



LAUREA

# Kirjaamisen kehittämisprojekti Jorvin terveyskeskuksen osasto 1:llä



Ekman, Marjo-Riitta

Song-Kolu, Lijuan

Väinölä, Marina

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

**Kirjaamisen kehittämisprojekti Jorvin terveyskeskuksen  
osasto 1:llä**

Ekman Marjo-Riitta  
Song-Kolu Lijuan  
Väinölä Marina  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2010

Ekman Marjo-Riitta, Song-Kolu Lijuan, Väinölä Marina

### Kirjaamisen kehittämisprojekti Jorvin terveyskeskuksen osasto 1:llä

Vuosi 2010 Sivumäärä 46

---

Suomessa on käynnistynyt kansallisen systemaattisen hoitotyön kirjaamisen hanke. Hanke jaettiin kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe oli valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok) 2005 - 2008. Toinen vaihe oli kansallisesti yhtenäinen hoitotyön tiedot -hanke (HoiData) 2007 - 2009. Kolmannen vaiheen lopussa vuonna 2011 kanta-arkisto otetaan käyttöön. HoiData- hankkeen työtä jatketaan eNNI-hankkeella. Espoon sairaaloilla oli hoitotyön kirjaamisen kehittämishanke, jossa Laurea-ammattikorkeakoulu oli mukana. Tämä hanke toimi eNNI-hankkeen ohjauksessa. Hankkeen tarkoituksena oli työyhteisöjen osaamisen kehittäminen rakenteisessa kirjaamisessa sekä niiden oman toiminnan muuttaminen hoitotyön kirjaamisessa. Hanke aloitettiin vuoden 2008 syyskuussa ja kesti vuoden 2009 loppuun. Hankkeessa oli mukana kuusi vuodeosastoa ja kotisairaala. Tässä raportissa kuvataan Jorvin sairaalan terveyskeskuksen osasto 1:n kehittämistoimintaa. Työryhmässä oli jäseninä osaston henkilökuntaa sekä sairaanhoidon opiskelijoita. Kehittämiskohteeksi valittiin ”Hoidon tarpeen määrittely ja sen kirjaaminen potilaan tulovaiheessa”.

Kehittämistoiminnan teoreettisena tietopohjana oli kansallinen hoitotyön kirjaamismalli (Finnish Care Classification) (Tanttu 2009), potilasasiakirjaan liittyvät lait sekä kehittämiskohteeseen liittyvät teoriat. Kehittämistoimintaprosessi toteutettiin juurruttamismenetelmän mukaisesti.

Kehittämistoiminnan aikana pidetyt koulutustilaisuudet antoivat tukea ja ohjausta toiminnalle. Hoitotyöyksikössä osastonhoitaja johti kehittämistoimintaa. Työryhmä tuki oman yksikön kehittämistoimintaa, välitti tietoa sekä antoi työyhteisölle ohjausta. Opiskelijat antoivat kehittämistoiminnalle teoreettista tukea. Kehittämistoiminnan lopputuloksena oli kehittynyt hoitotyön tarpeen määrittämisen potilaan tulovaiheen kirjaamisen toimintatapa.

Kehittämistoiminnan arvioinnissa arvioitiin työryhmän toimintaa ja uuden toimintatavan vaikutusta osaston hoitotyöhön.

Potilaan hoitotyön kirjaamisen kehittämistoiminta jatkuu edelleen hoitotyöyksikössä juurruttamisen pohjalta.

Avainsanat: juurruttaminen, hoitotyöprosessi, hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Ekman Marjo-Riitta, Song-Kolu Lijuan, Väinölä Marina

**The report of the documentation development project in Jorvi health center ward 1**

Year	2010	Number of pages	46
------	------	-----------------	----

---

A national systematical recording of nursing project has started in Finland. The project was divided into three stages: The first stage was the developing project of electronic documentation of national nursing (HoiDok) 2005 - 2008. The second stage was the national unifying of the nursing information project. At the end of the third stage in 2011, the base archive will be put into use. The work of HoiData project is continued in the eNNI project. Hospitals in Espoo and Laurea University of applied sciences have carried out a joint project through eNNI project. This project was under the supervision of eNNI project. The purpose of the project was to develop the work community's know-how in structured recording and change their operations in nursing recording. The project started in September 2008 and it ended at the end of 2009. Six bed wards and a home hospital participated in the project. This report represents the developing work of the ward personnel 1 in the health center of Jorvi hospital. There were personnel from the ward and nursing students in the work group. "Specification of need of treatment and its recording at patient's arrival stage" was selected as the development target.

The theoretical information base of the project of the developing work was Finnish Care Classification (Tantt 2009), laws of patient documentation and theories of the development target. The development work process was executed in accordance with the dissemination method.

The training occasions carried out during the development work gave support and guidance. The head nurse led the development work at the nursing unit. The work group supported the development work of its own unit, forwarded information and provided guidance to the working community. The students supplied theoretical support to development work. The result of the development work was an advanced model of specification document for treatment and its recording at patient's arrival stage.

When evaluating the development work the operations of work group and the influence of new methods within nursing were estimated.

The development work of recording of patient's treatment is still continuing at the care unit based on dissemination.

Keywords: dissemination, nursing procedures, the recording of nursing, the structural recording of nursing

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT .....	7
	2.1 Tiedon merkitys hoitotyön kehittämistyössä .....	7
	2.2 Juurruttamisen teoria kehittämistoiminnan teoreettisena pohjana .....	7
	2.3 Kysely ja sisällönanalyysi kehittämistoiminnan työkaluna .....	9
3	KEHITTÄMISTOIMINTA JORVIN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTO 1:LLA .....	11
	3.1 Yleistä .....	11
	3.2 Potilaan hoidon tavoitteet.....	11
	3.3 Hoitohenkilökunta.....	11
	3.4 Osaston hoitotyön arvot.....	11
4	KEHITTÄMISTOIMINNAN TEOREETTISET PERUSTEET JA KEHITTÄMISKOHDE .....	13
	4.1 Sähköiseen kirjaamiseen liittyvät lainsäädännöt .....	13
	4.2 Hoitotyöprosessi ja sen kirjaaminen .....	14
	4.3 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen.....	16
	4.4 Hoidon tarpeen määrittely kehittämiskohtena.....	19
5	KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS.....	23
	5.1 Kehittämistoiminnan merkityksen tunnistaminen .....	23
	5.2 Nykytilanteen kuvaaminen .....	24
	5.3 Hiljainen tiedon käsitteellistäminen ja kehittämiskohteen löytäminen.....	24
	5.4 Teoreettisen ja tutkitun tiedon hakeminen .....	25
	5.5 Uuden toimintatavan muodostuminen .....	25
	5.6 Uuden toimintatavan mukaisen kirjaamisen oppiminen .....	26
6	UUSI TOIMINTATAPA .....	27
7	KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI .....	29
	7.1 Kehittämistoiminnan arvioinnin teoreettiset perusteet.....	29
	7.2 Työryhmätoiminnan arviointi .....	29
	7.3 Uuden toimintatavan arviointi .....	34
	LÄHTEET .....	36
	KUVIOT .....	39
	KAAVIOT .....	39
	TAULUKOT.....	39
	LIITTEET .....	40

## 1 JOHDANTO

Suomessa on käynnistynyt kansallinen hoitotyön systemaattisen kirjaamisen hanke. Hanke jaettiin kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe oli valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok) 2005 - 2008. Toinen vaihe oli kansallisesti yhtenäinen hoitotyön tiedot -hanke (HoiData) 2007 - 2009. Kolmannen vaiheen lopussa eli 2011 kanta-arkisto otetaan käyttöön. HoiDok - hankkeen tuloksena on kehittynyt kansallisesti yhtenäinen hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli, joka perustuu hoitotyön prosessin mukaisiin ydintietoihin (= hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto). Toisessa vaiheessa hanke osallistui kansallisen hoitotyön kirjaamismallin vaatimusmäärittelytyöhön ja testauksiin yhteistyössä eri järjestelmätoimittajien kanssa sekä kouluttaa henkilöstöä kansallisen hoitotyön kirjaamismallin käyttöönottoa varten. Se myös loi verkkoympäristön yhteistyössä STM:n kanssa hoitotyön systemaattisen kirjaamisen koulutukselliseen tukemiseen sekä testaa hoitotyön johtamiseen tarvittavien tilastojen ja raporttien saatavuutta organisaation ja kliinisen hoitotyön tasolla. Valtakunnallisen tason indikaattoreiden määrittäminen tapahtuu Stakesin hoitotyön benchmarking - hankkeen toimesta. (Tantt 2009, 4 -6.)

HoiData- hankkeen työtä jatketaan eNNI-hankkeella. Tavoitteena eNNI-hankkeessa on muun muassa uuden tiedon ja osaamisen tuottaminen yhteisessä hoitotyön kirjaamisen kehittämistoiminnassa hoitajien, hoitotyön opiskelijoiden ja opettajien kesken sekä osaamisen ottaminen käyttöön työyksiköissä hoitotyön kirjaamisen käytännön uudistamiseksi. (Ikonen 2008.) Espoon sairaalalla oli kirjaamisen kehittämishanke, jossa Laurea-ammattikorkeakoulu oli mukana. Tämä hanke toimi eNNI-hankkeen ohjauksessa. Hankkeen tarkoituksena oli työyhteisöjen osaamisen kehittäminen hoitotyön kirjaamisessa sekä niiden oman toiminnan muuttaminen rakenteisessa kirjaamisessa. Hanke aloitettiin vuoden 2008 syyskuussa ja kesti vuoden 2009 loppuun. Hankkeessa oli mukana kuusi vuodeosastoa ja kotisairaala. Tässä raportissa kuvataan Jorvin sairaalan terveyskeskuksen osasto 1:n kehittämistoimintaa. Työryhmässä oli jäsenenä osaston henkilökuntaa sekä sairaanhoidon opiskelijoita. Kehittämiskohteeksi valittiin ”Hoidon tarpeen määrittely ja sen kirjaaminen potilaan tulovaiheessa”.

## 2 KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT

### 2.1 Tiedon merkitys hoitotyön kehittämistyössä

Erikssonin mukaan tieto ja ymmärtäminen ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa keskenään. Eriksson korostaa tietämisen prosessiluonteisuutta, mikä ilmenee sen ympäristön tiedontarpeena, missä ihminen elää (Eriksson 1993, 11.) Hoitotyössä tietoperusta muodostuu hoitotyön perinne- ja kokemustiedosta sekä hoitotieteen tutkimasta tiedosta. Hoitotyön tietoperusta on muodostunut alansa metaparadigma-käsitteistä, jotka ovat ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyö. Hoitotyössä tarvittava tieto muodostuu myös monilta eri tieteenaloilta mm. psykologia, sosiologia ja lääketiede, ja niiden kehittämää tietoa sovelletaan hoitotieteeseen. (Krause & Salo 1992, 133.)

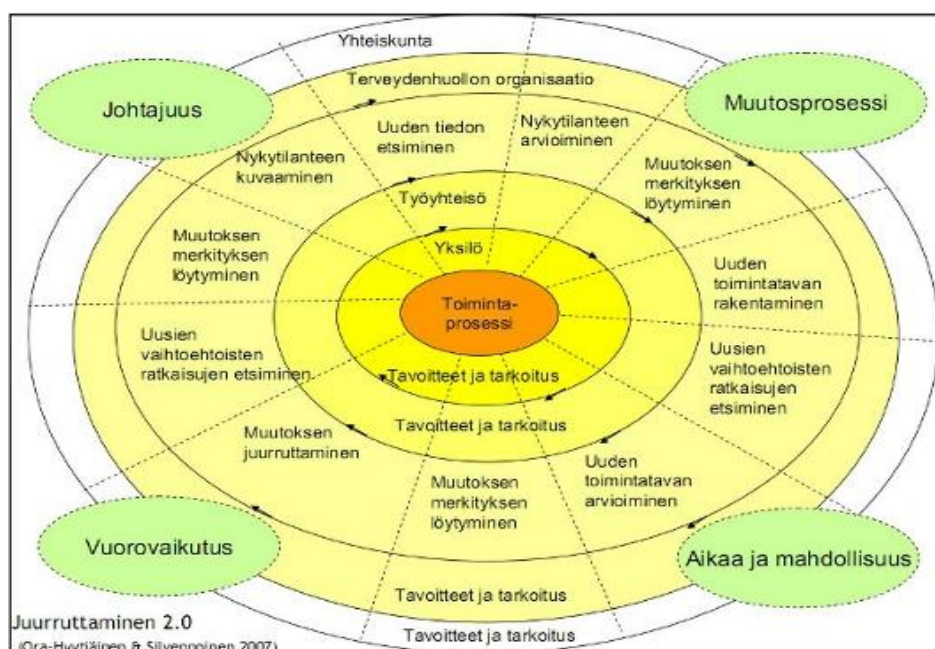
Hoitotyön toteutuksessa tarvitaan monitieteistä tietoa ihmisestä, hänen terveydestään, ympäristöstä sekä erilaisista hoitotoiminnoista. Riittämätön tieto aiheuttaa ongelmia hoitotyön käytännössä, itse perustehtävän toteutuksessa. Riittämättömän tai epäkelvon tiedon varassa tehdyt hoitotyön päätökset voivat pahimmillaan johtaa hoitovirheisiin. Hoitotyöntekijän eettisenä velvollisuutena on toteuttaa korkeatasoista hoitotyötä myös hoitotyön suullisessa ja kirjallisessa tiedottamisessa. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajat tukevat toisiaan mm. potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä. (Suomen sairaanhoitajaliitto 1996, 34.)

### 2.2 Juurruttamisen teoria kehittämistoiminnan teoreettisena pohjana

eNNL-hankkeen opiskelijan ja työyksikön yhteistyössä toteutettavan kehittämistoiminnan menetelmänä käytetään juurruttamismenetelmää (kuvio 1). Juurruttamisprosessia esittävä kaaviokuva on jaettu viiteen kehään, joiden mukaan kehittämistoiminnan eettisenä perusteena ovat yhteiskunnan hoitotyön arvot (sosiaalihuollon lait, Espoon kaupungin strategian suutaukset ja osaston hoitotyön arvot), kehittämistoiminnan tavoitteet ja tarkoitukset (toteutetaan yhtenäinen kansallinen rakenteinen hoitotyön kirjaaminen). Kehittämistoiminnan prosessin suunnittelu on tukeva pohja toiminnan toteutukselle. Kehittämistoiminnassa työyhteisön osallistuminen ja sitoutuminen kehittämiseen ja muutosprosessiin on tärkeää kehittämistoiminnan onnistumisen kannalta. Kehittämistoiminta tarvitsee aikaa ja mahdollisuuksia, joten työyhteisön johtajan on annettava tarvittavat tuet mm. järjestämään mahdollisuuksia työyhteisölle keskusteluun muutoksesta, eri työvaiheiden arviointiin ja uusimpaan tietoon perehtymiseen.

Juuruttamismenetelmän mukaan kehittämistoimintaprosessi jakautuu kuuteen vaiheeseen ja ensimmäisessä vaiheessa prosessi käynnistyy muutoksen merkityksen tunnistamisella, jossa

hoitotyön kirjaamisen kehittämistoiminnan tavoitteet ja tarkoitukset tuodaan yhteiseen tarkasteluun. Toinen vaihe on työyhteisön nykyisen toimintatavan kuvaaminen. Kolmannessa vaiheessa tehdään analyysi nykyisen toiminnan kuvauksesta, josta hiljaista tietoa muodostuu näkyväksi käsitekartaksi. Sen pohjalta neljännessä vaiheessa tarkastellaan ja arvioidaan sekä tunnistetaan kehittämiskohteita. Työyhteisö kehittää osaamistaan perehtymällä hoitotyön kirjaamista koskevaan uusimpaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon, työyhteisö priorisoi kehittämiskohteet ja valitsee yhden niistä kyseiseen projektiin. Viidennessä vaiheessa kehittämiskohteeseen laaditaan perusteltu ehdotus uudeksi toimintatavaksi, jota arvioidaan ja muokataan työyhteisölle sopivaksi. Viimeisessä vaiheessa uusi toimintatapa otetaan käyttöön ja arvioidaan juurruttamisprosessi. (Ora-Hyytiäinen & Silvenoinen 2007.)



Kuvio 1: Juurruttamisen prosessi (Ora-Hyytiäinen & Silvenoinen 2007)

Juuruttaminen perustuu teoreettisen ja tutkitun tiedon sekä hiljaisen tiedon välisille käsitteilykierroksille. Tutkittu tieto on käsitteellistä ja teoreettista tietoa. Hiljainen tieto on sitä vastoin työyhteisön ja siinä toimivien ihmisten kontekstiin sitoutunutta tietoa. Tutkitun ja hiljaisen tiedon vertaamisen ja ymmärtämisen seurauksena syntyy uutta tietoa, josta voidaan muodostaa uutta osaamista. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvenoinen 2005, 2.)

Juuruttamista kutsutaan vaiheittaiseksi prosessiksi, jossa kumppanit rakentavat ja luovat uutta tietoa sekä uusia toimintatapoja ja malleja oppimiseen ja se toteutuu kehittämispohjaisena. Juurruttaminen on alkujaan japanilaisten kehittämä käsitteilykierroksiin perustuva, kahden tietolajin välinen uuden tiedon luomismenetelmä. Menetelmässä on ajatuksena olemassa



olevan tiedon sekä tutkitun ja teoreettisen tiedon välisten kierrosten avulla sopeuttaa uusi tieto toimintaympäristöön. Juurruttaminen perustuu siihen olettamukseen, että se on toimintaan kytkeytyvää tietoa ja toisaalta toiminnassa olevaa hiljaista tietoa. Jotta hiljaista tietoa voidaan käyttää, tieto on muutettava näkyväksi, esimerkiksi sanoiksi ja numeroiksi. Juurruttaminen on tietynlaista oppimista, joka sisältää sekä yksilön että yhteisön oppimisen. Oppimista tarkastellaan uuden tiedon tuottamisena, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa yksilön ja yhteisön välillä. (Ahonen ym. 2005, 2.)

Juuruttamisella tarkoitetaan kehittämistyön tulosten siirtämistä käytäntöön. Tuloksia ei siirretä pelkästään kehittämistyön jo tapahduttua vaan koko kehittämistyön ajan, kun kehittäjät ja käytännön työntekijät ovat aktiivisessa vuorovaikutuksessa. Käytännön työntekijöiden on voitava osallistua kehittämistyöhön, jotta uusi palvelumalli, työmenetelmä tai innovaatio tulisi osaksi normaalia käytäntöä. Juurruttamisella voidaan myös tarkoittaa menetelmän, mallin tai innovaation levittämistä paikalliselta tasolta laajemmalle. Tällöin soveltamisessa on kuitenkin voitava ottaa huomioon paikalliset olot. Juurruttaminen toimintatapana on yhteisöllinen oppimisprosessi, siinä eri toimijat syventävät ymmärrystä vuorovaikutuksen avulla siitä, mikä on ratkaistava ongelma ja millä tavoin sitä lähdetään ratkaisemaan. (Kivisaari, Saranummi & Parviainen 2004.) Nousiaisen (2006, 3) mukaan kehittämistyön tulosten juurruttamisen haasteita ovat mm. työntekijöiden sitoutuminen kehittämistyöhön, ajan ja tuen saaminen, juurruttamisen selkeä suunnitelma ja yhteinen kieli sekä riittävän tarkasti määritellyt ja hyväksytyt kehittämistyön pohjana olevat arvot ja eettiset periaatteet.

### 2.3 Kysely ja sisällönanalyysi kehittämistoiminnan työkaluna

Kyselyn aineisto on kerätty tavalla, jossa kysymyksillä on vakioitu muoto. Sen mukaisesti kaikille kyselyyn vastaaville tehdään samat kysymykset, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselyssä kysymys luetaan itse ja sen jälkeen vastataan siihen. Kyselyä käytetään silloin, kun havaintoyksikkönä on sekä henkilö että häntä koskevat asiat esim. mielipiteet, asenteet, ominaisuudet tai käyttäytyminen. Kysely voidaan toteuttaa postitse tai internetissä. (Vilka 2007, 28.) Lomakekyselyllä kerättyjen aineistojen avulla voidaan testata hypoteeseja ja kerätty aineisto voidaan myös helposti tehdä mittaluvuin käsiteltäväksi. Lomakekyselyssä voidaan käyttää vaihtoehtoista kyselyä tai täysin jäsenettyä kyselyä. Lomakekyselyn kysymykset ovat tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä, jokaiselle kysymykselle on siis löydettävä perustelu tutkimuksen viitekehystä, tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetystä tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74 -75.) Tässä kehittämistoiminnassa kyselylomakkeiden avulla on mm. hoitotyöyksikön hoitotyön kirjaamisen nykytilaa kartoitettu ja myös kehittämistoiminnan tuloksia arvioitu.

Tutkimuksessa tutkimusaineiston kerääminen, aineiston käsittely sekä analysointi ja tulkinta ovat erillisiä vaiheita. Aineiston käsittely tarkoittaa lomakkeilla saadun aineiston tarkistamista. Tiedot on syötetty ja tallennettu tietokoneelle sellaisessa muodossa, että niitä voidaan tutkia numeraalisesti taulukko- tai tilasto-ohjelmien avulla. (Vilka 2007, 106.) Heikkilä (2004, 124 -130) mukaan tietojen tallentamiseen on useita ohjelmia ja tallennustapa riippuu siitä, mitä ohjelmaa käytetään.

Aineistoa aletaan käsitellä, kun kyselemällä on saatu kerättyä aineisto kokoon ja aineiston keräämisen määräaika, johon on tavallisesti varattu 10 -14 päivää, on umpeutunut. Lomakkeiden tiedot tarkistetaan ja vastausten laadut arvioidaan sekä poistetaan heti asiattomasti täytetyt lomakkeet. Tämän jälkeen käydään läpi jokainen kysymys ja arvioidaan puuttuvat tiedot ja virheet. Puutteellisesti täytetyt lomakkeet poistetaan. (Vilka 2007, 106 -110.) Heikkilän (2004, 183) mielestä tutkimusongelmaan ja kysymyksiin sopiva analyysimenetelmä voidaan aina ennakoida etukäteen silloin, kun suunnitellaan tutkimusta, mutta kuitenkin käytännössä on tärkeää, että valittu analyysimenetelmä on sopiva kyseiselle muuttujalle. Vilkan (2007, 119) mukaan analyysimenetelmän valinta riippuu muuttujan luvusta ja muuttujien välisestä riippuvuudesta sekä siitä miten muuttujat vaikuttavat toisiinsa. Jos tarkoituksena on saada tietoa yhden muuttujan jakaumasta, niin silloin analyysimenetelmänä voidaan käyttää sijaintilukuja. Sijaintiluku tarkoittaa havaintoarvojen sijaintia kuvaavia tunnuslukuja. Tavallimmat sijaintiluvut ovat keskiarvo ja moodi. Tämän kehittämistoiminnan loppuarvioinnissa on käytetty keskiarvoa.

Tutkimustuloksia voidaan esittää taulukkoina, kuvioina, tunnuslukuna ja tekstinä. Tulokset tulee esittää neutraalisti, jotta lukija ei saa niistä väärää tai painottunutta kuvaa. (Vilka 2005, 169.) Jos esitettäviä asioita on paljon tai ne kuvataan yksityiskohtaisesti, taulukko on parhaiten tarkoitukseen soveltuva menetelmä. Tunnuslukuja käytettäessä taas esitetään yksittäistä lukua koskevaa tietoa. Samaan aikaan esitetään sekä jakauman keskiarvo että hajontaluku. Kuvioita käytetään tavallisesti esitettäessä nopeasti luettavaa tietoa tai yleiskuvaa jakaumasta tai painotettaessa tietoa tai sen laadullisia ominaisuuksia. (Hirsijärvi 2007, 299, 303 & Vilka 2007, 135.) Kuvioina käytetään yleensä pylväs-, piirakka-, viiva- ja aluekuvioita. Kuvioita käytetään, kun halutaan havainnollinen kuva tuloksista visuaalisesti. Niillä voidaan antaa hyvä yleiskuva arvojen jakautumasta. (Valli 2001, 161 -162.) Kehittämistoiminnassa hoitotyöyksikön hoitotyön kirjaamisen nykytila on kuvauksessa esitetty taulukon muodossa, kun taas tulosten arvioinnissa on esitetty kuvio-, tunnusluku- ja tekstimuodoissa.

### 3 KEHITTÄMISTOIMINTA JORVIN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTO 1:LLA

#### 3.1 Yleistä

Espoon kaupungin terveyskeskuksen osasto 1 sijaitsee Jorvin sairaalan kolmannessa kerroksessa. Osastoilla hoidetaan aikuisikäisiä, akuutisti sairastuneita espoolaisia, joiden sairaus ei vaadi erikoissairaanhoidoa. Osastolla hoidetaan myös saattohoito- ja tutkimuspotilaita sekä annetaan lyhytaikaista kuntoutusta. Potilaspaikkoja on 27 ja keskimääräinen hoitoaika on kaksi viikkoa. Potilasvaihtuvuus on 50 - 70 potilasta kuukaudessa. Potilaat tulevat osastoille pääsääntöisesti päivystyksen kautta. Lisäksi osa potilaista tulee osastoille ennalta suunniteltuihin tutkimuksiin tai jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta. (Espoon terveyskeskus osasto 1, 2009.)

#### 3.2 Potilaan hoidon tavoitteet

Hoidon tavoitteena on potilaan tarpeista lähtevä yksilöllinen hoito ja kuntoutus, jota toteuttaa moniammatillinen tiimi yhdessä potilaan ja omaisten/läheisten kanssa. Hoitotiimiin kuuluvat lääkäri, farmaseutti, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, lähihoitaja ja sosiaalityöntekijä, Lisäksi jokaisella potilaalla on vuorokohtaisesti nimetty sairaanhoitaja-perushoitaja työpari. Osastolla on Effica-potilastietojärjestelmä. Potilaan hoitojaksoon liittyvät tiedot kirjoitetaan Effica-potilastietojärjestelmään. Kaikki tiedot ovat Effica-potilastietojärjestelmässä. (Espoon terveyskeskus osasto 1, 2009.)

#### 3.3 Hoitohenkilökunta

Osastohenkilökuntaan kuuluu 1 osastonhoitaja, 2 lääkäriä, 12 sairaanhoitajaa, 7 perus- tai lähihoitajaa, 4 laitosapulaista, 2 fysioterapeuttia, farmaseutti, terveyskeskusavustaja, 1 sosiaalityöntekijä, 3 sairaanhoitajaa varahenkilöstössä, 2 perushoitajaa varahenkilöstössä. Osastolla on työaika-autonomia. Työntekijä suunnittelee työvuoronsa itse. Sairanhoitaja kokoaa listat ja vie ne Titaniaan. (Espoon terveyskeskus osasto 1, 2009.)

#### 3.4 Osaston hoitotyön arvot

Hoitotyö koostuu ihmisen terveydestä ja sairauksista, syntymästä ja kuolemasta, hyvästä elämästä sekä ihmisen haavoittuvuudesta ja rajallisuudesta. Siksi hoitotyössä eettiset periaatteet tulevat konkreettisesti ja käytännöllisesti esille. (Matti 2001.) Osaston hoitotyön arvoissa noudatetaan Espoon kaupungin hoitotyön arvoja ja periaatteita. Niitä sovelletaan osastolla erilaisissa hoitotyön tilanteissa. Osaston hoitotyön arvot ovat: oikeudenmukaisuus, tasa-

arvoisuus, yksilöllisyys, elämän ja ihmisen kunnioittaminen, ammatillisuus, omatoimisuus, kokonaisvaltaisuus ja turvallisuus. Arvon perustana on ihmiskäsitys siitä, että ihminen on ainutkertainen fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen kokonaisuus. Ihmisarvo on jakamaton, ehdoton ja kaikille yhtäläinen. Ihmisen elämäntilanne ymmärretään hänen historian, tarpeiden, toiveiden ja mahdollisuuksien valossa. Hoitotyössä otetaan huomioon potilaan elämänhistoria, kotiympäristö ja hänen omaisensa. Tavoitteena on antaa potilaalle kokonaisvaltaista hoitoa. Osaston hoitotyössä korostetaan asiakastyytyvyyttä, kuntouttavaa työn otetta, luovuutta, innovatiivisuutta, tuloksellisuutta, vaikuttavuutta ja monikulttuurisuutta. (Espoo-strategia 2009 - 2011.)

Espoon kaupungin strategian linjauksena on kehittää laaja-alaisesti kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä palveluja. Kuntarajat eivät ole esteenä palveluiden saamiselle. Espoon kaupunki tarjoaa asukkailleen laadukkaita ja heidän tarpeisiin pohjautuvia palveluja molemmilla kotimaisilla kielillä. Palveluissa painotetaan ennaltaehkäisevää toimintaa ja erityispalveluja, sekä huolehditaan eniten apua tarvitsevista. Espoon perusterveydenhuoltoa kehitetään nykyisten hallinnollisten rakenteiden pohjalta ja tavoitteina ovat palveluiden joustava käyttö ja asukkaiden suurempi valinnanvapaus. Espoon kaupunki ottaa huomioon maahanmuuttajien erityistarpeet ja edistää asukkaidensa omatoimisuutta heidän terveytensä ja turvallisuutensa hoitamisessa. Espoon kaupunki huolehtii ikääntyneiden ihmisten terveys- ja hyvinvointipalveluista ja varautuu kyseisten palvelujen kysynnän kasvuun. Espoon kaupunki tekee selkeämmäksi tilaaja-tuottaja -mallia ja siihen liittyviä rooleja organisaation eri tasoilla, sekä parantaa palvelujen laatua ja kilpailukykyisyyttä. Espoon kaupunki hyödyntää hyviä käytäntöjä ottaessaan käyttöön uusia toimintamalleja ja arvioi sekä vaihtoehtojen laatua että kokonaistaloudellisuutta. Espoon kaupunki tekee yhteistyötä muiden pääkaupunkiseudun kuntien kanssa palveluihin liittyvissä tutkimus- ja innovaatiotoiminnoissa. (Espoo-strategia 2009 - 2011.)

## 4 KEHITTÄMISTOIMINNAN TEOREETTISET PERUSTEET JA KEHITTÄMISKOHDE

### 4.1 Sähköiseen kirjaamiseen liittyvät lainsäädännöt

Hoitotyön kirjaamisessa tulee noudattaa tiettyjä/sitä ohjaavia lakeja ja asetuksia. Lain mukainen hoitotyön kirjaaminen tarkoittaa, että tietoa saavat oikeat henkilöt, riittävässä laajuudessa ja ajankohtaista tietoa. Lain säädännön tarkoituksena on myös varmistaa, että potilaan hoitotyön päätöksenteossa käytetään vain sellaisia tietoja, jotka ovat tarpeellisia ja virheettömiä. (Saranto, Ensio, Tanttu & Soininen 2007, 18.) Sähköiseen kirjaamiseen liittyviä lainsäädäntöjä on yli 20 ja niistä keskeisiä ovat: laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, muutos 653/2000), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja asetus (564/1994), laki sähköisestä asioinnista sosiaali- ja terveydenhuollossa (2007/159) ja sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298). (Finlex 1992, 1994, 2000, 2007, 2009).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn lain 9.2.2007/159 tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen turvallista sähköistä käsittelyä. Lain avulla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollossa. Laissa on säädetty terveydenhuollon valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelun kansaneläkelaitoksen palvelun osuudet, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen palvelun osuudet sekä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen palvelun osuudet. Laissa säädetään velvollisuudesta liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi. Lisäksi laissa on käsitelty mm. asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleiset vaatimukset, potilastietojen sähköisiin luovuttamisiin liittyvät valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut, asiakkaan tiedonsaantioikeudet ja niihin liittyvät säännökset. Laki astui voimaan 1.7.2007. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007/159.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista 30.3.2009/298 on määritelty potilasasiakirjan tarkoitus, sisältö, käyttötarkoitus sekä potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen käyttöoikeudet ja niiden hankkimiseen liittyvät säännökset, potilasasiakirjojen laatimiseen liittyvät säännökset ja laatimiseen oikeutetut henkilöt, potilasasiakirjoihin merkittävät tiedot, potilasasiakirjojen säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvät säännökset ja potilasasiakirjojen katsomiseen liittyvät säännökset. Lain 7§ mukaan potilasasiakirjoihin on merkittävä kaikki tarpeelliset tiedot, jotta potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta voitaisiin turvata. Lain mukaan potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen on oltava selkeitä ja ymmärrettäviä. Merkintöjä tehtäessä on sallittua käyttää vain yleisesti hyväksytyjä ja tunnettuja lyhenteitä ja käsitteitä. Mikäli tieto ei ole ammattihenkilön omiin tutkimus-

havaintoihin perustuvaa tai potilasasiakirjoihin merkitään muuta kuin potilasta itseään koskevaa tietoa niin tietojen lähteen on oltava merkittynä potilasasiakirjamerkinnöissä. Asiakirjat, jotka laaditaan esitettäväksi muille tahoille, on oltava asiakirjan laatijan allekirjoittamia. Sähköisten potilasasiakirjojen rakenteiden ja merkintöjen on oltava valtakunnallisen koodistopalvelun hyväksymien koodistojen mukaisia. Laki tuli voimaan 1.8.2009. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.)

#### 4.2 Hoitotyöprosessi ja sen kirjaaminen

Hoitotyö on ammatillista toimintaa, jonka tarkoituksena on auttaa ja tukea ihmistä ylläpitämään ja edistämään terveyttään sekä selviytymään sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2002, 41 -44). Hoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa (Sairaanhoitajaliitto 2010).

Vuonna 1986 Suomen sairaanhoitajaliitto määritteli, että hoitotyön prosessi tarkoittaa ”terveyden- ja sairaanhoitoa ohjaavaa ajattelu- ja toimintamallia, jonka tavoitteena on voimavarojen huomioonottaminen, potilaan terveydentilan kannalta paras mahdollinen psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi, eteneminen dynaamisena ja jatkuvana ongelmanratkaisuna sekä päätöksentekoa sisältävä toiminta”. Liljamon ym. (2008, 4 -7) mukaan WHO vuonna 1977 määritteli, että hoitotyön prosessi on tietoista ja aktiivista ajattelua ja päätöksentekoa, jossa tarpeiden määrittämisen pohjalta suunnitellaan ja toteutetaan hoitoa sekä arvioidaan sen tuloksia. Hoitotyötä jäsennetään yleisesti hoitotyön prosessin avulla. Kansallisessa hoitotyön kirjaamismallissa määritellään hoitotyöprosessin vaiheet: hoidon tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot, toteutus ja arviointi. Syväojan & Äijälän (2009, 62) mukaan kliiniset hoidolliset päätökset ja ongelmanratkaisut ovat käytännön hoitotyön oleellisia osia, siksi prosessia voidaan kutsua myös hoitotyön päätöksenteon prosessiksi. Sarannon ym. (2007, 56) mukaan hoitotyön prosessimenetelmä toimii siis hoitotyön suunnittelun jäsentäjänä käytännön hoitotyössä. Hoitotyön prosessimenetelmä liittyy kiinteästi hoitotyön kirjaamiseen.

Vuosien 1950 - 1970 aikana hoitotyön kehityskulku jaettiin neljään vaiheeseen eli hoidon tarpeen määrittelyyn, suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Myöhemmin ensimmäiset hoitotyön tarveluokitukset kehitettiin Yhdysvalloissa 1970-luvun alussa. Niiden mukaisesti hoitotyön kehityskulku laajennettiin viiteen eri vaiheeseen siten, että Diagnosti- eli taudinmääritysprosessia kuvattiin vaiheittaiseksi ajattelun etenemiseksi ja diagnostisen (taudinmääritylä koskevan) päättelyn lopputuloksena oli potilaan hoidon tarvetta tarkasti ja täsmällisesti kuvaava hoitotyön diagnoosi (taudinmääritys). Sen jälkeen hoitotyössä ovat sekä taudinmäärityksen järjestelmällinen kehittämistyö vakiintunut että diagnoosien listaukset laajentuneet ja niitä on myös ryhmitelty luokituksiksi. (Saranto ym. 2007, 57.) Hoitoprosessi on saman asiak-

kaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostama suunnitelmallinen toimintosarja, joka etenee hoito-ongelmien määrittelystä hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (Ydintieto opas 2007, 17).

Hoitotyön kirjaamisella luodaan edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkumiselle, turvataan hoitoa koskevan tiedon saanti sekä varmistetaan hoitotyön toteutus ja sen seuranta. Hyvän hoitotyön dokumentoinnin tunnusmerkkinä on se, että siitä saa selkeän kuvan potilaan hoidollisista ongelmista sekä hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista, lisäksi seuraavia laatuvaatimuksia: taloudellista, virheetöntä ja mahdollisimman paljon alkuperäisiin lähdetietoihin perustuvaa, selkeästi erottuvat potilaan tai hänen läheisensä mielipiteet esitettyyn asiaan ja hoitotyöntekijän oma tulkinta tai arviointi kirjatusta asiasta, perusteluja tehdyistä hoitotyöhön liittyvistä päätöksistä, päivittäisten toimintojen osalta oltava enemmän arvioivaa kuin toteavaa. Hoitotyössä sairaanhoitajat, kätilöt ja terveydenhoitajat ovat laillistettuja ammattilaisia, jotka ovat vastuussa hoitotyön laadusta ja myös kirjaamisesta. (Ensio & Saranto 2004, 18.) Valtakunnallisessa sähköisessä potilasasiakirjassa on kuvattu potilaan hoitoa kuvaava asiakirjakokonaisuus. Siinä huomioidaan kuntalaisen ja potilaan keskeinen asema, valtio pitää huolen siitä, että terveyspalvelujen tuottajien sähköiset potilastietojärjestelmät ovat yhteensopivia ja tietoturvallisia. Kirjaamisessa käytettävät valtakunnallisesti määritellyt ydintiedot kirjataan rakenteisesti tarkoituksena antaa kokonaisvaltainen kuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. (Saranto ym. 2007, 13.)

Prosessimenetelmän käyttö helpottaa hoitotyön kirjaamista, mutta se ei riitä päätöksenteossa eikä kirjaamisessa vaan tarvitaan myös erittelevää ja oivaltavaa ajattelukykyä. Erittelevään ajattelutapaan perustuva päätöksenteko etenee järjestelmällisesti ongelmaan liittyvän tiedon hankinnasta tiedon erittelyyn, ongelmien määrittelyyn, toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Oivaltavassa ajattelutavassa kokonaistilanne hahmotellaan nopeasti ja tehdään päätöksiä. (Tanttu 2008b, 10.) Hoitotyön päätöksentekokykyyn vaikuttaa sekä hoitajan ammattitaito ja työkokemus että teoreettinen tieto, kokemuseräinen käytännön tieto esimerkiksi sairauksien hoidosta ja välittömät oivallukset. Hoidon tarvetta arvioitaessa sekä päätöksiä tehtäessä pitää myös huomioida yhteistyökumppanit ja resurssit hoitoketjun erivaiheissa. (Syväoja & Äijälä 2009, 62.)

Rakenteinen kirjaaminen muuttaa hoitotyön kirjaamisen potilaslähtöisemmäksi, tavoitteellisemmäksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. Hoidon kehityskulun mukaista kirjaamista voidaan pitää hoitotyöntekijöiden sekä ammatillista kasvua että ammattitaitoa tukevana ja kehittävänä. Prosessin mukaisessa kirjaamisessa on hoitotyön toimintojen perustuttava johonkin mahdolliseen tai hoidossa jo havaittuun potilaan tarpeeseen ja näin hoitotyön toimenpiteitä voidaan

perustella omalle ammattikunnalle, muille ammattiryhmille sekä potilaalle että hänen omaisilleen. (Saranto ym. 2007, 100 -134.)

#### 4.3 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Tieto on tärkeää potilaan hoitoa järjestettäessä ja toteuttaessa. Kirjattua tietoa tarvitaan erityisesti potilaan päivittäisessä hoidossa. Potilaan hoidon kannalta on tarpeellista, että mm. yhdenmukaisilla tietorakenteilla siirretään virheettömiä potilastietoja toimintayksiköiden välillä. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidollisen päätöksenteon vaiheiden eli hoitoprosessin mukaista kirjaamista. Rakenteisuudella tarkoitetaan luokitusten ja koodin mukaista kirjattujen tietojen esittämistä. Rakenteista tietoa voidaan laaja-alaisesti hyödyntää oman organisaation piirissä sekä alueellisesti että kansallisesti. (Saranto ym. 2007, 12 -14.) Hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa potilaan hoitotiedot ovat helposti löydettävissä, käytettävissä ja hyödynnettävissä koko hoitoprosessin aikana. Lisäksi ei tarvita suullista raporttia, ja sen ajan voi käyttää kirjaamiseen. Kirjallisen hoitosuunnitelman avulla turvataan hoidon jatkuvuus. (Tanttu 2008b, 11.)

Kansallisten määritysten mukaisesti potilaskertomuksen rakenne muodostuu seuraavista tietokokonaisuuksista: näkymä, hoitotyöprosessin vaihe, otsikko ja ydintieto (Tanttu 2008a). Hoitotyön sisältö kirjataan eri hoitotyön prosessin vaiheissa käyttämällä luokituksista valittavaa pää- tai alaluokkaa, johon lisätään vapaata tekstiä täydentämään sisältöä. (Ydintieto-opas 2007, 8 & Liljamo ym. 2008, 4.)

Näkymällä tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta, joka sisältää lääketieteen erikoisalaa, ammattialaa tai palveluja. Hoitotyön kirjaamisessa erilaiset ammattiryhmät kirjoittavat omien näkökulmiensa mukaisesti potilaan tulotilanteesta, hoidon suunnittelusta, toteutuksesta, seurannasta ja arvioinnista hoitokertomukseen eli HOKEen. Hoitokertomus sisältää hoidon kokonaisuuteen liittyvää tietoa potilaasta. Hoitoprosessin vaiheet kirjataan HOKE:ssa otsikoiden alle hyödyntäen ydintietoja, luokituksia, koodistoja ja vapaamuotoista tekstiä. (Saranto ym. 2007, 101, 112 & ydintieto-opas 2007, 23 -24.)

Kuvio 2 kuvaa hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaista hoidon tarpeesta lähtevää systemaattista kirjaamista ja hoitotyön tietosisältöjen rakenteistamista luokitusten avulla (HoiDok-hanke 2005 - 2008, Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri). Kuviossa esitetään erilaisten näkymien tietosisällön moniammatillisen hoitoprosessin vaiheet, jotka sisältävät tulotilanteen, hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen ja hoidon arvioinnin. Hoitotyöhön liittyvät tiedot kirjataan otsikoiden alle, jossa on nimikkeistöjä, koodistoja ja vapaamuotoista tekstiä. (Tanttu 2008b.)



## Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen

Näkymä : Hoitokertomus = HOKE							
Moniamm. hoitoprosessin eri vaiheet	Tulotilanne		Hoidon suunnittelu		Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	Hoitotyön yhteenveto
	Tietojen keruu ja analysointi*	Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi			
Rakenteistaminen	SHTaL ja SHTuL (Hoidon tarveluokitus ja hoidon tuloksen tilaluokitus)	-	SHTaL ja varmuusaste (+ mittari esim. VAS, GAF)	SHTaL	-	SHTaL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF)	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön prosessi/työ - tiedoista ja tarv. täydennetään rakenteisilla tiedoilla (luokitus + vapaa teksti) Hoitoisuusluokkatieto numeerisena ja sanallisena.
	SHToL ja SHTuL (Hoitotyön toimintoluokitus ja hoidon tuloksen tilaluokitus)	-	-	SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS, GAF)	SHToL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF) **	
	Hoitotyön ydintiedot	Moniammatillisia ydintietoja*	Hoidon tarve			Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset
							Hoitoisuus **

\*Ydintiedoista saadaan osa hoitotyön tarvitsemista tiedoista kuten henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkehoito, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet.

\*\* Hoitoisuusmittaus tehdään prosessin kohdassa arviointi ja käytetään mittareita: OPC (Oulu Patient Classification) tai OPCq (Rafaela)

päivitetty 08/09/08 K.Tanttu

## Kuvio 2: Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen (Tanttu 2008b)

Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen aloitetaan pääasiallisesti hoidon tarpeen määrittelystä. Poikkeavia tilanteita saattaa tulla esimerkiksi silloin, kun potilas tulee seurantakäynnille ja silloin hoitotyön prosessi tavallisesti alkaa kotona jatkettun hoidon tulosten arvioinnista. Samoin voi olla äkillisiä tilanteita, jotka vaativat nopeita toimenpiteitä, silloin kirjaaminen alkaa hoitotyön toiminnoista ja hoidon tarpeet voidaan määrittellä vasta tilanteen arvioinnin jälkeen. Hoitotyön prosessi on jatkuvaa ja jaksottaisesti toistuvaa. (Saranto ym. 2007, 124.)

Rakenteiset ydintiedot voidaan jakaa hallinnollisiin tietoihin ja potilaan hoitoprosessin tietoihin. Hoitotyön ydintieto on potilaan hoitoprosessiin sisältyvää tietoa. Ydintiedoista saa pääasiallisesti kokonaiskuvan sekä potilaan terveys- ja sairaushistoriasta että siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. Suomessa on hoitotyön ydintiedoiksi määritetty hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Ydintietojen pääelementit ovat ”ongelmat ja diagnoosit”, ”terveyteen vaikuttavat tekijät”, ”fysiologiset mittaukset”, ”hoitotyö”, ”tutkimukset”, ”toimenpiteet”, ”lääkehoito”, ”lausunnot”, ”toimintakyky”, ”apuvälineet”, ”elinluovutuskortti”, ”hoitotahto”, ”yhteenveto”, ”jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot” ja ”suostumus”. Hoitotyössä tiedot kirjataan muistiin kaikissa hoitoprosessin vaiheissa käyttäen hoitotyön tarpeiden, toimintojen ja tuloksien luokituksia. (Saranto ym. 2007, 103 -104 & ydintieto-opas 2007, 21.)

Hoidon tarve on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, jotka ovat olemassa tai tulevaisuudessa mahdollisia ja joita voidaan hoitotoimenpiteiden avulla joko poistaa tai lievittää. Hoidon kannalta merkittävät ja tarpeelliset asiat kirjataan potilaskertomukseen. (Saranto ym. 2007, 113.) Suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen mukaisesti kirjataan hoidon tarpeet (SHTaL). Hoidon tarpeen arvioinnissa on käytössä varmuusasteet: varma, todennäköinen tai epäily. (Liljamo ym. 2008, 7 -8.) Hoidon tavoitteet ovat suoraan verrannollisessa suhteessa hoidon tarpeisiin. Potilaslähtöinen kirjaaminen on suositeltavaa. Hoitotyön tavoitteiden kirjaamisen ensisijaisena näkökulmana on potilaan tila, ei hoitotyön toiminto. Tavoitteet on asetettava konkreettisesti hoitotyön ongelmalähtökohdat huomioiden. (Syväoja & Äijälä 2009, 87.)

Hoitotyön toiminnoissa kuvataan potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Hoidon kannalta merkittävät toiminnot näkyvät potilaskertomuksessa. Hoitotyön suunnitelma tarkistetaan yhdessä asiakkaan/potilaan kanssa, kun hoitotyötä aletaan toteuttaa. Kun hoitotyön kirjaus on toteutettu, sieltä tulee välittyä asiakkaan/potilaan omat tuntemukset. (Saranto ym. 2007, 113 -114.) Hoitotyön toiminnot kirjataan Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) mukaisesti (Liljamo ym. 2008, 8 -10, 13).

Hoidon tulokset kuvaavat potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia. Hoidon tuloksen arvioinnissa hoidon tulokset ovat suoraan verrannollisessa suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen. (Saranto ym. 2007, 114.) Potilaan tilaa arvioidaan eritasoisilla asteikoilla. Karkea arviointi tehdään kolmiportaisella asteikolla: parantunut, ennallaan tai huonontunut. Lisäksi arviointien teossa voidaan käyttää mittareita kuten esimerkiksi VAS (Visual Analogue Scal) eli kipumittari ja painehaavaumamittari. Arviointia tehdään hoidon vaikuttavuuden, hoidon laadun ja tuloksellisuuden seuraamiseksi. Hoidon arviointi tehdään päivittäin ja hoidon päättyessä. (Liljamo ym. 2008, 11, 14.)

Hoitoisuus tarkoittaa eri potilasryhmien tarvitseman hoidon määrän ja vaativuuden määrittelyä laadun arvioimiseksi, henkilöstön mitoittamiseksi ja/tai hoitotyön kustannusten selvittämiseksi. Hoitoisuuden arviointi on osa hoitoprosessia. Hoitoisuus luokitellaan potilaan yksilöllisestä toteutuneesta hoidosta ja ennalta asetettujen kriteereiden perusteella, nämä toteutetaan kerran vuorokaudessa tai työvuorokohtaisesti. Hoitoisuuden arvioinnissa voidaan käyttää hoitoisuusluokitusmittaria, Suomen erikoissairaanhoidossa on kauan käytetty OPC (Oulu Patien Classification) - hoitoisuusluokitusta. Nykyään on enemmän käytetty OPCq-mittaria, joka on osa Rafaela-hoitoisuusjärjestelmää. Perusterveydenhuollossa käytetään kansainvälistä vanhusten hoidon arviointi- ja seurantajärjestelmää RAI (= Resident Assessment Instrument) tai toimintakykymittaria RAVA. Potilaiden hoitoisuusluokituksilla saatavaa tietoa hyödytetään henkilökunnan määrällisen tarpeen arviointiin, resurssien kartoitukseen, hoitotyön toiminnan kehittämiseen, tehokkuuden edistämiseen, hoitotyön kustannusrakenteen selvittämiseen ja ver-

taisarviointiin. Myös tulevaisuudessa hoitoisuutta seurataan valtakunnallisella tasolla. (Liljamo ym. 2008, 11 -12 & Tantt 2009, 7 -8.)

Hoitotyön yhteenvedon kirjataan potilaan hoitajakson kannalta keskeisiä hoitotyön prosessi-/ydintietoja, joita tarvittaessa täydennetään hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokista kerätyillä tiedolla ja vapaamuotoisella tekstillä sekä numeerisesti ja sanallisesti luokitelluilla hoitoisuustiedoilla. Hoitotyön yhteenvedoa hyödytetään potilaan jatkohoitopaikkaan lähetettävässä hoitopalautteessa sekä seuraavilla hoitajaksoilla. (Liljamo ym. 2008, 11.)

#### 4.4 Hoidon tarpeen määrittely kehittämiskohteena

Jorvin terveyskeskuksen osasto1:n hoitotyön kirjaamisen kehittämiskohteena on ” potilaan hoidon tarpeen määrittely ja kirjaaminen tulovaiheessa ”. Tarkoituksena on pyrkiä kehittämään tulovaiheen kirjaamista sisällöllisesti ja vähentäen päällekkäistä kirjaamista. Potilaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä koko hoitotiimin tulisi hyötyä kirjatuista tiedoista. Kehittämiskohteen näytön ydin on ”Suomalainen hoitotyön tarveluokitus” (Liljamo ym. 2008, 15 - 33). Kehittämistoiminnan tavoitteet asetettiin neljästä näkökulmasta (liite 3). Talouden näkökulmasta potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan, hoitoaika lyhenee, kustannukset pienenevät ja potilasvaihtuvuus lisääntyy. Asiakasvaikutuksen näkökulmasta hoito nopeutuu, potilas kotiutuu aikaisemmin, asiakastyytyväisyys kasvaa ja päivittäiset toiminnot ovat yhteneväisiä. Henkilökunnan osaamisnäkökulmasta kehittämistoiminnan avulla saadaan henkilökunnan asenteisiin ja ajatuksiin muutoksia, aktiivista tiedon hankintaa ja osallistumista kehittämistoimintaan. Tiedot juurrutetaan hoitotyöyksikölle, jotta kehittämistä voidaan jatkossa tehdä itse. Rakenteellisesta ja prosessin näkökulmasta kehitetään hoitotyön kirjaamisen yhteneväisyyttä, laadunvarmistusta, tarveluokituksen käyttöä sekä sovittuja käytänteitä toimintatavoissa. Näiden avulla hoitotyön näkyvyys ja tuloksellisuus kasvaa. (Jorvin terveyskeskus osasto1 2009.)

Hoitotyön prosessin ensimmäisessä vaiheessa määritellään hoitotyön tarve (systemaattisessa kirjaamisessa puhutaan hoidon tarpeesta). Siinä pyritään saamaan tietoa potilaan sairaudesta ja sen jälkeen sitä tietoa analysoimalla tunnistetaan ja arvioidaan potilaan ongelmia. Potilaan hoitotyön tarpeen määrittämisestä muodostuu perusta prosessin muihin vaiheisiin. (Kratz 1984, 31.) Hoitotyön tarpeen arviointiin sisältyy tietojen keruu potilaasta, tietojen analysointi sekä potilaan tarpeiden tunnistaminen. Hoitotyön tarpeen määrittäminen on potilaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien kartoittamista. Potilas kertoo oireistaan, hoitaja havainnoi häntä ja tekee tarvittaessa erilaisia mittauksia. Saatujen tietojen perusteella hoitaja ja potilas yhdessä määrittelevät hänen hoidon tarpeensa. (Ensio & Saranto 2004, 40 -42.)

Vuorovaikutuksen onnistuminen on tärkeää, jotta hoidon tarvetta voisi osuvasti arvioida. Hoitajan ja potilaan ensitapaamisella on hyvin tärkeä merkitys hoitosuhteen jatkoa ajatellen,

sillä luotettavuus ja toimivuus ovat hoitosuhteen tärkeät perustat ja siksi potilaan ensitapaamiseen tulee valmistautua, jos vain mahdollista, hyvissä ajoin. Ensitapaamisessa potilaan ja hoitajan välille syntyy vuorovaikutussuhde ja hyvällä ensivaikutelmalla on tärkeä merkitys, jotta saadaan luotua hyvä ilmapiiri ja yhteisymmärrys. Vuorovaikutuksessa hoitajan on potilasta haastatellessaan noudatettava hienotunteisuutta ja osoitettava, että häntä aidosti kiinnostaa tehdä yhteistyötä potilaan kanssa. Vuorovaikutus vaatii kaksisuuntaisuutta, sen vuoksi hoitaja alusta pitäen antaa potilaalle häntä koskevaa tietoa ja ohjausta, jotta hän voisi aktiivisesti olla mukana itseään koskevassa päätöksenteossa. (Anttila ym. 2002, 52.) Hoitaja on vastuussa vuorovaikutuksen koko prosessista ja oikeilla kysymyksillä varmistaa tärkeiden tietojen saannin, mutta myös potilaan on aktiivisesti annettava oikeita tietoja. Myös hankalista tilanteista potilaalle tulisi jäädä tapaamisesta myönteinen tunne. Vaikka potilas saattaa olla kiihtynyt omasta tilanteestaan, se ei tarkoita, että hän olisi hoitajalle henkilökohtaisesti kiihtynyt joten hoitajan on hyväksyttävä potilaan kiihtymys. Hoitajan on osoitettava olemuksellaan kunnioittavansa ja ymmärtävänsä potilasta hänen oman elämänsä asiantuntijana. Hoidon tarpeen arvioinnissa niiden potilaiden, jotka eivät kuule tai puhu, mukana voi olla tulkki tai omainen. (Syväoja & Äijälä 2009, 58 -59.)

WHO:n ”terveyden” määrittämisen mukaisesti potilaan tietoja kerätään hänen kokonaisvaltaisen terveytensä eli fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi eikä ainoastaan sairauden oireisiin puuttumiseksi (Huttunen 2009). Kratz (1984, 31 -32) on todettu, ” että hoidon tarpeen määrittämisen tavoitteena on saada tietoa potilasta, tähän tietoon kuuluu kuvailla potilasta yksilönä, potilaana sekä perheen ja yhteiskunnan jäsenenä. Tämä tieto kerätään tavallisesti potilaan hoitotyön esitietojen avulla”. Tietoja kerätään ja kirjataan, jotta niiden avulla hoitotyön henkilökunta voisi tunnistaa potilaan ongelmat ja voimavarat sekä suunnitella tarkoituksenmukaista hoitoa auttaakseen potilasta toimimaan mahdollisimman itsenäisesti elämässään.

Tietoja, jotka koskevat potilasta, hankitaan usein jo ennen kuin potilas tulee palvelun piiriin joko avo- tai laitoshoitoon. Tietojen kerääminen jatkuu ensitapaamisessa, hoitaja voi kerätä potilaan taustatietoja esimerkiksi haastatteleamalla potilasta, omaisia ja saattajia. Hoitaja voi havainnoida potilaan toimintakykyä ja saada näin lisää asiaan kuuluvia tietoja potilaasta. Lisätietoja saa myös tutkimusten avulla. Potilaan omakohtaiset tiedot perustuvat hänen omiin kuvauksiinsa. Välillistä tietoa potilaasta hoitaja voi saada mm. potilaan omaisilta tai läheisiltä sekä aikaisemmista potilaskertomuksista. (Anttila ym. 2002, 52 & Saranto ym. 2007, 59.)

Potilaan hoidon tarpeen arviointia varten on selvitettävä seuraavat asiat:” miksi potilas ottaa yhteyttä (oirekuvaus, muu syy hoitoon hakeutumiselle kuin oire tai sairaus), esitiedot (perussairaudet, säännöllinen ja tilapäinen lääkitys, muut hoidot), tilanne (Milloin oireet ovat alkaneet?)( Minkälaiset oireet ovat tällä hetkellä?)( Missä tilanteissa oireet ilmenevät? Onko oirei-

ta esiintynyt aikaisemmin? Miten oireita on hoidettu? Mikä on yleisvointi nyt?) . Vanhuksen kohdalla huomio on kiinnitettävä fyysisten toimintojen lisäksi henkisen tilan muutoksiin”. Jokaisessa hoitopaikassa on kerättävä tarpeelliset tiedot kyseisestä potilaasta ja hänelle suunnitellusta hoidosta. Kerättäviltä tiedoilta voidaan vaatia tuoreutta, todennettavuutta, asiaankuuluvuutta ja luotettavuutta. (Syväoja & Äijälä. 2009, 55 -56.) Kun potilas tulee hoitopaikkaan, hänestä kirjataan seuraavia tietoja:” potilaan henkilötiedot; yhteishenkilö ja hänen yhteystietonsa; mistä potilas tulee hoitopaikkaan; miksi hän tulee hoitoon; potilaan sekä tarvittaessa hänen omaisensa kuvaus voinnista, tarpeista, voimavaroista ja hoitoa koskevista toiveista; potilaan nykytilanne ja vointi hoitotyön kannalta; aikaisemmat sairaudet, mm. allergiat ja nykyinen terveydentila sekä meneillään olevat hoidot; ravitsemus ja ruokavalio, eritystoiminta, uni ja lepo; puhtaus, ihon hoito ja pukeutuminen; Liikkuminen, mahdolliset apuvälineet; nautintoaineiden käyttö; ihmissuhteet, ammatti, työssäolo, asuminen; elämäntapa, uskontoa ja arvostuksia koskevia tietoja; ajanviete ja harrastukset; kuka tiedot keräsi ja hänen ammattinimikkeensä”. Saatujen tietojen perusteella tarkastellaan potilaan hoitotyön tarpeita ja ongelmia. (Anttila ym. 2002, 52.)

Kratz (1984, 54 -60) mukaan ”potilaan hoitotyön esitietojen tarkasteluun kuuluu viisi eri vaihetta: 1) Tarkistetaan, että tieto on kuvaava. 2) Tarkistetaan, että tiedot ovat kattavia eikä asioita ole jäänyt pois, ettei esiinny ristiriitaisia tietoja. 3) Useiden havaintojen perusteella tehdään päätelmä. 4) Tulkitaan päätelmät, jolloin saadaan selville hoitotyön ongelmat, arvioidaan päätelmien merkitystä hoitotyön suunnittelussa ja toteutumisessa. 5) Arvioidaan ongelmien paikkansa pitävyys hoitajan havaintojen ja potilaan mielipiteiden avulla”.

Ihanteellisessa mallissa hoitaja yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen lähiomaistensa kanssa löytävät potilaan oleellisimman tarpeen ja sen ratkaisemisen avulla voivat helpottaa hänen muita tarpeitaan (Anttila ym. 2002, 54 -60 & Saranto ym. 2007, 59). Päätös täytyy tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa, mutta päätöksen tekoa ei voi jättää yksin potilaalle. Potilaan autonomia tarkoittaa hänen oikeuttaan tehdä omia valintoja hoitoaan koskevissa asioissa ja hoitaja kunnioittaa näitä valintoja. Hoitotarpeen arvioinnissa hoitajan on päätöksiä tehdessään huomioitava myös yhteistyökumppanit ja resurssit hoitoketjun eri vaiheissa. Päätöksentekokyky on suoraan verrannollinen hoitajan ammattitaitoon ja työkokemukseen. Hoidon tarpeen arviointiin tarvitaan teoreettista ja kokemusperäistä tietoa eri sairauksien hoidoista sekä päätöksentekijän johdonmukaiseen erittelyyn tai oivalluksenaan ajatteluun liittyvää tietoa. Hoidon tarpeen arvioinnissa intuitiivisen kyvyn avulla voidaan nopeasti hahmottaa kokonaistilanteen oleelliset ongelmat. Intuitio eli välitön oivallus syntyy potilaan terveydentilaan liittyvistä vihjeistä, potilaan ilmeistä, eleistä, äänestä ja katseesta, sillä intuition kautta saatu tieto niveltyy usein aikaisempiin hoitokokemuksiin. (Syväojan & Äijälän 2009, 61 -62, 69.)

Syväoja & Äijälä (2009, 62 -63) korostavat, että hoidon tarpeen arvioinnissa kiireellä on vaikutusta kykyyn tehdä päätöksiä. Kiireessä tehty potilaan haastattelu voi olla pintapuolinen ja lyhyt, kiireen aiheuttama stressi voi haitata hoitajan arviointikykyä. Liiallisessa kiireessä hoitaja voi tehdä liian nopeita päätöksiä hoidon tasosta ja kiireen aiheuttama väsymys saattaa johtaa myös hoitajan rutinoitumiseen työssään. Rutinoitumisen haittoja ovat mm. ne, että hoitajalta jää huomaamatta potilaan yksilölliset oireet sekä selvittämättä potilaan kokonaisvaltainen tilanne. Kiireessä kirjaaminen voi jäädä vaillinaiseksi ja päätöksiä ei ole tarkasti perusteltu, minkä seurauksena voi tulla jopa vääriä päätöksiä. Kiireen lisäksi myös paikka ja tilanne, jossa arviointi tehdään, voivat vaikuttaa päätöksiin.

Hoidon tarpeen arvioinnissa eettinen päätöksenteko on oleellinen osa päätöksentekoa. Hoidon tarpeen arvioinnissa terveydenhuollon eettiset periaatteet toimivat perustana ja auttavat hoitajaa tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa. Eettisyydellä hoidon tarpeen arvioinnissa tarkoitetaan mm. sitä, että hoitaja pitää huolta potilaan oikeuksista, haluaa edistää terveyttä ja ennalta ehkäistä sairauksia, päätöksenteossa tukeutuu tieteellisiin tosiasioihin tai vankkaan käytännön hoitotyön kokemukseen, hoitaja tunnistaa omat kykynsä ja rajoituksensa sekä konsultoi kollegaa tai lääkäriä oman osaamisen ollessa riittämätöntä, hoitaja on vaitiolovelvollinen käsitellen henkilökohtaisia tietoja luottamuksellisesti ja harkintaa käyttäen antaa tietoja muille sekä pyrkii tekemään hyvää yhteistyötä, edistää parhaansa mukaan terveydenhuollon kustannusten oikeaa käyttöä kohdentaen niitä tehokkaasti oikeisiin kohteisiin. Hoidon tarpeen arvioinnin näkökulmista katsottuna potilaan ja hoitajan kohtaaminen on terveydenhuollon eettinen ja oikeudellinen perusta. (Syväoja & Äijälä 2009, 63 -65.)

Kun hoidon tarpeita määritellään, on erityisesti huomioitava asiakkaan voimavarat, hänen oma näkemyksensä terveydentilastaan ja suuntaamaan hoitotyö edistämään ja ylläpitämään hänen jäljellä olevia kykyjä ja taitoja sekä samalla pyrkiä vaikuttamaan hänen ongelmallisiin alueisiinsa. Tässä tilanteessa hoitajan tehtäviin kuuluu miettiä yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa siitä, millä tavoin voimavaroja voisi saada paremmin vahvistettua ja käyttöön otettua. Vahvistamalla potilaan omia voimavaroja saattaa löytyä ehkä tehokkain auttamismenetelmä, jonka potilas myös itse helposti hyväksyy. (Anttila ym. 2002, 53.)

Sarannon ym. (2007, 61) teoksessa on viitattu Laurin ja Elomaan (2001) informaation prosessointiteoriaan ja Choon (1998) tiedonhallinnan teoriaan. Teoriassa tietoja ja vihjeitä hankitaan ratkaistavana olevasta ongelmasta ja sitten saatuja tietoja vertaillaan aikaisempiin tietoihin sekä pohditaan eri vaihtoehtoja ja varmistetaan valittu vaihtoehto samalla tavoin kuin tiedon käyttö näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Sarannon ym. (2007, 60) teoksessa on viitattu Laurin ja Elomaan (2001) rationaalinen ja intuitiivinen päätöksentekomalliin, jossa korostetaan hoitotyön ongelmaan liittyvän tiedon hankinnan tärkeyttä, kun hoidon tarvetta ja tieto-

jen ongelmia määritellään sekä tietoja analysoidaan. Intuiitiivisen päätöksen teon mallissa pyritään tunnistamaan toimintakaavan ja sisällön samankaltaisuus uudessa tilanteessa, korostetaan edelliseltä pohjalta tapahtuvaa päättelyä ja tulkintaa tilanteesta, oleellisia asioita pyritään oivaltamaan ja priorisoimaan sekä eri osatekijöitä sovittamaan yhteen ja hahmottamaan ongelmia suhteessa kokonaistilanteeseen. Saranto ym. (2007, 62) esittää Pesut ja Herman (1999) OPT (Outcome-present State Testi)-mallin mukaan, että hoidon tarpeen määrittämisen kannalta on tärkeää, että potilas itse osallistuu omaan hoitoonsa. Sarannon ym. (2007, 133) mukaan tulevaisuuden hoitotyössä korostuu yhä enemmän potilaan oma osallistuminen omaan hoitoonsa. Sarannon ym. (2007, 63) mukaan ”sähköisessä kirjaaminen erilaisiin potilaskertomusjärjestelmiin noudattaa hoidollisen päätöksenteon prosessimallia, vaikka kaikissa järjestelmässä eivät kaikki prosessin vaiheet ole systemaattisesti näkyvissä. yhteiset kirjaamiskäytännöt eivät estä erilaisiin päätöksentekomalleihin perustuvaa ajattelua ja yksilöllisyyttä hoidon toteutuksessa”. Syväoja ym. (2009, 61- 62) mukaan hoitotyön tarpeiden arvioijan päätöksiä voi arvioida esimerkiksi sen mukaan saiko potilas sairautensa hoitoon pätevää ja oikea-aikaista apua tai oliko potilas tyytyväinen päätökseen ja hyödynnettiinkö resursseja tarkoituksenmukaisella tavalla.

Hoitotyön tarpeiden tunnistamisen jälkeen kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet potilasasiakirjoihin. Hoidontarveluokituksen pää- ja alaluokkia käytetään apuna tarpeen määrittämisessä ja tarpeita voidaan määrittää varmuusaste AR/YDIN -varmuusaste-koodistoa käyttäen. Hoitotyöhön osallistuu erilaisia ammattiryhmiä esimerkiksi lääkärit, sairaanhoitajat, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät ja psykologi, kun potilas tulee terveydenhuollon palvelujen piiriin, eri ammattiryhmät keräävät ja kirjaavat oman alansa tiedot. (Liljamo ym. 2008, 6, 8 & Saranto ym. 2007, 77.)

## 5 KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS

Juuruttamismenetelmän pohjalta kehittämistoiminta jakautuu kuuteen kierrokseen: 1. kehittämistoiminnan merkityksen tunnistaminen, 2. nykytilanteen kuvaaminen, 3. hiljainen tiedon käsitteellistäminen ja kehittämiskohteen löytäminen, 4. teoreettisen ja tutkitun tiedon hakeminen, 5. uuden toimintamallin muodostuminen, 6. kansallisen hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaisen kirjaamisen oppiminen.

### 5.1 Kehittämistoiminnan merkityksen tunnistaminen

Espoon hoitotyön kehittämishanketta johti ylihoitaja ja koordinaattori sekä asiantuntijat. Opettajat ohjasivat opiskelijoita ja työryhmiä. Ennen projektin käynnistymistä osastotunnilla puhuttiin Espoon hoitotyön kirjaamishankkeesta, joka käynnistyisi lähiaikoina. Osastolle oli muodostettu kehittämistoiminnan työryhmä, jossa oli kaksi sairaanhoitajaa ja kolme sairaan-

hoitajaopiskelijaa. Tarkoituksena oli, että he edustavat koko työyhteisöä ja kehittävät omien työyksikköjen hoitotyön kirjaamista. Kehittämistoiminnan käynnistymisen alussa ja ennen sitä koulun opinnäytetyöpajalla myös annettiin tietoa Espoon hoitotyön kirjaamishankkeeseen liittyvistä tiedoista sekä puhuttiin opiskelijoiden tehtävistä kehittämistoiminnassa. Kehittämistoiminnan käynnistymistilaisuus pidettiin Jorvin terveyskeskuksen vuodeosasto 1:lla 29.1.2009. Tilaisuuteen osallistuvat sairaanhoitajia, perus/lähihoitajia, fysioterapeutteja, osastonhoitaja, opiskelijat, opettajat ja koordinaattori. Tilaisuudessa opettajat antoivat tietoa kehittämishankkeen tavoitteista, tarkoituksesta, menetelmistä ja tehtävien jaosta. Koordinaattori antoi tietoa Espoon hoitotyön kirjaamisen muutosten suunnasta.

## 5.2 Nykytilanteen kuvaaminen

Toisen juurruttamiskierroksen tavoitteena oli kehitettävän toimintakäytännön näkyväksi tekeminen. Projektin käynnistystilaisuudessa työyhteisön jäsenien kanssa sovittiin tuleva aikataulu. Pyrimme kartoittamaan nykytilanteen yhteisillä tapaamisilla sekä sähköisen tiedonkulun antamien mahdollisuuksien avulla. Sovitut aikataulut eivät kuitenkaan toteutuneet suunnitelmien mukaan työyhteisön kanssa.

Kirjaamisen nykytilanteen kuvaus tapahtui työyhteisön havainnoinnilla ja havaintojen analyysillä. Osaston henkilökunnan tavoitteena oli pyrkiä kehittämään uuden potilaan tietojen kirjaamista sisällöllisesti ja vähentää päällekkäistä kirjaamista tulovaiheessa. Olimme tehneet kysymykset jotka lähetimme työyhteisölle tutustumista varten. Kysymykset hyväksyttiin. Ajanpuutteen ja lomien vuoksi jouduimme muuttamaan haastattelun kyselyksi. Lähetimme kysymykset (liite 1) työyhteisölle sovitusti sähköpostilla. Nykytilanteen kartoituksen kysymyslomakkeessa kysyttiin potilaan tulotilannetta, hoidon suunnittelua, hoidon toteutusta sekä hoidon arviointiin liittyvää hoitotyön kirjaamista. Vastaukset analysoitiin ja kirjoitettiin analyysitaulukon muotoon, jossa selvitettiin hoitoprosessivaiheittain mitä tietoja potilaasta kirjataan, mitä tapahtumia tietoon liittyy, mistä lähteestä tieto on peräisin, minne ja moneenko paikkaan tieto kirjattiin ja miten saatua tietoa hyödynnettiin (ks. analyysitaulukko, liite 2). Tämän jälkeen tulokset käytiin läpi, josta ilmeni että tietoja kirjattiin useaan paikkaan. Näin työllistettiin useita henkilöitä samaan tehtävään. Jorvin terveyskeskus osasto 1:llä hoitotyön nykytilanne kuvattiin analyysitaulukkoon, jolloin saatiin kartoitettua nykytilanne ja tarvittavat kehittämiskohteet esille.

## 5.3 Hiljainen tiedon käsitteellistäminen ja kehittämiskohteen löytäminen

Kun osaston nykyinen hoitotyön kirjaaminen on kuvattu käsitekartaksi, niin myös hiljainen tieto tulee näkyville. Nykytilanteen kuvauksen käsitekartta jätettiin osastolle työyhteisön luettavaksi ja pohdittavaksi. Työyhteisön keskuudessa se herätti paljon keskustelua ja työh-



teisö yhdessä pohti nykyisen osastohoitotyön kirjaamisen puutteita sekä kehittämiskohteita. Pohdinnan tuloksena valittiin hoidon tarpeen määrittely ja sen kirjaaminen potilaan tulovaiheessa. Perusteena oli se, että hoidon tarpeen määrittäminen on hoitotyön prosessin ensimmäinen ja tärkeä vaihe potilaan tulovaiheessa. Kirjattujen tietojen laajuus ja laatu suoraan vaikuttavat hoitotyön toteutukseen ja lopputulokseen. Siksi ensimmäisenä on kehitettävä potilaan tulovaiheen hoitotyön kirjaamista.

#### 5.4 Teoreettisen ja tutkitun tiedon hakeminen

Neljännellä kierroksella työyhteisölle on annettu lisää tietoja systemaattisesta kirjaamisesta koulutustilaisuudessa. Osastolla pidettiin useita osastotunteja, jossa työyhteisössä pohdiskeltiin kehittämiskohteisiin liittyviä asioita. Opiskelijat keräsivät kehittämiskohteeseen liittyvät teoreettiset tiedot. Kehittämiskohteeseen hyödynnettävän tiedon etsiminen oli alussa haasteellista, koska hoitotyön tarpeen arviointiin liittyvät tiedot ovat laaja-alaisia ja ne oli saatava soveltumaan osaston hoitotyön erityispiirteisiin mm. vastaamaan kansallisen hoitotyön kirjaamisen kriteerejä ja potilaan hoidon tarpeita, hyödyntää hoitoressurssien käyttöä hoitotyössä sekä lopuksi niiden avulla saada hyviä hoitotyön tuloksia. Kehittämistoiminnan tavoitteiden perusteella kehittämiskohteeseen liittyvien teoreettisten tietojen määrää rajoitettiin. Ensin kerättiin laajasti hoitotyöprosessin ensimmäiseen vaiheeseen liittyviä tietoja ja sen jälkeen tehtiin tietojen analysointi, jossa määriteltiin sekä hoidon tarpeen kannalta tärkeät tiedot että kehittämiskohteeseen liittyvän hoitotyön kirjaamiseen ja kansallisen hoitotyön kirjaamismallin liittyvät teoriat. Tällä kierroksella oppinäytetyöpajassa annettiin tietoja kehitystoimintaan liittyvistä teorioista ja niiden laadusta sekä mahdollisista lähdetiedoista. Ohjaavat opettajat antoivat jokaiselle oppinäytetyöryhmälle yksilöllistä ohjausta. Tiedot kerättiin vuodesta 1984 vuoteen 2010 julkaistusta hoitotieteen kirjallisuudesta, sairaanhoitajaliiton lehdistä, laista, hoitotieteen lehdistä, yliopiston graduista, ja HoiDok-hankkeen loppuraportista sekä kansallisen hoitotyön kirjaamismallin oppaasta. Teoriassa painotettiin hoitotyön tarpeen määrittelyä sekä systemaattisen kirjaamisen mallin käsittelyä ja pohdintaa. Kerätystä tiedosta on tehty kriittinen arviointi, joka on muodostettu käsittekartaksi ja se on jaettu työryhmälle. Teoreettiset tiedot herättivät keskustelua ja jatkuvaa kritisointia sekä osastolla että ohjaajien keskuudessa. Jatkuvan analysoinnin jälkeen tehtiin lopullinen valinta, josta muodostui kehittämistoimintaa tukeva teoria.

#### 5.5 Uuden toimintatavan muodostuminen

Viidennellä kierroksella työryhmän ja opiskelijoiden yhteiskoulutus pidettiin Puolarmetsän sairaalassa. Koulutuksessa käytiin läpi konkreettisesti systemaattiseen kirjaamiseen liittyvät lainsäädännöt, yleiset säännöt ja ohjeet. Jorvin sairaalan TK:n osastot pitivät yhteiskoulutustilaisuuksia ja tarkoituksena oli antaa työyhteisölle kansallisen rakenteisen hoitotyön kir-

jaamiseen liittyviä tietoja, joiden avulla tuetaan hoitotyöyksiköiden kehittämistoimintaa. Näiden tietojen pohjalta osastolla työyhteisö edelleen pohti kehittämiskohteisiin liittyviä kysymyksiä mm. mitkä asiat kirjoitetaan ja mitkä asiat potilaan terveyden edistämisen kannalta katsottuna ovat parasta kirjoittaa Hoi-lehteen. Tavoitteena oli täsmentää potilaan tulovaiheessa hoitotyön kirjaamisen kriteerit ja yhteiset hoitotyön kirjaamiskäytännöt. Pohdinnan lopputuloksena päätettiin, että kehittämistoiminnan alussa pidetään matalaa profiilia, vähän asiaa kerralla ja sitten vähitellen asioita tulee lisää eli aloituskierröksellä potilaan tulovaiheessa kirjataan raporttiin uudessa toimintatavassa esitetyn mallin mukaisesti. Tässä vaiheessa päätettiin, että potilaan tulovaiheen tiedot kirjataan Hoi-lehdelle ja tietojen tulisi näkyä jokaisen potilaan ensimmäisessä Hoi-lehden merkinnässä. Hoi-lehdelle kirjautuvia asioita ovat mm. potilaan liikkuminen, orientaatio/tajunnan taso, virtsaus, apuvälineet liikkumisessa ja muut apuvälineet. Tavoitteena on pyrkiä kehittämään tulovaiheen kirjaamista sisällöllisesti ja vähentäen päällekkäistä kirjaamista. Potilaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä koko hoitotiimin tulisi hyötyä kirjatuista tiedoista.

Tällä kerroksella opiskelijat etsivät uusia teoreettisia ratkaisuja kehittämiskohteen uudesta näkökulmasta. Teoreettisia tietoja edelleen tarkennettiin osastolla toiminnan kehittämiseksi ja toukokuun lopussa osaston hyväksymä kehittämistoimintasuunnitelma tuli valmiiksi. Kesäkuun alussa pidettiin kehittämistoiminnan suunnittelemaseminaari Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulussa.

## 5.6 Uuden toimintatavan mukaisen kirjaamisen oppiminen

Kuudennella kierroksella työryhmäkoulutus oli Puolarmetsän sairaalassa. Koulutuksessa työryhmä käytti edellisellä kierroksella muodostunutta uutta ”hoidon tarpeen määrittely potilaan tulovaiheessa” toimintatapaa. Casen avulla harjoiteltiin potilaan tulovaiheen hoitotyön kirjaamista. Kuudennella kierroksella osastolla myös pidettiin koulutustilaisuuksia, koulutuksissa jaettiin vielä lisää tietoa kansallisesta rakenteisesta kirjaamisesta. Työryhmän jäsenet vahvistivat jatkuvasti omaa osaamistaan ja sen jälkeen jakoivat tietojaan työyhteisölle. Osastotunnilla käsiteltiin uudet kriteerit aiheista ”hoidon tarpeen määrittely potilaan tulovaiheessa” ja uuden toimintatavan mukaisen kirjaamisen vuokaaviomalli. Osastotunnilla keskusteltiin miten uuden toiminnan mallin opetusta voidaan toteuttaa työyhteisössä ja silloin päätettiin, että opetukset toteutetaan pienissä ryhmissä eli osaston työntekijät jaetaan 2-4 henkilön kokoihin ryhmiin. Sen jälkeen työryhmän hoitajajäsenet alkoi kouluttaa työyhteisöä. Ryhmäopetuksessa käytettiin esimerkkeinä muutamia osastolla olevia potilastapauksia ja niiden avulla sekä arvioitiin että määriteltiin potilaan hoidon tarpeita tulovaiheessa, harjoiteltiin kansallisen hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaista kirjaamista. Kun työyhteisö oli koulutettu, uuden toimintatavan sovitut kriteerit eli ”hoidon tarpeen määrittely ja sen kirjaaminen potilaan tulovaiheessa” ja siihen sovitut kirjaamiseen liittyvät yhteiskäytännöt otettiin käyttöön.

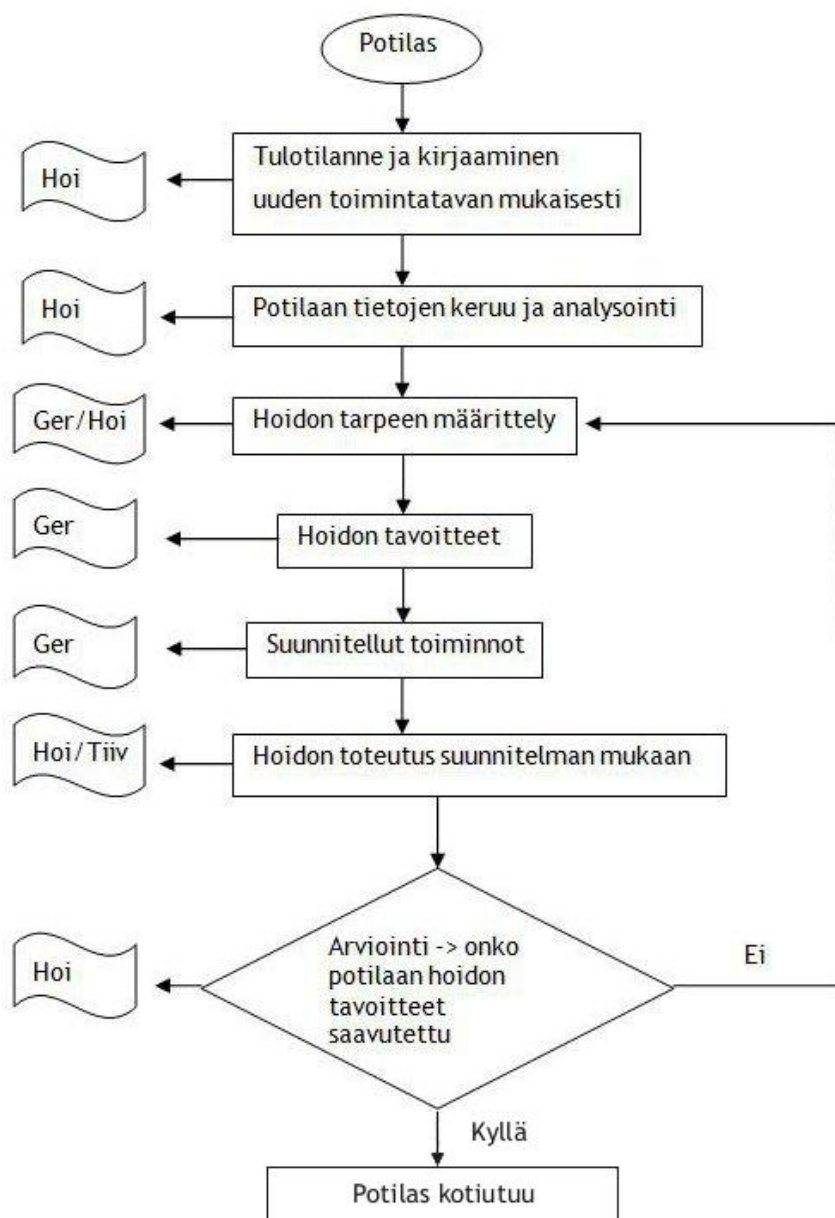
osastolla vuoden 2009 syyskuun puolivälissä. Kirjaamisohje oli jätetty tietokoneen ääreen kirjaamisen tueksi. Kun sijaistyöntekijät tulevat osastolle työhön, niin työvuorossa olevat vakituiset työntekijät opettavat heitä kirjoittamaan uuden kirjaamisen mallin mukaisesti.

Työryhmäkoulutusta oli pidetty Puolarmetsässä syyskuun lopussa, koulutuksessa oli tehty lopuarviointi työryhmän toiminnasta ja kehittämistoiminnan tuloksesta, arviointi oli tehty työryhmän jäsenten kesken, lopputulokset oli kirjoitettu kirjallisena versiona ja posterin esityksen muotona. Se esitettiin 7.10.2009 Espoon kirjaamishankkeen päätösseminaarissa.

## 6 UUSI TOIMINTATAPA

Tulotilanteesta kirjataan potilaan taustatiedot: hoidon syy, esitiedot, ongelmat, nykytila, lääkehoito, apuvälineet, toimintakyky, terveyteen vaikuttavat tekijät ja riskitiedot. Osa tiedoista voidaan siirtää läheteistä merkintöjen pohjaksi. (Ydintieto-opas 2007, 23 -24.) Espoon terveyskeskuksessa osasto 1:lla kirjaamiskehittämistoiminnan ”potilaan hoidon tarpeen määrittely ja sen kirjaaminen tulovaiheessa” ja siihen liittyvä kehittämistoiminnan uuden toimintatavan muodostuminen perustuvat ydintieto-oppaaseen ja kehittämistoiminnan alussa asetettuihin tavoitteisiin (liite 3). Kehittämistoiminnan tuloksena oli: potilaan tulovaihe osastolle kirjataan Hoi-lehdelle. Tekstistä tulee näkyä mistä potilas tulee, milloin ja tulosy; kuvaus potilaan voinnista tulohetkellä; potilaan voimavarat / omatoimisuus päivittäisissä toiminnoissa mm. ruokailu, eritystoiminta, liikkuminen, hygienia; hoidon tarve; apuvälineet, aistit; muut huomioon otettavat asiat, mitkä vaikuttavat potilaan hoitoon esim. elämäntilanteeseen liittyvät asiat, kotiapu, omainen ym. Kun potilas tulee osastolle, sairaanhoitaja haastattelee potilasta ja kerää hänen hoitoon liittyvät tiedot, kirjoittaa Hoi-lehdelle potilaan tulovaiheeseen liittyvät tiedot uuden toimintatavan mukaisesti.

Nykyisin osastolla pyritään kirjaamaan potilaan tulovaihe uuden toimintatavan mukaisesti. Espoon kirjaamishankkeen tuloksena kehitettiin hoitotyöprosessin ensimmäinen vaihe eli kirjaamisen kriteerit hoitotyön tarpeen määrittämiseen ja yhteiset kirjaamiseen liittyvät käytännöt. Jatkossa työyhteisö kehittää edelleen hoitotyöprosessin muiden vaiheiden kirjaamismallia. Osastolla hoitotyön kirjaamista kehitetään jatkuvasti hoitotyön ohella. Tällä hetkellä osaston hoitotyössä hyödynnetään myös uuden toimintatavan vuokaaviota (kuvio 3), tarkistetaan hoitotyön kirjaamisen toteutumista ja sen avulla pyritään mahdollisimman hyvin hoitotyön tuloksiin.



Kuvio 3: Potilaan tulovaiheessa hoitotyön toimintatavan mukaisen kirjaamisen vuokaavio

## 7 KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI

### 7.1 Kehittämistoiminnan arvioinnin teoreettiset perusteet

Kehittämistyön viimeinen vaihe on arviointi. Arvioinnin tarkoituksena on selvittää miten kehittämistyössä onnistuttiin ja toimiiko se suunnitellusti, mitä tapahtuu kun sitä toteutetaan, vastaako se asiakkaiden tarpeisiin, parantaako palvelulaatua, saavutettiin suunnitellut tavoitteet, onko se jatkamisen arvoinen. Tavoite toiminnan parantamisesta on erittäin tärkeä, koska jokainen parannus merkitsee muutoksia suhteessa yhteen tai useampaan muuhun tavoitteeseen. Saattaa olla, että asiakkaiden tarpeisiin vastataan paremmin, tulokset paranevat ja tehokkuus lisääntyy. (Robson 2001, 27.) Kaikki projektin toimintaan osallistuneet hyväksyivät ja käyttivät tietoa muuttaessaan toimintoja tiedon perusteella. Heillä on henkilökohtaista kokemusta kehittämistoiminnasta ja heillä on myös osuutensa päätöksentekoprosessissa, joten heidän osallistumisensa arviointiin on tärkeää. (Robson 2001, 36 -37.) Arviointi kohdistuu tyypillisesti kehittämistyön panokseen, muutosprosessiin ja lopputuotokseen sekä niiden väliin suhteisiin (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009, 47). Robsonin mielestä arvioinnissa tulisi kiinnittää huomiota seuraaviin kohteisiin: projekti, lähestymistapa ja olosuhteet, prosessien vaikutus ja tehokkuus (Robson 2001, 79). Heerkens korostaa käytettyjä menetelmiä, uusien menetelmien ja teknologioiden omaksumista, osaamista, tietojen hallintaa ja hyväksikäyttöä sekä seurantamenetelmien tehokkuutta ja soveltuvuutta (Heerkens 2002, 162). Arvioinnissa voidaan käyttää esimerkiksi havainnointia, kyselyjä, haastatteluja ja dokumenttianalyysejä (Ojasalo ym. 2009, 48). Arviointeihin liittyy monia asetelmia ja ryhmän jälkikäteen tekemä vaikutusten testaaminen on seurannan kannalta yleisimmin käytetty, mutta käytännön tilanteiden arvioinnissa saattaa hyvin riittää yksikertainen asetelma esim. jonkinlainen vertailu ennen ja jälkeen kehittämistoiminnan. Siten voidaan saada tietoa kehittämistoiminnan vaikutuksista. Usein arvioinnissa on mahdollista kerätä prosesseista lisätietoa, joka voi antaa tukea tuloksille. (Robson 2001, 96 -97.)

### 7.2 Työryhmätoiminnan arviointi

Työyhteisöä arvioitiin työryhmätoiminnasta. Arvioinnissa käytettiin ”hoitotyön kirjaamisen kehittäminen” -työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointilomaketta (liite 4). Vuoden 2009 lokakuun alussa Espoon hoitotyön kirjaamishankkeen loppuseminaarin jälkeen arviointilomake jätettiin osaston taukokuoneeseen, tarkoituksena oli antaa osastolla työskentelevien sekä sairaanhoitajan että lähi- ja perushoitajien täytettäväksi. Osastotunnilla myös puhuttiin arvioinnista. Lomakkeiden täyttäminen oli vapaaehtoista ja täytettiin nimettömänä. Täytön jälkeen lomake pudotettiin palautelaatikkoon. Kahden viikon jälkeen 9 hoitajaa 17:sta olivat palauttaneet lomakkeet täytettyinä ja kaikki vastanneet olivat vakituisia työntekijöitä. Vastausprosentti oli 52,9 %.

Aineiston käsittely alkoi, kun arviointilomakkeisiin liittyvät tiedot oli kerätty. Tämän jälkeen jokaisen havaintoyksikön kaikki tiedot kirjattiin ja tallennettiin taulukkoon (taulukko 1). Heikkilä (2004, 123) mukaan taulukkoa, johon muuttujia koskevat havainnot syötetään, kutsutaan havaintomatriisiksi (aineisto). Pystysarakkeessa on yhden vastaajan, havaintoyksikön, kaikkien muuttujien tiedot. Muuttujia ovat tutkittavat asiat (tässä kyselyssä muuttujia oli vain yksi joukko). Vaakarivillä ovat yhtä asiaa koskevat tiedot kaikilta havaintoyksiköiltä. Nämä tiedot vaihtelevat eri havaintoyksiköillä. Vaakarivillä olevia numerotietoja kutsutaan muuttujan havainnoiksi. Tässä kyselyssä muuttujan havainnon vaihtoehtoja oli viisi.

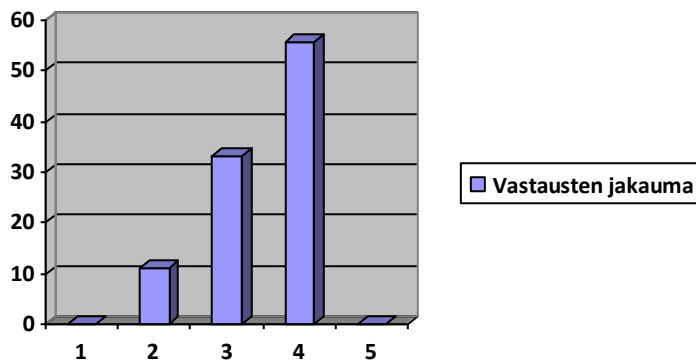
Taulukko 1: Havaintomatriisi (Koosteessa on yhdeksän palautettua arviointilomaketta Jorvin TK 1:ltä).

Muuttujan arvosana	1 = ei lainkaan	2 = jonkin verran	3 = paljon	4 = erittäin paljon	5 = en osaa sanoa
Kysymys 1	0	1	3	5	0
Kysymys 2	0	4	3	2	0
Kysymys 3	0	0	1	8	0
Kysymys 4	0	3	5	1	0
Kysymys 5	0	1	4	4	0
kysymys 6	0	0	8	1	0

Arviointilomakkeessa oli yhteensä yhdeksän kysymystä. Niistä kolme oli avoimia kysymyksiä ja muut kuusi kysymystä täytettiin ympäröimällä numero. Vastausvaihtoehdot olivat: numero 1. ei lainkaan, numero 2. jonkin verran, numero 3. paljon, numero 4. erittäin paljon, numero 5. en osaa sanoa. Palautetuista kaavakkeista tehtiin yhteenveto ja tulokset kuvattiin pylväsdiagrammin avulla.

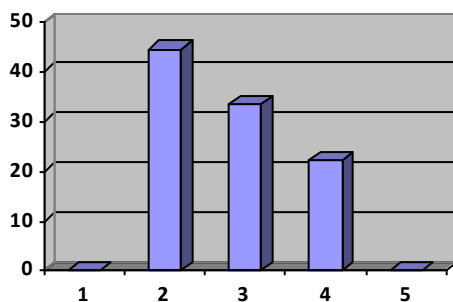
Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin, miten paljon työryhmä on edistänyt kirjaamisen kehittämistä valitulla alueella. Vastauksista olivat: 0 kpl ei lainkaan, 1 kpl (11,1 %) jonkin verran, 3 kpl (33,3 %) paljon, 5 kpl (55,6 %) erittäin paljon ja en osaa sanoa oli 0 kpl.

**Kaavio 1: Kehittämiskohteen edistämisen arviointi**



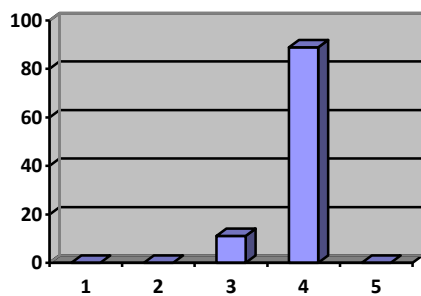
Toisessa kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon työyhteisö on ollut mukana työstämässä työryhmän tuottamia käsitekarttoja ja uutta toimintamallia. Vastauksista olivat: 0 kpl ei lainkaan, 4 kpl (44,4 %) jonkin verran, 3 kpl (33,3 %) paljon, 2 kpl (22,2 %) erittäin paljon ja 0 kpl en osaa sanoa.

**Kaavio 2: Työyhteisön osallistumisen arviointi**



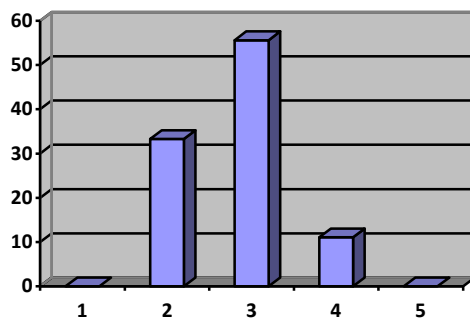
Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin kuinka työryhmän uutta toimintamallia voidaan soveltaa omassa työyhteisössä. Vastauksista olivat: 0 kpl ei lainkaan, 0 kpl jonkin verran, 1 kpl (11,1 %) paljon, 8 kpl (88,9 %) erittäin paljon ja 0 kpl en osaa sanoa.

**Kaavio 3: Uuden toiminnan mallin soveltuvuuden arviointi**



Neljännessä kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon työryhmä on antanut työyhteisölle uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta hoitotyön kirjaamista on voitu kehittää. Vastauksista olivat: 0 kpl ei lainkaan, 3 kpl (33,3 %) jonkin verran, 5 kpl (55,6 %) paljon, 1 kpl (11,1 %) erittäin paljon ja 0 kpl en osaa sanoa.

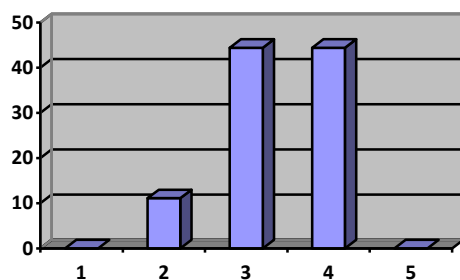
**Kaavio 4: Työryhmä työskentelyn arviointi**





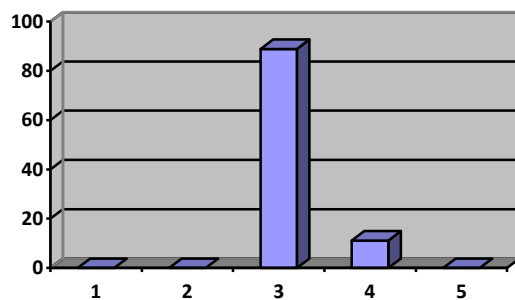
Viidennessä kysymyksessä kysyttiin miten paljon kehittämistoiminta ja uusi toimintamalli ovat vaikuttaneet parantavasti hoitotyön kirjaamiseen. Vastauksista olivat: 0 kpl ei lainkaan, 1 kpl (11,1 %) jonkin verran, 4 kpl (44,4 %) paljon, 4 kpl (44,4 %) erittäin paljon ja 0 kpl en osaa sanoa.

**Kaavio 5: Uusi toimintamalli vaikuttavuuden arviointi**



Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin omaa mielipidettä siitä, kuinka paljon työryhmän uuden toimintamallin käyttöön ottaminen saa aikaan muutosta työyhteisön työssä. Vastauksista olivat: 0 kpl ei lainkaan, 0 kpl jonkin verran, 8 kpl (88,9 %) paljon, 1 kpl (11,1 %) erittäin paljon ja 0 kpl en osaa sanoa.

**Kaavio 6: Uuden toimintamallin vastaanottamisen arviointi**



Seitsemäs kysymys oli avoin kysymys. Kysymyksessä pyydettiin tarvittaessa perustelemaan vastausvaihtoehtoja kysymyksiin 1 -6. Vastauksen mukaan uuden kirjaamismallin harjoitteluun on ollut liian vähän aikaa.

Kahdeksas kysymys oli avoin kysymys. Kahdeksannessa kysymyksessä pyydettiin kertomaan mitä työyhteisö on suunnitellut tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseksi. Vastauksien mukaan alku näytti hyvältä joten pitää jatkaa samaan malliin ja jokaisen on kirjattava mahdollisimman hyvin potilaan tulotilanne Hoi-lehdelle.

Yhdeksäs kysymys oli myös avoin kysymys, kysymyksessä kysyttiin haluaako antaa muuta palautetta kehittämistoiminnasta. Tähän ei ollut yhtään vastausta.

Vastauksista voi päätellä, että työryhmä on tehnyt kovasti työtä oman työnsä ohella. He olivat perehtyneet ja sitoutuneet kehittämistoiminnan tehtäväänsä. He olivat vuorovaikutuksessa työyhteisön kanssa, välittivät tietoa ja myös aktivoivat työyhteisöä osallistumaan kehittämistoimintaan. Työyhteisö oli kiinnostunut ja aktiivisesti osallistunut kehittämistoimintaan. Osastonhoitaja myös aktiivisesti osallistui kehittämistoimintaan ja antoi tukea työryhmälle. Yhteistyön avulla sai hyviä kehittämistyön tuloksia. Nyt kehittäminen on vasta alussa, kun uuden tiedon juurruttaminen on työyksikössä ja niin jatkossa työyhteisö voi kehittää uutta toimintamallia lisää, tietysti se vaatii myös kovasti työtä.

### 7.3 Uuden toimintatavan arviointi

Uuden toimintatavan arviointi tehtiin keskustelemalla osastotunnilla osaston työntekijöiden kesken, koska uusi toimintatapa on ollut vasta vähän aikaa käytössä ja tuloksia on vielä vaikea mitata tarkasti. Arvioinnin näkökulmina olivat: hoitotyöprosessin sujuvuus, taloudellinen näkökulma, hoitotyön tulokset ja laatu sekä potilastyytyväisyys. Arvioinnissa vertailtiin vanhaa ja uutta toimintatapaa. Vanhassa toimintatavassa potilaan tulovaiheeseen liittyvät tiedot kirjoitetaan Hoi-lehdelle satunnaisesti ja usein omalla tavalla ilman yhtenäisiä sääntöjä, esimerkiksi kiireisenä aikana hoitaja ei ehdi kirjoittaa ajoissa joten seuraava työvuoro ei voi hyödyntää näitä tietoja. Hoitotyön tietoja ei voi hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla, koska tiedonkulku hoitotyöprosessien välillä katkeilee, potilaskuntoutus viivästyy ja hoitojakso pitkittyy.

Uudessa toimintatavassa koko osastolla on sovittu hoitotyön kirjaamisesta potilaan tulovaiheessa käyttämällä yhteistyökäytäntöä, jossa mainitaan kirjattavat asiat, kirjausaika ja kuka kirjasi. Kun potilas tulee osastolle, hänen sen hetkinen terveyden tila ja muut terveyteen vaikuttavat tekijät kirjataan kokonaisvaltaisesti heti Hoi-lehdelle. Uuden toimintamallin kirjaaminen on selkeämpää verrattuna vanhaan malliin, koska olennaiset tiedot ovat näkyvillä, varsinkin hoitotyön tarpeet. Potilaan etuna on se, että heti tulevat esille esimerkiksi potilaan kuntoutumisen kannalta tärkeät tiedot ja kuntoutusprosessi voidaan aloittaa heti, jolloin potilas saa ajanmukaista ja henkilökohtaista hoitoa. Kokemukset uudesta toimintatavasta ovat olleet hyviä ja potilailta on tullut positiivista palautetta.

Talouden näkökulmasta katsottuna uusi kirjaamisen malli on hyödyntänyt osaston hoitotyön resurssien käyttöä, kun kirjaamisen jälkeen hoitotyö voidaan aloittaa kokonaisuudessaan heti. Työajat voidaan käyttää tehokkaammin ja työt suorittaa osuvammin. Hoitotyötiimit ovat olleet tyytyväisiä, koska kirjattuja tietoja voidaan hyödyntää tehokkaasti työskentelyyn ja siten

on saatu hyviä tuloksia. Loppujen lopuksi potilas hyötyy uudesta toimintatavasta, hoitotyön laatu kohenee ja hoitajakso lyhenee.

## LÄHTEET

## KIRJALLISUUS

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2002. Hoitamalla hyvää oloa. Porvoo: WSOY.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyö elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Heerkens, G. 2002. Project Management. The McGraw-Hill Companies, Inc.

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

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

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

Kratz, C, R. 1984. Hoitotyön prosessi. Porvoo-Helsinki-Juva: WSOY.

Krause, K. & Salo, S. 1992. Teoreettinen hoitotyö. Hoitotyön tietoperustausta, tutkimuksesta ja käytännöstä. Hygieia-sarja. Tampere: Kirjayhtymä OY/Tammerpaino OY.

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

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

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valli, R. 2001. ”Mitä numerot kertovat? ”. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1 -2. painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Tammi.

## ARTIKKELIT

Sähköisen kirjaamisen opettaminen terveysalan koulutuksessa. Hoitotyö vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino OY.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro-terveys 6, 4-7.

Eriksson, E. 1993. Tiedon valinta ja käyttö terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan työssä simulointitestillä tutkittuna. Teoksessa Hoitotyön päätöksenteon tiedolliset lähtökohdat. Huttunen, J. 29.9.2009. Mitä terveys on? dlk00903 (045.001) Kustannus OY: Duodecim.

Kivisaari, S., Saranummi, N. & Parvinen, P. 2004. Vanhusten palvelut Espoossa. Kehittämisen lähtökohdat juurruttamalla. VVT Teknologian tutkimus. 15-18.

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC - luokitus - kokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa.

Martti L. Joulukuuta 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja I. Helsingissä 12.

Nousiainen, K. 2006. Miksi kehittämistyön tulokset eivät juuri käytäntöön. Sosiaaliturva 3,14-

Ora-Hyytiäinen & Silvenoinen 2007. Kehittämiskohteet eNNI-hankkeessa. 3.

Suomen sairaanhoitotajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitaja 34 (8).

Tanttu, K. 2008a. FinCC Finnish Care Classification.

Tanttu, K. 2008b. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto HoiDok -loppuraportti.

Tanttu, K. 2009. Kansallisesti yhtenäisen hoitotyön tiedot - hanke (HoiData - hanke) 9/2007 - 10/2009 loppuraportti. Turku: Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri kuntayhtymä, Hallintokeskus.

#### INTERNET-LÄHTEET

Huttunen, J. 2009. Mitä terveys on? Viitattu 10.4.2010.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_teos=dlk&p\\_artikkeli=dlk00903](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_artikkeli=dlk00903)

Ikonen, H. 2008. eNNI-hanke. Viitattu 20.10.2008. <http://www.amk.fi/enni/>

Espoo-strategia. 2009-2011. Viitattu 2.5.2009. [Espoo-strategia. 2009-2011.](http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;11869;142)

<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;11869;142>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785 / 1992, muutos 653/2000). Viitattu 4.5.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559 / 1994) ja asetus (564/1994). Viitattu

4.5.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19940559>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812 / 2000). Viitattu 4.5.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki sähköisestä asioinnista sosiaali- ja terveydenhuollossa (2007/159). Viitattu 7.4.2010.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajatasa/2007/20070159>

Laki sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298). Viitattu

7.4.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC - luokitus - kokonaisuuden käyttöön

hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Viitattu 16.2.2010. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>

Martti L. Joulukuuta 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja I. Helsingissä 12. Viitattu 21.4.2010.

<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 10.4.2010.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen. Viitattu 10.4.2010.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_työ\\_ja\\_hoitotyön/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/)

STM 2007. Opas. ydintieto otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0 31.1.2007. Viitattu 10.4.2010.

<http://virtual.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opus-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf>

Tanttu, K. 2008. FinCC Finnish Care Classification. Viitattu 11.12.2008.

<http://www.vsshp.fi/fi/4519>>

Tanttu, K. 2009. Kansallisesti yhtenäisen hoitotyön tiedot - hanke (HoiData - hanke) 9/2007 - 10/2009 loppuraportti. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri kuntayhtymä, Hallintokeskus. Viitattu 30.12.2009. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>

#### MUUT LÄHTEET

Tervetuloa osastollemme. Joulukuu 2009. Espoon kaupungin terveyskeskusosasto 1.

## KUVIOT

Kuvio 1: Juurruttamisen prosessi (Ora-Hyytiäinen & Silvenoinen 2007).....	8
Kuvio 2: Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen (Tanttu 2008) ..	17
Kuvio 3: Potilaan tulovaiheessa hoitotyön toimintatavan mukaisen kirjaamisen vuokaavio .....	28

## KAAVIOT

Kaavio 1: Kehittämiskohteen edistämisen arviointi.....	31
Kaavio 2: Työyhteisön osallistumisen arviointi .....	31
Kaavio 3: Uuden toiminnan mallin soveltuvuuden arviointi .....	32
Kaavio 4: Työryhmä työskentelyn arviointi.....	32
Kaavio 5: Uusi toimintamalli vaikuttavuuden arviointi.....	33
Kaavio 6: Uuden toimintamallin vastaanottamisen arviointi .....	33

## TAULUKOT

Taulukko 1: Havaintomatriisi .....	30
------------------------------------	----

## LIITTEET

Liite 1 Nykytilanteen kartoitukseen liittyvät kysymykset.....	41
Liite 2 Nykytilanteen kuvauksen analyysitaulukko .....	42
Liite 3 Kehittämiskohteiden nelikenttäkaavio .....	45
Liite 4 Työyhteisön arvioinnin liittyvät kysymykset.....	46



## Liite 1      Nykytilanteen kartoitukseen liittyvät kysymykset

### POTILAAN TULOTILANNE

Mitä tietoa kirjaatte potilaasta hänen tullessaan osastolle ja kuka tiedon kirjoittaa?  
Mistä/ keneltä kirjattava tieto on saatu?  
Minne tiedot kirjataan?  
Miten tulotilanteessa saatua tietoa käytetään potilaan hoidossa?

### POTILAAN HOIDON SUUNNITTELU

Kuka tekee potilaan hoitosuunnitelman?  
Mitkä tiedot kirjoitatte hoidon suunnitelmaan?  
Mihin tietoon hoidon suunnittelu perustuu?  
Kuinka potilas/omaiset osallistuu hoitosuunnitelman tekemiseen?  
Minne hoitosuunnitelmaan liittyvät asiat kirjataan?  
Miten hoitosuunnitelmaan liittyviä tietoja hyödynnetään?

### POTILAAN HOIDON TOTEUTUS

Mitä tietoa kirjataan hoidon toteutumisesta?  
Mistä/keneltä tieto on saatu?  
Minne tiedot kirjataan?  
Missä eri tilanteissa hyödynnätte potilaasta hoidon toteutuksen yhteydessä kirjattua tietoa  
(esim. haavahoitoon, kuntoutukseen, saattohoitoon jne.)  
Kuinka hoitosuunnitelmaa hyödynnetään potilaan hoidossa?  
Miten kotiutuminen tapahtuu? minkälaisia tietoja kirjataan?

### POTILAAN HOIDON ARVIOINTI

Ketkä osallistuvat potilaan hoidon arviointiin?  
Miten potilas osallistuu oman hoitonsa arviointiin?  
Kuka kirjaa potilaan hoidon arviointiin liittyvät tiedot?  
Minkälaisia tietoja kirjataan arviointiin?  
Minne hoidon arviointi kirjataan?  
Millä tavoin hyödynnätte hoidon arvioinnin kirjattua tietoa?  
(esim. jatkohoitoon, potilaan kotiutumiseen jne.)

## Liite 2      Nykytilanteen kuvauksen analyysitaulukko

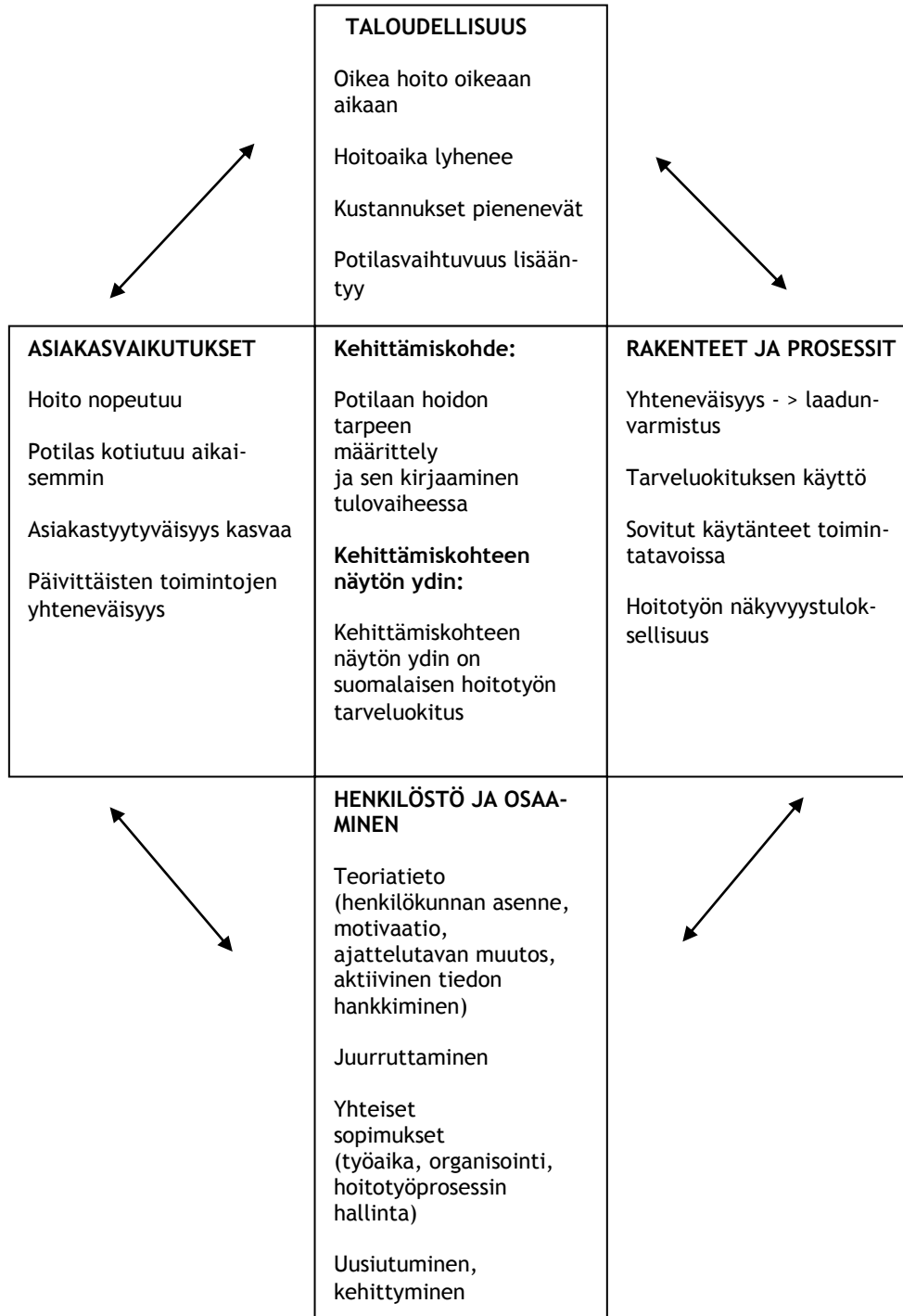
Hoitotyöprosessin vaihe:	Mitä tietoja kirjataan?	Mitä tapahtumia tietoon liittyy? (edellyttääkö se toimintaa ennen kirjaimista)	Mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin?	Minne ja moneenko paikkaan tieto mahdollisiin järjestelmiin/paikkoihin järjestelmässä/papereissa kirjataan?	Miten tätä tietoa hyödynnetään?
Tulotilanne	<p>Kuvaus potilaan voimista.</p> <p>Potilaan voimavarat ja omatoimisuus ennen sairastumista.</p> <p>Asumiseen liittyvät tiedot.</p> <p>Kotiapu /kotisairaanhoido.</p> <p>Lääkehoito ja toteutus.</p> <p>Avun tarve. Ruokavalio.</p> <p>Eriykyseen liittyvät asiat.</p> <p>Allergiat.</p> <p>Omaisat.</p>	<p>Potilaan/omaisen haastattelu.</p> <p>Lähtettävän yksikön papereihin perehtyminen.</p>	<p>Potilaalta itseltään.</p> <p>Omaisilta.</p> <p>Lähtettävän yksikön papereista.</p>	<p>Kirjoitetaan Effecalle</p> <p>Hoitosuunnitelma GER-lehdelle</p> <p>Tulotilanteen kuvaus myös hieman HOI-lehdelle</p> <p>Seurannat ja mittaukset ja muut tärkeät huomioitavat asiat TIIV-lehdelle.</p>	<p>Näiden tietojen perusteella pystytään alustavasti kartoittamaan hoidon tarvetta ja hoidon kestoa sekä saadaan kotiutumisprosessi alkuun.</p>

<p>Hoidon suunnittelu</p>	<p>Tulotilanne. Tulosyy. taustasairaudet. Elämäntilanne ja tilanne ennen sairastumista. Tämänhetkinen avuntarve. Voimavarat. Hoidon tavoitteet. Hoidon keinot. Hoidon kokonaistavoite. Hoidon arviointi.</p>	<p>Vastuussa olevan tiimin jäsenistä joku joka ehtii (sairaanhoitaja/lähihoitaja) . Hoitosuunnitelma oltava valmis 3vrk:n kuluessa potilaan saapumisesta. Potilasta ja omaisia haastatellaan tulovaiheessa, hoidon aikana.</p>	<p>Potilaan sen hetkiset sairaudet/sairaalaan tulosyy. Potilaan omat kokemukset ja hoidon tarve. Kuinka potilas/omaiset osallistuu hoitosuunnitelman tekoon? Potilasta ja omaisia haastatellaan tulovaiheessa ja hoidon aikana.</p>	<p>GER-lehdelle.</p>	<p>Pyritään käyttämään päivittäisen hoidon työvälineenä. Viikottaisissa tavoitekokouksissa.</p>
<p>Hoidon toteutus</p>	<p>Päivittäiset seurannat. Erilaiset mitaukset. Suunnitelmat. Hoidon ja kuntoutus ohjeet esim. haavan hoidon ohjeet. Kotiutussuunnitelma: milloin kotiutuu, mitä apuja tarvitsee kotiin, kotihoidon kanssa sovitut asiat ja muut sovitut asiat, kuljetukset ym.</p>	<p>Kaikki hoitotyön tapahtumia. Potilas/omainen osallistuminen hoitoon. Kotiutuksen yhteydessä tapahtuu: kotiutus suunnitellaan yhdessä hoitajan, lääkärin ja potilaan sekä omaisten kanssa. Informoidaan kotihoito (tarvittaessa). Tilataan mahd. kuljetukset.</p>	<p>Hoitajan oma päivittäinen arvio. Potilaan oma päivittäinen arvio. Lääkäripäivittäinen arvio. Kotiutussuunnitelussa hoitajan, lääkärin, potilaan ja omaiset sekä tarvittaessa kotihoitoaan yhdessä arvioitaan.</p>	<p>Päivittäinen seuranta HOI-lehdelle. Erilaiset mitaukset tarkoitettu sivulle. Suunnitelmat TIIV-lehdelle ja GER-lehdelle. Kotiutussuunnitelma GER-lehdelle. Haavahoitoon liittyvät ohjeet, kuntoutukseen liittyvät ohjeistus yms. kirjataan erikseen.</p>	<p>Pyritään käyttämään päivittäisessä hoidossa työvälineenä.</p>
<p>Hoidon</p>	<p>Ollaanko pääs-</p>	<p>Koko hoitotii-</p>	<p>Koko tiimiltä</p>	<p>GER-lehdelle.</p>	<p>Potilaan</p>

arviointi	<p>ty tavoitteisiin.</p> <p>Miten ollaan päästy tavoitteisiin.</p> <p>Mitä vielä voitaisiin tehdä jatkossa.</p>	<p>mi jäsenet tekevät arviointia.</p> <p>Potilaan oman arviointi.</p> <p>Viikottaiset tavoitekokoukset joista informoidaan potilasta.</p>	<p>kuten lääkäriltä, hoitajilta, fysioterapeutilta, sosiaalityöntekijältä, toimintaterapeutilta, potilaan oman arviointi.</p>		<p>kotiutumisprosessissa.</p> <p>Jatkohoitoon siirtymisessä.</p>
-----------	---	---	---	--	--

Liite 3 Kehittämiskohteiden nelikenttäkaavio

Kehittämiskohteiden nelikenttäkaaviossa kuvataan kehittämiskohteisiin asetettuja tavoitteita neljästä eri näkökulmasta (taloudellisuus, hoitotyöprosessi, henkilöstö ja osaaminen ja asiakasvaikutukset)



## Liite 4 Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointiin liittyvät kysymykset

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

Hyvä vastaaja. Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella hoitotyön kirjaamisen kehittämissuunnitelmassa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön nykytoimintaa kuvaavan prosessikuvausten, kehitettävää aluetta kuvaavan teoreettisen käsittekartan ja laatinut ehdotuksen uudeksi käytännön toiminnaksi yhdessä valitsemallanne alueella. Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastauksiasi ja esittää kehittämissuunnitelmia työryhmälle.

Vastausvaihtoehdot ovat

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

1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittämistä työyhteisössä valitsemallanne alueella?

1 2 3 4 5

2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsittekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?

1 2 3 4 5

3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?

1 2 3 4 5

4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?

1 2 3 4 5

5 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

1 2 3 4 5

6 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?

1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta