoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–179.)

Tekijän on noudatettava tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, se on, rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta opinnäytetyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä saatujen tulosten arvioinnissa. Tekijän tulisi myös soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta työn tuloksia julkaistessaan. Tärkeää on ottaa myös huomioon muiden tekijöiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla kunnioittaen näiden työtä ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa työssään ja sen tuloksia julkaistessaan. Opinnäytetyön tulee olla suunniteltu toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Epärehellisyyttä on vältettävä opinnäytetyön kaikissa vaiheissa. Toisten tekstiä ei saa plagioida.

Luvatonta lainaamista on kaikki sellainen toiminta, jossa jonkun toisen tekstiä esitetään omana. Tekstiä lainatessa lainaus on osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–26.)

Opinnäytetyöprojektia tehdessä luotettavuuden takaamiseksi kunnioitettiin alkuperäislähteiden tekijöitä, käyttämällä tekstissä asian mukaisia lähdemerkintöjä. Opinnäytetyöprojektin raportista pyrittiin tekemään mahdollisimman kattava ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukainen. Opinnäytetyöprojektin luotettavuutta lisäsi myös osallistuminen aluetyöryhmien järjestämiin palavereihin, työpajoihin sekä tapaamisiin työyhteisöjen kanssa.

Tuloksia ei tule yleistää kriitikittömästi. Vilppiä on muun muassa tulosten yleistäminen, vaikka siihen ei olisi perusteita, ja tulosten sepittäminen, jolloin tiedeyhteisölle esitetään tekaistuja havaintoja. Raportointi ei myöskään saa olla harhaan johtavaa tai puutteellista. Käytetyt menetelmät on selostettava huolellisesti. Alkuperäisiä havaintoja ei tule muokata niin, että tulos vääristyy. Julkaisuissa on mainittava työryhmän jäsenet, eikä yhteistyön tuloksena syntyneitä dokumentteja saa julkaista vain omalla nimellä. (Hirsjärvi ym. 2007, 26–27.)

Opinnäytetyötä ohjaavat myös kansallinen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet (Heikkilä ym. 2008, 43). Erityisen painoarvon lainsäädännössä saa ihmisten yksityisyys (Henkilötietolaki 523/1999). Opinnäytetyöhön ja kehittämistoimintaan osallistuvien potilaiden ja muiden ihmisten henkilötietoja ei saa paljastaa hankkeen tai projektin missään vaiheessa. Kehittämishankkeissa mukana työskentelevien eri ammattiryhmien ja myös opiskelijoiden oikeuksia on kunnioitettava. (Heikkilä ym. 2008, 45–46.)

4.6 Projektin dokumentointi ja tiedottaminen

Dokumentointi on tärkeä osa koko projektia. Projektin ajan olisi hyvä pitää päiväkirjaa tapahtumista. Päiväkirja nousee myös tärkeäksi projektia arvioitaessa sekä loppuraporttia kirjoitettaessa. Tosin päiväkirja on vain yksi osa dokumentointia. Dokumentoinnin tulee olla niin kattavaa, että projektissa mukana olevat saavat selkeän kuvan tavoitteista, tuotoksista ja toimintaperiaatteista. (Heikkilä ym. 2008, 115–116.)

Kaikki opinnäytetyöprojektin dokumentaatio pyrittiin arkistomaan projektikansioon sähköisessä muodossa. Lisäksi opinnäytetyöprojektin tuoreinta versiota säilytettiin paperimuodossa. Tällä keinoin pyrittiin välttämään aineistojen hukkumista. Päiväkirjaa käytettiin myös apuna koko projektin ajan. Opinnäytetyöprojektin raportti on saatavissa sähköisessä muodossa ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseuksessa.

Tärkein tiedottamisen keino on sisäinen tiedotus, joita ovat henkilökohtaiset tapaamiset ja yhteydenpito projektin eriosapuolien kesken. Opinnäytetyöprojektista tiedotettiin lisäksi erilaisissa palaverissa, työpajoissa sekä osastotunneilla. Tiedottamisella oli tarkoituksena varmistaa, että kaikki projektin toteuttamisessa mukana olevat henkilöt ovat tietoisia siitä, mitä kulloinkin tapahtuu. Seminaarit olivat yksi olennainen ulkoisen tiedottamisen kanava. Seminaareja järjestettiin kaksi: projektisuunnitelmaseminaari ja projektin päättyessä päätösseminaari, jossa esiteltiin työyhteisöihin kehitetty potilasohjauksen rakenteinen kirjaimismalli.

5 POHDINTA

Tämä opinnäytetyönä toteutettu projekti on valtakunnallisen eNNI 2 -osahankkeen innoittama kehittämistyö, jossa pyrittiin kehittämään potilasohjauksen rakenteista kirjaamista Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien ja kirurgian poliklinikoilla. Muutokseen kuului myös poliklinikoiden hoitotyön kirjaamisen nykytilanteen kuvaaminen sekä yhteisen muutoskohteen, eli potilasohjauksen kehittäminen yhteistyössä työyhteisöjen kanssa rakenteisen kirjaamisen kehittämismalliksi.

Opinnäytetyönä toteutettu projekti alkoi syksyllä 2009 ja päättyi keväällä 2011. Projektiraportti muodostui hoitotyön kirjaamisesta, potilasohjauksen kirjaamisesta polikliinisessa hoitotyössä sekä projektin prosessikuvauksesta. Osallistuimme hankkeeseen, sillä halusimme tehdä ajankohtaisen ja työelämälähtöisen projektin, josta olisi hyötyä omalle ammatilliselle osaamiselle. Koimme saavamme käytännön näkemystä kehittämistyöhön vaadittavista tekijöistä. Hankkeeseen oli sitouduttava ja panostettava, jotta se saatiin onnistumaan. Kehittämishankkeen aikana työyhteisössä otettiin käyttöön uusi ajanvarausjärjestelmä, joka vähensi resursseja hankkeelta. Olisikin ihanteellista, että ajanresurssit keskitettäisiin vain yhteen mittavaan uudistukseen kerrallaan, jotta käytetty aika pystyttäisiin hyödyntämään mahdollisimman tehokkaasti.

Opinnäytetyö tulee toteuttaa eettisiä arvoja ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Toisten tekstien plagiointi on luvatonta, joten tekstiä lainatessa lainaus on osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. (Hirsjärvi ym. 23–26.) Rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulee noudattaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004). Kunnioitimme tutkijoiden työtä ja julkaisuja merkitsemällä raportissa käyttämämme aineistot asianmukaisella tavalla. Pyrimme kunnioittamaan työyhteisöjen ja ohjaajien näkemyksiä projektin kulusta, aikataulusta sekä sisällöstä. Otimme huomioon työyhteisöjen jaksamisen ja annoimme aikaa tapahtuvalle muutokselle.

Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010) tekemän tutkimuksen mukaan kirjaaminen on poliklinikoilla vuodeosastoon verrattuna yksinkertaisempaa, sillä potilaan tiedot kirjataan usein heti potilaskäynnin jälkeen. Tällöin potilaan tiedot ovat muiden terveydenhuollon

ammattilaisten käytettävissä. Erityisesti kirjatessa huomioidaan potilaan hoidon toteutus. Tämä asia nousi myös esille kartoittaessamme poliklinikoiden kirjaamiskäytäntöjen nykytilannetta. HavaitSIMME kirjaamisen puutteellisuuden potilasohjauksen, lääkärin määräyksien ja hoidon arvioinnin osalta. Kirjaamisessa keskityttiin enimmäkseen fyysisen voinnin sekä toteutuneen toimenpiteen kirjaamiseen, eikä niinkään psyykkiseen hyvinvointiin tai selviytymiseen. Puutteita havaitSIMME myös potilasohjauksen kirjaamisessa, vaikka ohjausta ja neuvontaa annettiin. Kirjaamatta oli jätetty, mitä asioita potilaan kanssa oli ohjauksessa käsitelty, millaista materiaalia oli annettu, ohjauksen vaikuttavuus sekä mahdollinen ohjauksen kertaamisen tarve. Havaintojemme mukaan potilasohjauksen kirjaamista ei kokonaisuudessaan huomioitu riittävästi poliklinikoilla.

Opinnäytetyöprojektin raporttia tehdessä haasteiksi nousi polikliinisen hoitotyön monipuolisen materiaalin löytäminen, sekä vieraskielisten tutkimusten alkuperäisten lähteiden selvittäminen. Useat vieraskieliset lehtiartikkelit ja tutkimukset olivat maksullisten www-sivujen takana. Haasteeksi koitui myös potilasohjauksen teorian tiedon synteessin luominen, sillä Suomessa potilasohjauksesta 2000-luvulla ovat kirjoittaneet enimmäkseen TtT Helvi Kyngäs ja TtT Maria Kääriäinen. Lähdeongelmien ratkaisemiseksi käännyimme informaatikko Anitta Örnin puoleen, jonka ansiosta saimme käyttöömmä laadukasta ja tuoretta materiaalia. Pyrimme käyttämään vain 2000-luvulla julkaistuja lähteitä laadun takaamiseksi, mutta joissain tapauksissa ainoat löytämämme luotettavat lähteet olivat peräisin 1990-luvulta. Jouduimme tämän vuoksi käyttämään Hakalan & Saikkosen teosta vuodelta 1995 sekä Von Korffin ym. tutkimusta vuodelta 1997. HavaitSIMME Ension & Sarannon (2004) Hoitotyön elektroninen kirjaaminen-teoksessa hoitotyön kuusivaiheisen prosessin ja HHC-luokituksen kuvion (Kuvio 1) ja tekstiosuuden epäyhteneväisyyden. Kuviossa käytettiin termiä HCC, vaikka sillä viitattiin Home Health Care- luokitukseen (HHC). Päädyimme kuitenkin käyttämään kuviota, sillä halusimme havainnollistaa kuusivaiheista hoitotyön prosessia ja HHC-luokitusta.

Haastetta toi myös tietotekniikan asettamat rajoitteet, sillä opinnäytetyön teon aikaan poliklinikoilla ei ollut käytössä rakenteista kirjaamista tukevaa potilastietojärjestelmää, jolla olisi voinut soveltaa teorian tietoa käytännössä. Näin ollen työyhteisöissä joudutaan soveltamaan uutta potilasohjauksen rakenteista kirjaamismallia käyttäen Esko-

potilastietojärjestelmää, jota Länsi-Pohjan keskussairaala käyttää. Massachusettsin yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan sähköinen kirjaamisjärjestelmä on tuottanut haasteita muuallakin maailmassa (Linder & Scnipper & Tsurikova & Melnikas & Volk & Middleton 2006).

Opinnäytetyöprojektin aikana työskentelimme sisätautien ja kirurgien poliklinikoiden kanssa, joille tuotimme yhteisen potilasohjaamisen kirjaamismallin. Projektin alussa tavoitteena oli saada molemmille poliklinikoille omat opinnäytetyöntekijät. Hankkeen alkaessa aiheesta innostuneita opiskelijoita ei kuitenkaan löytynyt, joten lupauduimme kehittämään molempien poliklinikoiden kirjaamista. Yhteistyö työyhteisöjen kanssa sujui hyvin, mutta suuren haasteen toivat aikataulujen yhteensovittaminen sekä yhteisen kehittämiskohteen valinta. Haastetta lisäsi myös potilasohjauksen rakenteisen kirjaamismallin kehittäminen työyhteisöille käytännölliseksi, koska aikaa oli rajallisesti ja halusimme saada mallista mahdollisimman käyttökelpoisen ja tiiviin kokonaisuuden. Pohdimme olisiko kirjaamismallista tullut monipuolisempi ja laadukkaampi, mikäli aiheen rajaus olisi voitu tehdä aiemmin. Tällöin olisimme voineet kuljettaa lääkehoidon teoriaa koko tämän opinnäytetyöprojektin raportin läpi, jolloin lääkehoidon osuus raportissa olisi ollut laajempi.

Opinnäytetyöprojekti toteutettiin syksyn 2009 ja kevään 2011 välisenä aikana, joten pitkällä aikavälillä toteutettu projekti heikensi työskentely motivaatiota. Välillä projekti jäi vähemmälle huomiolle, jolloin työn edistymistä ei juuri tapahtunut. Työyhteisön motivaatiolla ja muutosvastarinnalla oli myös vaikutusta meidän työpanokseemme projektissa. Alkuun työyhteisöstä välittyi ajatus, ettei kirjaamisen kehittäminen ollut ajankohtaista eikä mielekästä. Keskusteluissa kävi ilmi, että uuden kirjaamismallin käyttöön otosta huolimatta hoidon laatu ei tulisi parantumaan toivotulla tavalla. Tähän saattoi vaikuttaa useiden lääkäreiden kirjaamistottumukset ja asenteet kirjaamiskäytäntöjen uudistamiseen. Opinnäytetyöprojektin raportti valmistui toukokuussa 2011, minkä jälkeen työyhteisön haasteeksi jäi juurruttaa kehittämämme kirjaamismalli käytäntöön.

Opinnäytetyön aihe herätti pohdintaa oman ammatillisen kasvun osalta. Ammatillinen osaamisemme kasvoi etsiessämme näyttöön perustuvaa tietoa potilasohjauksesta. Pohdimme tämän hetkistä osaamistamme potilasohjaustilanteissa ja sitä millaisia ohjaajia olemme tulevana sairaanhoitajina. Yllätyimme siitä, kuinka monesta tekijästä ohjaustilanne muodostuu. Saimme tärkeää tietoa keinoista, joilla voimme edistää onnistuneesti potilasohjaustilannetta. Uskomme, että läpi käydystä potilasohjauksen ja hoitotyön kirjaamisen materiaalista on merkittävää hyötyä tulevassa työelämässä. Mielestämme opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen, sillä laki muutos sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan 1.1.2011, joka antaa terveydenhuollon julkisille toimijoille siirtymäaikaa liittyä kansalliseen sähköiseen potilasasiakirjojen arkistopalveluun 1.9.2014 saakka. Uusi terveydenhuoltolaki, joka mahdollistaa terveydenhuollon palveluiden käytön yli kuntarajojen, tukee opinnäytetyön aiheen ajankohtaisuutta sekä luo uusia haasteita sähköisen kirjaamisen kehittämiseksi. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta 1227/2010; Terveydenhuoltolaki 1326/2010; STM 2010.)

Jatkotutkimusaiheena voisi toteuttaa kartoituksen siitä miten kehittämämme potilasohjauksen rakenteinen kirjaamismalli on juurtunut käytäntöön ja onko se vaikuttanut hoidon laatuun toivotulla tavalla eli laatua parantaen. Olisi mielenkiintoista myös tutkia onko kirjaamismalli helpottanut päivittäistä kirjaamistyötä ja onko lääkärit saatu mukaan kirjaamaan yhteisesti sovitulla tavalla. Laajempaa jatkotutkimusaiheena voisi kehittää sähköistä rakenteista kirjaamista koko sairaalassa, sillä uusi lakimuutos sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (1227/2010) antaa siirtymäaikaa tulevalle muutokselle 1.9.2014 asti.

LÄHTEET

Cook, L. & Castrogiovanni, A. & David, D. & Stephenson, DW. & Dickson, M & Smith, D. & Bonney, A. 2008. Patient Education Documentation: Is it Being Done? *Medsurg Nursing* 17 (5), 306-310.

eNNI-hanke 2010. Hankekuvaus. Luettu 28.1.2010
http://www.amk.fi/eni/hankekuvaus_4.html.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

FinCC-luokituskokonaisuus 2008. Luettu 26.4.2011 <http://www.vsshp.fi/fi/4519/44701/>.

Haho, A. 2009a. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. *Sairaanhoitajalehti* 12, 36–40

Haho, A. 2009b. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. *Sairaanhoitajalehti* 8, 32–33.

Hakala, T. & Saikkonen, M. 1995. Ihminen isolla I:llä. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi, Helsinki.

Haveri, A. & Majoinen, K. 2000. Muutosprosessit ja johtajuus- kuinka kunnat yhdistyvät? Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Heikkilä, A. & Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen, Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY, Helsinki.

Henkilötietolaki 1999. 22.4.1999/523. Luettu 27.4.2011
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Johdanto. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja 2007*. Sairaanhoitajaliitto, Jyväskylä & Helsinki, 5–9.

Hyryngangas-Järvenpää, P. 2007. Terveysthuollon ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. *Suomen lääkirlehti* 5/2007 vsk62. 427–430.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. *Hoida ja Kirjaa*. Tammi, Helsinki.

Iso-Kivijärvi, M. & Keskitalo, O. & Kukkola, K. & Ojala, P. & Olsbo, A. & Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K. & Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu, 10–17.

- Jahren Kristoffersen, N. & Nortvedt, F. & Skaug, E-A. 2006. Hoitotyön perusteet. EDITA, Tanska.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro. Helsinki.
- KanTa 2011. Kansallinen terveystietokanta. Sähköinen potilastiedon arkisto. Luettu 4.4.2011 <https://www.kanta.fi/web/fi/terveydenhuollolle-sahkoinen-potilastiedon-arkisto>.
- Kyngäs, H. & Kukkurainen, M.L. & Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 5, 225–234.
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. & Poskiparta, M. & Johansson, K. & Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY, Helsinki.
- Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja 2007*. Sairaanhoidajaliitto, Jyväskylä & Helsinki, 89–96.
- Kärkkäinen, O. & Bondas, T. & Eriksson, K. 2005. Documentation of individualized patient care: A qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics* 12 (2), 124.
- Kärkkäinen, O. & Eriksson, K. 2003. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of clinical nursing* 12, 198–205.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoidajalehti* 79(10), 6–9.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. & Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3(1), 10–15.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Luettu 31.3.2011 <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>.
- Laaksonen, H. & Niskanen, J. & Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. EDITA, Helsinki.
- Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K. & Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006*. Oulu, 6–9.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007. 9.2.2007/159. Luettu 27.4.2011 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta 2010. 21.12.2010/1227. Luettu 27.4.2011
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994. 28.6.1994/559. Luettu 27.4.2011
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Laki vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista 2009. 7.8.2009/617. Luettu 27.4.2011 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090617>.

Laurea 2008. Laurea - osaamisen kehittämisen ammattikorkeakoulu. Luettu 26.4.2011
<http://markkinointi.laurea.fi/esitteet/laureafakta08.pdf>.

Lehti, T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalaassa. Tutkiva Hoitotyö 2(2), 4–8.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. 2009. Etiikka Hoitotyössä. WSOY, Helsinki.

Liljamo, P. & Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Luettu 2.12.2010
http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf.

Linder, J. & Scnipper, J. & Tsurikova, R. & Melnikas, A. & Volk, L. & Middleton, B. 2006. Luettu 14.4.2011 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1839290/>.

Lipponen, K. & Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Esipuhe. Teoksessa Lipponen, K. & Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu, 1–5.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2010. Kirurgian poliklinikka. Luettu 1.2.2010
<http://www.lpshp.fi/www/web/index.php?id=751>.

Nykänen, P. & Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Luettu 12.4.2011 <http://www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>.

Ora-Hyytiäinen, E. 2008. Hoitotyön johtajien seminaari 26.5.2008. Luettu 31.3.2011
<http://www.kuntaportaali.org/binary.asp?path=1;29;353;85691;129992;149106;149107;138816;138822&field=FileAttachment&version=2>.

Pekkari, M. 2009. Tavoitteellinen ohjauskeskustelu. Tammi. Helsinki.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010. Sisätautien poliklinikka. Luettu 1.2.2010
http://www.ppsph.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime114/prime113.aspx.

Potilaslaki. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 17.8.1992/785. Luettu 27.4.2011 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Poskiparta, M. & Liimatainen, L. & Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. From nurse-centered healthcounseling to empowermental health counseling. Luettu 1.4.2011 http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6TBC-445G7K6-9-7&_cdi=5139&_user=953154&_pii=S0738399101001409&_origin=gateway&_coverDate=10%2F31%2F2001&_sk=999549998&view=c&wchp=dGLzVtb-zSkWA&md5=62147ae475abcfdbed53781ea0780c28&ie=/sdarticle.pdf.

Rajalahti, E. & Ahonen, O. & Ikonen, H. 2008. Työyhteisön hoitotyön kirjaamisen nykytilanteen kuvaus. Luennessa Ahonen, O. & Takaluoma, M. Esimerkkejä työvälineistä juurruttamiseen. eNNIn toisen osahankkeen työpaja.

Rask, M. 2010a. Sisätautien poliklinikan perehdytysopas. Länsi-Pohjan keskussairaala.

Rask, M. 2/2010b. Kirurgian poliklinikan toimintakäsikirja. Länsi-Pohjan keskussairaala.

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen-projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti, Jyväskylä.

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 7.painos. Talentum, Helsinki.

Saba, K. V. 2004-2010. Clinical Care Classification System. Background. Luettu 2.12.2010 <http://www.sabacare.com/About/Background.html>.

Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hopia, H & Koponen, L (toim.) Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto, Jyväskylä & Helsinki, 13–24.

Saranto, K. & Ensio, A. Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY, Helsinki.

Shuylar, K. & Knight, K. 2003. What Are Patients Seeking When They Turn to the Internet? Qualitative Content Analysis of Questions Asked by Visitors to an Orthopaedics Web Site. Luettu 2.3.2011 <http://www.jmir.org/2003/4/e24/>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 2001. 19.1.2001/99. Luettu 27.4.2011 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>.

STM 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Opas, ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2 31.1.2007. Luettu 28.3.2011 <http://virtual.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf>.

STM 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Luettu 3.2.2010
<http://pre20090115.stm.fi/pr1105954774022/passthru.pdf>.

STM 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystoimintolaki. Luettu 26.10.2010
http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki.

STM 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Luettu 14.4.2011
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf.

Stakes 2011. Toimenpiteelliset hoitajakset 2007 ja toimenpiteellisten hoitajaksojen trendejä 1997–2007. Luettu 4.3.2011
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt33_08.pdf.

Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. WSOYpro, Helsinki.

Terveystoimintolaki 2010. 30.12.2010/1326. Luettu 29.4.2011
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004. Luettu 18.4.2011 <http://www.tenk.fi/HTK/>.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Yliopistopaino. Helsinki.

Veräjänkorva, O. & Huupponen, R. & Huupponen, U. & Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. WSOY, Helsinki.

Von Korff, M. & Gruman, J. & Schaefer, J. & Curry, SJ. & Wagner, EH. 1997. Collaborative management of chronic illness: essential elements. *Annals of Internal Medicine*. Luettu 2.3.2011 <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d0e09b1a-c4fa-42a2-a86f-b7b5dbb9f575%40sessionm>.

Ward, S. & Heidrich, S. & Donovan, H. 2007. A Presentational approach to patient education. Luettu 9.3.2011
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e6e638dc-6b96-4167-8493-d52d0ce75fce%40sessionmgr13&vid=2&hid=18>.

KOMPONENTTI	Komponentin sisällön yleiskuvaus
Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset.
Erittäminen	Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät.
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kykyä käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin, sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät.
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät.
Terveyskäyttäytyminen	Terveysten edistämiseen liittyvät osatekijät.
Terveyspalvelujen käyttö	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät.
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät.
Ravitsemus	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät.
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät.
Kanssakäyminen	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät.
Turvallisuus	Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit.
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät.
Psyykinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät.
Aistitoiminta	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät.
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät.
Jatkohoito	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät.
Elämänkaari	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät.
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät.
Aineenvaihdunta	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät.

Hankesopimus

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun Terveyden toimiala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

Toimeksiantajatiedot:

Toimeksiantajan nimi ja osoite: Länsi-Pohjan keskussairaala, Sisätautien ja kirurgian poliklinikat, Kauppakatu 25, 94100 Kemi.

Yhdysenkilö/työelämäohjaaja: Sisätautien ja kirurgian poliklinikoiden oh. Maaret Rask

Yhdysenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot: maaret.rask@lpsph.fi
puh. 040-7716319

Oppilaitostiedot:

Oppilaitoksen nimi ja osoite: Kemi- Tornion ammattikorkeakoulu Terveysala, Meripuistokatu 26, 94100 Kemi

Opinnäytetyön tekijät ja yhteystiedot: Marjo Mensonen, p.0503501569 & Aino- Marja Mikkola, p.0404188159.

Opinnäytetyön ohjaavat opettajat ja yhteystiedot: Sirpa Orajärvi ja Marja- Liisa Majamaa

Opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:

Opinnäytetyön nimi/aihe: Rakenteinen kirjaaminen LPKS:n sisätautien ja kirurgian poliklinikoilla.

Työn aikataulu: syksy 2009- kevät 2011

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: Opiskelijat Marjo Mensonen ja Aino-Marja Mikkola

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa: LPKS:n sisätauti- ja kirurgianpoliklinikka saa hyödyntää saatuja tuloksia.

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa: -

Työn ohjaajina toimivat: Lehtorit Sirpa Orajärvi ja Marja-Liisa Majamaa

Toimeksiantajan opinnäytetyöstä mahdollisesti maksama korvaus: -

Korvaussumma:-

Korvauksen saaja:-

Korvauksen maksun ajankohta:-

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 4 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka: Kemi Aika: 19.2.2010

Sirpa Orajärvi Marja-Liisa Majamaa

AMK:n edustaja

Toimeksiantajan edustaja

Opiskelija

Opiskelija

Opiskelija

Opiskelija

Liite. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma

MITÄ HAASTEITA/VAIKEUKSIA OHJAAMISEN KIRJAAMISESSA ON TULLUT VASTAAN? Laittakaa omin sanoin ylös asioita, mitä kirjatessanne on tullut esille. Haemme kommenttinne kesäloman jälkeen VIIKOLLA 35.

Terveisin: Marjo Mensonen ja Aino-Marja Mikkola.

Hoitopro- sessin vaihe	Mitä tietoja kirjataan?	Mitä tapah- tuvia tie- toon liittyy?	Mistä lähteistä kirjattava tieto on peräisin?	Minne ja moneenko paikkaan tieto kirjataan?	Miten tätä tietoa hyödynnetää n?
Lähetteen saapuminen					
Hoidon suunnittelu					
Tulotilanne					
Hoidon toteutus					
Hoidon arviointi					