



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojekti peruspalvelukeskus Oivan vuodeosastoilla

Suuronen, Nina

2015 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojekti peruspalvelukeskus Oivan vuodeosastoilla

Nina Suuronen
Terveystieteiden
koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2015

Nina Suuronen

Hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojekti peruspalvelukeskus Oivan vuodeosastoilla

Vuosi 2015 Sivumäärä 86

Suomessa potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen, hoidon arvioimiseen ja jatkuvuuteen liittyen tehdään lain velvoittamana potilasasiakirjamerkintöjä. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä ja potilasasiakirjojen säilyttämiseen liittyvistä vaatimuksista on tarkoin säädelty usein eri laein, asetuksin, ohjein ja suosituksin. Potilasasiakirjoihin merkintöjä tekevien ammattilaisten toimintaa ohjaavat lakien lisäksi potilaan parhaan mahdollisen hoidon tavoite sekä ammattieettiset periaatteet. Potilaskertomusten siirryttyä sähköiseen muotoon on valtakunnallisesti sovittu yhtenäisistä potilaskertomukseen kirjattavien tietojen rakenteista tietojen siirrettävyyden, keskitetyn arkistoinnin ja eri potilastietojärjestelmissä käyttämisen mahdollistamisen vuoksi.

Peruspalvelukeskus Oivan hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää ja kuvata peruspalvelukeskus Oivan neljän vuodeosaston nykytilaa kirjaamiskäytäntöjen ja sisältöjen osalta. Lisäksi tarkoituksena oli verrata saatua tietoa kansallisiin hoitotyön kirjaamisen ohjeisiin ja suosituksiin. Kehittämistyön tavoitteena oli yhtenäistää neljän vuodeosaston kirjaamiskäytännöt.

Kehittämistyön menetelmänä käytettiin juurruttamista. Juurruttamisen tiedonkeruumenetelminä käytettiin sisällönanalyysia ja määrällistä tutkimusta. Havaitut kehittämiskohteet vuodeosastojen hoitotyön kirjaamisessa olivat otsikoiden ja komponenttien käyttö, hoitosuunnitelmien kirjaaminen sekä hoitoprosessin vaiheiden mukainen kirjaaminen. Kirjaamisen kehittämistyötä varten perustettiin työryhmä, jonka jäsenet jalkauttivat uutta tietoa omiin yksiköihinsä. Kehittämistoimenpiteet olivat pienimuotoisia koulutuksia.

Kirjaamisen kehittämisprojektin avulla vuodeosastojen hoitotyön kirjaamisen nykytila kartoitettiin, kehittämistarve otsikoinnissa, hoitosuunnitelmien kirjaamisessa ja hoitoprosessin mukaisessa kirjaamisessa osoitettiin ja käytännön kehittämis- ja kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämiseksi käynnistettiin. Tehty kirjaamisen jälkikartoitus osoitti, ettei kirjaamistapa ole vielä täysin yhtenäinen, mutta FinCC-luokituskokonaisuuden mukaisten hoitotyön toiminnot -otsikon komponenttien käytössä havaittiin tapahtuneen muutosta yhtenäisempään suuntaan.

Juuruttaminen ja kirjaamisen kehittäminen vuodeosastoilla jatkuu. Jatkokehittämistarpeita ovat muun muassa hoitoprosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen ja hoitosuunnitelmien jälkikartoitusten tekeminen sekä hoitotyön kirjaamisen kansallisen mallin mukaisten lisäkoulutustarpeiden arvioiminen. Kehittämistyön lopputuotoksena on muodostettu peruspalvelukeskus Oivan vuodeosastoille yhteinen hoitotyön kirjaamisen ohjeistus. Ohjeistus on kansallisen kirjaamismallin raamittama ja se on tarkoitettu kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämiseksi ja juurruttamisen välineeksi.

Asiasanat: kirjaaminen, juurruttaminen, tietojohdaminen, kehittäminen, vuodeosasto.

Nina Suuronen

Development Project of Nursing Recording by Means of Dissemination at Peruspalvelukeskus Oiva

Year	2015	Pages	86
------	------	-------	----

It is obligated by the Finnish law that patient record markings concerning organizing, planning, execution evaluating and continuity of care are made. Several laws, decrees, directions and guidelines are made concerning demands of precision in patient record markings and storing the records. The actions of health care professionals making patient record markings are guided in addition to the law by the objective of the best possible patient care and ethical principles concerning health care profession. Since patient records have become electronic a nationwide agreement about unified form of information of patient records was made in order to enable centralized storage and transfer of patient record information between different medical information systems.

The purpose of the development project was to elucidate and describe the present state of practices of patient recording and of the content of recordings in four Peruspalvelukeskus Oiva's hospital wards. In addition, the purpose was to compare the gathered information to the national directions and guidelines concerning nursing recording. The aim was to unify the practices of patient recording within the four hospital wards.

The method used in development project was dissemination. Content analysis and quantitative research were used as methods in gathering the information used in the dissemination process. The subjects that needed improvement were using headers and components, making care plan records and following the stages of nursing process while making patient record markings. A working group was established. The group members implemented the new information on their own wards. The development measures carried out were small-scale tutorials.

Through the development project the present stage of making patient record markings was charted, the need for improvement in headers, care plan recording and following the stages of nursing process in patient recording was identified and the development work in order to unify the patient recording practices was initiated in practice. A control was made which indicated that the patient recording practices were not completely unified after tutorials. On the other hand it was indicated that when FinCC (Finnish Care Classification) header nursing intervention was used, signs of unification were detected in using the header's components.

The dissemination and the development of patient recording is to be continued. Further development needs in the near future include for example controlling the patient record marking by the stages of nursing process, controlling the care plan records and estimating the needed education concerning the national nursing record model. As the end product a guidebook for patient recording is being made for the wards. The guide is directed by the national nursing record model and is meant to be the implementor of unifying and disseminating the patient recording practices.

Key words: patient recording, dissemination, knowledge management, development, ward.

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Kehittämisympäristö.....	9
3	Tietoperusta	11
3.1	Terveystieteiden kirjautamiseen vaikuttavat lait ja asetukset	12
3.2	Sähköinen valtakunnallinen potilastiedon arkisto Kanta	14
3.3	Hoitotyön kirjautamisen prosessimalli	16
3.4	FinCC-luokitusjärjestelmä	18
3.5	Rakenteisen kirjautamisen kansainvälisistä luokitusjärjestelmistä.....	19
3.6	Tutkimuksia rakenteisesta kirjautamisesta	22
3.7	Tietojohtaminen.....	23
3.8	Vuodeosastohoidon eettisiä näkökulmia	24
3.9	Teoreettisen osan yhteenveto	26
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	28
4.1	Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä.....	28
4.2	Tiedonkeruuaineiston sisällönanalyysi ja luotettavuus	31
4.3	Tiedonkeruuaineiston määrällinen tutkimus ja luotettavuus	33
4.4	Tiedonkeruun eettisyys	35
5	Kehittämistoiminnan toteutus	36
5.1	Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta	37
5.1.1	Hoitosuunnitelmat alkukartoituksessa.....	39
5.1.2	Hoitoprosessin vaiheet alkukartoituksessa.....	40
5.1.3	Otsikointi ja tietosisällöt alkukartoituksessa	42
5.2	Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta	46
5.3	Uuden toimintatavan rakentaminen	47
5.3.1	Otsikot ja hoitotyön toimintojen komponentit	48
5.3.2	Hoitosuunnitelmakoulutus	49
5.3.3	Hoitoprosessin mukainen kirjautaminen	50
5.3.4	Yhteenveto uuden toimintatavan rakentamisesta.....	50
6	Uusi toimintatapa	52
6.1	Uuden toimintatavan kuvaus.....	54
6.2	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet.....	55
7	Kehittämistoiminnan arviointi	57
7.1	Kirjautamisen jälkikartoitus ja hoitoprosessikoulutuksen palautteet	59
7.2	Kehittämisprojektin arviointi	63
7.3	Eettiset kysymykset kehittämistyössä	64
8	Lopuksi	66
	Lähteet	69

Kuviot	75
Taulukot	76
Liitteet	77

1 Johdanto

Hoitotyön kirjaamisella on oikeudellinen ja hoitotyön laatua lisäävä merkitys. Kirjaaminen on olennainen osa potilaan hoitamista (Prideaux 2011). Potilasasiakirjoja ja potilasasiakirjoihin kirjaamista koskee useat lait ja valtakunnalliset ohjeistukset. Koska hoitotyön kirjaaminen on tarkoin säänneltyä, tulee potilasasiakirjamerkintöjen tekeminen olla muodoltaan ja sisällöllisesti asianmukaista.

Suomen hallitus päätti vuonna 1998 sähköisen kirjaamisen käyttöönotosta vuoteen 2007 mennessä ja tämä asetettu tavoite saavutettiin. Kansainvälisesti katsottuna Suomi on maailman kärkimaita potilastiedon sähköisen kirjaamisen ja sen arkistoinnin suhteen. (Hämäläinen, Reponen & Windblad 2009, 23-27.) Potilasasiakirjojen siirryttyä sähköiseen muotoon on hoitotyön kirjaamista alettu työstää kansallisella tasolla systemaattiseksi, paremmin hoitotyön toimintaa kuvaavaksi ja parempaan vertailtavuuteen tähtääväksi toiminnaksi. Hoitotyön käsitteellistämisen kautta hoitotyön kirjattu tieto on pyritty muokkaamaan tiedonhallinnallisesti paremmin käsiteltävään muotoon. Hoitotyön päätöksenteon vaiheet, tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus ja arviointi, toimivat systemaattisen kirjaamisen pohjana. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008,14.)

Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen on kehitetty vastaamaan nykyaikaisia tiedonhallinnallisia vaatimuksia. Suomessa sähköinen rakenteinen hoitotyön kirjaamisen runko muodostuu valtakunnallisesti sovituaista keskeisistä rakenteisista tiedoista, termistöistä sekä vapaasta, edellisiä täydentävästä tekstistä. Kansallisessa hoitotyön kirjaamisen mallissa noudatetaan hoitoprosessin vaiheiden mukaista kirjaamista sekä suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta, FinCC:tä (Finnish Care Classification). FinCC muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä velvoittaa julkisen terveydenhuollon toimijat tallentamaan potilastiedot Kanta-arkistoon. Kanta on Kansaneläkelaitoksen ylläpitämä valtakunnallinen potilastiedon arkisto. Arkiston käyttö tulee portaittain pakolliseksi koko Suomen alueella toimiville julkisille ja yksityisille terveydenhuollon organisaatioille vuoden 2016 loppuun mennessä. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007; THL 2013a.)

Terveydenhuollossa potilastietojen kirjaamisen muuttuminen sähköiseen muotoon on ollut suuri muutos, sillä koko kirjaamistapa on muuttunut täysin erilaiseksi aikaisemmasta käsin kirjatusta paperidokumentaatiosta. Vaikutus työyhteisökulttuuriin ja sen rakenteille on huomattava. Potilaiden hoitotietojen siirtyminen kansalliseen terveystietokantaan luo myös hoitotyön

kirjaamiselle entistä tarkemmat raamit, sillä nyt potilailla itsellään on mahdollisuus tarkastella heitä koskevia terveyden- ja sairaanhoitoon liittyviä asiakirjoja Kanta-arkistosta Omakatseluohjelman kautta. Kirjattujen hoitotietojen kattavuus, ymmärrettävyys, oikeellisuus ja asianmukaisuus ovat nyt erityisen tärkeällä sijalla. Potilasasiakirjoihin kirjaaminen on yksi tämän hetken tärkeimmistä hoitotyön kehittämiskohteista.

Tässä kirjaamisen kehittämistyössä käytetään kehittämistyön menetelmänä juurruttamista. Juurruttaminen on kehittämispohjaista, työelämän ja oppilaitoksen välistä yhteistoimintaa, johon perustuu Laurea-ammattikorkeakoulussa käytössä oleva Learning by Developing (LbD) opimiskäsitys. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies, 2012; 2007; Raij 2007). Juurruttamisessa on tavoitteena osaamisen implementointi ja käytännön työprosessin muuttaminen (Ora-Hyytiäinen ym. 2012,7). Johtamisen kannalta mallissa on keskeistä organisaation vuorovaikutusta edistävä johtajuus. Esimiehen positiivista toimintaa kehitysprojektin onnistumisessa pidetään yhtenä hanketta edistävästä tekijöistä. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21.)

Tämän rakenteisen potilaskirjaamisen kehittämistyön raportin johdanto- ja teoriaosuudet on tehty kahden terveyden edistämisen koulutusohjelman YAMK-opiskelijan (Nina Tuuras ja Nina Suuronen) yhteistyönä. Kehittämistöiden raporteissa teoriaosuus toimintaympäristökuvausta lukuun ottamatta on samanlainen, ja toteutusosat ovat toisistaan erilliset organisaatioiden ja toisaalta myös kirjaamisen kehittämistyön painopisteiden osalta. Julkisen terveydenhuollon terveyskeskussairaaloiden kuntouttavan hoitotyön toimintaympäristö, kehittämistyön aihe ja teoreettinen viitekehys sekä kehittämistyössä käytettävät menetelmät ovat lähes identtiset. Edellä mainituista seikoista johtuen katsoimme hyödylliseksi hankkia yhdessä teoriapohjaa alan kirjallisuudesta ja tutkimustiedosta. Opinnäytetyön raporttien teoriaosuuksissa on kuitenkin jonkin verran eroavaisuuksia. Opintojen aikana tehdyt soveltavat opintojaksotehtävät on tehty niin ikään yhteistyössä hoitotyön kirjaamisen näkökulmasta ja jaksotehtävien tuottaman tiedon hyödyntämisestä opinnäytetyön raporttiin ja kehittämistyöhön. Siksi yhteneväisiä osioita voi esiintyä molemmissa opinnäytetöissä myös toisistaan poikkeavissa kappaleissa.

Kehittämistyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata peruspalvelukeskus Oivan neljän vuodeosaston nykytilaa kirjaamiskäytäntöjen osalta ja tarkastella kirjaamisen sisältöä sekä verrata saatua tietoa kansallisiin sähköisiin, rakenteisen hoitotyön kirjaamisen ohjeisiin ja suosituksiin. Tarkoituksena on myös kuvata mahdollista kirjaamisen muutosta muutaman kuukauden seurantaajakson jälkeen kirjaamisen kehittämistyöryhmän antaman lyhyen toimipaikkakoulutuksen ja kirjaamisen kollegiaalisen ohjaus- ja tukitoiminnan myötä. Kehittämistyön tavoitteena on yhtenäistää peruspalvelukeskus Oivan vuodeosastojen kirjaamiskäytännöt ja tuottaa kansallisia kirjaamisohjeistuksia noudattava hoitotyön kirjaamisen ohjeistus toimintamallin juurruttamisen välineeksi.

2 Kehittämissympäristö

Peruspalvelukeskus Oiva on SOTE-palveluja tuottava julkinen organisaatio. Peruspalvelukeskus Oiva kuuluu Hollolan kunnan organisaatioon ja sen tehtävänä on tuottaa viiden kunnan (Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä, Padasjoki) yhteistoiminta-alueelle (yhteensä noin 40000 kuntalaista) sosiaali- ja terveyspalveluita. Peruspalvelukeskus Oivalla on kaikkiaan yli 700 vaki-
tuista työntekijää. (Peruspalvelukeskus Oivan esite 2013.)

Peruspalvelukeskus Oivan vuodeosastohoitoa järjestetään yhteisvastuualueena kotipaikkakunnasta riippumatta. Potilaan ensisijainen osastohoitopaikka on oman kunnan alueella paikkatilanteen sallimissa puitteissa. Terveyskeskusten vuodeosastoja Oivan alueella toimii Asikkalassa, Hollolan Salpakankaalla ja Padasjoella. Vuodeosastopaikkoja on yhteensä 116: Asikkalassa 30, Hollolan Salpakankaalla 56 ja Padasjoella 30. Keskimääräinen henkilökuntamitoitus Oivan aktiivi- ja kuntouttavan hoidon osastoilla on hoitaja-potilas-suhdelukuna ilmoitettuna 0,63. (Sirén 2014.)

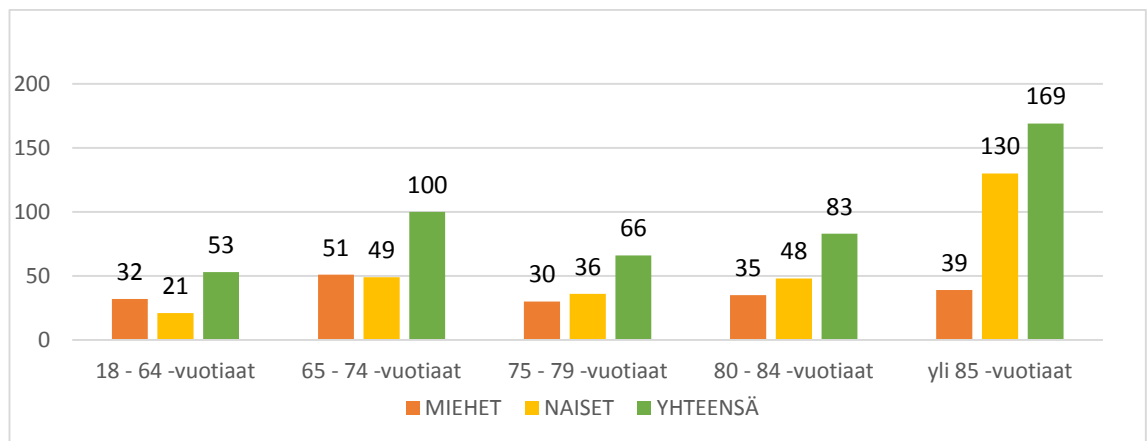
Vuodeosastoilla hoidetaan kaikkien lääketieteen erikoisalojen potilaita. Osastolle tullaan oman alueen erikoissairaanhoidosta vastaavasta Päijät-Hämeen keskussairaalaan, Oivan alueen eri palvelutaloista ja laitosasumisen yksiköistä tai eriasteisen avun piiristä kotoa terveyskeskuksen lääkärin tai kotiavun/kotisairaanhoidon toimittamana. Erikoissairaanhoidossa toimii Oivan oma kotiutusohjaaja, joka koordinoi potilaiden jatkohoitoa Oivan alueen vuodeosastoille sekä koti- ja asumispalveluihin. Ensihoito ja kotisairaanhoido toimivat sopimuksella moniammatillisessa yhteistyössä Oivan alueella sairaanhoidon palveluissa.

Vuodeosastotoiminta on keskittynyt akuuttiin, kuntouttavaan ja pääosin lyhytaikaiseen vuodeosastohoitoon, mutta jonkin verran vuodeosastoilla hoidetaan myös pitkäaikaishoidon potilaita (Peruspalvelukeskus Oiva 2013). Viime vuosina hoitoajat ovat lyhentyneet. Tällä hetkellä keskimääräinen hoitoaika on 19 - 30 hoitovuorokautta lyhyt- ja pitkäaikaispotilaat mukaan lukien. (Sirén 2014.) Tavoitteena on potilaan omista tarpeista lähtevä yksilöllinen hoito. Hoito perustuu olemassa olevan toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen kuntouttavan työotteen keinoin. Hoidon aikana arvioidaan myös, mitkä palvelut tukevat potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta, sillä hoito tähtää ennen kaikkea kotikuntoisuuteen. (Peruspalvelukeskus Oiva 2013.)

Peruspalvelukeskus Oivan vuodeosastojen karkeaa potilaskuvausta varten on saatu käytössä olevan potilastietojärjestelmä Effican tuottamaa seuranta- ja tilastotietoa aikaväliltä 1.1. - 30.6.2013. Potilaskuvaus on tehty syksyllä vuonna 2013 opintojaksotehtävää varten.

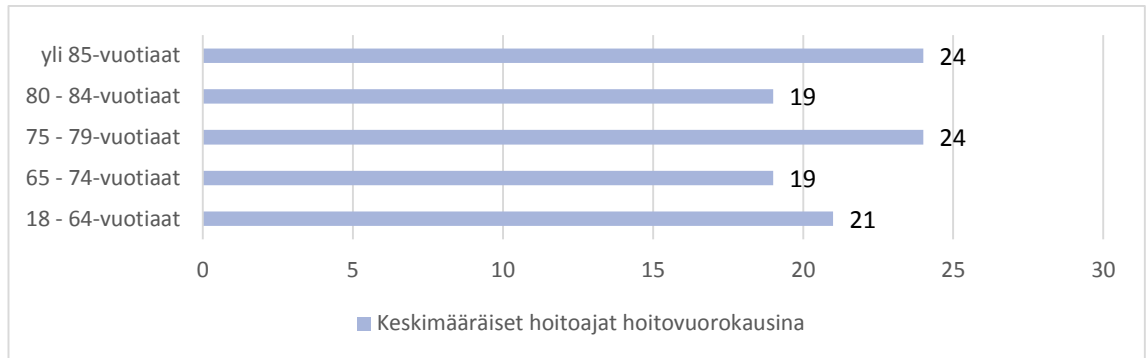
Potilaskuvauksen tuottamiseksi on käytetty kahden vuodeosaston tarkasteluajavälin tietoja, sillä kaikki vuodeosastot vastaavat toisiaan toiminnallisesti ja hoidettavien potilaiden osalta. Potilaskuvaus on tehty käyttämällä ja käsittelemällä valmista potilastietojärjestelmän tuottamaa tietoa siten, ettei tekijä tai lukija pysty tunnistamaan yksittäisiä henkilöitä aineiston tai tulosten perusteella.

Potilaiden (N=471) sukupuoli- ja ikäjakaumaa vuodeosastoilla kuvataan alla olevassa kuviossa 1. Tarkasteluajanjaksolla vuodeosastoilla hoidettavina olleista potilaista naisten osuus oli (60,3 %) miesten osuutta (39,7 %) suurempi. Yli 85-vuotiaat potilaat (N=169) muodostivat suurimman ikäryhmän, jossa naisten osuus (N=139) oli selkeästi miesten osuutta (N=39) suurempi.



Kuvio 1: Ikä- ja sukupuolijakauma tarkasteluajanjaksolla

Tarkasteluajanjaksolla kerättiin lisäksi tietoa potilaiden keskimääräisistä hoitoajoista. Kuviossa 2 on esitetty vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden keskimääräiset hoitoajat hoitovuorokausina ikäryhmittäin jaoteltuina. Kaikkien ikäryhmien yhteinen keskimääräinen hoitoaika on noin 21 vuorokautta. Määrällisesti merkittävimmän potilasryhmän (yli 85-vuotiaiden) keskimääräinen hoitoaika oli käytössä olleen aineiston mukaan 24 hoitovuorokautta.



Kuvio 2: Keskimääräiset hoitoajat hoitovuorokausina ikäryhmittäin

3 Tietoperusta

Keskeiset käsitteet ovat rakenteinen kirjaaminen, kehittäminen, juurruttaminen, tietojohtaminen.

Rakenteisessa kirjaamisessa tiedot esitetään luokitellussa muodossa, mikä puolestaan edellyttää otsikkojen ja nimikkeistön yhtenäistämistä. Tieto esitetään tietyin termein sovitussa muodossa. Mitä paremmin tieto on rakenteisessa muodossa, sitä helpommin niihin kohdistuvat tietokantahaut voidaan kohdistaa. Tiedon muodostaminen sovittujen rakenteiden sekä yhtenäisten nimikkeistöjen ja otsikoiden mukaisesti helpottaa myös tietojen siirron järjestämistä eri ohjelmistojen kesken. (Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012; Mäkelä 2006, 69-72). Rakenteisen kirjaamisen synonyymejä Sarannon, Brennanin, Parkin, Tallbergin ja Ension (2009, 332-336) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan on useita. Esimerkiksi Liljamo ym. (2012) käyttävät käsitettä systemaattinen kirjaaminen FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöoppaassa. Rakenteisella ja systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä samaa asiaa. Kansallisella kirjaamismallilla tarkoitetaan rakenteista kirjaamista FinCC-luokitusjärjestelmän ja hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti.

Kehittäminen on toimintaa jolla on selkeä tavoite ja päämäärä. Sillä pyritään muuttamaan joko yksittäisen tai useamman työntekijän toimintatapaa. Sillä voidaan tarkoittaa laaja-alaisen uuden yhteisen toimintatavan luomista tai rakenteellista uudistamista (Toikko & Rantanen 2009, 14.)

Juuruttaminen on koulutuksen ja työelämän yhteistoimintana tapahtuvaa kehitystoimintaa, jonka tavoitteena on käytännön työelämän prosessien kehittäminen tuottaen uusia innovaatioita, toimintamalleja, uutta tietoa ja osaamista. Juurruttaminen perustuu kehittämispohjaiseen oppimiskäsitykseen ja yhteisölliseen oppimiseen. Yhteisöllisesti tuotettua uutta tietoa tuotetaan käytännön tiedon ja tutkimustiedon välisessä vertailussa ja tämä uusi

tieto tulee osaksi käytännön osaamista. Juurruttamisen avulla tuotetaan uusi käytännön työelämän toimintatapa ja se otetaan käyttöön yhtäaikaaisesti kehittämistoiminnan kanssa. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 16.)

Tietojohtaminen, knowledge management, voidaan ymmärtää organisaatioiden tietämyksen ja tiedon järjestämisen mallina. Tietojohtaminen käsittää ne periaatteet, prosessit, käytänteet ja tekniikat joiden mukaan tiedon ja tietämyksen hyödyntäminen, tiedon haku ja levittäminen sekä uuden tiedon luominen organisaatiossa on hoidettu (Pöysti 2009). Terminä tietojohtaminen tarkoittaa esimerkiksi osaamisen johtamista, tietämyksen hallintaa sekä osaamisen ja tiedon johtamista. Tieteenalojen kannalta katsottuna tietojohtaminen on poikkitieteellistä. Tietojohtamista käsitellään esimerkiksi tietojärjestelmätieteen, tietojenkäsittelytieteen, kasvatustieteen, informaatiotutkimuksen ja psykologian aloilla. (Kivinen 2010.) Hoitotyön kehittämisessä ja erilaisten innovaatioiden käyttöönotossa tarvitaan myös oikeanlaista tietoperustaista muutosjohtamista (Hopia & Koponen 2007, 7). Tiedon jakaminen, hyödyntäminen ja soveltaminen tiedolla johtamisen avulla on älykkään organisaation ominaisuus (Sydänmaalakka 2004, 20).

3.1 Terveydenhuollon kirjaamiseen vaikuttavat lait ja asetukset

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan sekä kirjallisessa että sähköisessä muodossa olevia tallenteita, jotka sisältävät potilaan hoidossa käytettäviä terveydentilaa koskevia tietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilaan hyvän hoidon järjestämisestä ja siihen keskeisesti liittyvästä hoidon tarpeen arvioimisesta, tarvittavista tutkimuksista, niiden tuloksista ja päätelmistä, tilan seurannasta, hoidon toteuttamisesta, tulosten arvioimisesta sekä hoidon jatkosuunnitelmista tehdään potilasasiakirjamerkintöjä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992); Lehtovirta & Vuokko 2014, 11-12.) Muun muassa mielenterveyslain mukaan potilasasiakirjoihin on tehtävä merkintä tahdosta riippumattoman hoidon järjestämisestä ja hoitoratkaisuista, kuten esimerkiksi rajoittamistoimista, eristämisestä, omaisuuden takavarikoimisesta ja henkilötarkastuksesta. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Potilasasiakirja on arkaluonteinen asiakirja, jonka salassapidosta, käsittelystä, luovutuksesta ja arkistoinnista laki antaa ohjeet. (Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1116/1999.) Lain mukainen potilasasiakirjojen salassapito tarkoittaa sitä, ettei terveydenhuollon ammattihenkilö saa antaa ilman potilaan tai hänen laillisen edustajansa kirjallista suostumusta sivulliselle potilasasiakirjoista ilmeneviä tietoja. Potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) annetun lain, hallintolain (434/2003) sekä henkilötietolain (523/1999) mukaan henkilöllä on oikeus saada tutkia ja tarkastaa hänestä laadittuja henkilötietoja ja dokumentteja erilaisista rekistereistä, joihin myös hoitotyön dokumentit kuuluvat. Potilaalla on tiedonsaantioikeus sekä

itseään määräämisoikeus kaikissa hoitoonsa ja hoitopäätöksiin liittyvissä asioissa. Potilasasiakirjatietoja voidaan antaa myös terveydenhuollon ammattihenkilölle tai lähiomaiselle potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle, jos potilas ei kykene antamaan omaa suostumustaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Lisäksi potilasvahinkolautakunnalla on oikeus rajoittamattomaan tiedonsaantiin potilasasiakirjoista (Potilasvahinkolaki 585/1986).

Potilasasiakirjoista muodostuu henkilörekistereitä. Henkilörekistereiden rekisterinpitäjiä ovat terveydenhuollossa potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain määrittelemät itsenäiset ammatinharjoittajat ja toimintayksiköt. Henkilötietolaissa (523/1999) määritellyn rekisterinpitäjää koskevan tarpeellisuus- ja huolellisuusvaatimuksen sekä tietojen laadinnan huolellisuusvelvoitteen mukaan henkilötietoja tulee käsitellä hyvän tietojenkäsittelyn, huolellisuuden ja yksityisyyden suojan turvaavien perusoikeuksien mukaisesti. Rekisterinpitäjällä on velvollisuus ohjata potilasasiakirjoja käsittelevää henkilökuntaa asianmukaisista menettelytavoista. Toimintayksikön johtajan tulee antaa kirjalliset ohjeet asiakastietojen käsittelystä ja menettelytavoista sekä huolehtia henkilökunnan osaamisesta. Jokaisella palvelunantajalla ja Kansaneläkelaitoksella on oltava valvonta- ja seurantatehtävää hoitava tietosuojavastaava. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007.)

Vuonna 2007 säädetyin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevan lain tarkoituksena on edistää tietoturvallista sähköistä asiakastietojen käsittelyä. Tavoitteena on toteuttaa yhtenäinen potilastietojen sähköinen arkistointi- ja käsittelyjärjestelmä potilasturvan ja tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi. Tietojen siirtymisen nopeuttamiseksi asetus sisältää asiakirjojen laadinnan suhteen määräajat, joiden jälkeen tiedot pitää olla käytössä esimerkiksi potilaan siirryttyä jatkohoitoon. (STM Potilasasiakirja opas, 2012; Potilasasiakirja-asetus 298/2009.)

Potilastietojen kirjaamisen kannalta sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista vuodelta 2009 on tärkeä. Potilasasiakirja-asetus määrittää potilasasiakirjojen käsittelyä, sisältöä ja luovutusperiaatteita koskevat säännöt. Potilasasiakirja-asetus sisältää kaiken oleellisen potilastietojen kirjaamisesta, potilasasiakirjojen laadinnasta, tietojen arkistointiajoista ja -tavoista, riskitiedoista, lokitiedoista, tietojen rajoittamisesta, virheellisen tiedon korjaamisesta ja potilaiden katseluyhteydestä omaKatselu-ohjelmalla. Katseluyhteydellä tarkoitetaan täysikäiselle annettavaa sähköistä katseluyhteyttä valtakunnalliseen arkistointipalveluun talletetuista omista tiedoista, joita ovat suostumukset ja kiellot, luovutuslokitiedot, terveyden- ja sairaanhoitoa tai elinluovutusta koskevat tahdonilmaisut, palvelutapahtumat, e-reseptit, hoito-ohjeet, lähetteet, yhteenvedot, loppulausunnot, lääkärintodistukset ja -lausunnot. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.) Potilassuhteiden

luottamuksellisuuden, yksityisyyden sekä potilaan että ammattihenkilöiden oikeusturvan vahvistaminen sisältyvät potilasasiakirja-asetukseen.

Potilasasiakirjoja käsittelevän ja asiakirjoihin merkintöjä tekevän hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat lakien ja toimintayksikköjen ohjeistusten lisäksi oman ammattikunnan eettiset ohjeet ja hyvän hoidon periaatteet (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Henkilötietolaki 523/1999). Esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädettyssä laissa määritellään terveydenhuollon ammattihenkilö ja kuvataan mitkä ammattieettiset velvoitteet sisältyvät potilaan hoitoon, mukaan lukien hoitotyön dokumentaation ja arkistoinnin. (Laki terveydenhuollon henkilöstöstä 564/1994.) Kuvioon 3 on koottu lakien säätämivuoden mukaan kronologisessa järjestyksessä keskeisimmät hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavat lait.



Kuvio 3: Keskeiset hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavat lait

3.2 Sähköinen valtakunnallinen potilastiedon arkisto Kanta

Julkisia palveluita, jotka koostuvat e-resepti-keskuksesta, tiedonhallintopalvelusta, potilastiedon arkistosta ja lääketietokannasta, kutsutaan yhteisellä nimellä Kansallisen terveysarkiston palvelut eli Kanta-palvelut. Kanta-palvelut ovat kansalaisille verkossa tarjottavia uusia suomalaisia julkisia palveluita. Palvelujen tarkoituksena on parantaa kansalaisten terveystietojen saatavuutta sekä kansalaisten itsensä että eri terveydenhuollon ammattilaisten käyttöä varten terveydenhoitoa ja sairaanhoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Kanta-tietoarkistoon liittyy vuoden 2014 aikana kattavasti kaikki Suomen kunnat (THL 2013b).



Kuvio 4: Kanta-palvelut (kanta.fi 2014a, Lapin sairaanhoitopiirin yhteiset toimintamallit - koulutusmateriaali)

Kuviossa 4 kuvataan Kanta-palvelujen toimintaa. Yli 18-vuotiaat kansalaiset voivat omien tietojen katselun avulla katsella heistä itsestään Kanta-palveluihin julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kautta tuotettua tietoa joko potilastiedon arkistosta tai e-reseptikeskuksesta. Kansalaiset voivat tehdä myös suostumushallinnan ja tahdonilmaisun kautta elinluovutustestamentin, hoitotahdon sekä suostumuksia ja kieltoja hoitotietojensa käytöstä. Apteekit saavat Reseptikeskuksen kautta kansalaisten lääkemääräykset sähköisenä suoraan apteekkiin ja toimittavat tiedon e-reseptillä toimitetusta lääkkeestä takaisin Reseptikeskukseen. Terveydenhuollon palveluntarjoajat tuottavat ja katselevat tietoa potilastiedon arkistosta. Tietojen katselu edellyttää katselijalta aina hoitosuhdetta potilaaseen ja potilaan suostumusta omien tietojensa katseluun. (kanta.fi 2014b, Potilastiedon arkiston esite.)

Potilastietojärjestelmiä, arkistopalveluja ja sähköistä lääkemääräysjärjestelmää käyttävät henkilöt tulee voida tunnistaa ja todentaa luotettavasti. Potilasasiakirjat ja lääkemääräykset tulee myös voida allekirjoittaa sähköisesti. Terveydenhuollon ammattihenkilön ja terveydenhuollon palveluntarjoajien palveluksessa olevan muun henkilöstön tunnistaminen ja sähköinen allekirjoitus toteutetaan Valviran varmennepalveluiden ja toimintayksiköiden käyttöoikeuksien hallinnan avulla. VRK eli väestörekisterikeskus vastaa tietojärjestelmäpalveluiden tunnistamis- ja varmennepalveluista. (THL 2014a.)

THL eli terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiseen tiedonhallintaan liittyvän toiminnan operatiivisesta ohjauksesta. Lisäksi THL määrittää Kanta-palvelujen toteutuksen edellyttämät tietosisällöt, käsitemallit ja toimintaprosesseja tukevat tietorakenteet. THL vastaa tietojärjestelmissä käytettävistä koodistoista ja luokituksista. Kansalliselta koodistopalvelimelta jaetaan yhtenäiset sosiaali- ja terveydenhuollon potilasasiakirjojen käsittelyssä tarvittavat sähköisten tietojärjestelmien koodirakenteet. Koodistot ovat haettavissa kansallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisiin asiakirjajärjestelmiin maksutta. Koodistoja jaetaan, ylläpidetään ja kehitetään yhdessä eri ammattilaisten ja asiantuntijoiden kanssa. (THL 2014a.)

Potilastietoarkisto Kantaan siirtyy hoitotyön osalta yhteenveto-tekstit. Hoitotyön päivittäismerkinnät tulevat siirtymään myöhemmin ilmoitetussa aikataulussa (THL 2014b.). Rakenteiseen kirjaamiseen liittyvien oppaiden mukaan hoitotyön yhteenveto tarkoittaa minimietoa, mikä hoitotyön osalta tulee tallentaa tietoarkistoon (Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012). Yhteenvedon avulla pyritään hoidon jatkuvuuden ja tiedon siirron turvaamiseen potilaan siirtyessä eri terveydenhuollon yksiköiden välillä, kuten esimerkiksi potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon yksikössä tapahtuneesta leikkaushoidosta jälkikuntoutukseen omalle terveyskeskusvuodeosastolle.

Hoitotyön yhteenvedossa tiivistetään hoitajakson kannalta keskeiset potilaan tiedot. Tiedot yhteenvetoon kerätään hoitotyön prosessin mukaisesti hoidon tarpeista, hoitotyön toiminnoista, hoidon tuloksista, hoitoisuudesta ja hoitotyön arvioinnista rakenteisen kirjaamisen periaatteella täydentäen vapaamuotoisella tekstillä helposti luettavaan ja ymmärrettävään muotoon. Hyvä hoitotyön yhteenveto on Hassisen ja Tantun (2007) mukaan yhdelle A4-sivulle mahtuva tiivistelmä potilaan yhden hoitajakson aikana saadusta hoidosta ja hänen nykyhetken voinnistaan (Hassinen & Tanttu 2007, 1). Hoitotyön yhteenvetoja tehdään vielä vähän, ja siksi THL haluaa vauhdittaa sähköisen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa myöntämällä kirjaamisen kehittämishankkeisiin hankerahoitusta osoittaen rakenteisen kirjaamisen merkityksellisuuden (THL 2013a).

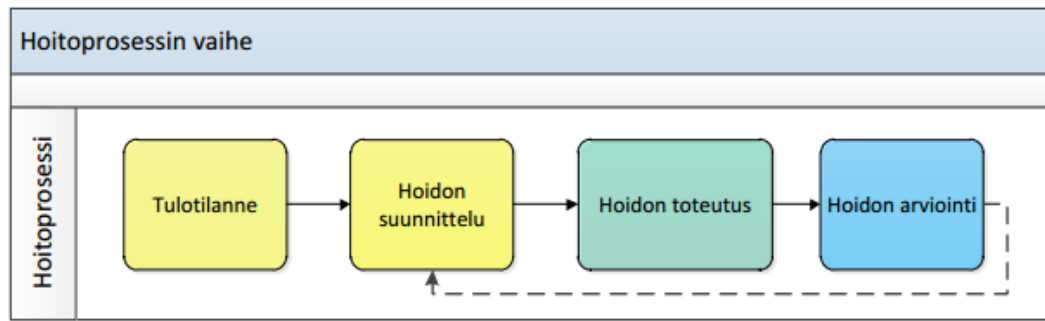
3.3 Hoitotyön kirjaamisen prosessimalli

Suomessa käytettävä potilaskertomus on jatkuva potilaskertomus, johon eri ammattiryhmien asiantuntijat kirjaavat ja kaikki kirjattu tieto potilaasta on yhdistetty yhdeksi aikajärjestyksessä eteneväksi potilaskertomukseksi (Lehtovirta & Vuokko 2014). Kirjaamisen runko muodostuu valtakunnallisesti sovitusta yhtenäisistä keskeisistä rakenteisista tiedoista, termistöistä sekä vapaasta, edellisiä täydentävästä tekstistä. Hoidon päätöksenteon prosessivaiheet ovat systemaattisen kirjaamisen pohjana. (Liljamo ym. 2012, 10; Saranto ym. 2008, 14.)

Hoitotyön kirjaamisessa on käytetty 1970-luvulta lähtien WHO:n prosessimallia. Mallissa hoitotyön prosessivaiheet ovat hoitotyön tarpeen arviointi, hoitotyön diagnoosi, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön tulokset ja hoitotyön arviointi. Kansainvälisesti hoitotyön mallit ovat sisältäneet viidestä kuuteen prosessivaihetta. Suomessa käytössä oleva hoitotyön malli on viisivaiheinen prosessimalli, joka sisältää hoitotyön tarpeen ja tilanteen arvioinnin, hoitotyön tavoitteiden asettelun, hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja hoitotyön arvioinnin prosessivaiheet. (Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012, 21.)

Hoitotyön kirjaamisella on Prideaux'n (2011) mukaan oikeudellinen ja hoitotyön laatua lisäävä merkitys. Kirjaamisen lähtötilanne tulisi aina olla potilaan tilan arvioiminen ammattitaitoisesta alkutilanteen kartoituksesta. Alkukartoitus sisältää terveydenhuollon ammattilaisen keskustelun, havainnoinnin, fysiologisten ja muiden mittausten suoritusten lisäksi erilaisten asiakirjojen läpikäyntiä ja niiden oikeaa tulkintaa. Hoitotyön kirjauksista saadaan tietoa myös hoitotyön suunnitelmallisuudesta. (Ritvanen 2012, 67-73.) Kuviossa 5 kuvataan hoitoprosessin vaiheita. Ensimmäinen vaihe on potilaaksi tulo hoitoon. Tulotilanteessa tehdään alkukartoitus potilaan taustatiedoista. Taustatietoja ovat tulosyy, hoidon syy, potilaan esitiedot, ongelmat, nykytila, lääkehoito, apuvälineet, toimintakyky, terveyteen vaikuttavat tekijät, ja riskitiedot.

Kuvion 5 mukaisesti hoitoa suunnitellaan toisessa vaiheessa moniammatillisena yhteistyönä yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Suunnittelussa selvitetään potilaan hoidon tarve ja asetetaan yhdessä tavoitteet hoidolle. Lisäksi kartoitetaan lääkärin määräämät tarvittavat tutkimukset, toimenpiteet, konsultaatiot, lääkemääräykset ja suunnitellut hoitotyön toiminnot. Hoidon toteutusvaiheessa toteutetaan potilaan hoitoa suunnitteluvaiheen suunnitelmien mukaan. Toteutusvaiheen menetelmät ja toteuttajat valitaan suunnitteluvaiheessa. Toteutusvaiheesta voisi mainita esimerkkinä fysioterapeutin ohjaus potilaalle ja toimenpiteiden, mittausten, rokotusten ja lääkehoidon toteutuksen. Hoidon arviointi käsittää potilaan voinnissa tapahtuneiden muutosten arvioinnin asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Arviointia tehtäessä pohditaan saavutettiinkö tavoitteet ja lievittyikö, poistuiko kokonaan, pysyikö samaa vai paheniko potilaan ongelma eli hoidon tarve. Jos asetetut tavoitteet eivät toteudu tai uusi ongelma tai tarve ilmenee, potilaan hoidossa palataan arviointi-vaiheesta hoitoprosessin takaisin hoidon suunnitteluun ja prosessi etenee jälleen hoitoprosessin vaiheiden mukaan. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 30.)



Kuvio 5: Hoitoprosessin vaiheet (Lehtovirta & Vuokko 2014)

3.4 FinCC-luokitusjärjestelmä

Hoitotyön kirjaamisen informaation sisältöjen tunnistamiseksi, vertailtavuuden lisäämiseksi ja laadun parantamiseksi on luotu kansallinen, strukturoitu kirjaamistapa, rakenteinen kirjaaminen. Rakenteisessa kirjaamisessa yhdistyy tiedon saatavuus ja potilastiedon käytettävyys paikasta riippumatta kaikissa sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Rakenteisella kirjaamisella on merkittävä hyöty potilaalle ja hoitohenkilökunnalle kirjaamisen ollessa tärkeä osa potilaan hoitoa. (Iivanainen & Syväoja 2013, 11). Hoitotyössä tiedon laadun varmistuksessa auttaa standardoitu termistö, joilla kuvataan hoitotyön tarpeita, toimintoja ja hoidon tuloksellisuutta (Kinnunen 2013, 34).

Yhtenäisillä fraaseilla ja koodeilla saadaan asiakas- ja potilastiedot arkistoitua kansalliseen Kanta-arkistoon. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL on julkaissut oppaan FinCC (Finnish Care Classification) luokituskokonaisuuden käyttöoppaan. Oppaan tarkoitus on auttaa hoitajien kirjaamaan hoitotyön päätöksen prosessimallin mukaisesti käyttäen FinCC-luokitusta. (Liljamo ym. 2012.)

FinCC-luokitus on suomalaisen hoitotyön asiantuntijaryhmän tekemä käännös yhdysvaltalaisesta tri Saban työryhmän vuonna 1990 kehittämästä hoitotyön luokituskokonaisuudesta Clinical Care Classification (CCC). CCC-luokitus oli aiemmin nimeltään Home Health Care Classification -luokitus (HHCC). (Ensio 2001.) Käännettyssä luokituksessa on sovitettu yhteen HHCC-luokitus ja suomalaisen hoitokulttuurin erityispiirteet ja vuorovaikutustilanteet hoitotyössä. (Liljamo ym. 2012). Suomessa rakenteisessa hoitotyön kirjaamisessa käytetään erilaisia toimintoja kuvaavia otsikoita ja niiden alaotsikoita eli tarkentimia kansallisesti sovitun FinCC-luokituksen mukaisesti (Liljamo ym. 2012). Otsikoita ja alaotsikoita voidaan täydentää tarvittaessa vapaalla tekstillä (Lehtovirta & Vuokko 2014).

FinCC sisältää suomalaisen hoidon tarveluokituksen, SHTaL, versio 3.0, suomalaisen hoidon

toimintoluokituksen, SHToL versio 3.0 ja suomalaisen hoidon tulosluokituksen, SHToL versio 1.0. Uusimmassa versiossa 3.0 on 17 komponenttia, SHTaL:ssa 88 pääluokkaa ja 150 alaluokkaa, SHTuL:ssa 3 pääluokkaa ja 3 alaluokkaa, SHToL:ssa 127 pääluokkaa ja 180 alaluokkaa (Ensio 2001). Kaiken kaikkiaan käytössä on 585 luokkaa, joista pääluokkia 218 ja alaluokkia 367. SHTuL:ssa arvioidun hoidon tarpeen arviointi tapahtuu SHTuL:ssa kolmella valittavalla vaihtoehdolla; ennallaan, parantunut tai huonontunut. (Liljamo ym. 2012.)

Suomessa tehdyissä kansallisesti laajoissa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallinnoimissa HoiDok- (2005-2008) ja Hoidata (2007-2009) -hankkeissa kehitettiin ja juurrutettiin FinCC-luokituskokonaisuutta käytäntöön. FinCC:n ylläpito ja kehittäminen on kuulunut vuodesta 2008 lähtien Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveystoimen laitokselle. (Ensio, Saranto, Ikonen & Iivari 2006; Tanttu & Rusi 2007; Vsshp 2009.) FinCC-luokituspalvelu on ollut käytettävissä vuodesta 2008 THL:n ylläpitämällä koodistopalvelu-sivulla (Liljamo ym. 2012). Koodistopalvelulta löytyy kaikki kansallisen sähköisen arkiston edellyttämät koodistot ja luokitukset sähköisiin potilaskertomuksiin.

Myös eNNI-hankkeessa (electronic Documentation of Nursing Care) toteutettiin ammattikorkeakouluissa rakenteisen kirjaamismallin jalkauttamista. eNNI-hankkeeseen osallistui hoitotyön opettajien ja opiskelijoiden lisäksi 19 terveydenhuollon organisaatiota, joissa tehtiin kirjaamisen juurruttamista oppilaitosten ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyönä. (Rajalahti & Saranto 2009; Ora-Hyytiäinen, Ikonen, Ahonen, Rajalahti & Saranto 2010, 169-174.)

3.5 Rakenteisen kirjaamisen kansainvälisistä luokitusjärjestelmistä

Kansallisesti, mutta myös kansainvälisesti tarkasteltuna hoitotyön kirjaaminen on suuressa muutoksessa. Kirjaamiseen kehitetään erilaisia luokitusjärjestelmiä ja sähköisiä potilastietojärjestelmiä ympäri maailmaa. Esimerkiksi Norjassa on meneillään samankaltainen prosessi kuin Suomessa Kanta-tietoarkiston suhteen. (von Krogh & Nåden 2008.) Kanada, Australia ja Britannia ovat vuonna 2008 tehdyn kartoituksen perusteella olleet tietotekniikan käyttöönoton suhteen maailman kärkimaita (Hyppönen, Doupi, Hämäläinen & Ruotsalainen, 2009). Kansainvälisesti pyritään kehittämään näyttöön perustuvia standardeja ja käsitteistöä hoitotyön ammattilaisten käyttöön (Monsen ym. 2011).

Kansainvälinen hoitotyön ammattilaisten järjestö NANDA, vuonna 1982 perustettu North American Nursing Diagnosis Assosiation, muutti nimensä vuonna 2002 ja on siitä lähtien ollut NANDA International, Inc. NANDA on nykyisin globaali internetissä toimiva hoitotyön termistön kehittämisareena hoitotyöntekijöille. Nanda on kehittänyt Nanda-I kattavat hoitotyön

luokitukset NIC (hoitotyön tulokset -luokitus) ja NOC (hoitotyön diagnoosit- ja interventiot-luokitus). Luokitukset tarjoavat tutkimuspohjaisia termejä hoitotyön päätöksenteon prosessiin. (Nanda 2014.) Norjassa vuosina 2001-2005 Ullevålin yliopistollisessa sairaalassa psykiatrian klinikalla kehitetyn ja käytetyn sähköisen potilastietojärjestelmä KPO-mallin (quality assurance, problem solving, caring) pilottiprojektissa on käytetty NANDA-I hoitotyön NIC- ja NOC-luokituksia (von Krogh & Nåden 2008).

Erilaisista spesifisistä ANA:n (American Nurses Assosiation) hyväksymistä luokitusjärjestelmiä ja termistöjä kuvaavasta alla olevasta taulukosta 2 on havaittavissa, milloin ja mitä hoitotyön kirjaamisen käyttötarkoitusta varten niitä on kehitetty (ANA 2012; Kinnunen 2013, 33). Ajallisesti termistöjä ja luokituksia on hyväksytty vuodesta 1992 lähtien ja viimeisimmät hyväksynät löytyvät vuodelta 2002.

Luokitus	ANA hyväksynyt, vuosi	Käyttötarkoitus		
		Hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaus	Hoitotyön toiminnon kirjaus	Hoidon tuloksen kirjaus
Hoitotyön	spesifiset	luokitukset		
NANDA-I, NANDA INTERNATIONAL (aiemmin NANDA = Nursing Diagnoses, Definitions and Classification)	1992	X		
Nursing interventions Classification System (NIC)	1992		X	
Clinical Care Classification System (aiemmin Home Care Classification System HHCC)	1992	X	X	X
Omaha System	1992	X	X	X
Nursing Outcomes Classification (NOC)	1997			X
Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS)	1998	X	X	X
PreOperative Nursing Data Set (PNDS)	1999	X	X	X
Nursing Minimum Data Set (NMDS)	1999	X	X	X
International Classification for Nursing Practice (ICNP, rekisteröity tuotemerkki)	2000	X	X	X
Ei niin hoitotyöspesifiset luokitukset, myös muuta				
SNOMED CT	1999	Sekä hoitotyön että lääketieteen diagnoosien, toimintojen, menetelmien, tapahtumien, tulosten kirjaus (referenssiluokitus)		
ABC Codes	2000	Vaihtoehtoinen lääketiede ja hoitotyö		
Logic Observation Names and Codes (LOINC, rekisteröity tuotemerkki)	2002	Laboratorio- ja muiden kliinisten tuotosten nimeäminen ja koodaaminen		

Taulukko 1: ANA:n hyväksymät hoitotyön luokitukset

3.6 Tutkimuksia rakenteisesta kirjaamisesta

Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010) rakenteisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytön tutkimuksessa hoitajien näkemysten mukaan luokitus selkeyttää kirjaamista, tekee potilashoidosta suunnitelmallisempaa, parantaa hoidon laatua, tekee hiljaisen raportin mahdolliseksi ja nostaa hoitotyön esille. Irlantilaisessa tutkimuksessa Effect of a Nursing Information System for the Quality of information (2011) päädyttiin systemaattisen rakenteisen kirjaamisen osalta samanlaisiin tuloksiin hoitajien kohdalla (Prideaux 2011).

Nykäsen ym. (2010) tutkimuksen mukaan potilaan kannalta hoitajan käyttämä aika potilaalle lisääntyy ja tiedonhaku esimerkiksi potilaan aikaisemmasta lääkityksestä nopeutuu, jolloin potilasturvallisuus paranee. Kirjaamiseen liittyvät negatiiviset asiat liittyivät tutkimuksessa pääsääntöisesti ohjelman käytön osaamisen osa-alueelle. Luokituksen käytön oppimisen havaittiin olevan pitkäaikainen prosessi, mutta oppimisen myötä kirjaamiseen kuluva aika lyhenee. Erilaisen kirjaamismallin käyttöönoton ja kaikkia tasoja koskevan kirjaamisprosessin muuttumisen aiheuttamaa vastarintaa todettiin olevan organisaatiossa johtoportaan lähtien kaikilla tasoilla, eikä kirjaamista tunnustettu hoitotyöhön kuuluvana oleellisena elementtinä. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010.)

Kaakinen, Kääriäinen ja Kyngäs (2013) toteavat kirjaamisen perusteella tehdyssä pitkäaikaissairaanhoidon ohjauksen laadusta kertovassa tutkimuksessaan, että kirjattu tieto potilaalle annetusta ohjauksesta edistää yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa hoidon laatua, kustannusvaikuttavuutta ja tiedon hyväksikäyttöä näyttöperusteisesti. Tutkimustulosten pohjalta tarkasteltuna ohjauksen kirjaaminen oli minimaalista, sisällöltään ajoittain epärelevanttia ja laajojen asiakokonaisuuksien kirjaamista. Ohjaustarpeiden kirjaaminen ei perustunut systemaattiseen prosessimalliin. Tutkijat pitivät tärkeänä, että ohjauksen kirjaaminen on tavoitteellista, yksilöllistä ja kokonaisvaltaista pitkäaikaissairaanhoidon päivittäiseen elämään soveltuen. Pitkäaikaissairaanhoidon ohjauksen laadukkaan toteutumisen ja jatkuvuuden turvaamiseksi tarvitaan yhtenäistä kirjaamisen rakennetta ja käsitteistöä. (Kaakinen, Kääriäinen & Kyngäs 2013.)

Ritvasen (2012) mukaan yksilöllisten tarpeiden määrittelyä haittaa jos yksiköihin on valmiiksi sovittu tietyt tarvemääritykset käyttöön. Ritvanen havaitsi tutkimuksessaan myös kirjaamisen kirjavan käytännön otsikoiden osalla. Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilöstön tulee hallita kirjaamisen yhtenäinen rakenne ja sitoutua noudattamaan yhteisesti sovittuja kirjaamisen laatuvaatimuksia. Esimiehelle asetettiin tehtävä luoda edellytykset kirjaamiskäytäntöjen omaksumiseen ja edesauttaa siinä onnistumisessa. (Ritvanen 2012, 67-73.) Myös Loimaan aluesairaalaassa tehdyn systemaattisen kirjaamisen kehittämishankkeen johtopäätöksenä oli se, että johdon myönteisellä vaikutuksella koulutuksen ja motivoinnin myötä on merkitystä potilaslähtöisen hoitotyön kehittämisessä (Paavilainen, 2013).

3.7 Tietojohtaminen

Sisällöllisesti tietojohtaminen, tiedolla johtaminen ja tietämyksenhallinta ovat joustavasti määriteltävissä. Tietojohtamisen käsitteestä ei ole olemassa yksimielistä määritelmää. Tiedon johtaminen korostaa rationaalista ajattelua ja tavoitteena on vaikuttaa kuinka ihmiset asioista ajattelevat, kuinka asioista kerätään tietoa, kuinka tietoa prosessoidaan eri tarkoituksiin ja uuden tiedon soveltamista kokoaikaisesti käytäntöön. (Harisalo 2008, 110; Rissanen & Lammintakanen 2011, 221.)

Ritvanen ja Sinipuro (2013) tarkoittavat tiedolla johtamisella tosiasioihin pohjautuvaa toiminnanohjausta ja päätöksentekoa. Olennaista on tiedon avulla toimiminen ja tiedon hyödyntäminen toiminnassa. Toiminta tuottaa ja käyttää tietoa. (Ritvanen & Sinipuro 2013, 20-26.) Tietojohtaminen käsittelee sitä, kuinka tietoa voidaan jakaa parhaalla mahdollisella tavalla sisäisesti ja ulkoisesti innovoinnin stimuloimiseksi, tietotason vaalimiseksi, yhteisöllisyyden tunteen rakentamiseksi sekä organisatorisen tehokkuuden edistämiseksi (Liebowitz & Frank 2011, 3). Tietoperustaisessa johtamisessa henkilöstöjohtaminen ja liiketoimintaosaaminen yhdistyvät kokemuseräiseen ja tarkoituksenmukaiseen johtamisotteeseen. Systemaattinen ja jatkuva tiedon louhinta tuo analysoitavaksi johtamistyössä tarvittavaa tietoa. (Rytilä 2011,3.)

Tiedon alaprosessien (tiedon tuottaminen, varastoiminen, suojaaminen, siirto, esittäminen, muuntaminen, käyttö ja soveltaminen) avulla tieto leviää ja muuntuu organisaatiossa näkymättömästä yksilön tiedosta näkyväksi laajemman ryhmän tiedoksi. Syntyy järjestelmällinen tiedolla johtamisen prosessi, jossa tietoa hankitaan, käsitellään ja käytetään organisaatiossa tuottavan ja tehokkaan toiminnan edistämiseksi. Tiedoilla voi olla monitahoisia ja vastakkaisia vaikutuksia. Liiallinen tieto voi synnyttää niin suuren tietomäärän, että oleellisen tiedon erottaminen epäoleellisesta vaikeutuu merkittävästi. Liian vähäinen tiedon määrä voi puolestaan johtaa virheellisiin päätelmiin tarvittavista palvelujen resursseista ja tarpeista. Tieto on laadukasta ja ehjää tiedon omistajuuden kautta, millä tarkoitetaan tiedon oikeellisuudesta, sisällöstä ja käytettävyydestä vastaamista. Ehjä ja laadukas tieto on tiedolla johtamisen edellytys ja tiedolla johtaminen edellyttää tietokokonaisuuden haltuunottoa ja eri uudistusten johtamisessa tarvittavan tiedon varmistamista. Ennen uuden kehittämistä tulee selkiyttää, mitä jo tiedetään, mihin tietoa käytetään ja mitä uutta tietoa lisäksi tarvitaan päämäärän saavuttamiseksi. (Rissanen & Lammintakanen 2011.)

Rissanen ja Lammintakanen (2011) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa käsiteltäville tiedoille tyypillisiä piirteitä ovat monimuotoisuus, laajuus, arkaluonteisuus, pitkä säilytysaika ja useat tietojen tuottajat ja käyttäjät. Tuotetun ja kirjatun tiedon pääasiallinen käyttötarkoitus on potilaan hoidon tai palvelun tuottaminen. Yhdessä talous-, henkilöstö- ja materiaalihallinnon tietojen kanssa muodostuu johtamisessa tarvittava tietokokonaisuus.

(Rissanen & Lammintakanen 2011, 217-221.)

Sosiaali- ja terveysalan palveluiden kohdalla tietojohdamisen tavoitteena tulisi olla laajat tarveanalyysit väestöpohjaan perustuen sekä analysoitujen tietovarantojen avulla suunnitellut resursoinnit ja toimenpiteet. Paitsi koko toimialan arvioinnissa, myös yksittäisissä hoitotapahtumissa ja palvelukohtaamisissa on varmistettava tiedon saatavuus ja riittävä tiedollinen pohja tehtävässä onnistumisen takaamiseksi. Tiedon tulee olla yhteen toimivaa ja saman sisältöistä niin organisaation yksiköiden kuin sidosryhmien välillä. (Ritvanen & Sinipuro 2013, 21-27.) Esimerkiksi yksittäisissä hoitotapahtumissa ja palvelukohtaamisissa syntyvä potilasasiakirjoihin kirjattu tieto toimii potilaan kokonaistilan, valittujen hoitojen ja niiden vaikuttavuuden kuvaajana, mutta samalla myös välineenä terveydenhuollon organisaation informaatio-ohjauksessa, seurannassa ja tilastoinnissa (Kaakinen ym. 2013).

Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien johtamisessa tärkeimmällä sijalla on sisäinen tietotuotanto, talous, henkilöstö ja asianhallinta. Perusterveydenhuollon tärkeimpinä ominaisuuksina pidetään eri toimintojen tuottavuuden tietojen kattavuutta ja reaaliaikaisuutta. Myös palvelujen järjestämisen tulevaisuutta koskevat tiedot, esimerkiksi palvelutarve- ja kehitystrendiennusteet asiakkaiden palvelujen ja hoidon toteutumista ja tarpeista käsin, ovat tärkeitä kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla. Tietojohdamisen näkökulmasta hyvä, strukturoitu ja kirjattu tieto edistää oikeanlaisen ja laadukkaan tiedon turvallista ja tehokasta keräämistä, käsittelyä, jäsentämistä ja soveltamista niin potilaan hoidossa kuin eri ammattiryhmien tieto-taito-tason edistämisessäkin. Tietokantojen kehittyminen ja tiedon rakenteisuuden lisääntyminen mahdollistaa tulevaisuudessa tietojärjestelmien kehittymisen myös johtamisen tueksi. (Rissanen & Lammintakanen 2011.)

3.8 Vuodeosastohoidon eettisiä näkökulmia

Tilastokeskuksen ennusteiden mukaan yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 ja 28 prosenttiin vuoteen 2060 (Tilastokeskus 2012). Terveyskeskusten vuodeosastoilla on aikaisemmin hoidettu määrällisesti enemmän ikäihmisiä pitkäaikaispotilaina, joilla ei ole ollut lääketieteellistä syytä vuodeosastohoitoon. Vuodesta 2006 vuoteen 2011 vuodeosaston pitkäaikaishoito on vähentynyt jo huomattavasti, THL:n tilastoinnin mukaan lähes puolittunut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet (Sairaanhoitajaliitto 1969) vastuuttavat sairaanhoitajan henkilökohtaisesti auttamaan kaikenikäisiä ja tukemaan sekä parantamaan autettavan asiakkaan tai potilaan elämänlaatua. Sairaanhoitajan tehtävä on suojella ja edistää potilaiden

hyvinvointia luomalla arvostavan hoitokulttuurin huomioimalla yksilölliset tekijät kuten uskonnollisen vakaumuksen, arvot ja tavat. Potilasta tulee kohdella ihmisenä ja tukea potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista ottamalla potilas mukaan häntä itseään koskevaan päätöksentekoon hoidon järjestämisessä ja suunnittelemisessa. Eettiset ohjeet sisältävät myös ammatillisen osaamisen kehittämisen ja potilaiden hoitoon osallistuvien toimijoiden eettisestä toiminnasta huolehtiminen. Keskinäinen kunnioitus terveydenhuollon toimijoiden ammattitaitoa kohtaan kuuluu osana sairaanhoitajan eettistä toimintaa. Kuunteleminen ja kuuleminen, nähdä ja kuulla tuleminen ovat vuorovaikutuksen liittyviä eettisiä perustekijöitä. Avoin vuorovaikutus hoitosuhteessa on osa potilaan ja hoitajan välistä hoitosuhdetta.

Sairaanhoitajan ammattieettistä tieto- ja toimintaperustaa täydentää sairaanhoitajan kollegiaalisuusohjeet, joiden tarkoituksena on tukea ja velvoittaa sairaanhoitajia toimimaan kollegiaalisesti toisiaan kohtaan päivittäisessä työssään. Kollegiaalisuudella tarkoitetaan ammattikunnan sisäistä yhtenäisyyttä, tasa-arvoista ja vastavuoroista ammatillista työskentelyä potilaan parhaan mahdollisen hoidon tavoittelemiseksi. Kollegiaalisuus ilmenee kommunikaationa, osaamisen tunnistamisena, tiedon jakamisena, opettamisena sekä esimerkillisenä toimintana myös työyhteisön ulkopuolella. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Johtajuuden eettisyys nousee tärkeään asemaan. Eettinen johtaja on oikeudenmukainen, rehellinen ja lojaali työyhteisölle. Hän on myötätuntoinen, tarvittaessa myös nöyrä ja varovainen toimissaan. (Lewis & Gilman 2005, 36-37.) Eettisten näkökohtien arviointi toiminnassa ei ole kuitenkaan vain ammattilaisten asia. Kaikkien toimintaan osallistuvien eettisille näkökulmille tulee antaa arvoa. Päätöksenteon tulee perustua kestäviin eettisiin arvoihin ja eettisten periaatteiden mukaan jokaisella osallistujalla on oikeuksia ja velvollisuuksia. (Etene 2011.)

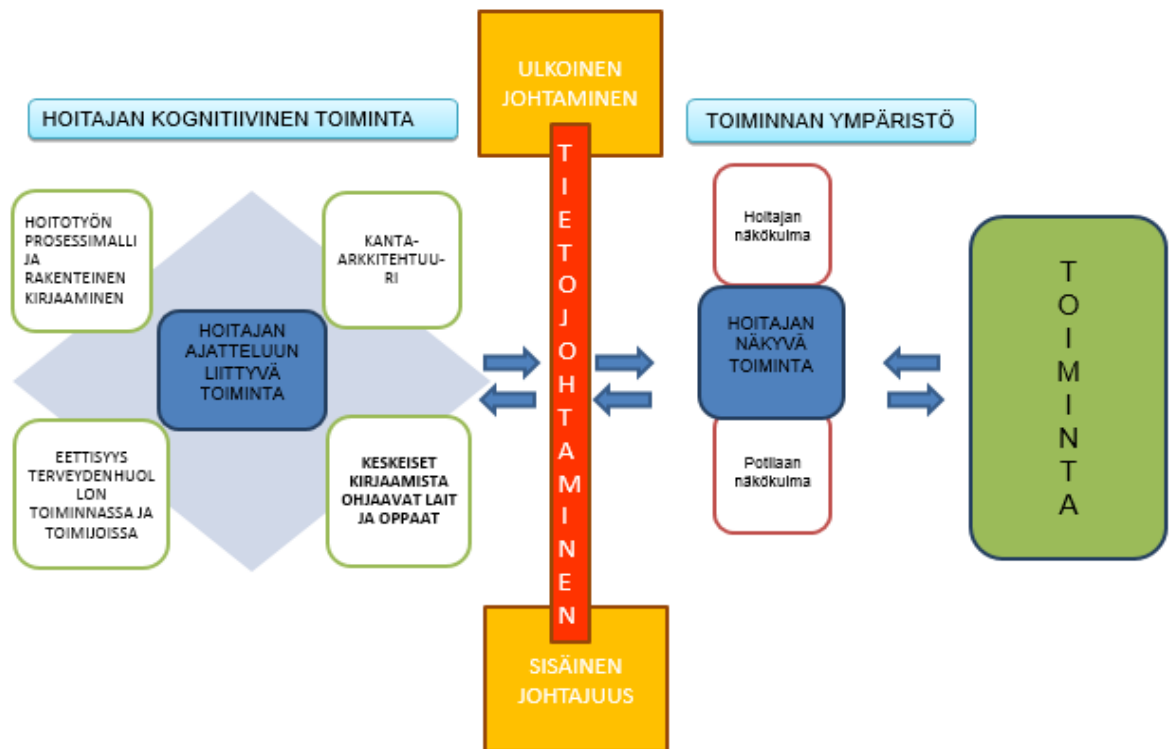
Eettiseltä kannalta kirjaamisen sisällössä on usein esillä enemmän hoitajan toiminta ja potilaan kokemukset jäävät huomiotta. Sairaanhoitajien kuvaukset koskevat hoitotoimenpiteitä hoitajien työn ja toimenpiteiden näkökulmasta ja potilaan toiminta ja tuntemukset eivät tule kirjatusta tiedosta esiin. (Kärkkäinen, Bondas & Erikson 2005.) Hoitotyön kirjaaminen on olennainen tekijä hoitotyössä terveydenhuollon muuttuessa asiakaskeskeisemmäksi ja läpinäkyvämmäksi ja tiedonsaantioikeuden painottuessa. Tiedon saatavuuden lisäksi tiedonhakumahdollisuudet ja -kyvyt lisääntyvät kaikissa ikäryhmissä. Kirjaamisella on paitsi lakiin ja tietojenkäsittelyyn liittyvät vaateet, myös tiedon muodostamisen ja välittämisen sekä vankat eettiset periaatteet ja vaatimukset. Hyvä hoitotyön kirjaaminen on yksi tärkeä osa pyrittäessä vastaamaan asiakkaiden odotuksiin tiedonsaantioikeuden ja omaan hoitoon osallistumisen näkökulmasta. Koko hoitotyön ja sen osatekijöiden, kuten esimerkiksi kirjaamisen kehittäminen on tärkeää myös iäkkään, sairaalahoidossa olevan potilaan kannalta.

3.9 Teoreettisen osan yhteenveto

Kuviossa 6 on pyritty kuvaamaan hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen liittyvä kokoava teoreettisen tiedon perusta. Kimin (2000) mukaan hoitotyön toiminnan käsite voidaan jakaa kahteen osaan, hoitajan ajatteluun ja näkyvään toimintaan. Juurruttamalla tapahtuvan hoitotyön kehittämistoiminnan tavoitteena on sekä ajattelutason että toiminnan tason muutos. (Partamies & Ahonen 2012, 17.)

Hoitotyön kirjaamisen kehittämisen tietoperustan keskiössä on tietojohdaminen. Tietojohdaminen on määriteltävissä joustavasti (vrt. Harisalo 2008; Rissanen & Lammintakanen 2011). Tietojohdaminen voi tarkoittaa sekä ulkoista että sisäistä johtajuutta, jolloin sisäinen tietojohdaminen tarkoittaa yksilöllistä itsensä tiedolla johtamista ja ulkoinen johtajuus tarkoittaa esimerkiksi organisaation tai lähiesimiehen harjoittamaa johtamistapaa, johdetuksi tulemistä. Tietojohdamisen kautta hoitotyön kirjaamiseen liittyvistä merkittävistä osatekijöistä muodostuu kirjaamisen kehittämisessä tarvittavan tietoperustan ehyt kokonaisuus.

Hoitotyön kirjaamisen kannalta merkittävimmät osatekijät ovat hoitotyön prosessimallin mukaisen rakenteinen kirjaaminen, keskeiset kirjaamista ohjaavat lait, terveydenhuollon toimijoita ja toimintaa koskevat eettiset näkökohdat ja kansallinen keskitetty potilasasiakirja-arkisto Kanta (vrt. Etene 2011; Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012; Sairaanhoidtajaliitto 1969; 2014). Nämä tekijät ohjaavat hoitajan ajatteluun liittyvää toimintaa ja siirtyvät ajattelun ja omaksumisen kautta näkyväksi uuden toimintatavan mukaiseksi toiminnaksi hoitotyön kirjaamisessa.



Kuvio 6: Hoitotyön kirjaamisen kehittämisen tietoperusta (mukaillen Etene 2011; Harisalo 2008; Kim 2000; Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012; Rissanen & Lammintakanen 2011; Ritvanen & Sinipuro 2013; Sairaanhoidajaliitto 1969; 2014)

Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen tarkoitus on tehdä hoitotyö näkyväksi muille terveydenhuollon ammattilaisille ja kansalaisille Kanta-arkiston avulla. Kanta-arkisto on kirjaukset tulee tuottaa sovittuja koodistoja ja standardeja noudattaen tiedon tallentumisen oikean muotoisena ja tiedon haun onnistumiseksi. Kansalaisen oikeus on halutessaan saamaan omat rekisteriin merkityt tietonsa. Kanta-arkiston omaKatselu ohjelma mahdollistaa tietojen katselun julkisen terveydenhuollon yksikköjen rekisteritietojen osalta vuoden 2014 lopussa, kun kaikki Suomen kunnat ovat liittyneet Kelan ylläpitämään valtakunnalliseen Kanta potilastietoarkiston käyttäjiksi ja tiedon siirto paikallisista julkisen terveydenhuollon rekistereistä alkaa. (Kansallisen potilastiedonarkiston käyttöönottoaikataulusuunnitelma, 2014.)

Kirjaamiskäytännöt terveydenhuollon yksiköissä ovat muuttuneet sähköisen potilastiedon kirjaamisen tultua käyttöön. Rakenteista kirjaamista opetetaan terveydenhuollon oppilaitoksissa ja ammattikorkeakoulussa sieltä valmistuville opiskelijoille. Koulutusta kirjaamiseen ja kirjaamisen kehittämistä on tehty erilaisissa hankkeissa ja projekteissa. Tarvetta koulutukseen riittää paljon, ennen kuin kaikki ovat saaneet perustiedot ja taidot rakenteiseen kirjaamiseen.

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

Kehittämistoiminta perustuu juurruttamisen menetelmään. Juurruttaminen perustuu yhteisölliseen oppimiseen ja tavoitteena on käytännön työelämän prosessien kehittäminen tuottaen uusia innovaatioita, toimintamalleja, uutta tietoa ja osaamista. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 16.) Juurruttamisen menetelmällä toteutettavassa kehittämistyössä voidaan käyttää hyödyksi erilaisia tiedonkeruumenetelmiä.

Kehittämistyön tiedonkeruussa on käytetty sekä laadullista että määrällistä tutkimusmetodologiaa. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistelmästä voidaan puhua triangulaationa eli monistrategisena tutkimusotteena. Laadullisen tutkimuksen tulkinnoissa laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistämiseen suhtaudutaan käytännöllisesti, sillä kyseessä katsotaan olevan erilaisten metodien yhteensovittamisesta. (Tuomi 2007, 99.)

Laadullisen aineiston analyysimetodina on käytetty sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin avulla saatuja tietoja on kvantifioitu eli laadullisista tiedoista on tehty numeerisesti esitettäviä tietoja. Opinnäytetyön aineistoa on lisäksi luotu ja analysoitu kvantitatiivisesti. Koska opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmissä on käytetty sekä määrällistä että laadullista metodologiaa, raportoidaan luotettavuustarkastelua sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen näkökulmasta.

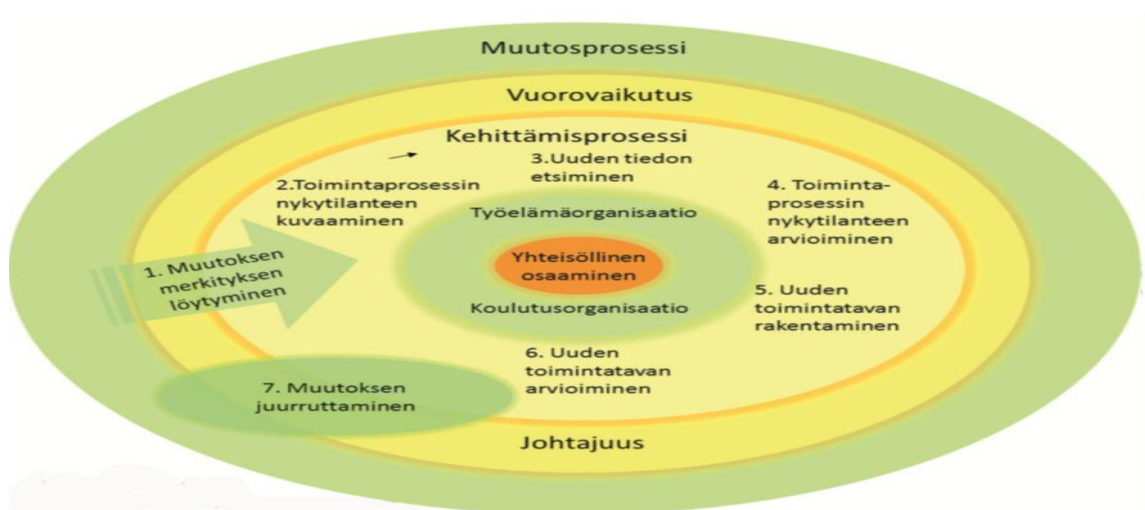
4.1 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä

Juuruttamisessa tuotetaan uusi toimintatapa ja otetaan se käyttöön yhtäaikaaisesti kehittämisprosessin aikana. Juurruttaminen on oppimisprosessi, jossa yhteisesti tuotetaan uutta tietoa käytännön tiedon ja tutkimustiedon välisessä vertailussa. Tämä uusi tieto tulee osaksi käytännön osaamista. (Nonaka & Takeuchi 1995.) Keskeisellä sijalla on toimijoiden välinen vuorovaikutus, jonka edistämässä korostuu johtajuuden tärkeä rooli. Uuden tiedon tuottamisen vuorovaikutuksellista tilaa kutsutaan BA:ksi. (Nonaka, Konno & Toyama 2001.)

Juuruttamisen perusajatus on, että työyhteisön jäsenet hakevat uutta teoria tietoa (explicit knowledge) ja hyödyntävät sitä käytännössä samalla kehittäen uutta toimintamallia. Juurruttamisen menetelmällä saadaan mukaan työyhteisössä oleva hiljainen tieto. Juurruttamisessa hiljainen tieto ja teorian tieto yhdistetään ja vertaillaan samalla tuottaen uutta tietoa niiden pohjalta. Työn kehittämiseksi muodostuu merkitys yhteisön yksilöiden osoittaessa kiinnostusta kehittämistoimintaan osallistumalla keskusteluun ja perehtymällä aihealueen tutkimustietoon. (Nonaka & Takeuchi 1995.)

Juuruttaminen on myös yhteisölliselle oppimiselle koulutuksen ja työelämän yhteistoimintaa, joka tuottaa uutta tietoa ja osaamista (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 15). Opettajan rooli on tukea oppilasta ja oppilaan rooli muuttuu juurruttamisessa perinteisestä opiskelijan roolista uutta tietoa etsiväksi, uutta osaamista luovaksi ja työn jatkuvan kehittämisen ymmärtäväksi toimijaksi (Ahonen ym. 2012, 55).

Kehittämiskohteen tunnistamisen jälkeen prosessi käynnistyy kuvion 8 mukaisesti ammattikorkeakoulun ja työyhteisön välillä. Juurruttamisessa kuvataan ensin nykyinen toimintakäytäntö, sitä seuraa tutkitun tiedon kerääminen kehittämiskohteesta ja tutkimustiedon vertaaminen organisaation käytäntöihin, jonka jälkeen laaditaan uusi toimintatapa kehitettävälle toiminnalle. Prosessissa syntyy uutta tietoa, ammatillista osaamista ja oppimista. Kolmas vaihe on uuden tiedon etsintä ja työyhteisön osaamisen kartoitus. Tässä vaiheessa oppilaitoksen edustajien rooli uuden tiedon tuottajana on keskeisessä asemassa. Neljäs vaihe käsittää työyhteisössä olevan tiedon, hiljaisen tiedon ja eksplisiittisen tiedon, minkä tulee olla mahdollisimman uuteen tietoon perustuvaa, vertailua. Viidennessä vaiheessa rakennetaan uutta toimintatapaa ja samalla sovelletaan uutta tutkittua tietoa suoraan käytännön työhön. Kuudennessa vaiheessa arvioidaan työskentelyä ja uuden toimintatavan hyödyt selviävät työyhteisölle. Edellä mainittujen kehittämisprosessin vaiheiden myötä muutosprosessina käsitettävä kokonaisuus tuottaa yhteisöllistä osaamista työyhteisöön. Uusi yhteisöllinen osaaminen ja tieto konkretisoituvat työyhteisöön juurrutettuna uutena toimintatapana. Keskeisiä tekijöitä työelämä- ja koulutusorganisaatioiden yhteistyönä toteutetussa muutosprosessissa ovat johtajuus ja vuorovaikutus. (Ahonen ym. 2012, 22-27.)

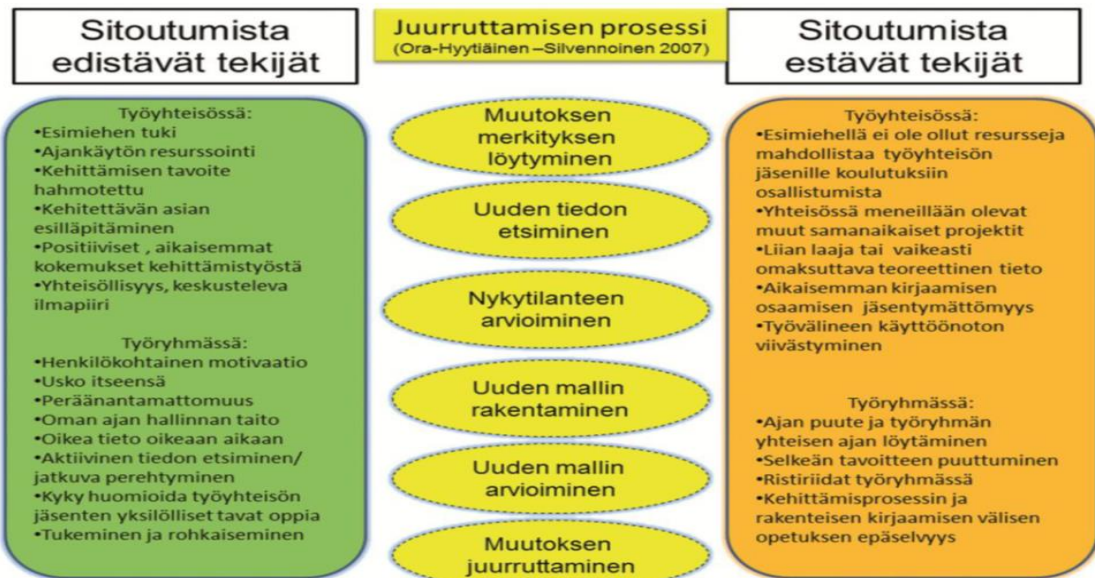


Kuvio 7: Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä toiminnassa (Ahonen ym. 2012, 27)

Juuruttamisprosessin keskeisiksi elementeiksi Ahonen ym. (2012) nostavat muutosprosessin, vuorovaikutuksen ja johtajuuden. Vastarinta muutosprosessissa ja sitoutumisen puute

työyhteisössä ovat muutosta estäviä tekijöitä ja niistä tulee keskustella avoimessa vuorovaikutuksessa työyhteisössä. Keskeisin työväline muutoksen tuottamisessa ja toteuttamisessa on vuorovaikutus. Johtaja mahdollistaa ajan kehittämisprosessille ja resursoi niin, että kehittämisprosessia voidaan viedä eteenpäin. (Ahonen ym. 2012, 24.) Esimiehen suhtautuminen, myönteisen ilmapiirin luominen, tuki ja työpaikan resursoiminen vaikuttavat oleellisesti kehittämistoiminnassa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Johdon tulee sitoutua kehittämistoimintaan, jolloin sekä toiminnan kehittäminen että uuden toiminnan vakiinnuttaminen tapahtuvat samaan aikaan. (Peltola & Vuorento 2007, 98.)

Kuviossa 9 on käsitelty sitoutumisen esteitä ja sitoutumista edistäviä tekijöitä juurruttamisprosessissa. Sitoutumista edistävinä tekijöinä on kuvattu esimiehen suhtautuminen kehitettävään asiaan, työyhteisön aikaisemmat positiiviset kokemukset työn kehittämisestä, yhteisöllisen keskusteleavan ilmapiirin luominen työyhteisöön sekä kehitettävän asian ylläpitäminen ja riittävä resursoiminen. Työryhmän osalta edistäviä tekijöitä ovat motivaatio, itseluottamus ja peräänantamattomuus, kyky tuoda työyhteisöön oikea tieto oikea-aikaisesti, aktiivinen uuden tiedon haku, kyky tukea ja rohkaista työyhteisöä sekä yksilöllisen oppimisen huomiointi työyhteisössä edesauttavat muutosprosessia ja muutoksen juurruttamista työyhteisöön. Sitoutumista estävät tekijät ovat edistävien tekijöiden vastakohtia, esimerkiksi ajan puute, yhteisten ja selkeiden tavoitteiden epäselvyys sekä useamman yhtäaikaisen kehittämisprojektin olemassaolo. (Ahonen, Makkonen & Pihkala 2010; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 65.)



Kuvio 8: Edistävät ja estävät tekijät kehittämistoiminnassa (Ahonen, Makkonen & Pihkala 2010; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 65)

4.2 Tiedonkeruuaineiston sisällönanalyysi ja luotettavuus

Kehittämistyössä on käytetty kvalitatiivista lähestymistapaa kirjaamisen alkukartoituksessa kirjausten sisältöjen analysoinnissa sisällönanalyysin avulla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kohteen laatuja ja merkitysten mahdollisimman kokonaisvaltaiseen kuvaamiseen. Pyrkimyksenä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on löytää tai paljastaa tosiasioita olemassa olevien väittämien todentamisen sijaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156-157.) Kanasen (2012) mukaan laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus soveltuu tutkimusotteeksi silloin, kun ilmiö on tutkimuskohteena uusi, ilmiöstä halutaan saada syvälinen näkemys, luodaan uusia hypoteeseja ja teorioita, käytetään niin kutsuttua mixed-tutkimusstrategiaa eli triangulaatiota sekä haluttaessa saavuttaa hyvä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä.

Kvalitatiiviselle tutkimukselle keskeisiä piirteitä ovat muun muassa induktiivisen analyysin käyttäminen, kohdejoukon valinta tarkoituksenmukaisesti eikä esimerkiksi satunnaisotokseen perustuen, laadullisten metodien käyttö aineiston hankinnassa sekä tapausten käsitteleminen aineutlaatuisina (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Tuomen (2007) mukaan laadulliselle tutkimukselle on löydettävissä yli kolmekymmentä erilaista määritelmää ja erilaisia laadullisen tutkimuksen lajeja on vielä enemmän. Sisällönanalyysin voidaan katsoa olevan yksi kvalitatiivisen tutkimuksen lajeista (Hirsjärvi ym. 2007, 158).

Sisällön analyysi (QCA, qualitative content analysis) on kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän aineiston analyysimetodi, jossa etsitään merkityskokonaisuuksia ja -suhteita, joita koskeva tieto ei ole numeerisesti esitettävissä vaan sanallisina tulkintoina (Vilkkä 2005, 139-140). Sisällön analyysi on informaatioarvon lisäämiseen tähtäävää tekstianalyysia, jonka avulla pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa sen sisältämää informaatiota kadottamatta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-108). Sisällön analyysin keinoin kuvaillaan joustavasti ja systemaattisesti tutkimusaineistossa ilmi tulevia merkityksiä tutkijan itsensä tarkentamasta näkökulmasta. Tutkimuskysymys ohjaa näkökulmaa ja sitä, kuinka saatua tutkimusaineistoa tarkastellaan ja analysoidaan (Schreier 2012, 3-4). Sisällön analyysia metodina voidaan käyttää kaikissa kvalitatiivisen tutkimuksen perinteissä. Sitä voidaan pitää paitsi metodina, myös löyhänä, erilaisiin analyysikokonaisuuksiin liitettävänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.)

Sisällönanalyysimenetelmän avulla muodostetaan kategorioita, lasketaan ja tutkitaan esiintymistä ja tekstin merkityksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 72). Sisällönanalyysia voidaan myös jatkaa kvantifioimalla esimerkiksi laskemalla aineiston luokittelun tai kategorioiden muodostamisen jälkeen, kuinka monta kertaa asia tai kuinka monen tutkittavan ilmaisevana asia aineistossa esiintyy. Muun muassa monenlaisissa avoimin kysymyksiin kootuissa arvi-

oinneissa ja selvityksissä aineiston kvantifiointi tuottaa merkittävää lisätietoa pelkkään laatu-
jen kuvailuun verrattuna. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 120-122.) Sisällön analyysia voidaan tehdä
joko induktiivisesti aineistolähtöisenä tai deduktiivisesti teorialähtöisenä (Vilka 2005, 140;
Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Do-
kumentaatio on uskottavuuden luomisen kannalta yksi tärkeimmistä asioista (Kananen 2012,
173). Dokumentaation tarkkuus koskee kaikkia tutkimuksen vaiheita. Aineiston analyysin kan-
nalta luokittelujen tekeminen on keskeistä laadullisessa tutkimuksessa. Luokittelun synty ja
perusteet tulisi kertoa lukijalle. Tulosten tulkinnan kohdalla luotettavuutta lisää esimerkiksi
lainaukset tutkimusaineistosta. (Hirsjärvi ym. 2007, 227-228.) Tutkimusta kokonaisuutena arvi-
oitaessa sen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuu. Laadullisen tutkimuksen luo-
tettavuutta arvioitaessa muun muassa aineiston keruu, tiedonantajien valinta ja heidän suh-
teensa tutkijaan, aineiston analyysi ja eettisyys perusteluineen ja valintoineen vaikuttavat luo-
tettavuustarkasteluun dokumentoinnin lisäksi. (Tuomi 2007, 150-152.)

Tässä kehittämistyön raportissa on pyritty kuvaamaan tutkimukselliseen alkukartoitukseen ja
kehittämisprosessiin liittyvät vaiheet mahdollisimman tarkasti. Sisällönanalyysin avulla tehtyjä
luokitteluja on pyritty esittämään ja perustelemaan raportissa muun muassa kuvioin ja taulu-
koin sekä lisäämällä liitteisiin tarkentavia kuvauksia luokittelun tekemisestä. Luotettavuutta
on pyritty lisäämään laadullista aineistoa täydentävällä ja selkiyttävällä kvantifioimisella.
Kaikki tulokset ja kysymyslomakkeet on kirjoitettu auki ja pyritty esittämään tuloksia sekä nii-
hin päätyntä prosessia mahdollisimman tarkasti sanallisesti ja selventävin kuvioin. Käytetyt
kysymyslomakkeet ovat raportin liitteenä.

Luotettavuuden kannalta suurin ongelma muodostuu alkuperäisten kirjausten tutkijalähtöi-
sistä, tutkimusaineiston keruuseen liittyvästä eettisistä ja tietosuojan perustuvasta alkuperäis-
kirjausten esimuokkauksesta. Todellisten henkilöiden terveystiedoista poimitujen hoitotyön
alkuperäiskirjausten kopioimista sellaisenaan julkaistavaa raporttia varten on epäeettistä ja
tietosuojan vaarantavaa toimintaa. Terveystietojen salassapitovelvollisuuteen, arkaluonteisten
asiakirjojen säilyttämiseen ja henkilöiden suojaamiseen perustuen tutkimusaineisto pohjautuu
alkuperäiskirjauksista tehtyihin karkeisiin tietosisältöihin. Alkuperäiskirjauksista tehtyä muok-
kausta karkeiksi tietosisällöiksi pidetään ensimmäisenä sisällönanalyysikerroksena, jota ei ole
nähtävissä kirjallisena. Tällöin lukija ei voi seurata ensimmäisen sisällönanalyysikerroksen luo-
kittelun syntyä ja analyysin toistettavuus hankaloituu. Aineiston keruutapa on selvitetty rapo-
rtissa. Kysymyslomake sekä esimerkki esikäsitellyistä hoitotyön aidoista kirjauksista ovat nähtä-
vissä kehittämistyön raportin liitteissä.

4.3 Tiedonkeruuaineiston määrällinen tutkimus ja luotettavuus

Tässä juurruttamisen menetelmällä tehdyssä opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä aineiston keruussa erilaisten otsikoiden sekä komponenttien esiintyvyyden tarkastelussa. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän sisällön analyysin avulla käsitellyistä kirjausten tietosisällöistä on tehty kvantifioimalla määrällistä tietoa. Myös kirjausten aihealueiden esiintyvyyttä on esitetty numeerisessa muodossa. Hoitosuunnitelmien arvioinnissa on käytetty numeerisen lopputuloksen antavaa Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen arviointilomaketta (Liite 1).

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus on deduktiivista eli yleisestä yksityiseen tarkentuvaa tiedon luomista. Taustalla oleva tutkittavaa ilmiötä kuvaava teoria tunnetaan, jolloin kysymykset johdetaan ilmiötä selittävistä muuttujista. Määrällisen tutkimuksen avulla tuotetaan strukturoituihin kysymyksiin lukuja, kun taas laadullinen tutkimus tuottaa avoimiin kysymyksiin sanoja ja lauseita tutkittavasta ilmiöstä. Ehdotonta jakoa kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen välillä ei ole, sillä yksittäisessä tutkimuksessa saattaa olla sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen osia. (Kananen 2012, 31-33.)

Määrällisessä tutkimuksessa keskeistä ovat taustalla vaikuttavat aiemmat tutkimukset ja teorit, hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittely ja aineiston keruun suunnitelmat. Aineiston keruussa on tärkeää, että aineisto soveltuu numeeriseen mittaamiseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa valitaan myös määritelty perusjoukko, josta otetaan tutkittavaksi otos. Saatu aineisto ja sen muuttujat saatetaan taulukkomuotoon tilastollisesti käsiteltäväksi. Havaintoaineistosta tehdään päätelmiä tilastolliseen analysointiin perustuen esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 135-136.)

Määrällinen tutkimus on yhteydessä luonnontieteisiin sen taustalla vaikuttavan positivismin ja matemaattisen ihanteen vuoksi. Perusedellytyksiä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat systemaattinen mitattavuus ja mitattavien osien eristäminen ilmiöstä. Kvantitatiivinen tutkimus tuottaa numeerista tietoa paitsi ilmiöstä itsestään, niin myös sen eri muuttujien välisistä riippuvuuksista ja muutoksista. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää yleensä riittävän suurta ja edustavaa otosta. Esimerkiksi Tuomi (2007) esittää alle 30 henkilön otosta pieneksi otokseksi. Aineiston keruu on vapaa, mutta aineisto tulee olla muutettavissa numeeriseen muotoon. (Tuomi 2007, 95.)

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta kuvataan käsiteparilla validiteetti (validity) ja reliabiliteetti (reliability), joka puolestaan muodostaa mittauksen kokonaisluotettavuuden. Lisäksi mahdolliset käsittelyvirheet, peitto- ja katovirheet ja otantavirheet vaikuttavat kvantitatiivi-

sen tutkimuksen luotettavuuteen. Validiteetti liittyy tutkimuksen teoriaan ja käsitteisiin. Validiteetti kuvaa sitä, kuinka hyvin tutkimuksessa on onnistuttu kuvaamaan tarkoituksenmukaista asiaa ja kuinka hyvin tulokset ovat yleistettävissä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Tutkimusotoksen tulisi edustaa perusjoukkoa. Reliabiliteetti kuvaa mittauksen kykyä tuottaa pysyviä ja toistettavia tuloksia. Mittauksen toistettavuus muissa tutkimuksissa ja tilanteissa liittyy ulkoiseen reliabiliteettiin ja sisäinen reliabiliteetti puolestaan tulosten pysyvyyteen tehtaässä mittaus uudelleen. (Tuomi 2007, 149-150; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190.)

Tiedonkeruun ja tietojen analysoinnin mittarina hoitosuunnitelmien osalta on käytetty valmista mittaria. Kailan ja Kuivalaisen 2008 kehittämän sisällönanalyysiin perustuvan ”Kirjaamisen arviointimallin” avulla arvioidaan systemaattisen hoitotyön kirjaamista satunnaisesti valittujen potilaiden hoitokertomuksista. Kailan ja Kuivalaisen arviointimallissa kirjaamisen tason osoittavat kriteerit ovat valmiiksi muodostettu. Arviointikohteita on 15, joista arvioija tekee valmiiseen Excel-taulukkolaskentapohjaan arvioinnit arviointilomakkeen ohjeen mukaisin pisteytyksin. Valmis taulukkolaskentapohja laskee annettujen vastausten perusteella valmiin laskenta-kaavion mukaisen yhteistuloksen arvioiduista kohteista. Saatua tulosta verrataan numeerisessa viitearvo-muodossa oleviin kriteereihin hoitotyön kirjaamisen tasosta. (Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen arvioinnin malli, ohjeet 2009.)

Kirjaamisen arvioinnissa arviointikohde on potilaan hoitosuunnitelma tai päättyneeltä hoitojaksoilta yhteenveto tai poliklinikkakäynnin tiedot. Arviointi tehdään kirjauksista antamalla joko 1 tai 0 pistettä annetun ohjeen mukaisesti ja syöttämällä annettu pistemäärä valmiiseen taulukkolaskentapohjaan. Arviointia tehdään hoitotyön tarpeen, tavoitteen, toteutuksen, tuloksen tai arvioinnin sekä yhteenvetoon kirjaamisesta. Lisäksi arvioidaan suunniteltujen toimintojen sekä niiden vaikutuksen kirjaamisesta. Myös yhteisten tekijöiden kirjaamista arvioidaan tarpeen ja tavoitteen, tavoitteen ja toteutuksen sekä tavoitteen ja arvioinnin välillä. Potilaan yksilöllisyyteen liittyvää kirjaamista arvioidaan yksilöllisen tarpeen, tavoitteen, toteutuksen ja tuloksen kirjaamisen näkökulmasta. Tavoitteen tulisi olla kirjattuna suhteessa yksilölliseen tarpeeseen ja toteutuksen ja tuloksen suhteessa yksilölliseen tavoitteeseen. Lopuksi arvioidaan yksilöllisyyden ja loogisuuden esiintymistä kirjauksissa. (Kaila & Kuivalainen 2008.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta käytetyn mittarin sisältövaliditeetti (content validity) on tutkimuksen luotettavuuden perusta. Mittarin tulee mitata haluttua ilmiötä, jotta luotettavien tulosten saaminen on mahdollista. On suositeltavaa käyttää standardoituja, valmiita ja testattuja sekä ajanmukaiseksi arvioituja mittareita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Kailan ja Kuivalaisen mittarin kehittäminen on alkanut vuosina 2007-2009 kahdessa eri hankkeessa. Mittari on rakennettu Ydintieto-oppaan (2007) ja FinCC-luokituskoko-

naisuuteen (2007), 143 hoitosuunnitelman induktiiviseen sisällön analyysiin (2008) sekä sähköisen rakenteisen kirjaamisen tilastoihin (2008). Mittaria on käytetty ja edelleen kehitetty alkuperäisestä versioista vuoteen 2012. Mittaria on testattu ja sen luotettavuutta on arvioitu esimerkiksi rinnakkaismittauksin yksimielisyysprosentin ja Cohenin Kappa-kertoimen avulla. Mittarin luotettavuutta tulee edelleen kehittää, mutta mittaria voidaan käyttää apuvälineenä kirjaamista kehitettäessä. Mittari antaa kuvan kirjaamisen yleistasosta. (Kaila & Kuivalainen 2014, 115-122.)

Määrällisen tutkimuksen tulosten luotettavuutta tarkastellaan mittaamisen sekä sisäisen ja ulkoisen validiteetin kautta. Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tulokset johtuvat tutkimusasetelmasta. Sisäisen validiteetin uhkatekijöitä ovat esimerkiksi kontaminaatio, historia ja poistumat. Kontaminaatiolla tarkoitetaan tutkimukseen osallistujien joutumista tekemisiin tutkimusilmion kanssa ennen osallistumistaan. Historialla puolestaan tarkoitetaan esimerkiksi vastaamista kyselyyn juuri luetun tiedon perusteella ja poistumalla tarkoitetaan tutkittavien poistumista kesken tutkimusta. Tulosten ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan yleistettävyyttä. Yleistettävyyden arviointi esimerkiksi koko terveydenhuoltoa koskeväksi jää usein tutkijan itsensä arvioitavaksi. Ulkoisen validiteetin uhkatekijöihin kuuluu esimerkiksi tutkittavan käyttäytymisen muuttuminen kun tutkittava tietää olevansa tutkimuskohteena eli niin sanottu Hawthornen efekti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195-196.)

Deskriptiivisyyteen eli kuvailtavuuteen pyrkivässä alkukartoituksessa tutkimuskohteena on valmis sekundääriaineisto eli valmiit potilaskirjaukset, jolloin tutkimusasetelmaan liittyvät inhimilliset tunteet ja toiminnot eivät vaikuta tuloksiin. Toisaalta, koska juurruttamisen menetelmässä uutta tietoa jaetaan ja tuotetaan yhdessä sekä uutta toimintatapaa otetaan käyttöön kehittämisprosessin aikana, on hyvin todennäköistä ja kehittämisprojektin tarkoituksen kannalta jopa toivottavaa, että kirjaamisen uusi ja työyhteisöissä käsitelty malli vaikutti ainakin jonkin verran tutkimusaineistona käsiteltyihin kirjauksiin. Yleistettävyyden kannalta perusterveydenhuollon vuodeosaston kirjaamistarpeet voivat olla hyvin yleistettävissä toisiaan vastavissa yksiköissä, mutta esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhuollon kirjaamistarpeet voivat olla painotukseltaan hyvinkin erityyppisiä.

4.4 Tiedonkeruun eettisyys

Tutkijan tehtävänä on luotettavan informaation tuottaminen todellisuudesta. Ammattietiikka asettaa tutkijalle tämän perustehtävän suorittamisessa asetettavat eettiset periaatteet, säännöt, arvot, normit ja hyveet. Eettisiä vaatimuksia ovat älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden ja rehellisyyden vaatimus, vaaran ja vahingon eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksien edistäminen

ja kollegiaalinen arvostus. Vaatimukset kohdistuvat ammattitaidon hankkimiseen, informaation tuottamiseen, välittämiseen ja käyttämiseen sekä kollegiaaliseen toimintaan. (Pietarinen 1999.)

Tiedonkeruumenetelmien ja analysoitujen tulosten tulee olla luotettavia ja eettisesti muodostettuja. Eettiset kysymykset muodostavat lähtökohdan koko tutkimustoiminnalle. Luotettavuus, uskottavuus ja eettiset ratkaisut kulkevat tutkimuksessa yhdessä ja ovat hyvän, tieteellisen käytännön perusta. Luotettavuutta arvioidaan tutkimustoiminnassa ilmenevien virheiden välttämiseksi. Koska tieteellisessä toiminnassa on olemassa useita erilaisia lähestymistapoja, myös luotettavuuden arvioinnista on olemassa erilaisia käsityksiä painotuksen ja keinojen suhteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa painotetaan raportin kokonaisluotettavuutta. Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa painopisteenä on mittauksen luotettavuus. (Tuomi 2007, 143-150.)

Terveystieteiden kehittämistoiminnan toimintatapojen valinnassa ja aineistonkeruun toteutuksessa on huomioitava, että säädösperustainen salassapitovelvollisuus koskee myös kehittämistoiminnassa koottuja tutkimus- ja seuranta-aineistoja. Missään tutkimus- ja kehittämistoiminnan vaiheessa siihen osallistuvien henkilöiden henkilötietoja ei saa paljastaa. Terveystieteiden tutkimuksessa henkilötietojen käsittelyn turvaaminen on erityisen tärkeää. (Heikkilä 2008, 43-48.)

Koska tarkoituksena on kuvata hoitotyön kirjaamisen nykytilaa, on tietolähteeksi valittu hoitotyön aidot kirjaukset potilastietojärjestelmästä. Aitoja kirjauksia käytettäessä on erityisen tärkeää säilyttää anonymiteetti niin kirjaajien kuin kirjausten kohteena olleiden potilaiden osalta. Alkuperäisiä tarkkoja hoitotyön kirjauksia ei ole jäljennetty tutkimusaineistoon missään vaiheessa eikä siten sanatarkkoja lainauksia esitetä raporttiin lainkaan tutkimuseettisiin syihin perustuen. Salassapitoon, anonymiteettiin ja dokumenttien muodostamiseen, hyödyntämiseen ja huolelliseen säilyttämiseen liittyvät lainsäädännölliset ja eettiset tekijät ovat erityisen tärkeitä ja ovat siksi pyritty kuvaamaan raporttiin tarkasti useassa eri vaiheessa. Aineistonhankinta on ollut organisaatiosta projektia varten anottuun ja saatuun tutkimuslupaun perustuvaa toimintaa, jossa on noudatettu hyvää eettistä ja tietojenkäsittelyllistä tieteellistä toimintakäytäntöä.

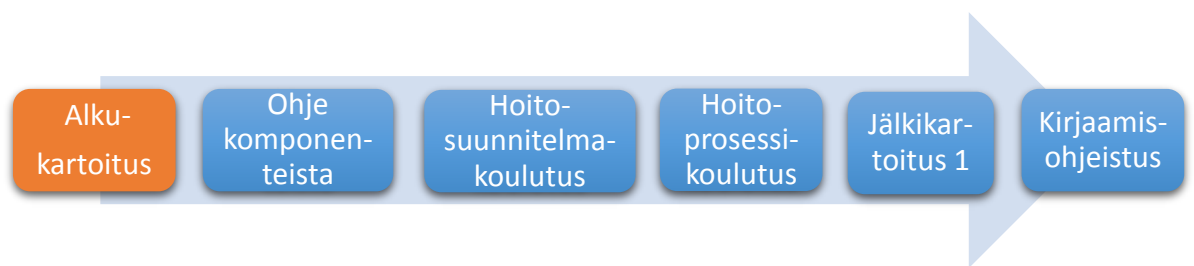
5 Kehittämistoiminnan toteutus

Peruspalvelukeskus Oivan neljän vuodeosaston hoitotyön kirjaamisen kehittämistyön tavoitteena on yhtenäistää kirjaamiskäytännöt paremmin kohti kansallista kirjaamismallia vastavaksi kirjaamistavaksi. Kehittämistoiminta on tapahtunut monimuotoisesti juurruttamisen menetelmällä. Kehittämistoiminnassa on hyödynnetty hoitotyön kirjaamisen kehittämistyöryhmän

työskentelyä ja työyhteisössä ja -yksiköissä tapahtunutta kollegiaalista vertaistukea ja oppimista.

Tässä opinnäytetyön raportissa on kehittämistoiminnan toteutuksen seurattavuuden helpottamiseksi kuvattu kehittämisprosessin eri vaiheita nuolikuvion avulla. Kuvio toistuu jokaista vaihetta kuvaavan kappaleen alussa. Eri vaiheita kuvaavien kappaleiden alussa olevasta nuolikuvioista on korostettu käsiteltävänä oleva kehittämistoiminnan prosessin vaihe.

5.1 Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta



Kuvio 9: Kehittämisprosessin alkukartoitusvaihe

Peruspalvelukeskus Oivan käytössä olevassa Effic-versiossa hoitosuunnitelma ei ole päivittäisen kirjaamisen alustana, vaan hoitotyön päivittäismerkinnät ja hoitosuunnitelma-lomake ovat erilliset, itsenäiset lomakkeensa. Hoitoprosessin vaihe valitaan alusvetovalikosta. Oletusvaiheena on toteutus, mikäli muuta vaihetta ei ole valittu.

Hoitotyön päivittäiskirjaukset vuodeosastoilla tehdään HOI-lehdelle. Kirjaamisen rakenteisuuden aste on minimissään, jolloin kirjattaessa käytetään otsikkoja ja tarvittaessa komponenttitasoinen kirjaamista. Käytössä olevassa Effic-potilastietojärjestelmän versiossa valitun otsikon jälkeen voi kirjata vapaata tekstiä tai voi halutessaan valita tarkentimen eli komponenttitasoinen otsikon joko itse kirjaamalla oman, vapaavalintaisen tarkentimen/komponentin tai valita valmiista komponenteista käytettäessä hoitotyön toiminnot-otsikkoa. Hoitotyön toiminnot otsikon yhteydessä voi myös jättää komponentin kokonaan pois tai kirjata oman komponentin. FinCC-luokituksen mukaisia ylä- ja alaluokkia ei ole käytössä lainkaan. Otsikoinnin tai tarkentimien ja komponenttien käytöstä vuodeosastoilla ei ole aiemmin tehty tarkempaa yhteistä sopimusta.

HOI-lehden lisäksi on käytössä erilaisia seuranta-lehtiä, kuten esimerkiksi verenpaineen, verensokerin, nestetasapainon ja lämmön ja erittämistoiminnan seuranta varten olevat lehdet. Tiivistelmä-lehti on hoitokertomuksen apulehti, jonne on kerätty erilaisia tietoja. Näitä tietoja ovat esimerkiksi tulevien jatkotutkimusten ajat ja mahdolliset valmisteluohjeet, kotiuttami-

seen ja asumiseen liittyvät tiedot, erilaisten seurantojen ottovälit, olemassa olevat hoitolinjaukset ja lääkitykseen liittyvät tiedot. Tiivistelmä-lehti on aktiivisessa käytössä kaikilla vuodeosastoilla.

Kirjaamisen kehittämisprojekti tähtää kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämiseen vuodeosastoilla. Kirjaamisen tutkimuksellinen alkukartoitus tehtiin hoitotyön kirjaamisen nykytilan selvittämiseksi ja kehittämiskohteiden todentamiseksi. Koska alkukartoitusta varten oli tarkoitus tutkia hoitotyön kirjauksia ja hoitosuunnitelmia potilaskertomuksista, haettiin ja saatiin Peruspalvelukeskus Oivasta tutkimuslupa toukokuussa 2014.

Tutkimus oli tarkoitus toteuttaa käyttämällä hoitosuunnitelmien arviointiin perustuvaa Arja Kailan ja Leena Kuivalaisen (2008) auditointilomaketta (Liite 1). Lupa lomakkeen käyttöön anottiin ja saatiin lomakkeen tekijältä sähköpostitse. Koska auditointilomake perustui hoitosuunnitelman arviointiin, havaittiin, että lomakkeen sisältämät kysymykset eivät antaisi riittävän kattavaa kuvaa osastojemme kirjaamisen tilasta, koska hoitosuunnitelmat eivät ole olleet järjestelmällisessä käytössä kaikilla potilailla. Luotettavuuden ja eettisyyden kannalta on tärkeää noudattaa tekijänoikeuksia ja ymmärtää, että alkuperäinen auditointilomake on tarkoitettu käytettäväksi sellaisenaan, jotta se säilyttää vertailukelpoisen ja vakioidun tiedon tuottamiskykynsä ja luotettavuutensa.

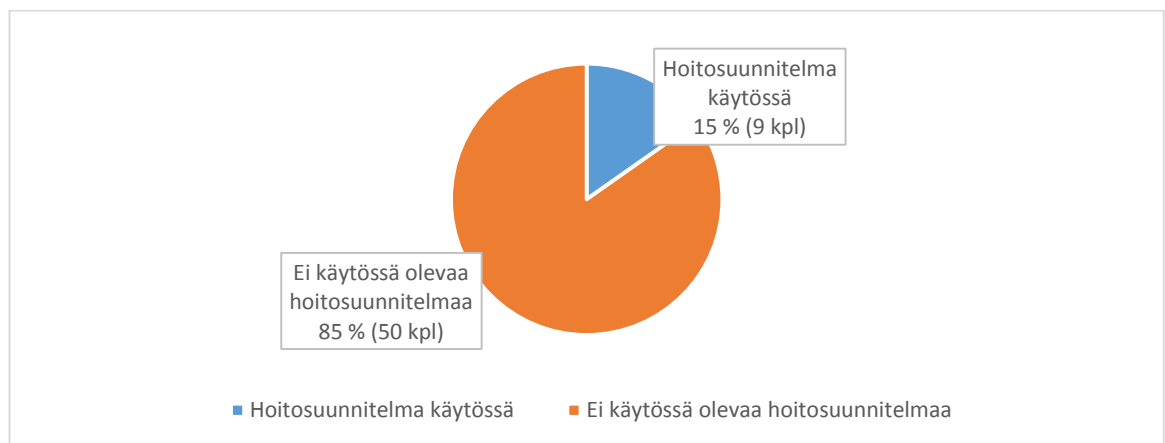
Kirjaamisen nykytilakartoitusta varten muodostettiin oma kysymyslomake (Liite 3), johon sisällytettiin auditointilomakkeen käyttö siinä tapauksessa, jos potilaalla on käytössä oleva hoitosuunnitelma. Kysymyslomakkeen avulla pyrittiin tuottamaan todenmukaista ja kuvailevaa tietoa otsikoiden ja komponenttien käytöstä sekä hoitotyön prosessin vaiheiden ilmenemisestä hoitotyön kirjaamisessa. Otsikoiden ja komponenttien käyttöä tutkittiin määrällisesti käyttämällä Excel taulukko-ohjelmaa ja ilmaisemalla tulokset taulukoissa ilmenemislukumäärinä ja prosenttilukuina. Hoitoprosessin vaiheet ja otsikointi muodostavat kansallisen kirjaamismallin ytimen. Lisäksi kartoitettiin kirjaamisen sisältöjä yleistasolla. Kirjausten sisältöjä analysoitiin sisällönanalyysillä. Koska tutkittavien kirjausten lukumäärä osoittautui suureksi, hyödynnettiin myös sisällönanalyysin teossa Excel taulukko-ohjelmaa.

Tutkimuseettisesti oli tärkeää, ettei tarkasteltavasta potilaskertomuksesta muodostettava tieto paljasta potilaan henkilöllisyyttä tai tunnistettavia terveydentilaan liittyviä asioita, mutta yhtä tärkeää oli myös se, ettei kirjauksen tehnyttä henkilöä voitu tunnistaa. Tunnistettavuuden ehkäisemiseksi, tutkimusaineiston säilyttämiseen liittyvien seikkojen sekä tutkittavien suojaamisen vuoksi ei kerätty suoria lainauksia tai otettu tulosteita hoitotyön kirjauksista.

Alkukartoitustutkimus suoritettiin kaikilta neljältä vuodeosastolta kesä- ja heinäkuun aikana 2014. Tutkimuksen otannaksi valittiin 50 % osastojen potilaiden terveystietokortista. Tarkoituksena oli, että tarkasteltavien potilaiden kertomukset ja hoitotyön kirjaukset ovat mahdollisimman laaja-alaisesti osastojen potilaita kuvaavia. Tällöin joukossa olisi sekä pitkä- että lyhytaikaisessa hoidossa olevia ja erilaisista hoidon tarpeista ja siten mahdollisimman monialaisen hoitotyön kirjaamisen tarpeita edustava joukko. Terveystietokortista tarkasteltiin hoitotyön kirjaamiskohteita eli tiivistelmä-, hoitotyö- ja hoitosuunnitelmalehti. Hoitokertomukset valittiin aukaisemalla potilaspaikkakartasta joka toisen potilaan terveystietokortti. Alkukartoitustutkimuksen tutkimusaineisto neljältä osastolta koostui yhteensä 59 potilaskertomuksesta.

5.1.1 Hoitosuunnitelmat alkukartoituksessa

Kysymyslomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä selvitetään, onko potilaalla kuluvan hoitajakson aikana käytössä oleva hoitosuunnitelma. Kuviossa 10 on esitetty käytössä olleiden hoitosuunnitelmien määrä alkukartoitusvaiheessa. Hoitosuunnitelma oli alkukartoitusvaiheessa käytössä yhdeksällä potilaalla 59:stä eli noin 15 %:lla. Lisäksi muutamalla potilaalla oli terveystietokortissa olemassa oleva hoitosuunnitelma, joka ei ollut kyseistä hoitajaksoa koskeva tai hoitosuunnitelman viimeisimmistä merkinnöistä oli kulunut yli vuosi. Näitä edellä mainittuja hoitosuunnitelmia ei laskettu mukaan käytössä oleviin hoitosuunnitelmiin.



Kuvio 10: Käytössä olevat hoitosuunnitelmat alkukartoituksessa

Käytössä olleet hoitosuunnitelmat arvioitiin Kailan ja Kuivalaisen (2008) auditointilomakkeen laskennallisen arviointianalyysitaulukon avulla (Liite 2). Tulokseksi saatiin yhdeksän hoitosuunnitelman arvioanalyysin perusteella 3,90, joka on luokiteltu ei-hyväksyttäväksi tasoksi ja saadun tuloksen perusteella tarvitaan kirjaamisen perusasioiden kehittämistä. Tulos on esitetty kuviossa 11. Kuvion yläreunassa on nähtävissä yksittäisten hoitosuunnitelmien arvioinnissa annetut pisteytykset ja yhteistulos (78) sekä ohjelman laskema yhteistuloksen arvo (3,90) tulosarviointineen.

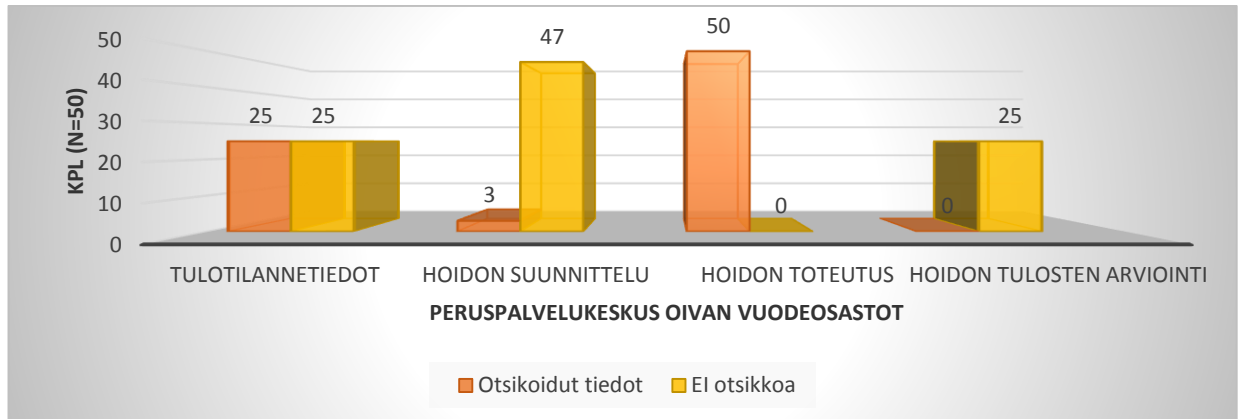
Σ	7	13	7	6	5	7	9	12	12	78	3,90	
tuloksen arviointi	tarvitaan kirjaamisen perusasioiden kehittämistä											
ei hyväksyttävä taso	0,00-4,99			♥	myös tarpeiden kirjaamisessa on kehitettävää							
heikko taso	5,00-8,30			♥	myös tavoitteiden kirjaamisessa on kehitettävää							
hyvä taso	8,31-11,60			♥	myös toteutuksen kirjaamisessa on kehitettävää							
kiitettävä taso	11,61-15,00			♥	myös arvioinnin kirjaamisessa on kehitettävää							
				♥	myös yhteenvetojen kirjaamisessa on kehitettävää							
					1)	jos osio 1 = 0, myös osiot 8, 11-15 = 0						
					2)	jos osio 2 = 0, myös osiot 8-10, 12-15 = 0						
					3)	jos osio 3 = 0, myös osiot 9, 13, 15 = 0						
					4)	jos osio 4 = 0, myös osiot 7, 10, 14, 15 = 0						
					5)	jos osiot 5, 7-10 = 0 myös osio 15 = 0						
<i>Arja Kaila, Leena Kuivalainen 2008\versio 31.03.2012@</i>					6)	ei koske yksittäistä pkl-käyntiä, jossa yhteenveto = 1						

Kuvio 11: Hoitosuunnitelmien arviointitulokset

5.1.2 Hoitoprosessin vaiheet alkukartoituksessa

Mikäli potilaalla ei ollut käytössä olevaa hoitosuunnitelmaa, tarkasteltiin hoitotyö-lehdeltä, onko kuluvan hoitajakson hoitotyön kirjaamisessa tunnistettavissa hoitotyön prosessin mukaiset vaiheet, eli tulotilannetiedot, hoidon suunnittelu, toteutus ja hoidon tulosten arviointi joko otsikoidusti tai tutkijalähtöisesti tulkiten. Tarkastelu ja prosessin vaiheiden tunnistaminen tehtiin lukemalla ja tarvittaessa tulkitsemalla potilaskertomuksen tiivistelmä- ja HOI-lehdelle tehtyjä hoitotyön merkintöjä. Tutkijalähtöistä tulkintaa vaiheen ilmenemisestä käytettiin silloin, kun hoitoprosessin mukaista vaihetta ei ollut selkeästi otsikoitu hoitoprosessin vaihetta kuvaavalla otsikolla. Vaihetta kuvaavia otsikoita ovat muun muassa hoitosuunnitelma, hoidon suunnittelu, hoidon tulokset ja hoitotyön toiminnot (vrt. Lehtovirta & Vuokko 2014, 32). Koska hoitoprosessin vaiheiden ilmentymistä kirjaamisessa tarkasteltiin niistä potilaskertomuksista, joissa hoitosuunnitelma ei ollut käytössä, tarkasteltu potilaskertomusmäärä on 50 (n=50).

Kuviossa 12 on esitetty hoitoprosessin vaiheiden ilmeneminen kirjauksista silloin, kun hoitosuunnitelma ei ole käytössä (n=50). Tulotilannevaiheen kirjaukset olivat löydettävissä kaikista tarkastelluista potilaskertomuksista, puolet niistä oli otsikoimattomia. Hoidon suunnitteluvaiheesta kertovia kirjauksia oli 94 %:ssa potilaskertomuksista, näistä 6 % oli otsikoitu ja loput esimerkiksi hoitotyön toimintojen otsikon sisällä. Toteutusvaiheen kirjaukset oli otsikoitu kaikissa tarkastelluissa kirjauksissa hoitotyön toiminnot-otsikkoa käyttämällä. Otsikoituja arviointivaiheen kirjauksia ei ollut yhtään. Arviointivaiheen kirjauksia oli tunnistettavissa kuitenkin 50 %:ssa tarkastelluista potilaskertomuksista.



Kuvio 12: Hoitoprosessin vaiheet hoitotyön kirjaamisessa alkukartoitusvaiheessa (ei hoitosuunnitelmaa)

Hoitoprosessin vaiheiden tunnistettavuuden tarkastelusta ilmeni, että hoitoprosessin vaiheiden mukaista hoitotyön kirjaamista tehdään, mutta eri hoitoprosessin vaiheiden otsikointiin tulisi kiinnittää huomiota hoitotyön kirjaamista kehitettäessä. Otsikoidusti parhaiten oli kirjattu hoitotyön toteutusvaihetta. Vastaavasti eniten jatkossa tulisi painottaa hoidon suunnittelu- ja arviointivaiheiden otsikoitua kirjaamista.

Kysymyslomakkeen kohdassa kaksi selvitetään, minne hoitotyön prosessin mukaisia tietoja kirjataan potilastietojärjestelmässä. Eri hoitoprosessin vaiheita saatetaan kirjata useampaan kohtaan potilaskertomuksessa (hoitosuunnitelma-, hoitotyö- ja tiivistelmälehti). Taulukossa 2 on tarkasteltu hoitoprosessin vaiheiden esiintyvyyttä HOI-, tiivistelmä- ja hoitosuunnitelmalehdillä. Hoitosuunnitelman kohdalla on esitetty hoitoprosessin vaiheiden esiintyvyys suhteessa sekä kaikkiin tarkasteltuihin potilaskertomuksiin että suhteessa käytössä olleisiin hoitosuunnitelmiin. Hoitosuunnitelmiin kirjattujen hoitoprosessin vaiheiden esiintyvyys suhteessa käytössä olleisiin hoitosuunnitelmiin on ilmaistu taulukossa sulkeissa olevin tunnusluvuin.

	Tulotilannetiedot	Hoidon suunnittelu	Hoidon toteutus	Hoidon tulosten arviointi
Hoitosuunnitelma (9 kpl)	7/59 → 12 % (7/9 → 78 %)	7/59 → 12 % (7/9 → 78 %)	7/59 → 12 % (7/9 → 78 %)	9/59 → 15 % (9/9 → 100 %)
HOI-lehti	50/59 → 85 %	54/59 → 92 %	59/59 → 100 %	34/59 → 58 %
Tiivistelmä	14/59 → 24 %	59/59 → 100 %	47/59 → 80 %	3/59 → 5 %

Taulukko 2: Hoitoprosessin vaiheiden kirjaamisen esiintyvyys potilaskertomuksen HOI-, tiivistelmä- ja hoitosuunnitelmalehdillä

Tulotilanne-vaiheen kirjauksia oli kirjattu HOI-lehdelle 78 %:ssa, tiivistelmä-lehdelle 24 %:ssa ja hoitosuunnitelma-lehdelle 12 %:ssa tutkituista potilaskertomuksista. Hoitosuunnitelman

osalta tulovaiheen tietoja oli kirjattu 78 %:ssa tutkituista hoitosuunnitelmista. Tiivistelmälehdelle oli kirjattu hoidon suunnittelu-vaiheen kirjauksia kaikkiin tutkittuihin potilaskertomuksiin. HOI-lehdelle hoidon suunnittelu-vaiheen merkintöjä oli tehty 92 %:iin tutkituista potilaskertomuksista. Hoitosuunnitelman kohdalla vastaava luku on 12 % suhteutettuna kaikkiin potilaskertomuksiin ja 78 % suhteutettuna käytössä olleisiin hoitosuunnitelma-lehtiin. Hoidon toteutusvaiheen kirjauksia löytyi HOI-lehdeltä jokaisesta tutkitusta potilaskertomuksesta, mutta myös tiivistelmä-lehdeltä oli löydettävissä toteutusvaiheen kirjauksia 80 %:ssa tutkituista potilaskertomuksista. Vastaava luku hoitosuunnitelma-lehden osalta oli 12 % suhteessa koko otantaan ja 78 % suhteessa käytössä oleviin hoitosuunnitelma-lehtiin. Hoidon arviointivaiheen kirjauksia oli HOI-lehdellä 58 %:lla tarkasteltavana olleista potilaskertomuksista vastaavan luvun ollessa 5 % tiivistelmälehden osalta. Hoitosuunnitelmalehdellä arviointivaiheen kirjauksia oli 15 %:ssa kaikista tutkituista potilaskertomuksista. Suhteutettuna käytössä oleviin hoitosuunnitelmiin löytyi hoidon arviointivaiheen kirjauksia kaikista tarkasteltavana olleista hoitosuunnitelmalehden omaavista potilaskertomuksista.

5.1.3 Otsikointi ja tietosisällöt alkukartoituksessa

Kolmanneksi kartoitettiin hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kannalta oleellista otsikointia sekä kirjattujen tietojen yleisisältöjä. Kirjaamisessa käytettävien otsikoiden ja tarkentimien tai komponenttien käyttöä tarkasteltiin lähinnä käyttömäärinä. Kirjaamisen sisältöjä tutkittiin potilaskertomuksista kerätyistä lomakkeelle karkeiksi tietosisällöiksi muutetuista aidoista hoitotyön kirjauksista sisällönanalyysillä. Otsikot, komponentit tai tarkentimet ja karkea tietosisältö kirjoitettiin omiin sarakkeisiin Excel-taulukkoon ja laskennalliset käyttömäärät saatiin taulukko-ohjelman avulla.

Tutkimusaineistoon otettiin 25 viimeisintä kirjausta kustakin tarkasteltavana olleesta potilaskertomuksesta. Lukumäärä valikoitui 25:ksi siksi, että esimerkiksi kivuliaalla potilaalla saattaisi olla viimeisimpien kirjausten joukossa runsaasti lisälääkkeen antoon liittyviä kirjauksia. Suuremmalla kirjausmäärällä haluttiin varmistua siitä, että kirjauksia on tehty useamman hoitajan toimesta useamman päivän ja eri vuorojen ajalta. Kirjauksia tarkasteltiin kuluvan hoitajakson aikana kertyneistä kirjauksista.

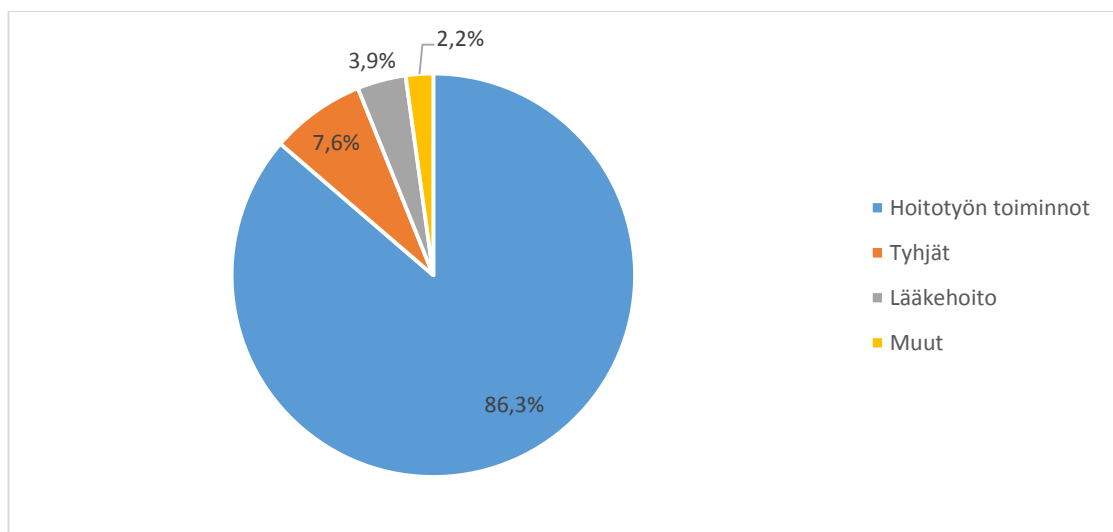
Kirjauksia tuli tarkasteltavaksi käyntiriveissä eli yksittäisten hoitajien yhdellä kerralla tekemien kirjausten mukaan laskettuna 1297 kappaletta. Yksittäisissä kirjauksissa on saatettu käyttää useampaa otsikkoa samalla kirjauskerralla. Otsikkotason kirjauksia tuli tarkasteltavaksi yhteensä 1348 kappaletta. Kun otsikkoja voidaan tarkentaa yhden tai useamman tarkentimen tai komponentin avulla, saadaan tarkasteltavana olleiden kirjausten määräksi yhteensä 1468

kappaletta. Taulukossa 3 on eritelty kirjausten määrät eri tasoilla osastoittain ja yhteensä. Osastot on merkitty tunnistettavuuden vähentämiseksi kirjaintunnuksin A, B, C ja D.

	KÄYNTIRIVIEN MÄÄRÄ:	OTSIKKOTASON KIRJAUSTEN LUKUMÄÄRÄ:	KOMPONENTTITASON KIRJAUSTEN LUKUMÄÄRÄ:
Vuodeosasto A	365	369	370
Vuodeosasto B	323	344	389
Vuodeosasto C	302	303	367
Vuodeosasto D	307	332	332
Kaikki vuodeosastot	1297	1348	1468

Taulukko 3: Alkukartoituksessa tutkitut kirjausten lukumäärät

Kuviossa 13 on esitetty käytettyjen otsikoiden esiintymismääriä alkukartoitusvaiheessa kaikkien vuodeosastojen yhteismääränä. Otsikkoa hoitotyön toiminnot käytettiin 1260 kertaa (86,3 %), toiseksi eniten, 111 kertaa (7,6 %) otsikkotasolla ilmeni tyhjä otsikkomerkinä. Tyhjä otsikkomerkinä tarkoittaa sitä, että tyhjän otsikkomerkinän kirjaus on kirjattu saman otsikon, mutta eri tarkentimen/komponentin alle. Kolmanneksi eniten käytettiin lääkehoito-otsikkoa, jota käytettiin 57 kertaa (3,9 %). Muita käytettyjä otsikoita ja käyttömääriä olivat lääkitys 10 (0,7 %), tulotilanne 7 (0,47 %), muu merkinä 6 (0,4 %), hoitosuunnitelma 3 (0,2 %), jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot 3 (0,2 %), puhelu 2 (0,14 %) ja hoidon syy 1 (0,07 %).



Kuvio 13: Otsikoiden käyttö alkukartoitusvaiheessa

Komponenttitason kirjauksia tarkasteltiin yhteensä 1468. Tyhjä komponentti-kohta oli jätetty 295 (20,2 %) kirjaukseen, jolloin kirjaaja on kirjannut vapaan tekstin suoraan otsikon alle ilman komponenttia tai tarkenninta. Eniten käytetyt komponentit olivat aamu (281 kertaa eli 19,2 % kaikista komponenteista), päivittäiset toiminnot (203 eli 13,9 %), ilta (184 eli 12,5 %) ja yö (153 eli 10,4 %). Esimerkiksi komponentteja psyykinen tasapaino, kanssakäyminen, aistitoiminta ja nestetasapaino käytettiin kutakin alle 10 kertaa. Näiden alle kymmenen kertaa käytettyjen komponenttien osuus oli yhteensä 3,1 % kaikista komponenteista. Prosenttiosuudet on esitetty pyöristettynä. Taulukossa 4 on esitetty komponenttien/tarkentimien esiintyvyys.

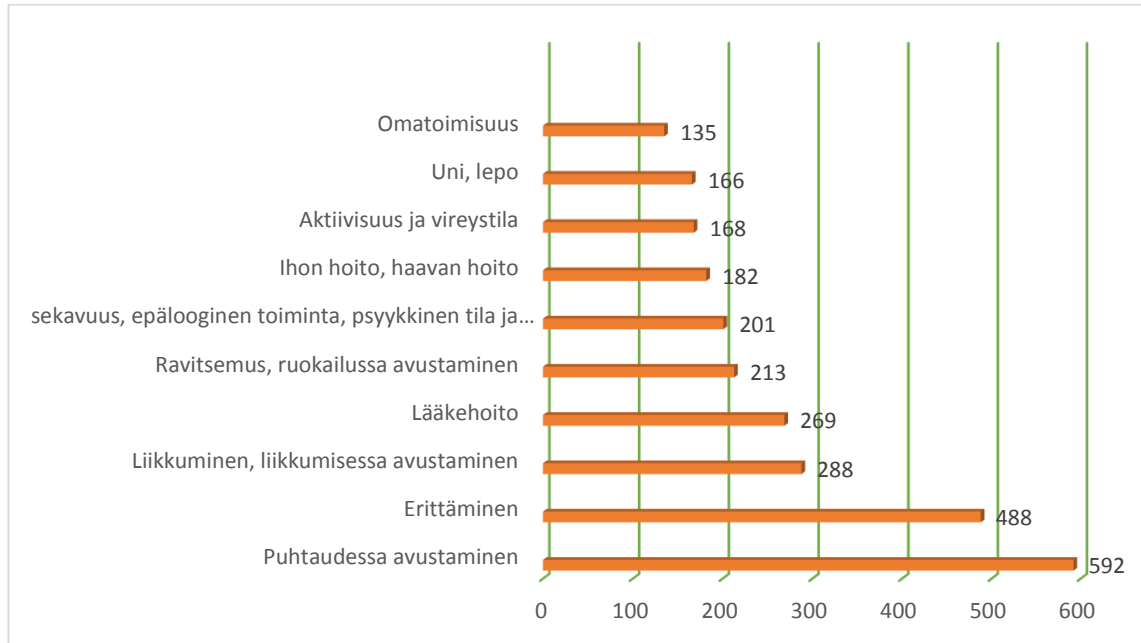
KOMPONENTTI/TARKENNIN	LUKUMÄÄRÄ	%-OSUUS
TYHJÄ	295	20,1 %
AAMU	281	19,1 %
PÄIVITTÄISET TOIMINNOT	203	13,8 %
ILTA	184	12,5 %
YÖ	153	10,4 %
LÄÄKEHOITO	91	6,2 %
ERITTÄMINEN	85	5,8 %
LÄÄKITYS	31	2,1 %
KUDOSEHEYS	30	2,0 %
RAVITSEMUS	27	1,8 %
AKTIVITEETTI	25	1,7 %
KIERTO	17	1,2 %
MUUT (YKSITTÄISET KOMPONENTIT/TARKENTIMET <10 KÄYTTÖKERTAA)	46	3,1 %
YHTEENSÄ	1468	99,8%

Taulukko 4: Komponenttien/tarkentimien esiintyvyys alkukartoituksessa

Tutkimusaineiston kirjausten aihealueita tarkasteltiin etsimällä Excel-taulukkoon kirjoitettujen kirjausten tietosisältö -sarakeesta suodatin -toiminnon tuottaman aakkostetun listauksen avulla avainsanoja ja ilmoittamalla, kuinka monessa kirjauksessa kyseinen avainsana esiintyy. Näin saatiin tietoa siitä, mitä asioita tutkituissa potilaskertomuksissa eniten kirjattiin.

Kymmenen keskeisintä kirjausten aihealuetta esiintymismäärien mukaan olivat puhtaudessa avustaminen (592 kirjausta), erittäminen (488), liikkuminen, liikkumisessa avustaminen (288), lääkehoito (269), ravitsemus ja ruokailussa avustaminen (213), sekavuus, epälooginen toiminta,

psykkinen tila ja muisti (201), ihon hoito ja haavan hoito (182), aktiivisuus ja vireystila (168), uni ja lepo (166) sekä omatoimisuus (135). Kuviossa 14 on havainnollistettu yleisimmät kirjausten asiasisällöt.



Kuvio 14: Keskeisimmät kirjausten asiasisällöt

Aitojen kirjausten muuttamista karkeiksi tietosisällöiksi voidaan pitää ensimmäisenä sisällönanalysiskierroksena. Tutkimuseettisistä syistä ja tietosuojan varmistamiseksi ensimmäisen sisällönanalysiskierroksen tietoja ei ole kirjallisessa muodossa eikä siten myöskään opinnäytetyön raportissa. Kirjausten ensimmäisen kierroksen sisällönanalysia aidoista kirjauksista karkeiksi tietosisällöiksi ohjasi FinCC-luokitusjärjestelmän mukainen hoitotyön tarve- ja toimintoluokitus (vrt. Liljamo ym. 2012).

Tietosisältöjä analysoitiin edelleen sisällön analyysi -menetelmällä hoitoprosessin vaiheiden mukaisiin kategorioihin hyödyntämällä Excel-tilukkolaskentaohjelman suodatin -toimintoa, koska kirjauksia analysoitiin suuri määrä. Kategoriat olivat tarve, tavoite, suunnitellut toiminnot, toteutus ja arviointi. Muodostuneet kategoriat muutamien kirjausesimerkein on liitetty opinnäytetyön raporttiin kuviona (Liite 4). Kategoriat perustuvat yleiseen hoitotyön kirjaamisen taustalla vaikuttavaan viisivaiheiseen prosessimalliin (Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012, 21).

Sisällönanalysia jatkettiin kvantifioimalla. Taulukossa 5 on esitetty sisällönanalyysin kvantifiointi. Kvantifiointi tapahtui laskemalla Excel-tilukko-ohjelman avulla, kuinka monta kirjausta kuhunkin kategoriaan oli laskettavissa (Liite 5). Useimmat kirjaukset sisälsivät useampaan kategoriaan sopivia asioita ja siksi kvantifiointi on esitetty kategorioittain kaksiosaisena ja lopuksi

yhteismääränä. Eniten kirjauksia oli kategoriassa toteutus (1383). Määrä on yli kymmenkertainen verrattuna toiseksi suurimpaan kategoriaan. Toiseksi suurin kategoria oli tarve (121). Suunniteltujen toimintojen (86) ja arvioinnin (82) kategorioihin oli laskettavissa miltei yhtäläinen määrä kirjauksia. Selkeästi vähiten kirjauksia oli laskettavissa kategoriaan tavoite (6).

YHTEENSÄ:	POTILASKERTOMUSTEN LKM 59	KÄYNTIRIVIEN LKM 1297	OTSIKKOTASON LKM 1348	KOMPONENTTITASON LKM 1468	? =3
KATEGORIAT:	TARVE	TAVOITE	SUUNNITELLUT TOIMINNOT	TOTEUTUS	ARVIOINTI
LKM (yksi kategoria)	10	0	19	1170	4
LKM (usea kategoria)	111	6	67	213	78
LKM (yhteensä)	121	6	86	1383	82

Taulukko 5: Sisällönanalyysin kvantifiointi

Ylimmällä rivillä taulukossa 5 on esitettyä koko tutkimusaineiston koko potilaskertomusten, käyntirivien, otsikkotason ja komponenttitason kirjausten lukumäärinä. Kysymysmerkki ilmaisee kirjausta, jonka kategoriaa ei kirjoitetun ulkoasun perusteella pystynyt asettamaan. Tunnistamattomaan kategoriaan jäi kolme kirjausta. Tunnistamattomuus johtuu siitä, että käsiteltävä tutkimusaineisto ei ollut alkuperäisessä muodossaan kirjausten osalta, vaan tutkimusasetteisistä ja potilastietoturvaan liittyvistä syistä tutkimusaineisto oli käsiteltyä. Käsitelty muoto ei antanut varmaa käsitystä siitä, mihin kategoriaan kyseinen kirjaus tai sen osa kuuluu.

5.2 Yhteenvedo kehittämiskohteen tietoperustasta

Kansallisen kirjaamismallin mukaisessa kirjaamisessa tähdätään valtakunnallisesti yhtenäiseen kirjaamistapaan käyttämällä hoitoprosessin vaiheita ja määriteltyjä otsikoita. Hoitotyön kirjaamisessa käytetään erilaisia toimintoja kuvaavia otsikoita ja niiden alaotsikoita eli tarkentimia kansallisesti sovitun FinCC-luokituksen mukaisesti (Liljamo ym. 2012). Otsikoita ja alaotsikoita voidaan täydentää tarvittaessa vapaalla tekstillä. Yhdenmukaisella ja strukturoidulla hoitotyön tiedonmuodostamisen kirjaamismallilla mahdollistetaan tietojen tallentaminen, tiedonsiirto ja käytettävyys eri potilasjärjestelmissä. (Lehtovirta & Vuokko 2014.)

Kirjaamisen kehittämisprojekti peruspalvelukeskus Oivassa tähtää neljän vuodeosaston hoitotyön kirjaamisen nykytilakartoitukseen ja kirjaamismallin yhtenäistämiseen lähemmäksi kansallista kirjaamismallia. Kattavasta hoitotyön kirjaamisen nykytilakartoituksesta oli

havaittavissa useita kirjaamisen kehittämiskohteita. Alkukartoitus tehtiin käyttämällä Kailan ja Kuivalaisen (2008) mukaista hoitosuunnitelmien arviointiin perustuvaa auditointilomaketta ja auditointilomakeeseen pohjautuvaa itse muodostettua kysymyslomaketta hyödyntäen. Alkukartoituksessa tarkasteltiin 59 potilaskertomusta. Tuloksia analysoitiin määrällisesti luomalla numeerista tietoa eri asioiden ilmenemisestä. Laadullista lähestymistapaa käytettiin tutkimalla kirjausten sisältöjä sisällönanalyysin avulla. Sisällön analyysin avulla saatuja tietoja kvantifioitiin.

Käytössä olevia hoitosuunnitelmia oli vain 15 %:lla tarkastelluista potilaskertomuksista. Käytössä olevien hoitosuunnitelmien auditointilomakkeeseen perustuvan arvioinnin tulos jäi alle hyväksytyksi määritellyn tason. Hoitoprosessin vaiheita tarkasteltaessa oli havaittavissa, että hoidon arviointia kirjataan hyvin vähän. Sisällönanalyysin avulla tehdyn hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaisen kategorisoinnin tuloksena oli havaittavissa, että erityisesti hoidon tavoitteita ja tarpeen määrittystä kirjataan vähän. Pääasiassa kirjataan hoidon toteuttamista. Alkukartoituksesta oli havaittavissa, että vuodeosastoilla tulee kehittää hoitosuunnitelmien käyttöä ja hoitoprosessin mukaista kirjaamista.

Lisäksi kirjaamisen kehittämiskohteeksi alkukartoituksen perusteella valikoitui otsikointi ja erityisesti komponenttitason otsikoinnin kehittäminen hoitotyön kirjaamisessa. Erityisesti hoitotyön toimintojen otsikkoa käytettäessä komponentti jätettiin joko tyhjäksi tai komponentiksi oli kirjattu jokin FinCC-luokituksen ulkopuolinen tarkennin/komponentti, kuten esimerkiksi kirjaamisen ajankohtaa kuvaava työvuoro.

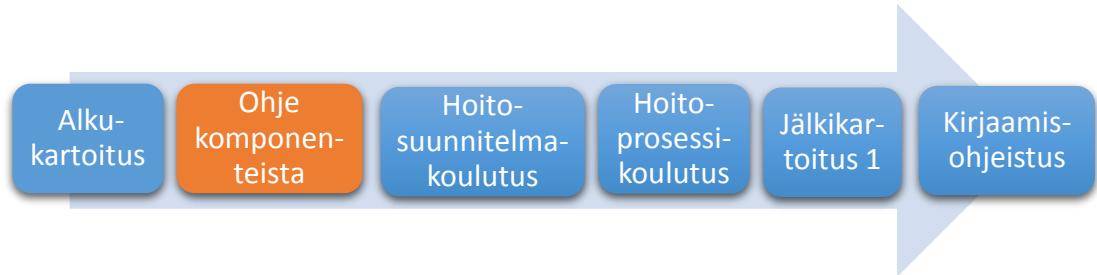
5.3 Uuden toimintatavan rakentaminen

Hoitotyön kirjaamisen kehittämistä varten koottiin hoitotyön kirjaamisen kehittämistyöryhmä, joka koostui kunkin yksikön lähiesimiehistä ja kenttätöitä tekevistä työntekijöistä. Sairaalapalvelujen päällikkö toimi ohjaajana taustalla. Opinnäytetyöntekijä toimi tiedon kerääjänä, ryhmän kokoonkutsujana ja kokousjärjestelijänä sekä raportoijana sairaalapalvelujen päällikölle. Työmuotoina kehittämistyöryhmällä oli sähköpostivälitteinen viestintä ja kokoukset, jotka pidettiin videoneuvotteluina, koska eri toimipisteet sijaitsevat kaukana toisistaan. Kehittämistyöryhmän jäsenten tehtävänä oli viedä uutta kirjaamisen toimintamallia omiin yksiköihinsä. Jalkautustyön lisäksi työryhmän jäsenten tehtävänä oli toimia viestittäjinä työntekijöiden ja kehittämistyöryhmän välillä. Tiedonvälityskanavana yksiköiden sisällä toimi osastopalaverit.

Uuden toiminnan ja tiedon välittäminen ja opastaminen työyhteisössä tapahtuu myös työntekijöiden keskinäisenä toimintana, mikä on uuden toimintamallin juurruttamisen kannalta tärkein

vaihe. Uusi toimintamalli kirjataan kokonaisuudessaan kirjalliseen vuodeosastojen yhteiseen kirjaamisohjeeseen. Kirjaamisohje toimii uuden toimintamallin juurruttamisen välineenä.

5.3.1 Otsikot ja hoitotyön toimintojen komponentit



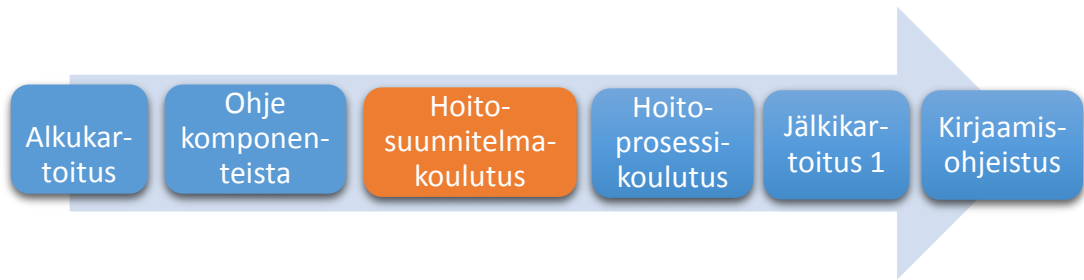
Kuvio 15: Kehittämisen prosessin komponenttiosuuden käyttöönotto vaihe

Kirjaamisessa käytettävät otsikoinnit ja otsikoiden tarkentimet tai komponentit olivat tehdyssä alkukartoituksessa erilaiset paitsi eri yksiköiden välillä, myös yksiköiden sisällä. Tämä saattoi johtua siitä, ettei otsikoiden ja otsikoiden tarkentimien tai komponenttien tarkoitusta oltu aiemmin avattu eikä otsikoinnin käytöstä oltu tehty selkeitä sovittuja sääntöjä. Kirjaamisen alkukartoituksen tarkastelussa kävi myös ilmi, että kirjaaminen on pitkälti ollut narratiivista, kertovaa kirjaamista eikä eri aihealueita, kuten esimerkiksi erittämistoimintoja tai kudoseheyttä koskevaa kirjaamista.

FinCC-luokituksen mukaisessa rakenteisessa kirjaamisessa käytettävät komponentit jatkuvat otsikon ja komponentin valitsemisen jälkeen käyttäjän valitsemilla ylä- ja alaluokituksilla, jotka kertovat tarkemmin komponenttien kirjattavista asiasisällöistä. Koska peruspalvelukeskus Oivassa käytössä olevassa potilastietojärjestelmän versiossa ei täysin käytetä FinCC-luokituksen mukaista rakenteista kirjaamista, tuli otsikoinnin ja erityisesti hoitotyön toimintojen otsikon alaisten komponenttien merkitys avata.

Ensimmäinen hoitotyön kirjaamisen kehittämistoimenpide tehtiin kirjoittamalla ohjeistus eri hoitotyön toimintojen komponenteista ja niiden alle kirjattavista asiakokonaisuuksista hyödyntämällä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) julkaiseman FinCC-luokitusoppaan SHTaL- ja SHToL- luokitusta eli hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusta (vrt. Liljamo ym. 2012). Koottu komponentteja koskeva ohjeistus muodostettiin hoitotyön kirjaamisen kehittämistyöryhmässä ja jokainen työryhmän jäsen toimitti ohjeistuksen omaan työyksikkönsä käyttöön otettavaksi. Ohjeistus jaettiin jokaisen tietokoneen viereen tutustuttavaksi ja käytettäväksi. Keskusteltavaa ja kollegiaalista ohjaukseen ja oppimiseen perustuvaa uudenlaisen kirjaamismallin omaksumista korostettiin.

5.3.2 Hoitosuunnitelmakoulutus



Kuvio 16: Kehittämisen prosessin hoitosuunnitelmakoulutus-vaihe

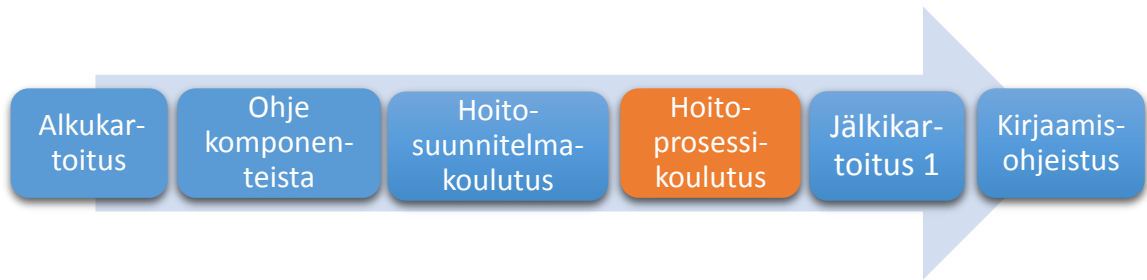
Koska alkukartoituksissa tuli esille otsikoiden ja erityisesti hoitotyön toimintojen eri komponenttien käytön yhteisen ohjeistuksen puuttumisen lisäksi hoidon suunnitteluun liittyvän kirjaamisen kehittämistarve, otettiin osaksi kirjaamisen kehittämistyötä hoitosuunnitelman tekeminen, joka oli toinen kehittämistoimenpide hoitotyön kirjaamisen kehittämissuunnitelmassa.

Peruspalvelukeskus Oiva on osallistunut Päijät-Potku -hankkeeseen, joka on osa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallinnoimaa POTKU- eli potilas kuljettajan paikalle -hanketta. Hankkeen tavoitteena on parantaa terveyshyötymallin (Chronic Care Model) mukaisesti pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Keskeisenä tavoitteena on potilaan mukaan ottaminen oman hoidon suunnitteluun ja toteutukseen terveyskeskusten omahoitoa tukevia palveluja kehittämällä. (Potkuhanke 2012.)

POTKU-hankkeen myötä Oivan avoterveydenhuollossa käyttöön otetun hoitosuunnitelman tekemisen kautta on havaittu hyviä tuloksia erityisesti runsaasti terveyspalveluja käyttävien asiakkaiden kohdalla. Hyvät tulokset hoitosuunnitelmien käyttöönotosta ovat konkretisoituneet käyntimäärien vähenemisenä. Hoitosuunnitelmat on tehty yhdessä asiakkaiden kanssa. Hoitosuunnitelma-koulutuksia oli pidetty toukokuussa 2014 myös Hollolan vuodeosastoilla. Hoitotyön kirjaamisen kehittämistyön käytännön vaiheen käynnistyttyä päätettiin ottaa hoitosuunnitelmakoulutukset osaksi kehittämistyötä.

Osastojen hoitotyön kirjaamisen kehittämishanke oli tarkoitus tehdä pienillä resursseilla ja oman organisaation sisältä saatu kouluttaja ei lisännyt hoitotyön kehittämistyössä tarvittavia resursseja. Kouluttajana toimi POTKU-hankkeeseen osallistunut avoterveydenhuollossa toimiva työntekijä. Hoitosuunnitelmakoulutukset pidettiin kaikilla neljällä vuodeosastolla elo- syyskuun aikana 2014. Kouluttajan kanssa tehtiin hoitosuunnitelma oikeille osastolla oleville potilaille. Kouluttajan kanssa hoitosuunnitelman tehneet työntekijät opastivat edelleen omia työtovereitaan hoitosuunnitelman tekemisessä. Hoitosuunnitelman tekemistä varten tehtiin myös kirjallinen ohje.

5.3.3 Hoitoprosessin mukainen kirjaaminen



Kuvio 17: Kehittämisen prosessin hoitoprosessin mukaisen kirjaamisen koulutus-vaihe

Kolmas kehittämistoimenpide tapahtui järjestämällä kokeiluna kaksi koulutuspäivää kahdelle vuodeosastolle. Koulutukset pidettiin nonstop-koulutuksena aamuvuoron aikana. Hoitajilla oli mahdollisuus tulla koulutukseen työn ohessa oman aikataulun niin salliessa. Koulutuksesta oli sovittu ja infottu aiemmin osastojen lähiesimiehille lähetetyssä sähköpostissa ja toivottu kerrottavan koulutusmahdollisuudesta osastopalaverissa. Kahden muun vuodeosaston lähiesimiehelle on lähetetty koulutusmateriaali ja koulutuksen läpivientiohjeet.

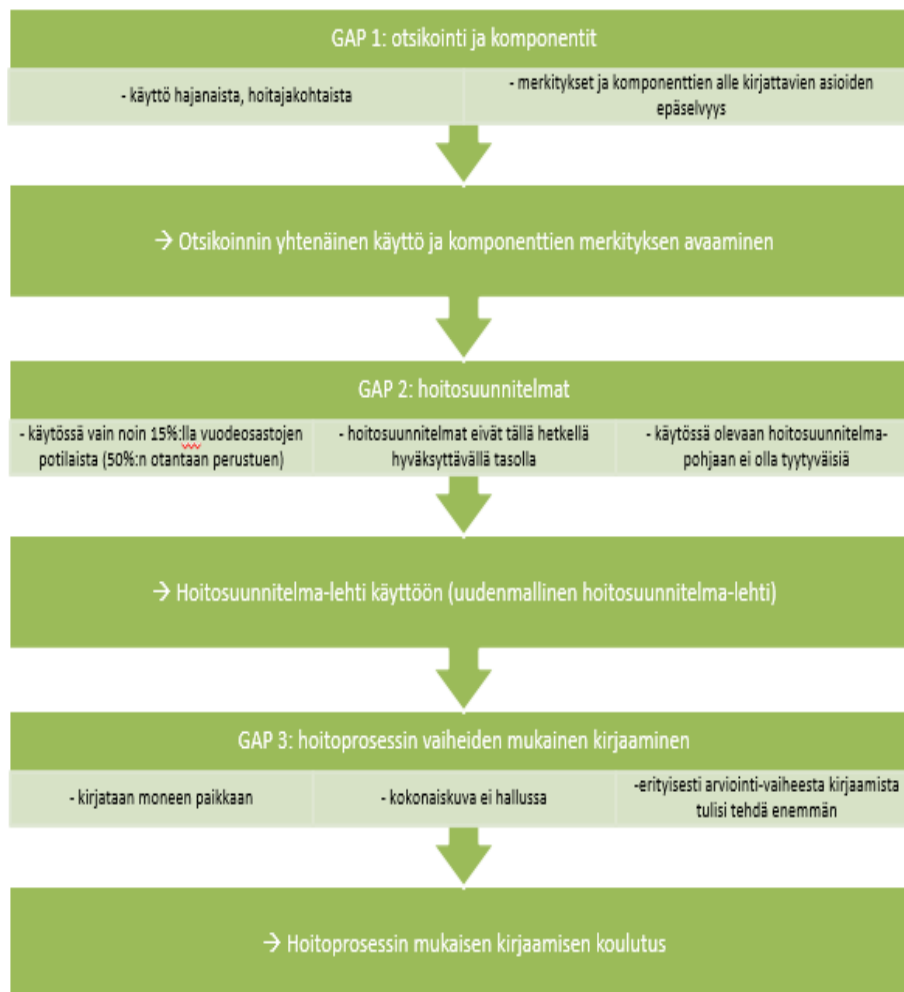
Koulutusmateriaali muodostettiin käyttämällä FinCC-opasta (Liljamo ym. 2012) ja rakenteisen kirjaamisen opasta (Lehtovirta & Vuokko 2014) lähdemateriaaleina. Koulutusmateriaali sisälsi tietoa hoitoprosessin eri vaiheista sekä hoidon tarpeen, tavoitteiden ja keinojen määrittämisestä. Koulutusmateriaali käytiin jokaisen kanssa läpi. Lisäksi tehtiin kuvitteellisesta esimerkkipotilaasta ensin paperille hoitoprosessin vaiheiden mukaiset kirjaukset ja lopuksi kirjattiin tehdyn esimerkkipotilaan tiedot koneelle käyttäen hoitoprosessin vaiheen valintaa ja hoitoprosessin vaiheita kuvaavia otsikoita.

Koulutuksen käyneitä hoitajia pyydettiin opastamaan työtovereitaan hoitoprosessin mukaisessa kirjaamisessa. Koulutusmateriaali vietiin osastoille tutustuttavaksi ja käytettäväksi. Koulutuksessa oli mahdollisuus käydä läpi muitakin kirjaamiseen liittyviä asioita niin haluttaessa. Koulutuksiin osallistuneilta pyydettiin myös palautetta koulutuksesta likertasteikkoon perustuvan palautelomakkeen avulla (Liite 6). Palautelomakkeen tuloksista kerrotaan jäljempänä arviointitulosten raportointiosuudessa.

5.3.4 Yhteenveto uuden toimintatavan rakentamisesta

Alkutilannekartoituksen mukaisia keskeisiä kirjaamisen kehittämiskohteita havaittiin olevan kolme; otsikointi ja komponentit, hoitosuunnitelmat sekä hoitoprosessin mukainen kirjaaminen. Kehittämiskohteiden voidaan ajatella olevan kuiluja (gap) suhteessa haluttuun tavoitettiin.

laan. Tavoitteena on päästä lähemmäksi kansallisen kirjaamismallin ja valtakunnallisesti asetettujen kirjaamisvaatimusten mukaista hoitotyön kirjaamisen tilaa. Kirjaamisen kehittämistyön avulla pyritään kuroma kiinni havaittuja kuiluja nykytilan ja tavoitetilan välillä. Kehittämiskohteet, kuilut, ja kunkin kuilun keskeisten ongelmien ilmenemismuodot nykytilassaan esitetään kuviossa 18. Kuviossa 18 esitetään myös kunkin kuilun kehittämistyössä toteutettuja ratkaisukeinoja ja menetelmiä, kehittämistoimenpiteitä. Kehittämistoimenpiteiden tarkoituksena on ohjata ja opastaa sekä juurruttaa uutta näkökulmaa ja toimintamallia pysyvästi käytännön työhön. Kehittämistyöhön osallistuu koko työyhteisö oppimalla ja opettamalla.



Kuvio 18: Kuilut hoitotyön kirjaamisessa ja kehittämistoimenpiteet

Ensimmäinen kuilu (gap 1) koskee hoitotyön kirjaamisen otsikointia ja komponentteja. Otsikoinnin ja komponenttien käytön havaittiin olevan hajanaista ja hoitajakohtaista. Otsikointien ja komponenttien merkitykset ja niiden alle kirjattavat asiat olivat mahdollisesti epäselviä. Kehittämistoimenpiteenä avattiin otsikoiden ja erityisesti FinCC-komponenttien merkitykset

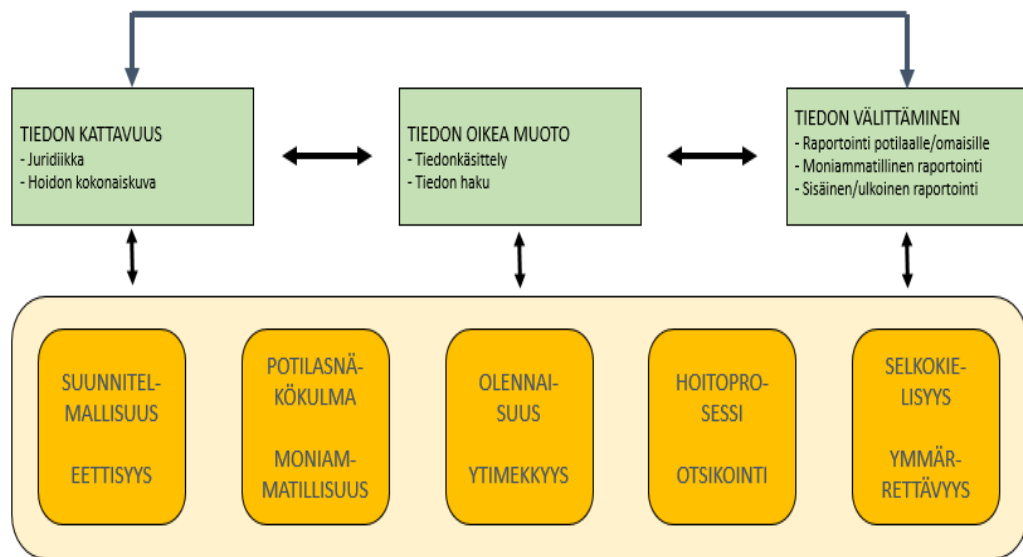
kirjallisen ohjeen avulla. Ohje otettiin välittömään käyttöön. Ohjeen ja kollegiaalisen opastuksen avulla ja tuella komponentteja alettiin käyttää päivittäisessä kirjaamisessa.

Hoitosuunnitelmien käytön vähäisyys, arvioidun tason jääminen alle hyväksytyt tason ja toisaalta käytössä olleen hoitosuunnitelmapohjan huonot käyttökokemukset ovat kuvattuna kuviossa 14 toisena kuiluna (gap 2). Hoitosuunnitelman käytön ja käytettävyyden parantamiseksi tapahtui toinen kehittämistoimenpide, joka tapahtui hoitosuunnitelma-kouluttajan antamien koulutusten kautta. Koulutukset järjestettiin jokaisessa yksikössä tekemällä hoitosuunnitelma oikealle potilaalle uudelle avoterveydenhuollossa käytössä olevalle hoitosuunnitelmalomakkeelle. Koulutuksen käyneet opastivat ja kannustivat muita hoitosuunnitelmien tekemisessä.

Hoitoprosessin mukainen kirjaaminen on yksi selkeä kehittämistä vaativa kirjaamisen osa-alue. Alkukartoitustutkimuksessa havaittiin, että kaikkia prosessin vaiheita kirjataan, mutta vain vähän tai ei lainkaan otsikoidusti. Havaittiin myös, ettei hoidon tavoitteita juuri ole kirjattu. Myös hoidon tulosten arvioinnin kirjaaminen on kehittämistä vaativaa. Tämän kolmannen kuilun (gap 3) mukaisena kehittämistoimenpiteenä pidettiin hoitoprosessin mukaisen kirjaamisen koulutukset kokeiluna kahden osaston työntekijöille. Koulutuksessa käytiin läpi koulutusmateriaalia ja tehtiin käytännön harjoituksia. Koulutuksissa käyneiden toivottiin vievän asiaa eteenpäin omaan yksikköön ja opastavan työtovereita hoitoprosessin mukaisessa kirjaamisessa. Koulutuksissa pyrittiin korostamaan prosessin vaiheiden voivan tarkoittaa myös hoidon aikana ilmeneviä pienempiä hoidon tarpeita, jotta hoitoprosessiajattelu konkretisoituisi helpommin ja käytännönläheisesti.

6 Uusi toimintatapa

Kuviossa 19 kuvataan hoitotyön kirjatun tiedon tehtävät ja kirjaamisessa vaikuttavat periaatteet Oivan vuodeosastojen uudessa tavoitteellisessa hoitotyön kirjaamisen toimintatavassa.



Kuvio 19: Tiedon tehtävät ja kirjaamisessa vaikuttavat periaatteet

Tiedon kattavuudella tarkoitetaan sitä, että tuotetun hoitotyön tiedon on oltava sisällöltään kattavaa vastatakseen lainsäädännöllisiin vaateisiin. Hoitotyön kirjaamisessa tuotetun tiedon tulee antaa tietoa potilaan/asiakkaan kokonaishoidosta. Tiedon oikealla muodolla tarkoitetaan puolestaan sitä, että hoitotyön kirjaamisessa tuotetun tiedon tulee olla muodoltaan ja rakenteiltaan oikeanlaista ja valtakunnallisesti yhdenmukaista, jotta tiedon tallentaminen, siirtäminen sekä tiedon haku mahdollistuvat valtakunnallisessa keskitetyssä potilastietoarkistossa. Hoitotyön kirjaamisessa tuotetulla tiedolla on myös tiedon välittämiseen liittyvä tehtävä. Hoitotyössä syntyvää tietoa välitetään eri tavoin - suullisesti ja kirjallisesti - potilaille/asiakkaille, heidän omaisilleen, eri ammattiryhmien kesken esimerkiksi raporteilla, oman organisaation sisällä sekä eri hoitoyksiköiden välillä.

Tiedon laadun näkökulmasta katsottuna hoitotyön kirjaamisessa tuotetun ja kirjatun tiedon tulee olla riittävän kuvaavaa ja suunnitelmallista. Suunnitelmallisuudella tarkoitetaan säännöllisyyttä sekä potilaan/asiakkaan hoidon kannalta asianmukaisten asioiden kirjaamista. Kirjattaessa ja raportoitaessa tulee noudattaa eettisiä periaatteita. Eettisyyteen liittyen hoitotyön kirjaamisen ei ole tarkoitus toimia hoitajan tekemien töiden listauksena, vaan tuottaa potilaan kannalta tarvittavaa terveystietoa. Kirjaamisessa potilaan oma näkökulma on tärkeä tuoda esille. Hoitotyön kirjaaminen on myös moniammatillista yhteistyötä potilaan hoitoa koskien.

Hoitoprosessin mukainen kirjaaminen on kirjaamisen punainen lanka. Hoitoa suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan. Kansallisen potilastietoarkiston myötä tiedon muodolle ja tiedon rakentamiselle on annettu tarkat ohjeistukset muun muassa tekstin otsikoinnin kohdalla. Lisäksi

hoitotyön kirjaamisessa tuotetun tiedon tulee sisältää olennaiset tiedot mahdollisimman tiiviissä muodossa. Kirjaamisessa tuotettavan tiedon tulee olla mahdollisimman selkeää ja ymmärrettävää.

6.1 Uuden toimintatavan kuvaus

Uuden vuodeosastoilla toteutettavan yhtenäisen kirjaamistavan tulee noudattaa kansallisen kirjaamismallin mukaisia raamituksia. Kansalliseen kirjaamismalliin kuuluu hoitoprosessin mukainen kirjaaminen sekä kansalliset otsikoinnit ja FinCC-luokituksen mukaiset hoitotyön kirjaamisessa käytettävät komponentit ylä- ja alaluokkineen. Peruspalvelukeskus Oivan vuodeosastoilla ei ole käytössä ylä- eikä alaluokat sisältävää rakenteista hoitotyön kirjaamisjärjestelmää, vaan hoitotyön kirjaaminen tapahtuu tarkimmillaan komponenttitasolla. Hoitotyön kirjaamisen kehittämistyössä ei ollut tarkoitus ottaa ylä- ja alaluokkia käyttöön. Lisäksi käyttöön otetaan hoitosuunnitelmalomake. Jokaisesta potilaasta tulee tehdä merkintä hänen voinnistaan vähintään kerran vuorokaudessa (STM 2012, potilasasiakirjaopas terveydenhuollolle).

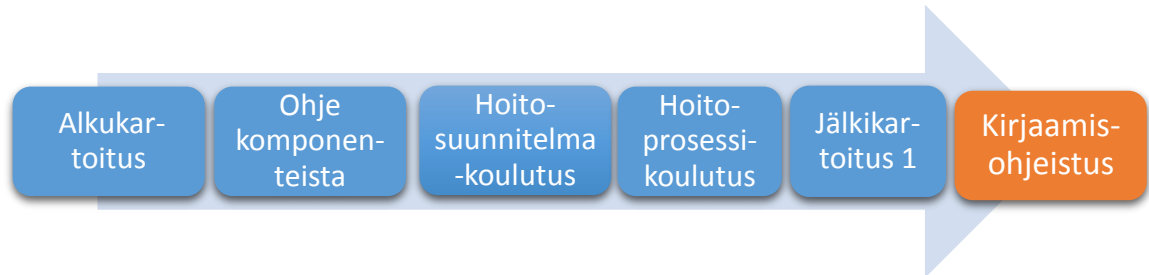
Potilaiden/asiakkaiden hoitotyön kirjaamisessa tulee näkyä hoitoprosessin kaikki vaiheet. Hoitoprosessin vaihe (tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus, hoidon arviointi, määrittämisen hoitoprosessin vaihe) valitaan käyntirivitiedoista löytyvästä alavetovalikosta. Hoitoprosessin vaihe on pakollinen merkintätieto jokaisella kirjauskerralla. Hoidon suunnitteluvaiheeseen kuuluvat hoidon tarpeen, tavoitteen ja keinojen määrittelyt. Toteutusvaihetta ovat esimerkiksi puhtaudessa, liikkumisessa ja ruokailussa avustaminen sekä lääkehoidon toteuttaminen. Arviointivaiheessa hoidon tulokset kirjataan suhteessa asetettuihin tavoitteisiin.

Osastohoidon aikana pääpainotus on hoidon toteuttamisessa. Jokaisella potilaalla tulee kuitenkin olla myös määriteltynä hoidon tarve ja tavoitteet. Lisäksi hoidon tuloksia tulee arvioida asetettuihin tavoitteisiin nähden. Hoidon tarpeet ja tavoitteet arviointineen voivat koskea hoidon kokonaisuutta sekä hoidon aikana ilmeneviä yksittäisiä hoidon tarpeita tavoitteineen ja arviointineen. HOI-sivulla käytetään otsikoita hoidon tarve, hoidon tavoite, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset.

Hoitotyön kirjaamisessa käytetään sovittua kansallista otsikointia. Hoitotyön toimintojen otsikkoa täydennetään FinCC-luokituksen mukaisilla komponenteilla/tarkentimilla. FinCC-luokituksen mukaisia hoitotyön toiminnot-otsikon tarkentimia ovat esimerkiksi aineenvaihdunta, aisti-toiminta, erittäminen, hengitys ja kudoseheys. Eri tarkentimien alle kirjoitettavista asiakokonaisuuksista on tehty erillinen ohje.

Osastojaksokohtainen hoitosuunnitelma (HOITOS-sivun mukaisena) tehdään ainakin pitkäaikaispotilaille, kotiavun ja/tai kotisairaanhoidon avun piiriin tuleville kotiutuville potilaille, jatkossa palvelutaloon tai muihin laitospotilaille jatkoasumismuotoihin siirtyville potilaille ja runsaasti terveyspalveluja käyttäville potilaille. Mikäli potilaalle on tehty hiljattain avoterveydenhuollossa potilaan osastohoitoon soveltuva hoitosuunnitelma, ei ole välttämätöntä tehdä uutta hoitosuunnitelmaa.

6.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet



Kuvio 20: Kehittämisen kirjaamisohjeistuksen tekovaihe

Työyhteisö on osallistunut aktiivisesti kirjaamisen kehittämiseen jatkuvasti koko prosessin ajan. Työyhteisön jäsenet ovat toimineet sekä aktiivisina oppijoina että opettajina. Itse kehittäminen on toiminut uuden toimintatavan juurruttajana. Uuden toimintamallin juurruttamisen välineenä toimii kirjaamisohjeistus.

Kirjaamisprojektin etenemistä kirjaamisohjeen valmistumiseen saakka on kuvattu alla olevassa kuviossa 21. Ensimmäisenä vaiheena prosessissa oli tiedon tuottaminen kehittämiskohteesta eli alkukartoitus. Alkukartoitusta seurasi ensimmäinen kehittämistoimenpide, joka oli ohjeistus komponenttien tietosisällöstä käytettäväksi kirjaamisessa. Koska havaittiin, että kahdella osastolla oli pitkään kirjattu työvuorokohtaisesti, luotiin näitä osastoja varten omiin todellisiin kirjauksiin pohjautuva koulutusmateriaali. Materiaalissa käsiteltiin hoitoprosessin vaiheiden lisäksi komponenttien avulla tapahtuvaa tiedon etsintää kirjauksista komponenttien käytön ja merkityksen havainnollistamiseksi. Materiaalit toimitettiin osastoille osastovierailujen yhteydessä syksyllä 2014.

Toinen kehittämistoimenpide oli järjestetyt hoitosuunnitelmakoulutukset syksyllä 2014. Hoitosuunnitelmakoulutuksen sekä kolmannen kehittämistoimenpiteen, hoitoprosessikoulutuksen, oli tarkoitus täydentää ja tukea toisiaan potilaskeskeisen ja potilaan aktiivisen roolin sekä hoitoprosessiajattelun juurruttajina.

Kirjaamisen uuden toimintatavan juurruttamisen välineenä toimii kehittämissuunnitelman tuotos, vuodeosastojen yhteinen kirjaamisohjeistus. Ohjeistukseen on tarkoitus kerätä keskeiset kirjaamisen taustalla vaikuttavat periaatteet sekä kirjaamisen kannalta tärkeät oppaat ja lait,

asetukset ja säädökset sekä muutamia potilastietojärjestelmän käyttöön liittyviä ohjeita. Opas toimitetaan kuhunkin yksikköön sekä kirjallisena että sähköisenä versiona. Kirjaamisen ohje kokoaa keskeiset uuden toimintatavan peruseriaatteet, mutta antaa mahdollisuuden myös toteuttaa jonkin verran yksikkökohtaisia hyväksi todettuja toimintaratkaisuja kansallisen kirjaamismallin puitteissa.



Kuvio 21: Hoitotyön kirjaamisen kehittämissuunnitelman eteneminen

Kehittämissuunnitelmassa hoitotyön kirjaamista kehitettiin kansallista kirjaamismallia mukailen nykymuotoiseen potilastietojärjestelmän versioon sopivaksi. Uusi tavoiteltu toimintatapa on kirjattu kirjaamisen kehittämissuunnitelman lopputuotteen, ensimmäiseen neljän vuodeosaston yhteiseen kirjaamisohjeeseen. Toimintamallin juurruttaminen jatkuu edelleen.

Kirjaamisen kehittäminen jatkuu kirjallisen ohjeistuksen valmistuttua. Lähitulevaisuuden kirjaamisen kehittämissuunnitelmaa on kuvattu kuviossa 22. Hoitoprosessin vaiheiden kirjaamista ja hoitosuunnitelmia arvioidaan muutostilan havaitsemiseksi (jälkikartoitus 2). Myös hoitohenkilökunnan palautteita hoitotyön kirjaamista koskien on tarkoitus kerätä esimerkiksi ryhmähaastattelun keinoin. Henkilökuntapalautteiden myötä ja THL:n rakenteisen kirjaamisen oppaan toisen osan ilmestyttyä voi tulla esiin lisää kirjaamisen kehittämistarpeita. Hoitotyön yhteenvetojen tekeminen on tulevaisuudessa yksi tärkeä kirjaamisen kehittämiskohde.



Kuvio 22: Suunniteltuja lähitulevaisuuden hoitotyön kirjaamisen kehittämistoimia

7 Kehittämistoiminnan arviointi

Hoitotyön kirjaaminen on tärkeää potilasturvallisuutta edistävää toimintaa. Tässä hoitotyön kirjaamisen kehittämissuunnitelmassa tähdätään hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen ja parantamiseen. Kehittämistoiminnassa syntyvä tieto on todenmukaista, mutta sen on ennen kaikkea oltava hyödyllistä. Luotettavuus kehittämissuunnitelmassa tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 121-122.) Kehittämissuunnitelmassa syntyneitä tietoja voidaan hyödyntää paitsi hoitotyöntekijöiden ammatillisen osaamisen edistämiseksi, niin myös organisaation johdon apuna toiminnan yleisessä kehittämisessä ja tietoperustaisessa päätöksenteossa.

Tässä raportissa on pyritty kuvaamaan aineistonkeruumenetelmät mahdollisimman tarkasti, jotta vastaava aineistonkeruu olisi toistettavissa. Aineistonkeruu ja aineiston analysointi olisivat myös siirrettävissä toisiin terveydenhuollon vastaaviin yksiköihin tutkittavien hoitotyön kirjaamiseen liittyvien asioiden, kuten esimerkiksi hoitosuunnitelmien käytön ja arvioinnin, otsikoiden ja komponenttien käytön sekä hoitotyön kirjausten asiasisältöjen yleistettävyyden avulla. Kerätty aineisto kylläntyi eli lakkasi tuottamasta uutta tietoa kohtalaisen pian. Toisin sanoen saturaatiopiste olisi ollut saavutettavissa pienemmällä potilaskertomusten otosmäärällä ja myös pienemmällä kirjausten lukumäärällä potilaskertomusta kohden. Luotettavuutta alentaa mahdollisesti tiedonkeruun jatkuminen ensimmäisten ohjaustoimenpiteiden jälkeen. Toisaalta tiedonkeruun ajankohta jatkui sellaisena aikana, jolloin tiedossa oli se, että alkukartoitusten tiedonkeruu oli kesken juuri sellaisten yksiköiden kohdalla, joissa uutta toimintatapaa ei ollut vielä otettu käytäntöön esimerkiksi loma-aikojen vuoksi.

Kuten Kananen (2012) totesi monimenetelmällisen tutkimuksen eli triangulaation periaatteista kirjoittaessaan, on tutkijalla vaarana hukkaa tietotulvaan, jolloin vastaukset varsinaiseen tutkimusongelmaan voivat kadota. Tähän ilmiöön on helppo yhtyä, sillä esimerkiksi alkukartoitustietojen kerääminen tuotti niin paljon tietoa kirjaamisen nykytilasta ja kirjaamisesta yleisellä tasolla, että tiedon rajaaminen oli hankalaa. Havaittujen asioiden joukossa oli sellaisia kirjaamiseen liittyviä ilmiöitä, joita olisi mielenkiintoista tutkia lisää. Olisi mielenkiintoista tutkia syitä siihen, miksi tietyistä aihealueista, kuten esimerkiksi puhtaudessa avustamisesta ja erittämisestä kirjataan paljon ja vähemmän esimerkiksi kivusta. Myös hoitohenkilökunnan suhtautumista kirjaamiseen ja sen merkitykseen sekä ajatuksia siitä, minkälaista hoitotyön kirjaamisen tulisi olla, voisi selvittää tutkimalla.

Hoitosuunnitelmien hyötynäkökulma koettiin suureksi, mutta hoitosuunnitelman teknisen käytön kannalta muokkaustilasta poistuminen muutamassa vuorokaudessa koettiin hankalaksi. Hoitosuunnitelma koettiin hyväksi apuvälineeksi kirjaamisessa, raportoinnissa sekä potilaan hoidon kokonaiskuvan muodostamisessa. Hoitosuunnitelman käyttöä kannattaa ylläpitää ja hyödyntää

aina tarvittaessa omasta organisaatiosta saatavilla olevaa ammattitaitoista kouluttajaa. Aina-kin yhdellä osastolla hoitosuunnitelmat on otettu kaikkien potilaiden käyttöön. Hoitosuunnitelmi-
en arviointiin perustuvan Kailan ja Kuivalaisen (2008) auditointilomakkeen havaittiin olevan
hyvä, valmis väline tulevaisuudessa, kun hoitotyön kirjaamisen kehittämistyön myötä hoito-
suunnitelmat otetaan kattavammin käyttöön ja kirjaamisen tasoa arvioidaan tulevaisuudessa
uudelleen. Tällöin auditointilomaketta voidaan jatkossa käyttää hoitotyön kirjaamisen tasomit-
tarina.

Vuodeosastoilla kirjataan kaikista hoitoprosessin vaiheista, mutta hoitoprosessin eri vaiheiden
tunnistaminen kirjauksista perustuu pääosin kirjausten sisältöjen tulkitsemiseen otsikoinnin ol-
lessa osin puutteellista ja epäjärjestelmällistä. Hoitotyön kirjaamista tehdään myös moneen
paikkaan, jolloin kokonaisuus voi jäädä hajanaiseksi. Yksi ongelma hoitoprosessin vaiheiden
mukaisten kirjausten tunnistamisen kannalta on se, että hoitoprosessin vaihe tulee valita,
mutta valittu vaihe ei näy kirjoitettuna missään, vaan valittu prosessin vaihe jää piiloon
käyntirivitietoihin. Prosessin vaiheen näkymistä on jo aiemmin toivottu, mutta
potilastietojärjestelmän toimittajalta ei ole saatu vastausta vaiheen näkymisen
mahdollisuudesta. Käytössä olevaan potilastietojärjestelmään on tehty hoitoprosessin vaiheen
valintaan oletustoiminto, jolloin kirjaajan ei välttämättä koskaan tarvitse valita prosessin
vaihetta.

Tulosten mukaan tiivistelmälehti on tällä hetkellä hoidon suunnitteluvaiheessa käytetyin lehti,
sillä kaikissa tarkastelluissa potilaskertomuksissa suunnitteluvaiheen kirjauksia oli tehty tiivis-
telmä-lehdelle. Tiivistelmälehti on tarkoitettu kuitenkin apu-lehdeksi, jonne voi kirjata
potilaan terveydentilan kannalta vähemmän tärkeitä tilapäistietoja. Edellämainituilla
tilapäistiedoilla tarkoitetaan esimerkiksi potilaan kuljetusta varten sovittuja tietoja tilatusta
taksikydistä tai potilaan omaisten ilmoittamia yhteydenottopyyntöjä. Hoitotyön kirjaamisessa
tulisi käyttää tarkoituksenmukaisia, THL:n rakenteisen kirjaamisen oppaan mukaisia näkymiä.
Tiivistelmä-lehden käytöstä ei ole vielä luovuttu.

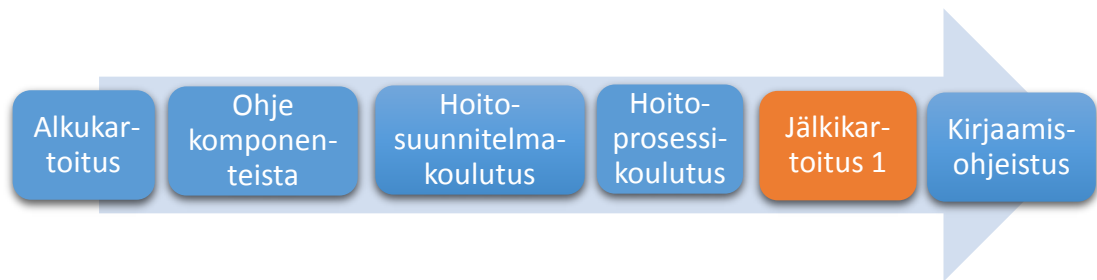
Hoitotyön toimintojen otsikon alle kirjattaessa eri komponenttien käyttö on lisääntynyt ja
muuttunut melko luontevaksi ja vallitsevaksi tavaksi kirjata. Arviointituloksissa esitellään otsi-
koista ja komponenteista tehtyä kirjaamisen jälkikartoituksen tuloksia tarkemmin. Yksinkertai-
nen selkokielineen ohje kaikkien saatavilla varmasti edesauttoi komponenttien käyttöönottoa.
Erityisesti vertaisoppiminen ja vertaistuki edesauttoivat uusien toimintatapojen juurruttami-
nessa. Toisaalta toisissa yksiköissä uuden mallin mukaista kirjaamista ei koettu hyväksi tavaksi
kirjata, vaan entinen kirjaamistapa koettiin mielekkäämmäksi.

Uusi, tarkemmin komponenttien ja aihealueiden kautta tapahtuva kirjaamismalli herätti
keskustelua työyhteisössä. Moni työntekijä oli tuonut ilmi, että uudenlainen kirjaamismalli on

hankala omaksua. Koettiin myös, että uusi kirjaamismalli vie aiempaa enemmän aikaa ja että työvuorokohtaisten kirjausten kautta kirjatut potilaiden asiat oli helpommin löydettävissä. Toisaalta osa työntekijöistä omaksui uuden mallin ja esimerkiksi komponentteja koskevan ohjeistuksen nopeasti. Käydyissä keskusteluissa kävi ilmi, että ohjeistuksen myötä on aiempaa selvempää, mitä komponentteja kulloinkin voi käyttää.

Hoitohenkilökunnan kirjaamista koskevia kysymyksiä varten osastoilla otettiin käyttöön palautelaatikat, jonne henkilökunta sai jättää palautteita. Palautteita jätettiin verrattain vähän, lähinnä palautteet koskivat erilaisten asioiden kirjaamisen otsikointeja ja komponentteja. Palautteissa todettiin myös, että hoitosuunnitelmaan merkittävä lääkitys lisää jälleen lääkintätietojen virhemahdollisuutta moninkertaisen kirjaamisen myötä. Palaute oli tärkeä ja palautteen perusteella kirjaamisohjeeseen on kirjattu, ettei hoitosuunnitelmaan liitetä lääkitystietoja, vaan tulostetaan tarvittaessa lääkelehden lääkitys hoitosuunnitelman liitteeksi.

7.1 Kirjaamisen jälkikartoitus ja hoitoprosessikoulutuksen palautteet



Kuvio 23: Kehittämisen jälkikartoitusvaihe

Ensimmäinen jälkikartoitus tehtiin otsikoiden ja komponenttien osalta syyskuussa 2014. Jälkikartoitus on ensimmäinen tarkistuspiste, jonka tarkoituksena oli arvioida tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksia kirjaamisen muutosta ajatellen. Kirjaamisprojektin ensimmäisen kehittämistoimenpiteen eli otsikoinnin ja komponenttien ohjeistuksen käyttöönoton tuloksia on arvioitu ohjeen oltua käytössä noin kaksi kuukautta. Ohje komponenttien käytöstä annettiin osastoille käyttöön ensimmäisen kehittämistyöryhmän kokouksen jälkeen heinäkuun alussa 2014.

Tarkasteltavien potilaskertomusten otosmäärä pidettiin samana kuin alkukartoituksessa eli 50 % osastolla olevista potilaista. Alkukartoitustilanteeseen verrattuna potilaspäämääriä oli vähennetty, jolloin potilaskertomusten kokonaismäärä oli alkukartoitustilanteeseen verrattuna hieman pienempi. Koska osastojen potilas- eikä kirjausmäärät alku- ja jälkikartoituksessa olleet samat, käytetään vertailun parantamiseksi prosenttilukuja. Tarkasteltavat potilaskertomukset valittiin jälleen potilaspääkartaalta aukaisemalla tarkasteltavaksi joka toisen potilaan potilaskertomukset. Potilaskertomuksista kerättiin HOI-lehdelle tehdyt 25 viimeisimmän kirjauksen

otsikot ja komponentit kuluvalta hoitajaksolta Excel taulukkoon. Tarkasteltavia potilaskertomuksia oli kaikkiaan 55 ja kirjattuja komponentteja oli jälkikartoitusvaiheessa 1643. Excel taulukko-ohjelman suodatin-toiminnon avulla kerättiin taulukoista eri otsikoiden ja komponenttien esiintymismäärät.

Otsikoinnin suhteen muutostila alkukartoituksen ja jälkikartoituksen välillä ei ollut niin merkittävä kuin komponenttien käytön kohdalla. Komponenttien käytön lisääntyminen näkyi myös tyhjinä näyttäytyvien otsikkojen määrän lisääntymisenä. Suurin yksittäinen muutos näkyi vuodeosasto D:n otsikkotason kirjauksissa, sillä alkukartoitusvaiheessa tyhjinä näkyviä otsikkoja ei ollut lainkaan, kun taas jälkikartoitusvaiheessa tyhjiä oli jopa 44 % kaikista otsikoista. Muutos kertoo lisääntyneestä komponenttien käytöstä. Osastolla D on myös kirjattu lähes kaksinkertainen määrä komponenttitason kirjauksia muihin osastoihin verrattuna. Taulukossa 6 on esitetty otsikoiden esiintyvyys jälkikartoitusvaiheessa.

OTSIKKO					YHT.	%-OSUUS
Hoitotyön toiminnot	273	278	256	349	1156	70,40 %
Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot	0	4	0	0	4	0,24 %
Lääkehoito	1	8	0	0	9	0,55 %
Muu merkintä	0	2	0	0	2	0,12 %
Puhelu	0	4	2	0	6	0,37 %
Tulotilanne	1	5	7	0	13	0,79 %
Tyhjät	17	84	71	274	446	27,15 %
Hoidon tarve	0	0	1	0	1	0,06 %
Hoidon tavoitteet	0	0	1	0	1	0,06 %
Tutkimukset	0	0	1	0	1	0,06 %
Neuvottelu	0	0	0	1	1	0,06 %
Fysiologiset mittaukset	0	0	0	3	3	0,18 %
				Kaikki yht.	1643	
Osastot	A	B	C	D	YHT.	
Potilaskertomusten määrä	26	30	25	29	110	
Komponenttitason kirjausten määrä	292	385	339	627	1643	

Taulukko 6: Otsikoiden esiintyvyys jälkikartoitusvaiheessa

Alkukartoitusvaiheessa käytettiin paljon omia komponentteja ja osaa FinCC-luokituksen mukaisista komponenteista ei käytetty lainkaan. Alkukartoitusvaiheessa kirjattiin hyvin paljon suoraan otsikon alle ilman komponentteja, jolloin tarkennin -kohtaan kirjoitettava tai valittava komponentti jätettiin tyhjäksi. Muutosta haettiin tekemällä ohjeistus komponenteista sisältömerkityksineen ja esimerkkeineen eri komponenttien alle kirjattavista asioista. Tyhjien komponenttien, omien komponenttien käytön ja FinCC-luokituksen mukaisten komponenttien käytön määrän muutokset ovat keskeisimmät osoittajat muutostilan saavuttamisesta.

Omia, lähinnä työvuorokohtaisia komponentteja oli kuitenkin vielä jälkikartoitusvaiheessa käytössä. On huomattavaa, että vähenemistä on tapahtunut niiden komponenttien käytön kohdalla, jotka eivät ole FinCC-luokituksen mukaisia pois lukien komponentti ”ravitseminen”, jonka

käyttö väheni hieman alkutilanteeseen verrattuna. Muutosta ei kuitenkaan pidetä merkittävänä. Tyhjäksi jätettyjen komponenttien osuus jälkikartoituksessa pieneni merkittävästi verrattuna alkutilanteeseen. FinCC-luokituksen mukaisia aiemmin kokonaan käyttämättömiä tai hyvin vähäisellä käytöllä olevia komponentteja oli käytössä jälkikartoitusvaiheessa. Jälkikartoitusvaiheen komponenttien/tarkentimien esiintymismäärät osastoittain ovat taulukoituna raportin liitteenä (Liite 7). Taulukossa 7 osoitettavien komponenttien/tarkentimien alku- ja jälkikartoituksen välillä tapahtuneiden käyttömäärien muutosten perusteella voidaan sanoa kirjaamistavan muuttuneen ja yhtenäistyneen kirjaamisen kehittämissuunnitelman aikana.

KOMPONENTTI/TARKENNIN	%-OSUUS ALUSSA	%-OSUUS JÄLKIKARTOITUSSESSA	MUUTOS (%-YKSIKÖINÄ)
TYHJÄ	20,10 %	4,99 %	-15,11
AAMU	19,10 %	0,67 %	-18,43
PÄIVITTÄISET TOIMINNOT	13,80 %	38,41 %	24,61
ILTA	12,50 %	2,13 %	-10,37
YÖ	10,40 %	0,37 %	-10,03
LÄÄKEHOITO	6,20 %	6,39 %	0,19
ERITTÄMINEN	5,80 %	15,46 %	9,66
LÄÄKITYS	2,10 %	0 %	-2,1
KUDOSEHEYS	2,00 %	6,03 %	4,03
RAVITSEMUS	1,80 %	1,34 %	-0,46
AKTIVITEETTI	1,70 %	13,09 %	11,39
KIERTO	1,20 %	1,03 %	-0,17
MUUT YKSITTÄISET	3,10 %	10,10 %	7
LUKUMÄÄRÄ	1468	1643	

Taulukko 7: Komponenttien/tarkentimien käytön muutos

Hoitoprosessin mukaisen kirjaamismallin juurruttamiseksi järjestettiin pilottina kaksi koulutusta syksyllä 2014. Koulutuksessa käytiin hoitoprosessin teoriaa läpi ja lopuksi tehtiin paperille hoitoprosessin kaikkien vaiheiden mukaista kirjaamista kuvitteellisesta potilaasta ja siirrettiin tiedot potilastietojärjestelmään. Itse koulutuksen onnistumisen arvioimiseksi, mutta erityisesti hoitoprosessin merkityksen ymmärtämisen mittaamiseksi pyydettiin koulutuksiin osallistujia täyttämään palautelomake (Liite 6) hoitoprosessikoulutusten päätteeksi.

Palautelomake oli Likertin viisiportaiseen asteikkoon perustuva kyselylomake, jonka tarkoituksena oli kartoittaa koulutuksen sisällön ymmärtämistä ja merkitystä hoitotyön kirjaamisessa. Kyselylomakkeessa esitettiin väittämiä ja joista vastaaja valitsi vastausvaihtoehdoista sen, mikä kuvasi parhaiten vastaajan mielipidettä siitä, kuinka vahvasti oli samaa tai eri mieltä väittämän kanssa. (Hirsjärvi ym. 2007, 194-195.)

Kyselylomakkeeseen kuului kahdeksan kysymystä ja yhdeksänteen kysymykseen oli jätetty mahdollisuus vastaajalle jättää vapaamuotoista palautetta. Vastausvaihtoehdot olivat: ei lainkaan (1), jonkin verran (2), paljon (3), erittäin paljon (4) ja en osaa sanoa (5). Palautelomakkeita palautettiin yhdeksän kappaletta yhdeksästä osallistujasta, joten vastausprosentti oli 100. Alla esitettyjen kyselylomakkeen kysymysten ohessa on käsitelty saadut vastaukset. Vastaukset on ilmoitettu kunkin kysymyksen kohdalla vastausvaihtoehtojen antamana keskiarvona. Yllä mainittujen vastausvaihtoehtojen suluissa näkyvä luku tarkoittaa kyseistä vastausvaihtoehtoa merkitsevää lukuarvoa, joiden perusteella keskiarvot ovat laskettu.

Ensimmäisessä kysymyksessä koulutukseen osallistujilta kysyttiin omaa mielikuvaansa siitä, oppiko koulutukseen osallistuja miten potilaan hoidon tarve määritellään hänen tarpeistaan lähtöisin. Vastaukset vaihtelivat välillä 3-4, keskiarvon ollessa 3,78 eli vastausten perusteella koulutukseen osallistujat oppivat erittäin paljon potilaan hoidon tarpeen määrittelystä potilaslähtöisesti.

Toisessa kysymyksessä kysyttiin, oppiko koulutukseen osallistuja kuinka potilaan kanssa yhdessä asetetaan konkreettinen tavoite, joka kuvaa potilaan tilassa tapahtuvaa muutosta. Vastaukset vaihtelivat välillä 2-5, keskiarvon ollessa 3,33. Vastaajat kokivat oppineensa tavoitteen asettamisesta paljon koulutuksen myötä.

Kolmas kysymys käsitteli hoitotyön toimintojen suunnittelun oppimista ja suunnittelun ja toteutuksen kirjaamista. Vastausten keskiarvo oli 3,56 ja vastaukset vaihtelivat välillä 2-4. Vastauskeskiarvon perusteella koulutukseen osallistujat oppivat paljon hoitotyön toimintojen suunnittelusta sekä suunnittelun ja toteutuksen kirjaamisesta.

Neljännän kysymyksen tarkoituksena oli kartoittaa koulutukseen osallistujien kokemusta siitä, oppivatko he arvioimaan potilaan voinnissa tapahtunutta muutosta suhteessa tavoitteeseen. Vastausten keskiarvon ollessa 3,44, kokivat koulutukseen osallistujat oppineensa paljon potilaan voinnin muutoksen arvioimisesta suhteessa tavoitteeseen. Vastausten vaihteluväli oli 2-4.

Viides kysymys koski koulutukseen osallistujien käsityksiä hoitoprosessin kokonaisuuden osaamisen edistämisestä. Vastausten keskiarvo oli 3,22, joka tarkoittaa osallistujien kokeneen koulutuksen edistäneen paljon hoitoprosessin kokonaisuuden osaamista. Vastausten vaihteluväli oli 2-5.

Kuudennessa kysymyksessä kartoitettiin koulutukseen osallistujien mielipidettä siitä, kuinka paljon hoitoprosessin mukainen kirjaamisen hoitotyön kirjaamisen edistää kirjaamisen laatua.

Vastaukset vaihtelivat tämän kysymyksen kohdalla kaikkein eniten (välillä 1-5). Vastausten keskiarvo oli 3,00, mikä tarkoittaa näkemystä hoitoprosessin mukaisen kirjaamisen vaikuttavan paljon kirjaamisen laatuun.

Seitsemäs kysymys koski koulutukseen osallistujien uskomusta hoitoprosessimallin käyttöönottamisesta eli muutoksen aikaan saamisesta. Keskiarvoksi vastauksista tulee 2,78. ja vastausvaihtoehtojen vaihteluväli oli 2-4. Keskiarvoa edustavan vastauksen perusteella hoitoprosessimallin käyttöönottoon uskottiin paljon, tosin vastauskeskiarvo jää alle kolmen, mutta on hieman yli 2,5.

Kahdeksannen kysymyksen tarkoitus oli kartoittaa koulutukseen osallistujien mielipidettä koulutuksen tuomasta avusta kirjaamiseen. Keskimääräinen vastaus oli, että koulutus toi paljon apua kirjaamiseen. Vastausten keskiarvo oli 3,22, vastausvaihtoehdot vaihtelivat välillä 2-4.

Yhdeksäntenä kohtana lomakkeella oli vapaan palautteen antaminen. Vapaata palautetta jätti muutama vastaaja. Vapaiden palautteiden perusteella koettiin, että pienryhmä edisti oppimista, koska oli paremmin mahdollista kysyä eri asioista. Myös käytännön harjoittelun koettiin selkeyttävän hoitoprosessiajattelun ideaa kirjaamisessa.

Keskimäärin vaikuttaa siltä, että koulutukset onnistuivat, mikäli mittarina pidetään koulutuksiin osallistuneiden palautelomakkeeseen merkittyjä vastausten perusteella kokemaansa oppimista koulutuksen aiheena olevasta asiasta. On myös mahdollista, että aamuvuoron aikana käyty koulutus tarkoitti poissaoloa työtehtävistä ja siksi lomakkeeseen vastaaminen on saatettu tehdä ripeyden vuoksi tarkemmin opittujen asioiden sisäistämistä pohtimatta. Myös työtoverin pitämä koulutus saattaa vaikuttaa annettuihin palautevastauksiin siten, että on valittu hieman todellista kokemusta parempitasoinen vastausvaihtoehto. Vastaajien määrä suhteessa koko henkilöstöön jää melko pieneksi ja siksi tulos ei ole täysin luotettava.

7.2 Kehittämisprojektin arviointi

Totutusta kirjaamistavasta luopuminen ei tapahdu nopeasti. Omaksuttavaa asiaa niin tiedollisessa kuin tietoteknisessä mielessä oli paljon. Muutos turvallisesta ja totutusta toimintamallista uuteen aiheuttaa muutosvastarintaa huolimatta siitä, että taustalla vaikuttaa juridiset vaateet. Muutokselle on tärkeä antaa aikaa ja mahdollisuus. Muutoksessa tiedolla ja tiedottamisella on erittäin tärkeä rooli. Uusien toimintamallien hyväksyminen, omaksuminen ja lopulta omaksi toimintatavaksi muuttuminen vaatii rauhallisen ympäristön, ymmärryksen toimintamallin muutostarpeesta ja ennen kaikkea aikaa. Hyvä, kannustava, keskusteleva ja muutoksissa joustava työilmapiiri ruokkii luovuutta, vastaanottamisen kykyä sekä tervettä kriittisyyttä.

Työyhteisö oli vahvasti mukana jatkuvasti kehittämistyössä esimerkiksi keskustelujen kautta. Työyhteisön jäsenet oppivat ja opastivat toisiaan kirjaamisessa. Kirjaamisen kehittämisprojektin aikana tuotiin verrattain lyhyessä ajassa paljon uutta tietoa ja päivittäiseen käytännön työhön vaikuttavia muutoksia. Projekti onnistui melko hyvin yksinkertaisin keinoin esimerkiksi komponenttien kirjaamisessa. Kehitettävää jäi vielä esimerkiksi hoitoprosessin mukaisen kirjaamisen osalta. Myös potilastietojärjestelmän nykyversio vaikuttaisi riittämättömältä kansallisen kirjaamismallin mukaiseen kirjaamiseen.

Opinnäytetyön tekemisen ja kehittämisprojektin vetämisen kannalta olisi ollut parempi vaihtoehto tehdä kehittämisprojekti pilottina yhdelle osastolle ja jalkauttaa valmis malli muille osastoille. Projektin vetäminen oli uutta opinnäytetyön tekijälle ja toisaalta kaksoisrooli työntekijänä ja projektin vetäjänä oli haastavaa. Työtovereiden ja esimiesten tuki ja ohjaustoiminta sekä luottamus kehittämistyöryhmän jäsenten toimintaan omissa työpisteissään uuden mallin jalkauttajina oli erittäin tärkeää. Kehittämisryhmän osaamisen hyödyntämisessä, tehtävien delegoimisessa ja hyvän, innostavan ilmapiirin luomisessa jäi parannettavaa. Aikataulujen yhteensovittaminen oli haasteellista. Edellä mainitut asiat ovat hyvin tärkeitä asioita johtamisen ja ammatillisen kehittymisen kannalta. Toisaalta projektin myötä luotiin uudenlaisia yhteistyömahdollisuuksia hoitotyön kehittämisen jatkoa ajatellen. Organisaatio on verrattain nuori eikä aiempaa yhteistyötä vuodeosastojen kesken ole juuri ollut. Maantieteellisesti kaukana toisistaan sijaitsevien, mutta toiminnallisesti samankaltaisten yksiköiden yhteistyötä kannattaisi jatkaa.

Organisaatiossa yhtäaikaaisesti käynnissä olleet SOTE- ja kuntauudistusvalmistelut ja selvitykset, osastojen potilaspaikkavähennykset, organisaation hoitohenkilökunnan lääkehoidon osaamisen varmistamisen koulutukset sekä organisaation jäsenkunnan päätös kilpailuttaa vanhuspalvelunsa ja kilpailutuksen aiheuttamien mahdollisten organisaatiotason muutosten pohdinta haittasivat kirjaamisen kehittämisprojektiin sitoutumista. Edellä mainitut asiat ovat luonnollisesti tärkeysjärjestyksessä kirjaamisen kehittämisprojektiä korkeammalla sijalla. Kirjaamisen kehittämisprojektiin annettiin kuitenkin resursseja ja projekti koettiin organisaatiossa arvokkaaksi. Kehittämistyö jatkuu edelleen ja on koettu tärkeäksi, että kirjaamista kehitetään.

7.3 Eettiset kysymykset kehittämistyössä

Kaikenlaisen kehittämisen tulee perustua eettisesti kestäviin päätöksiin (Etene 2011). Kehittämistoiminnan eettisiä näkökohtia tulee pohtia jo ennen aiheen valintaa ja mietittävä, mitä päämääriä halutaan edistää. Kehittämistoiminnan päämäärä terveydenhuollossa on potilaiden hyvä. Eettiseltä kannalta tulee erityisesti huomioida haavoittuvien ja heikosti itseään puolustavien ihmisryhmien suojeleminen. Terveystieteidenhuollossa noudatettava arvoperusta, eettiset suositukset ja ohjeet täydentävät tutkimus- ja kehittämishanketoimintaan liittyviä yksilöitä ja

yhteisöjä suojaavia lainsäädännön asettamia rajoja. Tutkimus- ja kehittämistoiminnassa syntyvän aineiston analyysi ja luotettavuusarvio ovat keskeisiä eettisyyden toteutumiseksi. Tietolähteiden luotettavuuden arviointi eli lähdekritiikki on tärkeää, samoin tutkimus- ja kehittämishankkeen raportointi, sillä ilman raportointia tulokset eivät ole muiden tiedontarvitsijoiden käytävissä. (Heikkilä 2008, 43-44.)

Opinnäytetyöntekijä on aina ilmoittanut esimiehelle, kun potilaskertomuksia on käyty tarkastelemassa tutkimusaineiston hankkimiseksi. Lisäksi potilaskertomuksiin on tehty tutkimuksen tekijän merkintä tutkimuslupatiedoista lokitietoja varten. Täytetyistä lomakkeista koostuva tutkimusaineisto on säilytetty esimiehen tiloissa ja osan aikaa tutkimuksen tekijän kotona, missä aineisto on säilytetty lukollisessa kaapissa. Opinnäytetyön raportin valmistuttua lomakkeet luovutetaan Peruspalvelukeskus Oivan sairaalapalvelujen päällikölle säilytettäväksi. Samoin kaikki opinnäytetyön tekijän tietokoneella oleva tutkimusaineisto siirretään opinnäytetyön raportin valmistuttua muistitikuille Peruspalvelukeskus Oivaan säilytettäväksi ja sisäistä tutkimus- ja kehitystyötä hyödyttäväksi tiedoksi.

Uuden toimintatavan juurruttaminen tapahtuu työyhteisössä hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden välisenä toimintana. Koska juurruttamisen menetelmään osallistuvat myös opiskelijat, tulee tietojen luottamuksellisuuteen kiinnittää erityistä huomiota. (Ahonen ym. 2012, 21.) Myös sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996) käsitellään potilaan tietojen salassapitoa. Henkilöiden tunnistamattomuus korostui tietojenkeruussa. Tunnistamattomuudesta pyrittiin huolehtia kirjoittamalla aidoista kirjauksista tiedonkeruulomakkeelle tarkan kirjauksen sijaan pelkistetty, tietosisällön säilyttävä kuvaus. Tiedoista ei käy ilmi kenenkään henkilötietoja eikä terveydentilaa koskevia asioita. Kirjausten tekijät eivät ole tunnistettavissa. Opinnäytetyön raportissa ei esitetä tietoja osastojen oikeilla nimillä, vaan käytetään osastojen nimien sijaan merkintöjä osasto A, B, C ja D. Eettiseltä kannalta oli tehtävä päätös opinnäytetyöntekijän omien kirjausten ottamisesta mukaan tutkittavien kirjausten joukkoon. Omat kirjaukset sisällytettiin tutkittavien kirjausten joukkoon, koska kirjauksiin ei kohdistunut laadullista arviointia, vaan kirjauksista huomioitiin ainoastaan niiden sisältämät aihealueet.

Juuruttamisen menetelmään liittyviä eettisiä kysymyksiä voidaan peilata suoraan sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin. Juurruttamisen tavoitteena on niin työyhteisön kuin oman työn kehittäminen. Juurruttamisessa ihminen nähdään aktiivisena ja oppivana toimijana. (Ahonen ym. 2012, 12-15.) Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoitajan tulee arvioida omaa ja muiden pätevyyttä ottaessaan itselle tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Sairaanhoitajalla on velvollisuus kehittää ammattitaitoaan jatkuvasti toimiessaan ammatissaan. Työyhteisössä työskentelevien sairaanhoitajien tulee myös yhdessä vastata siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvää ja että sitä parannetaan jatkuvasti. Oman työn kehittämiseen osal-

listuminen on tärkeä eettinen näkökulma (Etene 2011). Paitsi tiedonkeruun, koko kehittämistoiminnan kannalta eettinen ajattelu ja toimintatavat ovat tärkeitä peruspilareita. Eettiset periaatteet ovat vaikuttaneet kokonaisvaltaisesti kehittämistoiminnassa syntyneen ja käsitellyn tiedon, juurruttamisen, ammatillisen toiminnan sekä työyhteisön osallistamisen ja hyvän yhteishengen edistämisen kautta.

8 Lopuksi

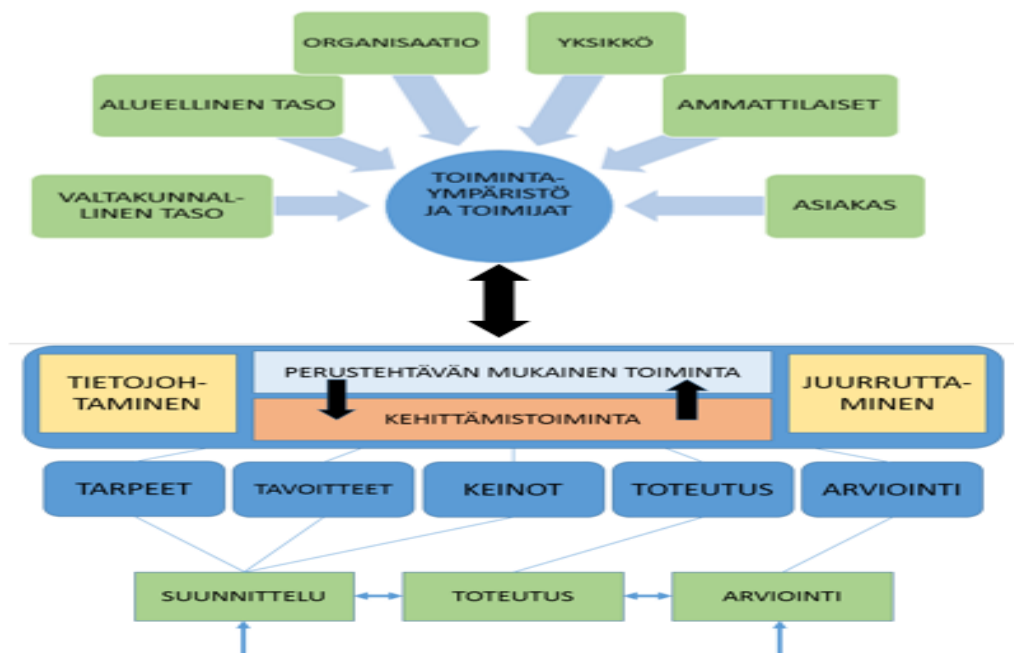
Tietoja tulee luokitella sovitulla ja määritellyllä tavalla, jotta tietojen käsittely, säilyttäminen ja siirtäminen eri järjestelmästä toiseen on mahdollista. Potilastietojen nopea saatavuus ja liikkuvuus edesauttavat potilasturvallisuutta. Tietojen liiallinen pilkkominen eri osiin ja luokkiin saattaa omalta osaltaan hankaloittaa ja hajottaa tiedon kokonaisuuden vaikeasti tunnistettavaksi. Erityyppisissä terveydenhuollon palveluja tarjoavissa yksiköissä tiedon tarve ja muodostettavan tiedon laatu voivat erota paljonkin toisistaan. Geneerisen eli yleistettävän luokittelujärjestelmän muodostaminen on melko haastava tehtävä. Voidaan myös helposti havaita, kuinka laaja ja moniulotteinen hoitotyö tieteenalana, ilmiönä ja käytännön toimintana on.

Tietoteknistymisen aika terveydenhuollossa on ollut nopeaa. Rakenteinen kirjaaminen ja kansallinen kirjaamismalli perustuvat hyvin pitkälle tietojenkäsittelyn näkökulmasta tehtävään kirjaamiseen. Rakenteisen kirjaamisen tulisi toimia potilasturvallisuuden edistäjänä sekä käytännön hoitotyön apuvälineenä. Kirjaamisen kehittämistyössä on tärkeää toimia paitsi paikallisesti niin myös valtakunnallisesti eri tahojen kanssa yhteistyössä. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL peräänkuuluttaa käyttäjäkokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta eri luokitteluineen. Ilman palautteita on vaikea kehittää valtakunnallista kirjaamismallia.

Hoitotyö on paitsi käytännössä toteutettavaa vaativaa työtä, se on myös tutkittuun tietoon, näyttöön, tieto-taitoon ja inhimilliseen vuorovaikutukseen perustuva tieteenala. Hoitotyön kehittämistoiminta tietoon ja näyttöön perustuen on välttämätöntä parempien hoitotulosten ja hoitotyön kehittymisen kannalta. Tämän hoitotyön kirjaamisen kehittämistyön myötä syntyi kuvion 24 mukainen käsitys hoitotyön kehittämistoiminnasta. Hoitotyön kehittämiseen liittyvät hoitotyön perustehtävän mukaisen toiminnan kautta toimintaympäristö ja toimijat. Toimintaympäristön muodostavat valtakunnallinen ja alueellinen taso ohjaustoiminnan ja lainsäädännön puitteissa. Organisaatio ja toimintayksikkö sekä yksittäiset ammattilaiset ja asiakkaat ovat oleellisia toimintaympäristön osatekijöitä. Kehittämistoiminnan tarpeet ovat usein lähtöisin perustehtävän mukaisesta toiminnasta. Esimerkiksi jonkin yksittäisen työtehtävän paremman työtavan toteuttamiseksi halutaan kehittää uusi ja parempi työtapa. Toisinaan kehittämistoiminta on lähtöisin toimintaympäristön osatekijöistä. Esimerkkinä voisi mainita valtakunnallisen potilastietoarkisto Kannan vaikutukset hoitotyön kirjaamiseen. Toimintaympäristö ja perustehtävä

ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa keskenään, jolloin muutostarpeet ja toteutetut muutokset vaikuttavat molempiin tekijöihin.

Kehittämistoimintaa syntyy siis toimintaympäristön ja perustehtävän välisestä vuorovaikutuksesta. Kehittämistoimintaa ohjataan tietojohdamisen kautta ja kehittämistoiminnan tuotokset ja tulokset näkyvät juurruttamalla ne työyhteisöön perustehtävän toteuttamisessa näkyvänä uutena tietona ja toimintana. Suunnitelmallista kehittämistyötä voidaan kuvata hoitoprosessin mukaisina vaiheina, jolloin kehittämistoimintaa suunniteltaessa tunnistetaan muutostarve, asetetaan tavoitteet ja määritellään keinot. Kehittämistoiminnan toteutusvaiheessa edellä mainittu suunnitelma toteutetaan ja arviointivaiheessa tulosta tai eri osatekijöitä arvioidaan. Kehittämistoiminta voi myös alkaa esimerkiksi uudenlaisen keinon kehittämisenä ja nimeämisenä, jolloin kyseistä keinoa käsiteltäessä koko kehittämisprosessin näkökulmasta voidaan havaita, että uutta keinoa voidaan hyödyntää myös sellaisessa toiminnassa, johon kyseistä toimintakeinoa ei ollut alun perin osattu ajatella. Innovatiivisuus, rohkeus ja luovuus ovat vahvuuksia kehittämistoiminnassa. Edellytyksenä onnistuvalle kehittämistoiminnalle on muutokselle ja kokeiluille valmis ja kannustava toimintaympäristö.



Kuvio 24: Hoitotyön kehittämistoiminta

Hoitotyö ja terveydenhuolto muuttuvat ajan myötä toimintaympäristön ja perustehtävän mukaisen toiminnan sekä tieteellisen ja työelämälähtöisen kehittämistoiminnan vuorovaikutuksessa. Luovuus ja muutosvalmius muodostavat tarvittavan innovatiivisen otteen tulevaisuuden

hoitotyön kehittämisessä. Tulevaisuuden ammattilaisilta vaaditaan myös sopeutuvuutta, oppimisvalmiuksia, tiedonhallintaa ja epävarmuuden sietämistä. Hoitokulttuurissa voidaan odottaa tapahtuvan muutoksia esimerkiksi tiedon liikkumisen ja saatavuuden kautta. Asiakkailta on pääsy omiin tietoihinsa ja asiakkaiden tiedonhakuvalmiudet lisääntyvät. Yleisellä tasolla kansalaisten tiedonsaantioikeus painottuu ja terveydenhuollon yleinen toiminta on muuttumassa enemmän asiakaskeskeiseksi ja läpinäkyvämmäksi. Terveydenhuollon ammattilaisten rooli tiedonhallitsijana ei enää ole tätä päivää vaan asiakkaiden tietämyksen lisääntymisen myötä yhteistyön, tukemisen, asianmukaisten ja ajanmukaisten tietolähteiden käyttämisen opastamisen ja neuvovan työn osuus painottuu. Tiedon muodostaminen, jakaminen, tiedonhankinta, suurten tietomäärien hallinta, tiedon soveltamisen taito ja muutosvalmius ovat tulevaisuuden avainkijöitä terveydenhuollossa ja terveydenhuollon ammattilaisten ammatillisen jatkuvasti kehittyvän tieto-aidon kannalta.

Lähteet

- Ahonen, O., Makkonen, A. & Pihkala, L. 2010. Sairaanhoidajien ja lähihoitajien kokemuksia oman työyhteisön sitouttamisen tukemista kirjaamisen kehittämistoimintaan. Sairaanhoidajapäivien abstraktikirja. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Edita Prima Oy. Helsinki 2012. Viitattu 25.1.2015.
http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ja_kehitys/painoala_verkostot/hoitasantuntjakotselviyt/julkaisut/Documents/Hoitotyon%20kehittaminen%20juurruttamalla_OraHyytiainen%20et%20al.pdf
- Ensio, A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Ensio, A., Saranto, K., Ikonen, H. & Iivari, A-K. 2006. The national evaluation of standardized terminology. Luku teoksessa Park H-A., Murray P., Delaney C. Customer-Centered Computer-Supported Care for Healthy People. Proceedings of NI2006, Seoul, Amsterdam: IOS Press, Vol. 122, 749-752.
- Etene 2011: Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2011. Viitattu 25.10.2014.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf
- Hallintolaki 434/2003. Viitattu 9.12.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434#L3P13>
- Harisalo, R. 2008. Organisaatioteoriat. Tampere: Juvenes Print.
- Hassinen, T. & Tantt, K. 2007. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. Viitattu 26.5.2014.
https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_08/ajankohtaiskirjoitus/hoitotyon_yhteenvedo_turvaa_poti/
- Heikkilä, A. 2008. Tutkiva kehittäminen: avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 9.12.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Henkil%C3%B6tietolaki>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen arvioinnin malli 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke 9/2007-10/2009. Diasarja.
- Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön vuosikirja. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Kaakinen, P., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2013. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. Tutkiva Hoitotyö Vol. 12(1), 2014.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2008. Kirjaamisen auditointilomake ja arviointiohjeet. Sähköpostitse saatu materiaali.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2014. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kehittäminen ja tulokset. Teoksessa Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013. Laatutyö. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 20/2014. Viitattu 26.1.2015. http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/isbn9789529793686.pdf

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu -sarja. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Pro Oy.

kanta.fi 2014a: Lapin sairaanhoitopiirin yhteiset toimintamallit -koulutusmateriaali. Viitattu 25.1.2015. <http://www.kanta.fi/documents/12105/4027073/Yhteiset+toimintamallit+koulutus+diat+3.2.2014.ppt/4340b01e-edba-4d9e-9fd9-2a4a02ea91c4>

kanta.fi 2014b: Potilastiedon arkiston esite 2014. Viitattu 25.1.2015.

http://www.kanta.fi/documents/10180/4022444/Potilastiedot+valtakunnalliseen+arkistoon_webFI_2014.pdf/e27be248-4285-4784-bf90-cbb2894e8952

Kim, H. S. 2000. The nature of theoretical thinking in nursing. 2. painos. New York: Springer Publishing.

Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen Yliopisto 2013. Viitattu 25.10.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf

von Krogh, G. & Nåden D. 2008. A Nursing-Specific Model of EPR Documentation, Sigma Theta Tau International. Journal of Nursing Scholarship. Viitattu 10.12.2013. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdf.viewer?sid=fd3de6fc-364f-4e2f-8079-ae8efe3f38d0%40sessionmgr111&vid=6&hid=103>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 9.12.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Viitattu 9.12.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asiakastietojen%20s%C3%A4hk%C3%B6inen%20k%C3%A4sittely>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 9.12.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6>

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999. Viitattu 9.12.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=viranomaisten%20toiminnan%20julkisuus#L5P18>

- Lehtovirta, J. & Vuokko, R. 2014. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas osa 1. Keskeisten kertomuskirjausrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. THL. Viitattu 26.5.2014. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1
- Lewis, C. & Gilman, S. 2005. The Ethics Challenge in Public Service. A Problem-Solving Guide. Second edition. USA 2005. Viitattu 25.1.2015. http://books.google.fi/books?id=v8JxvXCzmfEC&printsec=frontcover&hl=fi&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Liljamo P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. Helsinki 2012. FINCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Viitattu 3.1.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1
- Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 9.12.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>
- Monsen, K., Foster, D., Gomez, T., Poulsen, J., Mast, J., Westra, B. & Fishman, E. 2011. Evidence-based Standardized Care Plans for Use Internationally to Improve Home Care Practice and Population Health. Schattauer. Viitattu 10.12.2013. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3631934/
- Mäkelä, K. 2006. Terveydenhuollon tietotekniikka. Terveiden ja hyvinvoinnin sovellukset. Helsinki: Tammer- Paino Oy.
- Nanda international. Järjestön internetsivut. Viitattu 2.1.2014 <http://www.nanda.org/>
- Nonaka, I., Konno, N. & Toyama R. 2001. Emergence of Ba. Teoksessa I Nonaka, T. Nishiguchi. (Ed.) 2001. Knowledge Emergence. Social, Technical, and Evolutionary Dimensions of Knowledge Creation. New York: Oxford University Press.
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. New York: Oxford University Press.
- Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Julkaisusarja D- verkkojulkaisut. Viitattu 20.5.2014 <http://www.cs.uta.fi/re-ports/dsarja/D-2010-7.pdf>
- Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, O. 2012 Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohjan yksikkö: Vantaa. Viitattu 9.12.2013. http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ja_kehitys/julkaisut/opetustyo_koulutus/Documents/Hoitotyön%20kehittäminen%20juurruttamalla_OraHyytiäinen%20et%20al.pdf
- Ora-Hyytiäinen, E., Ikonen, H., Ahonen, O., Rajalahti, E. & Saranto, K. 2010. Learning by developing. Teoksessa Nursing and informatics for the 21st Century- An international look at practice, education and EHT trends. Toim. Weaver C., Delaney C., Weber P. & Carr R. Himms. Amia. Yhdysvallat. Chicago.
- Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON- VERONA CONFERENCE, QUALITY IN SERVICES. Aristotle University, Thessaloniki - Greece 3-4 September 2007. 144-154. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön

kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 25.1.2015.

http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ ja_ kehitys/painoala_verkostot/hoitasantuntjakotselviyt/julkaisut/Documents/Hoitotyön%20kehittäminen%20juurruttamalla_OraHyytiainen%20et%20al.pdf

Paavilainen, L. 2013. Systemaattinen kirjaaminen Loimaan aluesairaalassa - Hoitotyön prosessi ja potilaslähtöisyys hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.5.2014.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62998/Paavilainen_Leena.pdf?sequence=1

Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllistymispalvelujen kehittämishankkeista. Kuntoutussäätiön työselosteita 33/2007. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 25.1.2015.

http://www.kuntoutussaatio.fi/files/172/Juurruttamisen_edistajat_ ja_ estajat.pdf

Peruspalvelukeskus Oivan esite 2013. Peruspalvelukeskus Oiva.

Pietarinen, J. 1999. Tutkijan ammattietiikan perusta. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Tutkijan ammattietiikka -seminaarijulkaisu. Toimittanut Lötjönen S. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 25.1.2015.

http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiikka_99.pdf?lang=fi

Potilasvahinkolaki 585/1986. Viitattu 9.12.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasvahinkolaki>

Potkuhanke 2012. Viitattu 4.2.2015.

<http://potkuhanke.fi/fi/osahankkeet/paijat-potku>

Prideaux, A. 2011. Nursing documentation, record keeping and written communication. British Journal of Nursing 2011 Dec 8; [viitattu 2013-06-25].

<https://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780443073991/9780443073991.pdf>

Pöysti, T. 2009. Tietojohdamisen ja kokonaisarkkitehtuurin tarve valtioneuvostossa. VTV

10.3.2009 Viitattu 26.5.2014. http://www.vtv.fi/files/2069/VN_tietojohdaminen_100309.pdf

Raij, K. 2007. Learning by Developing. Laurea Publications A: 58. Vantaa: Laurea University of Applied Sciences. Edita Prima.

Rajalahti, E. & Saranto, K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen- haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. Hoitotiede 23 (4) 243-257.

Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2011. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro.

Ritvanen, H. & Sinipuro, J. 2013. Tiedolla johtaminen toimialan murroksessa. Malli sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Norderstedt, Saksa: BoD - Books on Demand.

Ritvanen, J. 2012. Tietoa Suomalaisesta hoitotyön luokituksessa - lähijohtamisen päätöksenteon näkökulma. Pro gradu- tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Rytilä, M. 2011. Tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa julkisella terveydenhuoltoalalla. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 12.4.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201111081198>

Sairaanhoitajaliitto 2014: Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet. Viitattu 11.10.2014
<http://sairaanhoitajaliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/421e38b3b54b770336b1e25bab460765/1413051123/application/pdf/162162477/Sairaanhoitajien%20kollegiaalisuusohjeet.pdf>

Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 2.12.2014.
https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Saranto, K., Brennan F., Parki, P., Tallberg, H-A. & Ensio, M. 2009. Connecting health and Humans. Proceedings of NI. Amsterdam. IOS Press

Schreier, M. 2012: Qualitative Content Analysis in Practice. SAGE Publications. CPI Group (UK) Ltd, Croydon 2012.

Sirén, T-A. 2014. Vuodeosastojen tilannekatsaus. Julkaisematon sairaalapalvelujen päällikön haastattelu 28.10.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Tampere: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 19.12.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 20.2.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Sydänmaanlakka, P. 2004. Älykäs organisaatio - tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. 7.painos Jyväskylä: Gummerus

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

THL 2014a. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Kanta-arkkitehtuuri. Viitattu 2.1.2014.
<http://www.kanta.fi/documents/12105/3450131/Kanta-arkkitehtuuri.jpg/f555448f-f5bb-4570-b032-0412a10c4b1c?t=1375424266461>

THL 2014b. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Liittymisohje Kanta-asiakastestipalveluun. Viitattu 26.5.2014.
http://www.kanta.fi/documents/12105/3494314/Potilastiedon+arkisto_suunnitelma+k%C3%A4ytt%C3%B6%C3%B6nottoaikatauluista/e59f550d-e90e-4a61-a0a7-f1dbab3864cd

THL 2013a. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Valtionavustus tietojärjestelmäinfrastruktuurin tehostamiseen. Viitattu 9.12.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/palvelut/maarahat/oper_valtionavustus_tietojarjestelma_infrastruktuurin_tehostamiseen

THL 2013b. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Potilastiedon arkiston valtakunnallinen liittymisjärjestys 4.11.2013. Viitattu 9.12.2013.
http://www.kanta.fi/documents/12105/3494314/Potilastiedon+arkisto_suunnitelma+k%C3%A4ytt%C3%B6%C3%B6nottoaikatauluista_v+2+2.pdf/c490ae41-1c4e-4fc1-bc9d-4b841c3e753f

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Perusterveydenhuolto 2011. Tilastoraportti. Viitattu 18.11.13.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/perusterveydenhuollon_palvelut/perusterveidenhuolto

Tilastokeskus 2012. Väestötilastot 2012. Väestöennuste 2012-2060. Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman. Julkaistu 28.9.2013. Viitattu 18.11.13.
http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sajajärvi, A. 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print.

Vilka H. 2005: Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kuviot

Kuvio 1: Ikä- ja sukupuolijakauma tarkasteluajanjaksolla	10
Kuvio 2: Keskimääräiset hoitoajat hoitovuorokausina ikäryhmittäin	11
Kuvio 3: Keskeiset hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavat lait	14
Kuvio 4: Kanta-palvelut (kanta.fi 2014a, Lapin sairaanhoitopiirin yhteiset toimintamallit - koulutusmateriaali)	15
Kuvio 5: Hoitoprosessin vaiheet (Lehtovirta & Vuokko 2014)	18
Kuvio 6: Hoitotyön kirjaamisen kehittämisen tietoperusta (mukaillen Etene 2011; Harisalo 2008; Kim 2000; Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012; Rissanen & Lammintakanen 2011; Ritvanen & Sinipuro 2013; Sairaanhoitajaliitto 1969; 2014)	27
Kuvio 7: Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä toiminnassa (Ahonen ym. 2012, 27)	29
Kuvio 8: Edistävät ja estävät tekijät kehittämistoiminnassa (Ahonen, Makkonen & Pihkala 2010; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 65)	30
Kuvio 9: Kehittämisen prosessin alkukartoitusvaihe	37
Kuvio 10: Käytössä olevat hoitosuunnitelmat alkukartoituksessa	39
Kuvio 11: Hoitosuunnitelmien arviointitulokset	40
Kuvio 12: Hoitoprosessin vaiheet hoitotyön kirjaamisessa alkukartoitusvaiheessa (ei hoitosuunnitelmaa)	41
Kuvio 13: Otsikoiden käyttö alkukartoitusvaiheessa	43
Kuvio 14: Keskeisimmät kirjausten asiasisällöt	45
Kuvio 15: Kehittämisen prosessin komponenttiosuuden käyttöönottovaihe	48
Kuvio 16: Kehittämisen prosessin hoitosuunnitelmakoulutus-vaihe	49
Kuvio 17: Kehittämisen prosessin hoitoprosessin mukaisen kirjaamisen koulutus-vaihe	50
Kuvio 18: Kuulut hoitotyön kirjaamisessa ja kehittämistoimenpiteet	51
Kuvio 19: Tiedon tehtävät ja kirjaamisessa vaikuttavat periaatteet	53
Kuvio 20: Kehittämisen prosessin kirjaamisohjeistuksen tekovaihe	55
Kuvio 21: Hoitotyön kirjaamisen kehittämissuunnitelman eteneminen	56
Kuvio 22: Suunniteltuja lähitulevaisuuden hoitotyön kirjaamisen kehittämistoimia	56
Kuvio 23: Kehittämisen prosessin jälkikartoitusvaihe	59
Kuvio 24: Hoitotyön kehittämistoiminta	67

Taulukot

Taulukko 1: ANA:n hyväksymät hoitotyön luokitukset	21
Taulukko 2: Hoitoprosessin vaiheiden kirjaamisen esiintyvyys potilaskertomuksen HOI-, tiivistelmä- ja hoitosuunnitelmalehdillä	41
Taulukko 3: Alkukartoituksessa tutkitut kirjausten lukumäärät	43
Taulukko 4: Komponenttien/tarkentimien esiintyvyys alkukartoituksessa	44
Taulukko 5: Sisällönanalyysin kvantifiointi	46
Taulukko 6: Otsikoiden esiintyvyys jälkikartoitusvaiheessa	60
Taulukko 7: Komponenttien/tarkentimien käytön muutos	61

Liitteet

Liite 1: Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje (Kaila A. & Kuivalainen L. 2008).....	78
Liite 2: Kirjaamisen arviointilomake (Kaila A. & Kuivalainen L. 2008)	80
Liite 3: Kirjaamisen kartoituksessa käytetty lomake	81
Liite 4: Sisällönanalyysi kirjausesimerkein	83
Liite 5: Sisällönanalyysin kvantifointi Excel- taulukko -ohjelman avulla.....	84
Liite 6: Hoitoprosessikoulutuksen palautelomake.....	85
Liite 7: Komponenttien/tarkentimien esiintyvyys jälkikartoituksessa osastoittain	86

Liite 1: Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje (Kaila A. & Kuivalainen L. 2008)

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

- arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitojakso/yhteenveto tai pkl-käynti)

Minimilaatutaso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1 Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
1 <i>Tarve: onko hoitotyön tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä Ei	Hoitotyön tarve on kirjattu sille varattuun kohtaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tarve (esim. on lääketieteellinen ongelma, dg, toimenpide, tulosy kuten astman seuranta tai suunniteltu toiminto esim. tarvitsee silmällä pitoa vrt. karkaalee)
2 <i>Tavoite: onko hoitotyön tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä Ei	Hoitotyön tavoite on kirjattu sille varattuun kohtaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tavoite (esim. leikkaus onnistuu) tai on suunniteltu toiminto (esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa, motivointi, saa tietoa leikkauksesta, sairaudesta vrt. potilas oppii, osaa, ymmärtää...)
3 <i>Toteutus: onko hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä Ei	Hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) on kirjattu sille varattuun kohtaan tai päiväseurantaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön toteutusta (esim. on arviointia)
4 <i>Tuloksen arviointi: onko hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?</i>	Kyllä Ei	Hoitotyön tulos on kirjattu sille varattuun kohtaan: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tulos (esim. on toteutusta kuten ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty tai on tarpeen määrittelyä)
5 <i>Yhteenveto: onko hoitotyön yhteenveto kirjattu hoitojaksosta, pitkäaikaispotilaasta > 3 kk tai sarjakäynnistä? Yksittäinen pkl-käynti arvioidaan kyllä=1</i>	Kyllä Ei	Hoitotyön yhteenveto on tehty TAI on yksittäinen pkl-käynti, josta ei tarvitsekaan tehdä yhteenvetoa Ei ole tehty päätyneestä hoitojaksosta, pitkäaikaispotilaasta (3 kk välein) tai sarjahoitokäynnistä
6 <i>Onko valitut auttamismenetelmät (suunnitellut toiminnot) kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?</i>	Kyllä Ei	Suunnitellut toiminnot on kirjattu sille varattuun kohtaan TAI lyhyeltä pkl-käynniltä riittää pelkkä komponentti ja alaluokka ilman vapaata tekstiä Ei ole kirjattu tai eivät ole hoitotyön toimintoja
7 <i>Onko suunnitteluvaiheessa valitun auttamismenetelmän tulos kirjattu?</i>	Kyllä Ei	On kirjattu vähintään yhden suunnitellun toiminnon/ auttamismenetelmän vaikutus sille varatussa kohdassa: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky hel-pottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäleväinen vielä onnistuuko) Ei kirjattu suunniteltu toiminto/ auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa arviointikohdassa sen tuloksesta (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30 tai keskusteltu ravitsemuksesta)
8 <i>Onko kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?</i>	Kyllä Ei	Kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään
9 <i>Onko kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?</i>	Kyllä Ei	Kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään
10 <i>Onko kirjatun tavoitteen ja tuloksen/ arvioinnin välillä yhteys?</i>	Kyllä Ei	Kirjatun tavoitteen ja arvioinnin välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys) Ei ole yhtään

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

- arviointikohde= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitajakso/yhteenvedo tai pkl-käynti)

Minimilaatutaso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1 Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
11 <i>Onko hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti?</i>	Kyllä	Tarve on ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, huolena, tuttuutena, haluna, toiveena, kiinnostuksena, innostuksena, valmiutena (esim. muutokseen tai suhteessa ikään) sisältäen vapaata tekstiä (esim. kiinnostunut tietämään, missä mennään tai onko kunnossa, reipas, itsenäinen, yksin asuva, väliaikainen, vähäinen, ajoittainen, toistuva, jatkuva vaiva) TAI vähintään 4 eri tarpeen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tarve on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiininomaisella vapaalla tekstillä (esim. potilaan tiedon tarve kontrollajasta)
12 <i>Onko hoitotyön tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen?</i>	Kyllä	Tavoite on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen ja se on ilmaistu potilaan konkreettisenä tekemisenä (esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, tilanne pysyy ennallaan) sisältäen vapaata tekstiä (esim. selviytyy ensin autettuna ruokailusta ja viikon kuluttua itsenäisesti) TAI vähintään 4 eri tavoitteen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tavoite ei ole yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen tai se on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiininomaisella vapaalla yleisluonteisella tekstillä (esim. vointi säilyy hyvänä, motivoituu omahoitoon)
13 <i>Onko hoitotyön toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?</i>	Kyllä	Toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen, tavoitteeseen ja tavoitteen saavuttamiseksi suunniteltujen toimintojen toteuttamiseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen juuri tällä potilaalla (esim. vähäinen, toistuva, jatkuva avustaminen; helppo, melko tai erittäin vaativa ohjaus; väliaikainen, hetkittäinen, toistuva, yhtäjaksoinen seuranta)
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai hoitajan toiminta on kirjattu rutiininomaisena tekemisen luettelemisena (esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta, muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään) tai on kuvattu potilaan toiminta irrallisena toteutuksena (esim. nukkunut, syönyt iltapalan, vieraita käymässä, potilas kertonut pahasta olostaan, ilman tarkempaa yksilöllistä sisältöä tai yhteyttä tarpeeseen ja tavoitteeseen)
14 <i>Onko tulos/ arviointi kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?</i>	Kyllä	Tulos on vertailua potilaan yksilöllisen tavoitteen saavuttamisesta ollen arvioivaa
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai tulos on irrallista toteavaa kuvausta hoitajan tekemisestä/ toteutuksesta
15 <i>Kun kaikki edelliset osiot 1-14 ovat kyllä → Onko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti?</i>	Kyllä	Osiot 1-14 ovat kyllä ja sen lisäksi on kirjattu hoitotyön kannalta olennaiset yksilölliset asiat myös loogisesti >1 yhteinen tekijä (sama komponentti JA asiayhteys) TAI yksittäiseltä lyhyeltä pkl-käynniltä riittää 1 yhteinen tekijä
	Ei	Osiot 1-14 eivät kaikki ole kyllä TAI osiot 1-14 ovat kyllä, mutta kirjaaminen on rönsyilevää ja/ tai joiltain osin niukkaa, jolloin on vaikea löytää olennaisia asioita

Liite 2: Kirjaamisen arviointilomake (Kaila A. & Kuivalainen L. 2008)

KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE		arviointipvm: / 20																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Σ ka
arviointikoide = yhden potilaan hoitoyön suunnitelma (päätynyt hoitajakso, yhteenveto >3 kk-tai pkk-käynti)																						
arviointiyksikkö:																						
Auditoitava osio/ hoitosuunnitelma																						
1	Hoitoyön tarve kirjattu 1)																					0
2	Hoitoyön tavoite kirjattu 2)																					0
3	Hoitoyön toteutus kirjattu 3)																					0
4	Hoitoyön tulos/ arviointi kirjattu 4)																					0
5	Hoitoyön yhteenveto kirjattu 5) paiksi 6)																					0
6	Suunnitelut toiminnot kirjattu 7)																					0
7	Suunnitelujen toimintojen vaikutus kirjattu 5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
8	Tarve → tavoite, vähintään 1 yhtenäinen tekijä 5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
9	Tavoite → toteutus, vähintään 1 yhtenäinen tekijä 5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
10	Tavoite → arviointi, vähintään 1 yhtenäinen tekijä 5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
11	Tarve=potilaan yksilöllinen 6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
12	Tarve=yksilöllinen suhteessa yksilölliseen tarpeeseen 9)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
13	Toteutus suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen 10)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
14	Tulos suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen 11)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
15	Yksilöllisyys & loogisuus, > 1 yhtenäinen tekijä 12)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Σ	tulokseen arviointi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
	ei hyväksyttävä taso	0,00-4,99																				
	heikko taso	5,00-8,30																				
	hyvä taso	8,31-11,60																				
	kiitettävä taso	11,61-15,00																				
			tarvitaan kirjaamisen perussitoiden kehittämistä																			
			▼ myös tarpeiden kirjaamisessa on kehitettävää																			
			▼ myös tavoitteiden kirjaamisessa on kehitettävää																			
			▼ myös toteutuksen kirjaamisessa on kehitettävää																			
			▼ myös arvioinnin kirjaamisessa on kehitettävää																			
			▼ myös yhteenvetöiden kirjaamisessa on kehitettävää																			
1)	Jos osio 1 = 0, myös osiot 6, 11-15 = 0																					
2)	Jos osio 2 = 0, myös osiot 8-10, 12-15 = 0																					
3)	Jos osio 3 = 0, myös osiot 8, 13, 15 = 0																					
4)	Jos osio 4 = 0, myös osiot 7, 10, 14, 15 = 0																					
5)	Jos osio 5, 7-10 = 0 myös osio 15 = 0																					
6)	ei koske yksittäisiä pkk-käyntejä, jossa yhteenveto = 1																					
7)	Jos osio 6 = 0, myös osiot 7 ja 15 = 0																					
8)	Jos osio 11 = 0, myös osiot 12-15 = 0																					
9)	Jos osio 12 = 0, myös osiot 13-15 = 0																					
10)	Jos osio 13 = 0, myös osio 15 = 0																					
11)	Jos osio 14 = 0, myös osio 15 = 0																					
12)	ei koske yksittäisiä pkk-käyntejä, jossa riittää 1 yhtenäinen tekijä																					

Liite 3: Kirjaamisen kartoituksessa käytetty lomake

Kirjaamisen arvioinnissa käytetään HOITOSUUNNITELMA-LEHTEÄ, TIVISTELMÄ-LEHTEÄ ja HOI-LEHTIÄ KULUVAN HOITOJAKSON ALALTA.

1. Onko potilaalla käytössä HOITOSUUNNITELMA-lomake?

KYLLÄ		EI	
-------	--	----	--

JOS KYLLÄ, ARVIOIDAAN HOITOSUUNNITELMA-LOMAKE ERILLISELLÄ HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJEEN LOMAKKEELLA (Kailla Arja, Kuivalainen Leena 2008).

JOS EI, TÄYTTÄ ALLA OLEVA RUUDUKKO:

Onko kuluvan hoitojakson hoitotyön kirjaamisessa tunnistettavissa hoitotyön prosessin mukaiset	KYLLÄ	EI	Miten nähtävissä (lyhyt kuvaus, esim. ydintiedon/tarkentavan otsikoinnin kautta)? Jos prosessin vaihtetta ei ole tunnistettavissa tai ei voida arvioida esimerkiksi vasta alkaneen hoitojakson vuoksi, rivi jätetään tyhjäksi
A. Tulotilannetiedot			
<i>Keskeiset kirjatut tietosisällöt tulotilanteessa</i>			
B. Hoidon suunnittelu (tarve, tavoitteet ja keinot)			
C. Hoidon toteutus			
D. Hoidon tulosten arviointi			

2. MIHIN HOITOTYÖN PROSESSIN MUKAISET TIEDOT (A-D, ks. edellä) ON KIRJATTU (rasitia useampi tarvittaessa)?
HOITOSUUNNITELMA
HOI-LEHTI
TIVISTELMÄ

A	B	C	D

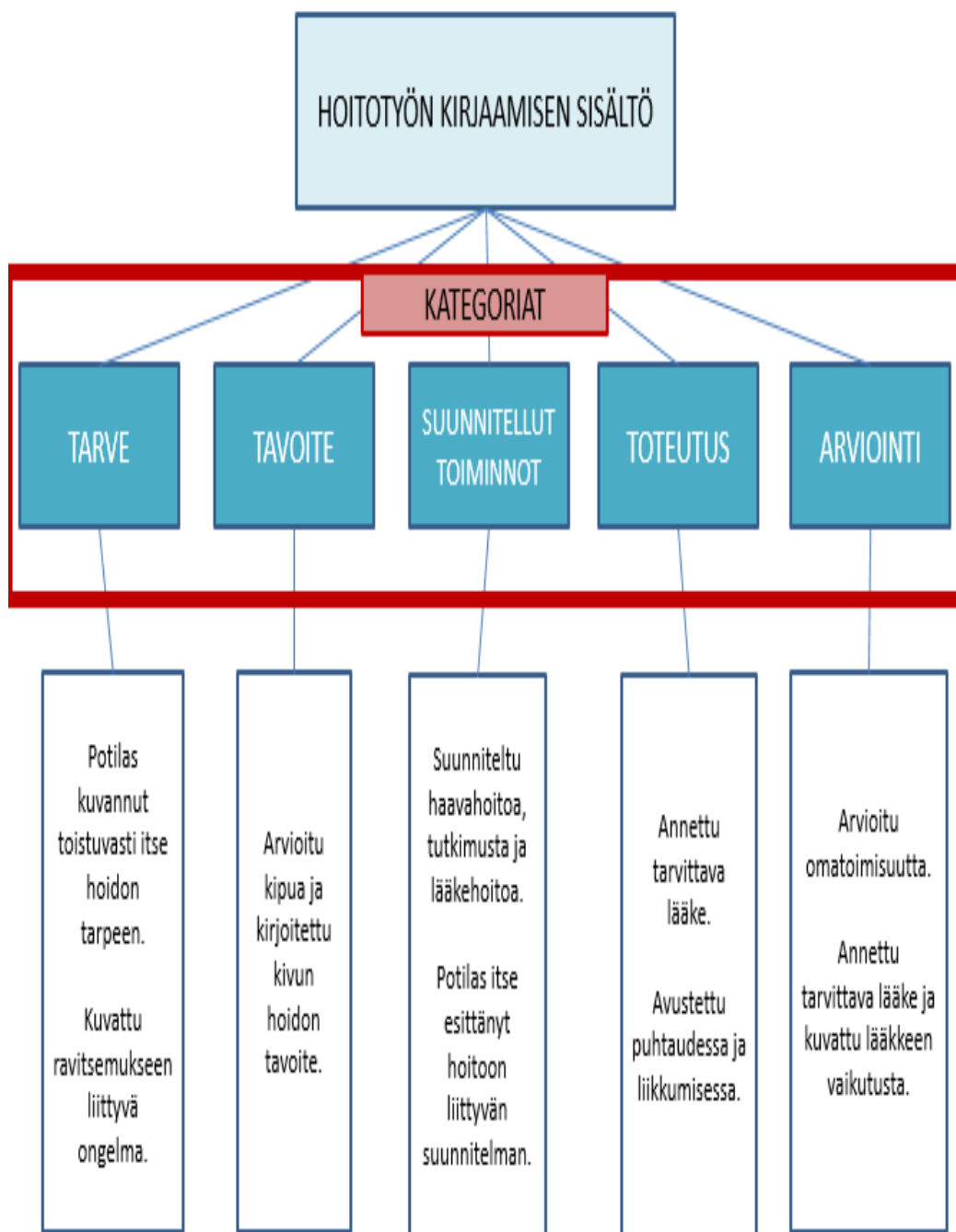
3. HOITOTYÖN PÄIVITTÄINEN KIRJAAMINEN: ydintiedot, otsikointi ja tietosisältö aihealueittain.

Tarkastelussa HOI-LEHTI 25 (max) VIIMEISINTÄ KIRJAUSTA. Jos tarkasteltavana olevalla HOI-lehdellä

<25 kirjausta, katsotaan käytettävissä oleva määrä kirjauksia. Käyntirivi= 1 kirjaus.

OTSIKKO	TARKENNIN/KOMPONE NTTI	TIETOSISÄLTÖ (karkea kuvaus aihealueittain, esimerkiksi lääkehoito, toimintakyky, ravitus, kuntoutus, puhtaus, erittäminen jne.)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Liite 4: Sisällönanalyysi kirjausesimerkein



Liite 5: Sisällönanalyysin kvantifiointi Excel-taulukko -ohjelman avulla

	A	B	C	D	E
1	OTSIKKO	TARKENNIIN/KOMPONENTTI	TIETOSISÄLTÖ (karkea kuvaus aihealueittain, esimerkiksi lääkehoito, toimintakyky, ravitseminen, kuntoutus, puhtaus, erittäminen jne.)	VAIHE (A=tarve, B=tavoite, C=suunnitellut toiminnot, D=toteutus, E=arviointi, ?=epävarma)	
2	Hoitotyön toiminnot	-	Uni, erittäminen	D	
3	Hoitotyön toiminnot	Erittäminen	Erittäminen	D	
4	Hoitotyön toiminnot	Päivittäiset toiminnot	Syöminen, puhtaus, asento-ohjeet	D	
5	Hoitotyön toiminnot	-	Uni, erittäminen	D	
6	Hoitotyön toiminnot	Erittäminen	Erittäminen	D	
7		Ravitseminen	Ruokailussa avustaminen	D	
8	Hoitotyön toiminnot	Erittäminen	Erittäminen, liikkumisessa avustaminen, liikkumisen avun tarpeen arvio	D, E	
9	Hoitotyön toiminnot	Päivittäiset toiminnot	Puhtaudessa ja ruokailussa avustaminen, erittäminen, yleistilan arvio	D, E	
10	Hoitotyön toiminnot	Erittäminen	Erittäminen	D	
11		Ravitseminen	Ruokailussa avustaminen	D	
12		-	Psyykkisen tilan kuvaus, erittäminen	D	
13	Hoitotyön toiminnot	Lääkehoito	Lääkehoito, puhtaudessa avustaminen, tehty mittauksia, erittäminen	D	
14	Hoitotyön toiminnot	-	Yhteys omaiseen	D	
15	Hoitotyön toiminnot	-	Uni, erittäminen	D	
16	Hoitotyön toiminnot	-	Erittäminen (syyn pohdintaa), erittämistoimintaan liittyvä suunnittelu	C, E	
17	Hoitotyön toiminnot	Päivittäiset toiminnot	Puhtaudessa ja ruokailussa avustaminen, erittäminen, psyykkisen tilan arvio	D, E	
18	Hoitotyön toiminnot	-	Uni, erittäminen, liikkumisessa avustaminen	D	
19	Hoitotyön toiminnot	Päivittäiset toiminnot	Puhtaudessa avustaminen	D	
20		Ravitseminen	Ravitseminen	?	
21	Hoitotyön toiminnot	-	Uni	D	
22	Hoitotyön toiminnot	-	Liikkumisessa avustaminen, erittäminen	D	
23	Hoitotyön toiminnot	Päivittäiset toiminnot	Erittäminen	D	
24	Hoitotyön toiminnot	Päivittäiset toiminnot	Puhtaudessa avustaminen, erittäminen	D	
25		Ravitseminen	Ravitseminen	?	
26	Hoitotyön toiminnot	-	Avun tarve, sekavuus/eriläinen toiminta, erittäminen	A, D	

VAIHE (A=tarve, B=tavoite, C=suunnitellut toiminnot, D=toteutus, E=arviointi, ?=epävarma)

Lajittelu A - Ö

Lajittelu Ö - A

Lajittelu värin mukaan

Poista suodatint kohteesta VAIHE (A=tarve, ...)

Suodatus värin mukaan

Tekstisuodattimet

Haku

(Valitse kaikki)

?

A

A, C

A, C, D

A, C, D, E

A, C, E

A, D

A, D, E

A, E

B, D

C

C, D

C, D, E

C, E

D

D, E

D, E

E

OK Peruuta

100%

Liite 6: Hoitoprosessikoulutuksen palautelomake

Hyvä vastaaja

Pyydän sinua arvioimaan oman kokemuksesi perusteella hoitotyön kirjaamisen kehittämissuunnitelmaan kuuluvaa hoitoprosessi-koulutusta. Tavoitteena on ollut selventää hoitoprosessin merkitystä hoitotyön kirjaamista ohjaavana tekijänä ja opastaa prosessin mukaista kirjaamista käytössä olevassa potilastietojärjestelmässä.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan ympyröimällä mielestäsi kuvaavin vastausvaihtoehto. Vapaassa tilassa voit halutessasi perustella vastauksiasi ja esittää kehittämisehdotuksia. Vastausvaihtoehdot ovat:

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

1. Opिन miten määrittelen potilaan hoidon tarpeen hänen tarpeistaan lähtöisin.

1 2 3 4 5

2. Opिन miten yhdessä potilaan kanssa asetetaan konkreettinen tavoite, joka kuvaa potilaan tilassa tapahtuvaa muutosta.

1 2 3 4 5

3. Opिन miten suunnittelen hoitotyön toimintoja ja kirjaan suunnittelua ja toteutusta.

1 2 3 4 5

4. Opिन miten arvioin potilaan voinnissa tapahtunutta muutosta suhteessa tavoiteeseen.

1 2 3 4 5

5. Kuinka paljon saamasi koulutus edisti osaamistasi hoitoprosessista kokonaisuutena?

1 2 3 4 5

6. Kuinka paljon hoitoprosessin mukainen kirjaaminen mielestäsi parantaa hoitotyön kirjaamisen laatua?

1 2 3 4 5

7. Kuinka paljon uskot hoitoprosessimallin käyttöön ottamiseen kirjaamisessa eli muutoksen aikaansaamiseen?

1 2 3 4 5

8. Minkä verran koit saavasi apua kirjaamiseen koulutuksen myötä?

1 2 3 4 5

9. Vapaa sana palautetta varten (kirjoita paperin kääntöpuolelle).

KIITOS VASTAUKSESTASI!

Liite 7: Komponenttien/tarkentimien esiintyvyys jälkikartoituksessa osastoittain

KOMPONENTTI					YHT.	% osuus
Tyhjät	2	49	25	6	82	4,99 %
Aamu	0	0	0	11	11	0,67 %
Aistitoiminta	0	5	4	7	16	0,97 %
Aktiveetti	12	27	50	126	215	13,09 %
Erittäminen	26	73	53	102	254	15,46 %
Hengitys	0	2	0	2	4	0,24 %
Ilta	0	0	0	35	35	2,13 %
Jatkohoito	0	2	0	0	2	0,12 %
Kanssakäyminen	0	8	5	0	13	0,79 %
Kierto	0	0	0	17	17	1,03 %
Kudoseheys	0	5	32	62	99	6,03 %
Lääkehoito	24	32	35	14	105	6,39 %
Nestetasapaino	0	0	5	2	7	0,43 %
Psyykinen tasapaino	3	18	3	34	58	3,53 %
Päivittäiset toiminnot	224	133	115	159	631	38,41 %
Ravitseminen	1	12	1	8	22	1,34 %
Selviytyminen	0	14	4	34	52	3,16 %
Soitto X	0	1	0	0	1	0,06 %
Turvallisuus	0	3	2	1	6	0,37 %
Verenkierto	0	1	5	1	7	0,43 %
Yö	0	0	0	6	6	0,37 %
				Kaikki yht.	1643	
Osastot	A	B	C	D	YHT.	
Potilaskertomusten määrä	13	15	13	14	55	
Komponenttitason kirjausten määrä	292	385	339	627	1643	