



Kehittämiprojekti Vihdin kirkonkylän  
hoivaosastolla  
Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen  
omahoitajan työnä

Koski, Pia

**Laurea-ammattikorkeakoulu**  
Laurea Lohja

Kehittämisprojekti Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla  
Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen omahoitajan työnä

Pia Koski  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Helmikuu, 2009

Pia Koski

Kehittämiprojekti Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla  
Rakenteisen kirjaamisen kehittäminen omahoitajan työnä

Vuosi 2009

Sivumäärä 55

---

Tässä opinnäytetyössä kehitettiin Vihdin kirkonkylän hoivaosaston kirjaamiskäytäntöä. Opiskelijat työskentelivät työyhteisön edustajien kanssa viisihenkisessä työryhmässä. Työryhmä oli osa Vihdin kunnan ja Laurea Lohjan kirjaamisen kehittämisprojektia, jonka tavoitteena on kehittää hoitotyön kirjaamista valtakunnallisten tavoitteiden suuntaisesti.

Työyhteisön kirjaamista kehitettiin juurruttamismenetelmällä. Menetelmässä työryhmä tukee työyhteisöä uuden toimintamallin kehittämisprosessissa. Tarkoituksena oli juurruttaa uutta toimintamallia työyhteisöön. Opiskelijan tavoitteena oli oppia yhteistoimintaa eri ihmisten kanssa kehittämistoiminnassa.

Nykyisessä toimintamallissa, Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla, tieto kulkee vain työyhteisön ja Pegasos-ohjelman välillä. Uudessa toimintamallissa tarkoituksena on saada tieto kulkemaan työyhteisön, Pegasoksen ja hoitotyön välillä sujuvasti. Uutta toimintamallia alettiin kehittää ja toteuttaa työyhteisössä.

Kirjaamisen kehittämistä rakenteisen kirjaamisen avulla arvioitiin kyselykaavakkeella. Vihdin kirkonkylän hoivaosaston henkilökunta arvioi kehittämisprosessin kulkua hoivaosastolla. Lisäksi henkilökunta antoi palautetta siitä, mitä mieltä oli projektista ja sen kulusta. Palautteen mukaan projekti on saanut paljon hyvää keskustelua aikaiseksi, mutta niissä näkyi, että oli osittain epäselvyyttä työryhmän työn- ja vastuiden jaossa.

Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla edistyi rakenteisen kirjaamisen kehittämisessä omahoitajan työnä. Työyhteisö jatkaa kehittämistyötä lisäämällä palaverikokouksia ja koulutusta.

Asiasanat: juurruttaminen, sähköinen kirjaaminen, yksilövastuinen hoitotyö.

Pia Koski

Development Project in the nursing home of Vihti village.  
The development of structural recording as a work for the personal nurse.

Year 2009

Pages 55

---

In this thesis, the recording practice at the nursing ward in Vihti village was developed. The students were collaborating with the representatives of the work community in a group of five individuals. The working group was a part of the developmental program to improve recording. The project stakeholders were the Municipality of Vihti and Laurea Lohja and its purpose was to develop the recording of nursing in accordance with national guidelines.

The recording by the work community was developed through the dissemination method. In this method, the working group supports the working community in the process of development of a new blueprint. The aim was to the new blueprint in the working community. The objective of the student was to learn cooperation with different people in the process of development.

In the present situation at the nursing ward of Vihti village, the information is transmitted only between the work community and the Pegasos-software. In the new blueprint, the intention is to get the information to flow smoothly between the working community, Pegasos and the nursing. The development and the implementation of the new blueprint was initiated in the working community.

The development of the recording by means of structural recording was assessed with a questionnaire. The staff at the Vihti village nursing ward assessed the course of the development process in the nursing ward. Additionally, the staff gave feedback on their opinion regarding the project and its implementation. According to the feedback, the project had initiated a lot of good discussion, but also revealed ambiguous, that the distribution of tasks and responsibilities remained partly unclear.

There was progress in the structural recording as part of the work by the personal nurse in the nursing ward of Vihti village. The work community continues the developmental work by increasing internal meetings and education.

Key words: dissemination, electronic medical record, individual responsibility of nursing.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT .....	9
	2.1 Juurruttaminen .....	9
	2.1.1 Kehittämistoiminnan vaiheet .....	10
	2.1.2 Työryhmän toiminta hoitotyön kehittämisessä .....	11
	2.2 Menetelmänä sisällön analyysi ja haastattelu .....	12
	2.2.1 Haastattelu ja aineiston litterointi .....	12
	2.2.2 Sisällön analyysi .....	13
	2.3 Tiedon siirto työryhmästä työyhteisölle .....	14
3	KEHITTÄMISTOIMINNAN YMPÄRISTÖ .....	15
	3.1 Vihdin kirkonkylän hoivaosasto .....	15
	3.2 Osastolla käytössä olevat hoitotyönsuunnitelmalomakkeet .....	17
	3.3 Muutos .....	19
4	KEHITETTÄVÄN TOIMINNAN TEOREETTISET PERUSTELUT .....	19
	4.1 Yksilövastuinen hoitotyö .....	20
	4.2 Hoitotyön laatu ja arvot .....	20
	4.3 Lait ja asetukset .....	23
	4.3.1 Potilasasiakirjat .....	23
	4.3.2 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä .....	24
	4.3.3 Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapito .....	25
	4.3.4 Sähköinen kirjaaminen .....	25
	4.3.5 Sähköisen potilaskertomuksen rakenne .....	26
	4.3.6 Rakenteinen kirjaaminen .....	27
	4.3.7 Hoitotyön prosessin luokitus .....	28
	4.3.8 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt .....	29
	4.4 Hoitotyön suullinen tiedottaminen .....	29
	4.5 Hiljainen raportointi .....	29
5	KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS .....	31
	5.1 Nykytilanteen kuvaus .....	31
	5.2 Kehittämistoiminnan aloitus .....	32
	5.3 Kehittämiskohteen valinta .....	33
	5.4 Kehittämiskohteen muokkaus .....	34
	5.5 Uuden toimintatavan käyttöönoton jatkosuunnitelma Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla .....	35

6	KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI .....	36
6.1	Arviointimenetelmät .....	36
6.2	Työyhteisön arviointi kehittämistoiminnasta.....	37
6.2.1	Aineiston keruu .....	37
6.2.2	Arvioinnin tulokset.....	38
6.3	Työryhmän työskentelyn itsearviointi.....	42
6.3.1	Vahvuudet ja mahdollisuudet.....	42
6.3.2	Kehittämisaalueet .....	42
6.3.3	Uhat .....	42
6.4	Käytäntöön sovitetun toimintamallin arviointi.....	42
6.5	Tavoitteiden arviointi.....	43
6.6	Ammatillisen kasvun arviointi.....	44
	LÄHTEET .....	46
	KUVIOT .....	51
	LIITTEET .....	52

## 1 JOHDANTO

Valtioneuvoston vuonna 2002 tekemän terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan periaatepäätöksen pohjalta käynnistettiin kansallinen terveystyösuunnitelma, jonka tavoitteena on turvata hoidon saatavuus ja laatu maan eri osissa asukkaan maksukykyystä riippumatta. Osana tätä hanketta kehitetään terveydenhuollon tiedonhallintoa. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien yhteensopivuutta kehitetään. Samalla varmistetaan korkea tietoturvan ja tietosuojan taso. Tämä tarkoittaa, että tulevaisuudessa terveydenhuollon eri ammattiryhmät tulevat käyttämään yhtenäistä sähköistä potilaskertomusta. (Tanttu 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä astui voimaan 1.7.2007. Potilastiedon arkiston toteuttaa Kansaneläkelaitos ja se otetaan käyttöön vähitellen vuosina 2008 - 2011. Siirtymäaika on säädetty laissa. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä sisältää merkittäviä uusia periaatteita. Suomeen rakennetaan valtakunnallinen terveydenhuollon tietojärjestelmäkokonaisuus, jonka tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja tehostaa terveydenhuollon palvelujen tuottamista. (Opas 2007, 3; Laki 2007b.)

Tavis on hoitotyön suunnittelua sähköisessä potilaskertomuksessa uudistava tutkimus- ja kehittämisprojekti. Tavis-projektin tavoitteena on kehittää osallistuvien terveydenhuollon organisaatioiden ja Laurean yhteistyönä hoitotyön kirjaamista valtakunnallisten tavoitteiden suuntaisesti. Hankkeessa on mukana Vihdin kirkonkylän hoivaosaston työryhmän lisäksi Nummelan poliklinikan, Nummelan vuodeosaston, Vihdin kotihoidon ja Samatkan työryhmät sekä opiskelijoita Lohjan Laureasta. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Rajalahti 2007.)

Vihdin kirkonkylän hoivaosaston työryhmään kuuluu kaksi sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja Vihdin kirkonkylän hoivaosastolta sekä ensin kaksi ja sitten yksi opiskelija Laurea-ammattikorkeakoulusta Lohjalta. Työyhteisönä on Vihdin kirkonkylän hoivaosaston hoitohenkilökunta.

Työyhteisön tavoitteena on kehittää kerätyn teoriatiedon pohjalta omahoitajan potilaan tarpeiden kartoittamista sekä rakenteista kirjaamista hoitosuunnitelmaan sekä toteuttaa muutos toiminnassaan. Työryhmän tavoitteena on luoda uusi toimintamalliehdotus projektissa syntyvän uuden tiedon pohjalta ja tukea työyhteisöä muutosprosessin eteen-

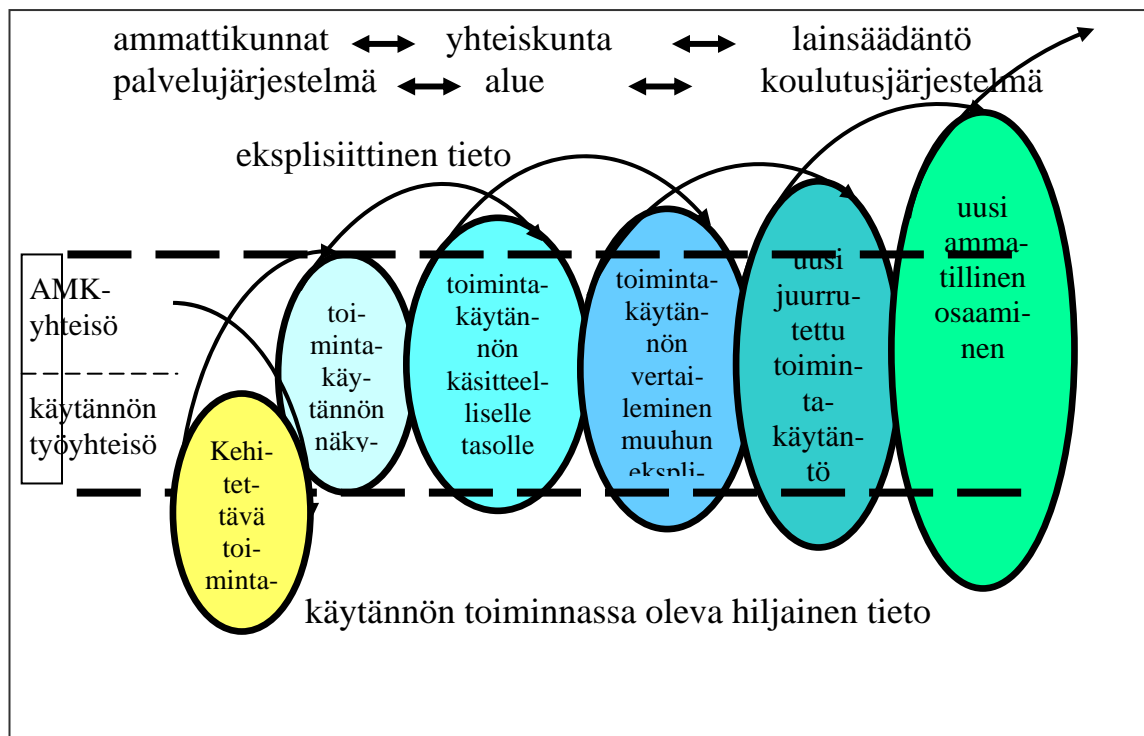
päin viemisessä. Työryhmän tarkoituksena on muokata uutta toimintamallia ja tukea työyhteisöä kehittämään omahoitajan potilaan tarpeiden kartoittamista sekä rakenteista kirjaamista hoitosuunnitelmaan. Opiskelijoiden tehtävänä on kirjoittaa työryhmätoiminnasta kirjallinen raportti, opinnäytetyö.



## 2 KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT

### 2.1 Juurruttaminen

Juuruttaminen on yhteisöllinen oppimisprosessi, jossa käytännön toiminnassa olevan hiljaisen, tutkitun ja teoreettisen tiedon välisessä vertailussa tuotetaan uutta tietoa. Juurruttamisessa ammattialan työtoiminnan tavoiteltu muutos ja toiminnan ympäristö muokkautuvat toisiinsa sopiviksi jo prosessin aikana. Toimijat ja toiminnan ympäristö vaikuttavat tietoon, sen käsittelyyn ja käyttöönottoon. Juurruttaminen perustuu hiljaisen tiedon sekä teoreettisen ja tutkitun tiedon välisille käsittelykierroksille (kuvio 1). (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16.)



Kuvio 1: Tiedon käsittelykierrokset juurruttamisessa (Ahonen ym. 2005)

Jokaisella tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistujalla on näkyvään tietoon ja hiljaiseen tietoon perustuvaa osaamista tuotavana yhteiseen kehittämistoimintaan. Keskeisiä elementtejä juurruttamisessa onkin runsas vuorovaikutus toimijoiden kesken. Vuorovaikutukselle tarvitaan aikaa ja kannustusta. Kehittämistoiminnassa on tärkeää, että osallistujat arvostavat toistensa osaamista ja että kaikkien osallistujien panos näh-

dään arvokkaana. (Ahonen, Karhu, Kinnunen & Ora-Hyytiäinen & Soikkeli 2007, 29; Ahonen ym. 2005, 5; Ahonen ym. 2006, 16.)

### 2.1.1 Kehittämistoiminnan vaiheet

Ensimmäisen vaiheen aikana perehdytään ilmiöön kehittämistoiminnan menetelmä, joka on juurruttaminen, hankitaan tietoa sähköisestä kirjaamisesta ja käsitellään sitä yhdessä pohtien ja jakaen tietoa toisille. Tunnistetaan ja valitaan kehittämiskohde eli jokin sähköisessä kirjaamisessa esiin tuleva ongelma, jota aletaan työstää. (Ahonen ym. 2006; Ahonen ym. 2007.)

Toisessa vaiheessa pohditaan hankitun tiedon merkitystä reflektoinnin, tulkinnan ja aikaisempien kokemusten perusteella. Työyhteisön ja työryhmän avulla löydetään kehittämiskohteen merkitys, jotta se vahvistuisi. Kolmannessa vaiheessa pitää rajata kehittämishanke eli mistä on todellisuudessa kyse. Myös prosessien kuvaaminen ja niiden tunnistaminen on aiheena, sekä hiljaisen tiedon tekeminen näkyväksi, joista tehdään käsitekartta. (Ahonen ym. 2006; Ahonen ym. 2007.)

Neljännessä vaiheessa otetaan haltuun uudet työvälineet. Nykytilanteen muokkaus tehdään jäsenneyksi prosessikuvaukseksi ja hiljainen tieto käsitteellistetään. Viidennessä vaiheessa puolestaan osallistutaan hankkeen vaiheisiin kartuttaen työvälineitä, joita ovat muun muassa teoritietojen hankkiminen. Työyhteisö osallistuu tässä vaiheessa kehittämiseen. Seuraavaksi on kehittämiskysymyksen tai –tehtävän asettaminen ja myös nykyisen toimintaprosessin arvioiminen eli nykytilanteen arviointi. Seitsemännessä vaiheessa puolestaan kerätään teoreettista ja tutkittua tietoa opinnäytetyön aiheesta, jotta saadaan teoreettista ja tutkittua tietoa pohjaksi ongelman ratkomiseen. Opiskelijat käsittelevät ja hankkivat eksplisiittistä tietoa. (Ahonen ym. 2006; Ahonen ym. 2007.)

Seitsemännen vaiheen jälkeen teoreettinen ja tutkittu tieto muodostuu pikkuhiljaa uudeksi toimintaprosessiksi, jota kutsutaan myös suunnitelmaksi. Sen jälkeen verrataan työryhmän ja yhteisön kanssa toimintaprosessia ja kehitetään uusia ideoita kehityskohdeesta. Kymmenennessä vaiheessa ehdotetaan työyhteisölle uutta toimintamallia ja arvioidaan sitä suhteessa työyhteisön toimintaan. Tehdään myös kysymyksiä, jotka auttavat arvioinnissa. (Ahonen ym. 2006; Ahonen ym. 2007.)



Kuvio 2: Työryhmän toiminta hoitotyön kehittämisessä (Ahonen ym. 2007)

Toiseksi viimeisessä vaiheessa on aika muodostaa uusi toimintakäytäntö ja aloittaa sen juurruttaminen työyhteisössä. Viimeisessä vaiheessa raportoidaan tilanteesta ja otetaan uusi toimintakäytäntö osastolla mukaan työyhteisön toimintaan. (Ahonen ym. 2006; Ahonen ym. 2007.)

Hoitotyön kehittämistoiminnassa on joitakin esiintyviä ongelmia. Esimerkiksi kun ongelmaa tai puutetta aletaan käsitellä, ei uudisteta sitä vaan korjataan paremmaksi. Kokonaistilannetta ei hahmoteta vaan on pieniä ja erillisiä hankkeita, joista ei ole mitään hyötyä. Raportointi on suppeaa eikä kerrota miten potilas voi, vaan kuvaillaan mitä on tehty tai tapahtunut ja tämän tiedon hyödyntäminen muualle on olematonta. Arvioinnit eivät ole loogisia eikä niistä opita mitään. Menetelmien puuttumisen vuoksi, ei synny henkilökunnan välillä luotettavuutta ja uskottavuutta toisiin. Kehittämistoiminnan vaiheiden tavoitteena on, että yksilö ja työelämän yhteisö oppivat ja uusi osaamistieto rakentuu eli juurrutetaan uusi osaamistieto työyhteisöön. (Ora-Hyytiäinen 2007.)

### 2.1.2 Työryhmän toiminta hoitotyön kehittämisessä

Tiedon käsittelyn ensimmäisellä kierroksella kehittämistoimintaan osallistuvat kuvaavat nykyistä toimintaa hoitotyössä toinen toisilleen. Erityisesti on kiinnitettävä huomiota nykyisen toiminnan kuvaamiseen toteutuvana toimintana. (Ahonen ym. 2005, 5.)

Ensimmäisen kierroksen jälkeen tiedon käsittelyssä kehittämistoimintaan osallistuvat jäsentävät nykyistä hoitotyön käytännön toimintaa teoreettiselle tasolle. Pyrkimyksenä on tunnistaa työprosesseissa olevat kehittämistä kaipaavat kohdat muuttamalla käytännön toiminnan kuvaus käsitteiksi, joita voidaan tarkastella ja arvioida työyhteisössä. (Ahonen ym. 2005, 5.)

Tiedon käsittelyn toisen kierroksen jälkeen kehittämistoimintaan osallistuvat tarkastelevat teoreettiselle tasolle jäsenettyä toimintaa työyhteisössä rajatulla alueella vertaillen aikaisempaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon tuottaen ehdotuksen uudeksi toimintatavaksi. Käytännön toiminnasta muodostettuja käsitteitä vertaillaan ja tarkastellaan suhteessa teoreettisiin käsitteisiin. Tarkastelussa myös muodostetaan uudet toimintaa kuvaavat käsitteet. (Ahonen ym. 2005, 5-6.)

Seuraavalla kierroksella tiedon käsittelyssä on tuotettu innovaatio eli ehdotettu muutos nykyiseen toimintatapaan muokataan jälleen käytännöksi. Muodostetut käsitteet muokataan taas toimintaa kuvaaviksi käsitteiksi. (Ahonen ym. 2005, 6.)

Viimeisellä kierroksella tiedon käsittelystä on tullut uusi ammatillinen osaaminen eli työyhteisö alkaa toimia uuden toimintamallin mukaisesti työympäristössään ja näin harjaannuttaa uuden toimintatavan oppimista ja toimii sen mukaisesti. (Ahonen ym. 2005, 6.)

## 2.2 Menetelmänä sisällön analyysi ja haastattelu

Tavis-hankkeessa on käytetty sisällön analyysiä. Seuraavaksi perehdytään tarkemmin sisällön analyysiin ja mitä se on.

### 2.2.1 Haastattelu ja aineiston litterointi

”Haastattelu on viestintä- ja vuorovaikutustilanne, jota voidaan käyttää tiedonhankintavälineenä”. Haastattelua voidaan käyttää moneen tarkoitukseen, esimerkiksi tiedon hankintaan, erilaisissa terapioissa ja vaikkapa työhönotossa. Haastattelijan ja haastateltavan vuorovaikutus vaikuttaa hyvin paljon tilanteen muotoutumiseen. (Jyväskylän yliopisto 2008; Ruusuvuori & Tiittula 2005.)

On olemassa erilaisia haastattelumuotoja, mutta yleensä haastattelussa on kaksi osapuolta, jossa syntyy vuorovaikutusta ja viestintää. Haastattelun tavoitteena on saada mahdollisimman päteviä ja luotettavia tietoja, joita voidaan käyttää teoriapohjana tutkitavalle tai kehitettävälle asialle. Toisaalta on otettava erilaiset persoonat huomioon, esimerkiksi ryhmähaastattelussa voi olla hiljaisia tai puheliaita haastateltavia. On osattava delegoida keskustelut niin, että jokainen saa sanoa sanottavansa. Haastattelijan on myös osattava johdatella keskustelua niin, että pysytään aiheessa eikä lähdetä väärin suuntiin. Dominoiva ja äänekkäs haastateltava voi hyvin johdatella keskustelua haluamaansa suuntaan ja näin on haastattelijan oltava tarkkana. (Ruusuvuori & Tiittula 2005; Hirsjärvi yms. 2005.)

Haastatteluun kannattaa varata aikaa, mahdolliset äänityslaitteet, videokamera(t) on hyvä olla valmiina ja toiminnassa, kun halutaan säilyttää haastattelumateriaali jatkosakin mahdollisia uusinta kuunteluja varten. Videokamerat sen sijaan ovat hyvä varmuus siihen, että jos äänittäminen ei onnistu, voi videolta helposti nähdä kuka puhuu milloinkin. Näin litterointikin eli haastattelun purku tekstiksi helpottuu huomattavasti. (Ruusuvuori & Tiittula 2005; Hirsjärvi yms. 2005.)

Haastattelimme kahta sairaanhoitajaa ja videoimme sekä nauhoitimme sen. Litteroimme haastattelun omalla ajalla ja näytimme sen haastattelussa oleville.

### 2.2.2 Sisällön analyysi

”Sisällön analyysi on systemaattinen (järjestelmällinen) aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä.” Sisällön analyysi voi olla mitä tahansa ihmisen itse tuottamaa esimerkiksi kirjoitettua, kuvattua tai puhuttua sisällön tieteellistä tutkimusta. Tätä kyseistä menetelmää voidaan käyttää esimerkiksi tässä opinnäytetyössä puheiden, kirjojen, artikkeleiden, raporttien ja muun kirjallisen materiaalin analyysinä. Se on myös suosituin menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa vaikkakin se on hyvin vaativa. (Kylmä & Juvakka, 112; Tanskanen 2008.)

Sisällön analyysin avulla voidaan esimerkiksi analysoida erilaisia dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Sen keino on järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa tai kehitettävää kohdetta. Sisällön analyysillä tavoitellaan tiivistettyä ja yleisessä muodossa olevaa kuvausta kehitettävästä kohteesta. (Tanskanen 2008.)

### 2.3 Tiedon siirto työryhmästä työyhteisölle

Saatu tieto siirretään työryhmästä työyhteisölle. Työryhmän oli päätettävä itse, miten tieto saadaan siirrettyä työympäristön käytettäväksi parhaimmalla mahdollisella tavalla. Pienessä työyhteisössä voidaan esimerkiksi tehdä parit niin, että toinen opettaa toista eli yksi ryhmän jäsenistä, joka tässä tapauksessa on työelämänedustaja, opettaa työryhmän ulkopuolella olevan kollegansa. (Loeb & Kindel 2000, 331 - 336; Välimäki 1998, 198 – 200.)

Jos kyseessä on enemmän ihmisiä, eikä työryhmämme kolme työelämänedustajaa ei ehdi antamaan kaikille yksittäistä opetusta – on kannattavaa monistaa käsikirja opittavista asioista. Suurissa ryhmissä voidaan tehdä mahdollisuuksien mukaan harjoituksia tai suuri joukko henkilökunnasta voidaan jakaa pienempiin ryhmiin, jotta esimerkiksi tietokoneet riittävät harjoitusten ajaksi. Nämä harjoituskerrat ovat osa ryhmähengen saamista ja ryhmän oppimista. (Loeb & Kindel 2000, 331 - 336; Välimäki 1998, 198 – 200.)

Työryhmästäemme yksi jäsen opettaa työyhteisöä kirjaamaan oikein. Hän opettaa ensin toiset työryhmästäemme ja näin voidaan auttaa tiedon leviämistä nopeammin. Käsikirjaa työyhteisö ei tarvitse, joten suullinen ja konkreettinen opetus on koettu parhaimmaksi vaihtoehdoksi.

Suuressa ihmisjoukossa esimerkiksi osastotunnilla on hyvä, että käsikirja olisi valmiina jaettavaksi läsnäolijoille. Kun joku työelämänedustajista kertoo työryhmässämme saadut tulokset muille ja niiden prosessin, voivat muut osallistujat selailla samalla käsikirjaa ja tehdä muistiinpanoja. (Loeb & Kindel 2000, 331 - 336; Välimäki 1998, 198 – 200.)

Yksi kirjallisessa muodossa oleva käsikirja olisi välttämätön, jotta tiedot eivät olisi vain muistin varassa. Käsikirjasta saisi aina tarvittaessa tarkistaa, miten oikea ja sujuva kir-

jaaminen etenee ja mitä on sovittu kirjattavaksi. Käsikirjalla tarkoitetaan sellaista kirjaa, josta löytyy helposti ja nopeasti tarvittavat tiedot.

Työyhteisö on korvaamaton apu ongelmien selvittämisessä. Jokaisella on aina kuitenkin jotain ongelmia liittyen joko tietokoneen toimintaan tai itse hoitotyön kirjaamiseen.

### 3 KEHITTÄMISTOIMINNAN YMPÄRISTÖ

#### 3.1 Vihdin kirkonkylän hoivaosasto

Vihdin kirkonkylän hoivaosaston henkilökuntarakenne: osastonhoitaja, jolla osa työstä on hoitotyötä, viisi sairaanhoitajaa, 15 perus-/lähihoitajaa, kaksi kylvettäjä ja yksi hoitoapulainen. Laitosapulaisten toimenkuvaan sisältyy laitoshuollon lisäksi myös vähän hoitotyötä, lähinnä syöttämistä. Osastonlääkäri on yhteinen Nummelan vuodeosaston kanssa. Hän käy Kirkonkylän osastolla noin kerran viikossa tai harvemmin. Puhelimitse hänet tavoittaa yleensä virka-aikaan. Laboratorio käy yleensä kerran kahdessa viikossa tarvittaessa ottamassa verinäytteet. Jos tarvitaan näytteenottoa muulloin, sen ottaa sairaanhoitaja. Kesällä laboratorio ei käy lainkaan. (Vihdin kirkonkylän hoivaosaston toimintasuunnitelma 2005.)

Potilaspaikkoja kirkonkylän hoivaosastolla on 36. Ylipaikoilla ei pidetä potilaita, koska hoivaosasto on heidän kotinsa. Potilashuoneita on 16, joista kaksi on neljän hengen huoneita ja loput kahden hengen huoneita. Osasto profiloitui pitkäaikaispotilaiden hoivaosastoksi muutama vuosi sitten, joten kaikki potilaat ovat pitkäaikaispotilaita. Vuodepaikkoja vapautuu lähinnä vain potilaan kuollessa. Uudet potilaat tulevat käytännössä Kirkonkylän hoivaosastolle Nummelan vuodeosaston kautta, kun siellä on todettu pitkäaikaishoidon tarve. Vihdin Nummelassa sijaitseva Nummelan vuodeosasto on keskitynyt lyhytaikaiseen, kuntouttavaan hoitotyöhön ([www.vihti.fi](http://www.vihti.fi)). Lähes kaikki potilaat ovat vuodepotilaita ja/tai tarvitsevat kaksi auttajaa liikkumiseen tai istumaan nousemiseen. (Vihdin kirkonkylän hoivaosaston toimintasuunnitelma 2005.)

Vihdin kirkonkylän hoivaosaston hoitotyön perustana on humanistinen ihmiskäsitys. Toiminnan tavoite on turvata potilaalle mahdollisimman hyvä elämän laatu sekä mahdollisuus arvokkaaseen kuolemaan. Hoitotyössä pyritään ottamaan huomioon potilaan yksilölliset tarpeet, sisällyttäen ne hoitosuunnitelmaan. Hoitotoimenpiteiden ja

-päätösten perustana on potilaan paras, johon pyritään hänen arvojaan kunnioittaen. Keskeinen tavoite on perustehtävästä huolehtiminen niin, että toiminnan lähtökohtana ovat potilaan tarpeet ja että kaikki toiminta tukee yhteisesti tiedostettua päämäärää. Keskeisiä arvoja ovat ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, huolenpito sekä inhimillisyys. (Vihdin kirkonkylän hoivaosaston toimintasuunnitelma 2005.)

#### Avoimuus

Potilaalla on tiedonsaantioikeus omasta terveydentilastaan sekä hoidostaan. Ellei potilas ole kieltänyt ja hän on sairautensa vuoksi estynyt vastaanottamasta tietoa, tulee tieto antaa hänen läheisilleen. (Vihdin kirkonkylän hoivaosaston toimintasuunnitelma 2005.)

#### Rehellisyys

Potilaan hoitoa arvioidaan rehellisesti ja yksilöllisesti ja potilaan voimavarojen mukaan laaditaan hoitotyön suunnitelma. Potilaalle ja hänen omaisilleen annetaan tietoa ja välitetään sitä, rehellisesti ja asiallisesti. (Vihdin kirkonkylän hoivaosaston toimintasuunnitelma 2005.)

#### Vastuullisuus

Hoitajat vastaavat potilaiden hyvän hoidon toteutumisesta luotettavasti. Luotettava hoitosuhde tarkoittaa lupausten pitämistä ja salassapitoa. Päävastuun potilaan hyvän hoidon toteutumisesta kantaa omahoitaja. Hoidon jatkuvuus huomioidaan hoitosuunnitelman laadinnassa. (Vihdin kirkonkylän hoivaosaston toimintasuunnitelma 2005.)

#### Oikeudenmukaisuus

Potilaita huomioidaan ja kohdellaan tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti riippumatta heidän elämäntilanteestaan, uskonnostaan, kulttuuristaan tai asemastaan yhteiskunnassa. Jokaisella on samanlainen oikeus elämään ja sitä koskevaan päätöksentekoon. (Vihdin kirkonkylän hoivaosaston toimintasuunnitelma 2005.)

#### Turvallisuus

Potilasturvallisuudessa huomioidaan potilaiden hoitoisuuden luonne. Turvallisuutta vaarantavat tekijät pidetään käden ulottumattomissa. Myös huonesijoittelussa huomioidaan turvallisuus. Omaa tai toisen turvallisuutta vaarantavien potilaiden hoito huomioidaan yksilöllisesti. (Vihdin kirkonkylän hoivaosaston toimintasuunnitelma 2005.)



Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla käytetään niin sanottua HOTI-lehteä, mikä tarkoittaa hoitotyön tiivistelmää. Kyseinen hoitotyön tiivistelmä täytetään potilaan tullessa osastolle, johon kirjataan seuraavat asiat: omahoitaja, tulosyy, aikaisemmat sairaudet, allergiat, lääkitys, kotiolo, omaisten yhteystiedot, tulotilanne ja niin edelleen. Osastolla on sovittu, että omahoitaja täyttää hoitotyön tiivistelmän. (Vihdin kirkonkylän toimintasuunnitelma 2005.)

Hoitotyön tiivistelmää voidaan käyttää myös sairaanhoitajan tekemänä lähetteenä toiseen hoitolaitokseen siirrettäessä. Riskinä on kuitenkin se, että jos esimerkiksi siirto olisi kiireellinen, seuraava hoitohenkilökunta saa paljon tietoa pelkästään yhden lomakkeen avulla. Ongelmaksi voi tulla se, että välitetään niin sanotusti liikaa tietoa eteenpäin. Hoitotyön tiivistelmä korvaa osittain myös osastolla käytetyn tulohaastattelulomakkeen. (Vihdin kirkonkylän toimintasuunnitelma 2005.)

Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla on käytössä yksilövastuinen hoitotyö. Yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa heillä sitä, että on omahoitajapari, joka koostuu sairaanhoitajasta ja perushoitajasta tai kahdesta perushoitajasta. Jokaisella omahoitajaparilla on neljä potilasta. Omahoitajat tekevät potilaan hoitosuunnitelman ja heillä on päävastuu potilaan hyvästä hoidosta. Käytännön hoitotyön toteutukseen osallistuvat kaikki hoitajat. (Vihdin kirkonkylän hoivaosaston toimintasuunnitelma 2005.)

### 3.2 Osastolla käytössä olevat hoitotyönsuunnitelmalomakkeet

Hoitotyön suunnitelmalle on keksitty ainakin kaksi nimeä. Sairaaloissa puhutaan Hoi-lehdestä ja Vihdin Kirkonkylässä tunnetaan Hoti-lehti. Kuitenkin kummastakin paperista löytyy samat asiat, jotka ovat oleellisia potilaan hoidon edistämiseksi. Esitietoja potilaasta hankitaan monissa tapauksissa jo etukäteen, ennen potilaan saapumista hoitopaikkaan. Näin saadaan selville muun muassa se, mihin potilas voidaan sijoittaa, mitä hoitoja mahdollisesti tarvitaan heti potilaan sisään kirjautumisen jälkeen tai jo ennen sitä.

Paperiseen potilaskansioon Vihdin kirkonkylällä tulostetaan lääkekortit ja muut tarvittavat paperit, jotta esimerkiksi sijaiset saavat tarvittavat tiedot hoitamiseen kunkin potilaan kohdalla.

Täysin ongelmitta ei järjestelmän käyttöönotto ole sujunut (Nykänen 2003). Vihdin kirkonkylän hoivaosaston hoitohenkilöstökin on sitä mieltä, että järjestelmä on hidas, monimutkainen ja epäselvä. Toisaalta ollaan myös sitä mieltä, että uudet päivitykset ovat tuoneet helpotusta edellä mainittuihin ongelmiin.

Pegasos-järjestelmässä on tietokanta, johon tiedot talletetaan. Tietokantaohjelmisto huolehtii tietojen eheydestä ja niiden turvaamisesta säädösten mukaisesti. Pegasos koostuu monista yhteensopivista järjestelmistä ja siihen voidaan liittää myös muita sektorilla toimivia järjestelmiä. Tietoliikenneominaisuudet takaavat yhteyden muihin terveydenhuollon organisaatioihin, rahalaitoksiin, eläkelaitokseen ja tietopankkeihin. (Nykänen 2003.)

Toisaalta Suomen Lääkärilehdessä (2008, 22 - 24) kerrotaan, että lääkärit testasivat erilaiset käyttöjärjestelmät, muun muassa Pegasoksen. Pegasoksen testasivat Arto Virtanen, Kai Konki ja Hannu Paajanen osastotyössä Malmin sairaalassa ja avohoidossa Hyvinkään terveyskeskuksessa. Kirjoittajat Virtanen, Konki ja Paajanen olivat sitä mieltä, että yleisvaikutelmaksi saa runsaudenpulan; kyseisessä ohjelmassa on kaikki mahdolliset kerätty yhteen ja samaan. Kirjoittajat myös selvensivät, että kokeneemalla käyttäjällä on helpompi järjestelmää käyttää kuin kokemattomalla, eikä Pegasoksen opettamista pystytä opettamaan kunnolla vaan se jää hyvin pinnalliseksi. Hitautta lisäksi, että jokainen poikkeus pitäisi muistaa, jotta pystyy käyttämään jollain tavalla sujuvasti ohjelmaa.

Näin ollen Virtanen ym. (2008, 22 - 24) kokoavat oleelliset hyvät ja huonot puolet Pegasos-ohjelmasta. Hyviä puolia löytyi kokonaiset neljä: käyttäjä voi oman mielen mukaan muokata perusnäkyä, reseptivalikko ja interaktio-ohjelmisto sekä tulosposti ovat kyseisessä ohjelmistossa. Huonoja puolia löytyi jopa seitsemän: liian paljon tavaraa näytöllä ja hidas oppia, raskas ja usein hidas varsinkin sairaalakäytössä, vain yksi ikkuna kerrallaan –selailu, paljon joutuu klikkaamaan, eri osioiden käyttöliittymä on epäyhtenäinen, hoitotyön osiossa ei ole toimintoa, jolla syntyisi hälytysmerkki lääkärin määräyksistä – lääkärin määräykset häviävät muuhun tekstiin ja hoitotyön puolelta ei pääse helposti kertomustekstiin vaan pitää peruuttaa samaa reittiä takaisin.

Artikkeli (Virtanen ym. 2008, 22 - 24) käsittelee pääosin sitä, miten lääkärit Pegasos-ohjelman kokevat. Kuitenkin yhteenvetona he toteavat, että laaja kokonaisuus on hyvä, mutta myös suurin heikkous yhdessä epäintuitiivisen käyttöliittymän ja käytön moni-

mutkaisuuden kanssa. Virtanen ym. päätyivät myös siihen, että Pegasos on vain perusterveydenhuoltoon suunniteltu ohjelma.

### 3.3 Muutos

Muutos on aina se mullistava voima, joka saa ihmiset miettimään asemaansa työyhteisössä uudella tavalla. Jokainen meistä käyttää jokapäiväisessä työskentelyssä joitakin johtajuuden kykyjä, samoin on myös kaikissa meissä hoitoalalla työskentelevillä mahdollisuus tulla muutoksen tekijäksi työpaikalla. Kysymys ei ole tässä se, että miten kovasti tekee töitä tullakseen hyväksi työntekijäksi tai miten hyvin kehittää omia kykyjään. Kysymys on siitä, että mitä teet silloin kun tilanne tulee kohdalle (haluatko vai et kunnioittaa toisen tekemää hoitosuunnitelmaa) ja kun sinä olet se joka sattuu olemaan paikalla. (Loeb & Kindel 2000, 101 - 102.)

Muutos on myös tapahduttava henkilössä itsessään ennen kuin voi tehdä ympärillään muutosta. On muokattava omia asenteita ja pyrittävä siihen, että kunnioittaa toisia ja heidän päätöksiään. (Loeb & Kindel 2000, 101 - 102.) Tästä syystä olisi hyvä korostaa erityisesti yksilövastuun hoitotyön osuutta Vihdin Kirkonkylän vuodeosastolla.

Muutos osastonhoitajan näkökulmasta tarkoittaa, että osastonhoitajan on osattava hoitaa osastollaan hoitotyön käytännön toimintaa sillä tavalla, että kehittämisestä tulisi luonnollinen, normaali ja arkipäiväinen työtapana. Osastonhoitajan tuki kehittämisessä suunnitelmin ja sanoin ei riitä. Hoitotyön kehittäminen on kaikkien yhteinen tehtävä. Hoitotyön kehittäminen ja johtaminen kulkevat käsi kädessä ja kietoutuvat yhteen, muodostuen arkipäivän työssä huomaamattomiksi. ”Johtaminen on kehittämistä ja kehittäminen edellyttää johtamista”. (Välimäki 1998, 198 - 200.)

Hoitohenkilökunnassa on jokaisen tunnettava koko ajan osaavansa kehittää itse omaa työtään, joten hoitotyön kehittäminen tuodaan arkipäivän tilanteisiin sopivaksi. Toiminnan kehittämisestä pitää tehdä niin yksinkertainen asia, että se luonnistuu jokaiselta työntekijältä ja tuo iloa arkipäivään. On myös osattava perustella ja selkeyttää sitä, miksi halutaan muuttaa hoitotyön käytäntöä tai toimintaa. (Välimäki 1998, 198 – 200.)

## 4 KEHITETTÄVÄN TOIMINNAN TEOREETTISET PERUSTELUT

#### 4.1 Yksilövastuinen hoitotyö

Yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa sitä, että potilaalle nimetään omahoitaja, joka vastaa sovitusta työalueista potilaan hoidossa koko hoitojakson ajan. Omahoitaja yhdessä potilaan kanssa suunnittelee hoitojakson. Suunnittelun pohjana ovat potilaan tarpeet ja lääkärin määräykset. Omahoitaja oppii tuntemaan potilaan ja hänellä on kokonaiskuva potilaan tilanteesta. Omahoitaja hoitaa potilasta aina työvuorossa ollessaan ja on vastuussa potilaan hoitotyöstä koko hänen sairaalassaoloaikansa. Kun omahoitaja ei ole töissä, hänen tilalleen nimetään korvaava hoitaja. (Kassara ym. 2005, 51.)

Yksilövastuisen hoitotyön lähtökohtina ovat hoitotyön eettiset perusteet. Keskeisin toimintaa ja vuorovaikutusta ohjaava eettinen periaate on elämän, ihmisarvon ja ihmisen ainutkertaisen yksilöllisyyden kunnioittaminen. Siihen kuuluu ajatus siitä, että kaikilla on yhtäläinen arvo ihmisenä ja kaikille kuuluvat samat ihmisoikeudet. Näitä arvoja pyritään turvaamaan omahoitajakäytännöllä. (Kassara ym. 2005, 51; Vuori-Kemilä, Lindroos & Nevala & Virtanen 2005, 118.)

Sosiaali- ja terveysalalla ihmisarvoisuuden tulisi näkyä asiakkaaseen suhtautumisessa: elämän ja ihmisen kunnioittamisessa ja ihmisarvoisessa kohtelussa. Ihmisarvoa tulisi korostaa eli asiakasta tuetaan yksilöllisesti ja hänen yksityisyyttään suojellaan. Kun potilas pystyy osallistumaan hoitoonsa, hoidon tavoitteiden ja toiveiden tulisi vastata potilaan omia käsityksiä. Potilaalla on vapaus tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä, vaikka hoitohenkilökunta olisi päätöksistä eri mieltä. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2007, 45; Vuori-Kemilä ym. 2005, 118.)

Useissa hoitoyksiköissä toimitaan yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti, mutta niiden ei ole todettu sopivan kaikkiin hoitotyön toimintayksiköihin. Jotta yksilövastuinen hoitotyö onnistuisi, on oleellista, että potilaan ja omahoitajan välillä on luottamuksellinen vuorovaikutussuhde ja että osaston jokapäiväinen hoitotyö mahdollistaa yksilövastuisen hoitotyön tekemisen. Omahoitajajärjestelmä toimii parhaiten sellaisissa pienissä hoitoyksiköissä, joissa hoidetaan pääosin sellaisia potilaita, joiden hoito vaatii pitkää sairaalahoitoa. (Kassara ym. 2005, 51.)

#### 4.2 Hoitotyön laatu ja arvot

Hoidon laatua on tutkittu runsaasti. Kinnusen, Kvistin ja Vehviläinen-Julkusen tekemän tutkimuksen mukaan vuodeosastojen potilaat kokivat tunne-elämän huomioimisen toteutuneen parhaiten hoidossaan. Myös vuodeosastojen hoitohenkilökunta koki hoidon laadun parhaimmaksi juuri tunne-elämän osa-alueella. Tutkimuksen mukaan vuodeosastojen potilaiden arviot hoidon laadusta olivat paremmat kuin hoitohenkilökunnalla, johtajilla ja lääkäreillä. (Kinnunen ym. 2006, 111 - 112.)

Tutkimuksessa selvitettiin, mitkä ovat hoidon laatua edistäviä ja estäviä tekijöitä. Vuodeosastojen henkilökunnan vastauksissa hoidon laatua edistävästä tekijöistä oli eniten mainintoja henkilökohtaisista voimavaroista, joita olivat vastaajan oma hyvinvointi, arvot, asenteet mielenkiinto työhön, terveydentila, kunto, perhetilanne ja harrastukset. Edistäviä tekijöitä olivat lisäksi myös ammattitaidon ylläpitäminen, työyhteisöön ja työhön liittyvä tekijät (mm. työssä viihtyminen, työn arvostus ja työ potilaiden kanssa). Kiireetön työilmapiiri nousi myös esiin vastauksissa. (Kinnunen ym. 2006, 111 - 112.)

Kiire oli eniten vastattu hoidon laatua estävistä tekijöistä. Lisäksi riittämätön henkilökuntamäärä esti laadukkaan hoidon toteutumista. Hoitohenkilökunta kertoi usein myös henkilökohtaisten voimavarojen ja potilastekijöiden (kuten nopea potilasvaihto, suuret potilasmäärät) muodostuvan estäviksi tekijöiksi. Työ (työn määrä, sisältö, epävarmuus työn jatkumisesta) koettiin myös estäväksi tekijäksi. (Kinnunen ym. 2006, 112.)

Yksi hoitotyöntekijän tehtävistä on hoitotyön kehittäminen ja laadun varmistaminen, joka suuntaa aina potilaan hyvään hoitoon. Hoidon laadun mittaaminen ja sen vaikuttavuuden arviointi ovat osa kaikkien terveydenhuollon yksiköiden toimintaa. Laadun arviointi auttaa kiinnittämään huomiota asioihin, jotka vaativat parantamista sekä helpottaa resurssien kohdentamista. Sekä potilas että hoitotyöntekijä ovat keskeisessä roolissa hoitotyön laadunarvioinnissa. (Anttila ym. 2007, 61.)

Hoitotyön laatua voidaan arvioida muun muassa eettisillä ohjeilla, jotka ilmaisevat arvoja ja ominaisuuksia. Samassa työyhteisössä työskentelevän hoitohenkilökunnan tulee yhdessä vastata siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti. Palautetta tulee pyytää sekä potilailta että heidän omaisiltaan säännöllisesti. Pelkkä tietojen kerääminen ei kuitenkaan vielä johda laadun paranemiseen, vaan ne täytyy analysoida. Saatujen tulosten perusteella tehdään toimintaan vaikuttavat johtopäätökset ja muutosehdotukset. Potilaan näkökulmasta hyvää hoitoa kuvaavia tekijöitä ovat hoitajan omat ominaisuudet, hoitoon liittyvät toiminnot, kuten hoitotoimen-

piteet, lääkehoito, laitteidenhallinta, opetus, henkilökunnan tiimityö, tasapuolinen kohtelu, rohkaisu, tuki, yksilöllisyys, kuuntelu, herkkyyden ja vuorovaikutuskyky sekä hoidon edellytykset, kuten hoitoympäristö, nopea hoitoon pääsy ja potilaan omien selviytymiskeinojen tukeminen. (Anttila ym. 2007, 61-62.)

Hoidon laatua on tarkastellut myös Voutilainen väitöstudioskimuksessaan. Voutilaisen mukaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla olevalle hoidon laatu konkretisoituu yhtäältä mahdollisuuksina saada yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa hoitoa ja toisaalta odotusten ja kokemusten suhteena. (Voutilainen 2005, 36.)

Yksi laadun arvioinnin haaste pitkäaikaisessa laitoshoidossa on eri osapuolten erilaiset odotukset. Pitkäaikaishoidon asiakkailla, heidän omaisillaan ja läheisillään, heitä hoitavalla henkilökunnalla, johtajilla ja poliittisia päätöksiä kunnissa tekeillä luottamushenkilöillä on laadusta hyvin erilaisia odotuksia, joiden yhteensovittaminen saattaa olla vaikeaa. (Voutilainen 2005, 37.)

Omaisten roolin korostuminen on myös erityinen haaste ikääntyneiden pitkäaikaishoidon laadun arvioinnissa, sillä pitkäaikaishoidon asiakkaista hyvin suurella osalla on kognitiivisen toimintakyvyn vajaus. Tällöin omaisten ja läheisten antama tieto asiakkaiden elämästä, tavoista ja tottumuksista on ensiarvoisen tärkeää, jotta asiakkaita voidaan auttaa yksilöllisyyden periaatteen mukaan. (Voutilainen 2005, 37.)

Hoitotyön ihmissuhteet perustuvat arvoihin: hyvyys, totuus ja oikeudenmukaisuus. Ne välittyvät hoitajan toiminnasta potilaalle. Hoitotyössä hoitaja toimii toista ihmistä varten, toisen ihmisen kanssa, tekee hoitotoimenpiteitä toiselle ja on koko ajan läsnä ihmisenä. Ammatillinen asettuminen toisen ihmisen auttajaksi on eettinen valinta. Se johtaa kysymyksiin siitä, miten ja millä oikeudella toisen asioihin ja elämään puututaan ja miten auttaminen suhteutetaan potilaan omiin mahdollisuuksiin. (Kassara ym. 2005, 12.)

Sysmän terveyskeskuksen vuodeosastolla tehtiin kehittämisprosessi, jonka tuloksena yhdessä valitut arvot ovat tulleet osaksi käytännön työtä. Sysmän kehittämishankkeen tavoitteena oli saada koko työyhteisö kehittämään hoitotyötä arvoihin perustuen ja tehdä arvoista osa arkista työntekoa. Vuodeosaston työtä ohjaa nyt arvoprosessi, joka on vakiintumassa sekä säännöllisten osastotapaamisten että henkilökohtaisen hoitotyön punaiseksi langaksi. Sysmässä yhä jatkuvan kehittämisprosessin tulokset vahvistavat

havaintoa, jonka mukaan yhteisillä arvoilla on yhteisöllisyyttä ja työhyvinvointia lisäävä vaikutus. Arvoja tulee kuitenkin punnita ja arvioida jatkuvasti. Lisäksi tulee pohtia, miten ne näkyvät tämän päivän työssä ja ovatko ne sopivia myös huomisen tarpeisiin. (Vuorinen 2006, 16.)

Aktiivinen syventyminen kehittämistoimintaan on lisännyt työmotivaatiota ja tehnyt työstä mielenkiintoisempaa. Samalla työntekijöille on avautunut laajempi näkemys osaston toimintaan. On tosiasia, että työyhteisön hyvinvointi näkyy ulospäin. Kehittämistoiminnalla voi vaikuttaa oman työn sisältöön ja hallintaan. Jos halutaan tarjota laadukasta hoitoa potilaille, on työhyvinvointiin kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. (Vuorinen 2006, 18.) Toisaalta työyhteisöllä on jo ollut kehittämishanke ennen kuin Tavis-projekti alkoi. Se vaikeutti työmotivaatiota kehittämisessä, mutta siitä huolimatta tuli onnistumisiakin. Projekti eteni ongelmien tullessa koko ajan, joten jokainen pyrki auttamaan jokaista.

#### 4.3 Lait ja asetukset

Hoitotyön kirjallisesta tiedottamisesta on monia lakipykäläiä. Potilasasiakirjoista ja asiakastietojen sähköisestä käsittelystä otimme vain seuraavat käsiteltäviksi; lait potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (9.2.2007/159) ja potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapito (23.05.2001 99/2001). Seuraavaksi käsitellään tarkemmin mitä nämä lait sisältävät.

##### 4.3.1 Potilasasiakirjat

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittää potilasasiakirjoiksi sellaiset asiakirjat tai tallenteet, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja ja joita on käytetty potilaan hoidon järjestämisessä tai toteuttamisessa. ([www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) 2007a.)

Potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjat sekä tutkimuksessa ja hoidossa syntyvät biologista materiaalia sisältävät näytteet ja elinmallit tulee säilyttää

potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen, hoitoon liittyvien mahdollisten korvausvaatimusten ja tieteellisen tutkimuksen edellyttämä aika. Kun potilasasiakirjoille, näytteille ja malleille ei ole edellä tarkoitettua perustetta, ne tulee hävittää välittömästi. (www.finlex.fi 2007a.)

Potilasasiakirjoilla on tärkeä merkitys myös potilaan oikeuksien suojelun näkökulmasta. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä, mitkä toimenpiteet on tehty ja mitä potilaalle on tiedotettu hänen tilanteestaan ja hoitovaihtoehdoista. On tärkeää kirjata, että potilasta on kuultu koskien hänen hoitoaan. Kirjaaminen on juridinen todiste siitä, että potilas on saanut laadukasta hoitoa kaikkien asetusten, lakien, sääntöjen ja ohjeiden mukaan. Merkinnöistä tulee aina selvittää kirjaajan tunnistetiedot. (Saranto ym. 2007, 15.)

#### 4.3.2 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä

Eduskunta on säätänyt lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (9.2.2007/159), jonka tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Laissa säädetyillä uudistuksilla pyritään parantamaan yhteistyötä sosiaali- ja terveysalalla. Sillä myös mahdollistetaan potilastiedon siirrot sähköisesti yksiköstä toiseen, mikäli potilas antaa siihen suostumuksensa. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä, jotta terveydenhuollon palvelujen tuottaminen olisi potilasturvallista ja tehokasta. Samalla potilaan tiedonsaantimahdollisuudet paranevat. (www.finlex.fi 2007b.)

Laki astui voimaan 1.7.2007. Sen perusteella Suomeen rakennetaan valtakunnallinen terveydenhuollon tietojärjestelmäkokonaisuus, joka sisältää potilasasiakirjojen sekä reseptien tallennus-, arkistointi- ja välityspalvelut. Laissa säädetyn siirtymävaiheen mukaan arkisto otetaan käyttöön vähitellen vuosina 2008 -2011. Järjestelmän toteutus ja ylläpito ovat Kansaneläkelaitoksen vastuulla. (www.finlex.fi 2007b.)

Tietojärjestelmäpalveluiden asiakkaita tulevat olemaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen toimijakenttä, sekä yksityinen, jos ne haluavat arkistoida potilastiedot sähköisesti. Asiakkaita tulevat olemaan myös apteekkijärjestelmät. Niiden on kehitettävä omia tietojärjestelmiään siten, että ne voivat siirtymäaikana eli vuoden 2011 huhtikuuhun mennessä liittyä kansallisten palvelujen käyttäjäksi. (www.finlex.fi 2007b.)



#### 4.3.3 Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapito

”Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttamisesta tieteellistä tutkimusta ja tilastointia varten on voimassa ja siitä on säädös viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa, terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetussa laissa (556/1989) ja henkilötietolaissa.” (www.finlex.fi 2001.)

Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tieteellistä tutkimusta varten yksittäistapauksessa luvan tietojen saamiseen yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa tarkoitetun terveydenhuollon palveluja tuottavan yksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön sellaisista potilasasiakirjoista, joita ei voida pitää viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa tarkoitettuina viranomaisen asiakirjoina. Lupa voidaan antaa, jos on ilmeistä, ettei tiedon antaminen loukkaa niitä etuja, joiden suojaksi salassapitovelvollisuus on säädetty. (www.finlex.fi 2001.)

#### 4.3.4 Sähköinen kirjaaminen

Hoitajan työhön kuuluu oleellisena osana hoitotyön kirjaaminen lakien ja asetusten mukaan. Kirjaamisella tarkoitetaan tietojen merkitsemistä, kokoamista ja luettelointia. Kirjaaminen on tärkeä työväline hyvässä hoitotyössä; sen avulla varmistetaan, että potilas saa tarvitsemansa hoidon. Kirjaamisella myös varmistetaan hoidon jatkuvuus ja hoitohenkilökunnan oikeusturva. Se turvaa hoitoa koskevan tiedonsaannin, varmistaa toteutetun hoidon ja mahdollistaa hoidon arvioinnin sekä luo pohjan hoitotyön joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle. (Kassara ym. 2005, 55.; Saranto ym. 2007, 18.)

Ihmiset määrittävät sähköistä potilaskertomusta eri tavoin. Yleisesti sillä tarkoitetaan sairaskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä ja käyttämistä tietotekniikan avuin. Laajemmin määriteltynä se sisältää myös ne tiedot, joita käytetään epäsuorasti potilaan hoitoon, esimerkiksi hoidon järjestäminen, toiminnan ja laadun seuranta sekä laskutukseen tarvittavat tiedot. Sähköinen potilaskertomus on asiakirja, joka kertoo potilaalle annetun kokonaisvaltaisen hoidon. (Saranto ym. 2007, 97.)

Useimmissa terveyskeskuksissa on käytössä sähköinen potilaskertomus. Erikoissairaanhoidossa siihen ollaan siirtymässä. Sähköinen kirjaaminen sekä sähköiset järjestelmät tuovat hoitotyön käytäntöön monia mahdollisuuksia, joita hyödyntämällä hoito-

työn päätöksentekoa voidaan kehittää ja sen näkyvyyttä voidaan lisätä. Tämä vaatii kuitenkin kirjaamisen kehittämistä edelleen ja laadun tarkkailua. (Hallila 2005, 52; Lundgrén-Laine & Salanterä 2007.)

#### 4.3.5 Sähköisen potilaskertomuksen rakenne

Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu erilaisista tietokokonaisuuksista, joita ovat näkymä, hoitoprosessi, otsikko ja ydintiedot. (Opas 2007, 8 - 12.)

Näkymällä tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta. Se sitoo tiedon tiettyyn tieto- tai hoitokokonaisuuteen kuten ammattialaan tai lääketieteen erikoisalaan. Eri näkymille tieto kirjataan käyttäen hoitoprosessin vaiheita ja otsikoita. Näkymiä voi ohjelmistoissa olla käytössä jopa useita satoja. Esimerkiksi yleiset näkymät, jotka ovat yleisiä tietokokonaisuuksia kuten henkilötiedot ja lääkehoito sekä palvelukohtaiset näkymät, jotka käsittävät erilaisten palvelujen näkymät kuten laboratorion, patologian ja kuntoutuksen. Sairaanhoidajat kirjaavat lääketieteen erikoisalakohtaisille näkymille. (Opas 2007, 8-9; Saranto 2007, 102.)

Hoitoprosessilla tarkoitetaan hoitotapahtumien muodostamaa suunnitelmallista toimintotarjua, joka etenee hoito-ongelmien määrittelystä, hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hoitoprosessin vaiheita ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Yksi prosessin vaihe valitaan kirjaamisen yhteydessä vain kerran, koska kirjattava tietokokonaisuus liittyy aina yhteen hoitoprosessin vaiheeseen. Erikoissairaanhoidossa ja vuodeosastohoidossa hoitoprosessin vaihe kirjataan aina. (Opas 2007, 10.)

Otsikot auttavat hahmottamaan mitä asioita tekstissä käsitellään. Otsikot ovat kertomustekstin korkean tason rakenteistamista ja niiden avulla teksti jäsenellään asiaryhmiin ja sidotaan asiayhteyteen. Otsikoiden alle kirjataan tietoa vapaamuotoisena tekstinä ja hyödyntäen ydintietoja. Otsikoita ovat esimerkiksi esitiedot- otsikko, jonka alle kirjataan hoidon syyhyn liittyviä esitietoja sekä terveystarkastus- otsikko, jonka alle kirjataan terveystarkastuksiin liittyvää tietoa. (Opas 2007, 10 - 11; Saranto ym. 2007, 103.)

Ydintiedot ovat keskeisiä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, joilla kuvataan toteutunutta tai suunniteltua hoitoa, esimerkiksi rakenteiset ydintiedot voidaan jakaa

kahteen luokkaan; hallinnolliset tiedot ja potilaan hoitoprosessin tiedot. Ydintieto on yksi sähköisen potilasasiakirjan peruskäsitteistä. Kansallisesti hyväksytyt hoitotyön ydintiedot mahdollistavat hoitotyön kannalta oleellisen tiedon säilyttämisen ja sen uudelleen hyödyntämisen sähköisistä arkistoista. Hoitotyön ydintietoja ovat seuraavat: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot (seuranta ja tarkkailu, avustaminen ja ohjaus), Hoidon tulokset SHTuL (parantunut, ennallaan, huonontunut), hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus (hoitoisuustieto). (Loppuraportti, Osa 1 2008) Käsittelen seuraavaksi vain muutamaa luokitusta, jotka koen tärkeimmiksi.

Jotta ydintietoja voidaan kirjata rakenteisessa muodossa, edellyttää se standardoitujen termistöjen käyttöä. Tieto täytyy myös koodata eli esittää ohjelmistojen ymmärtämässä muodossa ja yhtenäisellä tavalla. (Opas 2007, 12; Saranto ym. 2007, 96, 104.)

Hoitotyön tiivistelmän tarkoituksena on koota olennaiset asiat tiivistetysti potilaan hoidosta sairaalassa tai terveyskeskuksessa. Olennaisinta on hoitotyön näkökulma, perhekeskeisyys ja potilaskeskeisyys, jotka korostuvat hoitotyön kirjaamisessa. (Hallila 1999.) Kirjaamisen tavoitteena on hoitotyöntekijöiden asiantuntijuuden lisääntyminen ja hoitotyön laadun paraneminen potilaiden päivittäisissä hoidoissa. Kyseinen tiivistelmä ei perustu esimerkiksi suunniteltuihin kyselylomakkeisiin vaan se perustuu potilaan ja omanhoitajan yhteistyösuhteelle. Tiivistelmä toimii myös jatkuvana sairauskertomuksen dokumenttina, jossa on kerättyä olennainen tieto potilaan tilanteesta. (Hallila 1999.)

Sähköisessä potilaskertomuksessa hoitotyön kohdalla on uudessa versiossa mahdollista valita hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset. Ne ovat osa hoitotyön ydintietoja, jossa hoidon tarve kohdassa kuvataan potilaan terveydentilaan liittyvistä jo olemassa olevista ongelmista ja tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan ennalta ehkäistä. Hoitotyön toiminnot kuvaavat puolestaan potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen, joka sisältää hoitotyön suunnitelman. Hoidon tulokset sisältävät potilaan tilassa tapahtuvat muutokset. (Opas 2007, 35.)

#### 4.3.6 Rakenteinen kirjaaminen

Sähköinen hoitokertomus osana potilaskertomusta rakentuu tulevaisuudessa yhdeksi kokonaisuudeksi. Tietojärjestelmien tulee käyttää kansallisesti määriteltyjä rakenteisia tietoja, jotka perustuvat kansallisesti hyväksytyihin termeihin, koodistoihin ja luokitukseen. Sähköisten potilaskertomusten tulee tuottaa tiedot eri tasolla tapahtuvaan johtami-

seen, seurantaan ja ohjaamiseen sekä tilastoviranomaisten edellyttämät tiedot siten, että määriykset, luokitukset ja käsitteet ovat yhtenäiset ja niiden lähteenä on aina sama perustieto. (Ensio & Saranto 2007, 16; Tantt 2005-2007.)

Valtakunnallisen hankkeen tarkoituksena on kehittää yhtenäinen rakenteinen tapa kirjata hoitotyötä hoitotyön prosessin ydintietojen mukaan, luoda hoitotyön johtamisen minimiedosto yhdistämällä hoitotyön ydintiedot muihin hoitotyön johtamisen ja toiminnan ohjauksen tietoihin sekä se, että syntyvä tieto yhdistyy moniammatilliseen potilaskertomustietoon ja alueellisiin tiedonvälitysratkaisuihin. Potilaan hoito suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan hoidollisen päätöksenteon vaiheisiin rakentuvassa kirjaamisalustassa. Samalla poistuu aikaisempi pirstaleinen tiedonhallinta, sillä tavoitteena on potilaskertomuksen tietosisältöjen yhteistoiminnallisuus. (Ensio & Saranto 2007, 16; Tantt 2005 – 2007; Opas 2007.)

#### 4.3.7 Hoitotyön prosessin luokitus

Luokituksella tarkoitetaan sitä, että jaotellaan tilastoaineistossa esiintyvät yksittäiset tiedot määrättyjen ominaisuuksien mukaan. Tämä puolestaan tarkoittaa sitä, että kukin yksikkö kuuluu vain yhteen ryhmään. Ryhmät nimetään ja niille annetaan tunnuks, joten luokitukset koostuvat nimikkeistä (luokkien nimet), nimikkeille on annettu koodit (numero- ja kirjaintunnuks) ja luokkien kuvaukset (määritelmät). (Tilastokeskus 2008.)

Luokitukset ovat kehitetty hoitotyön kirjaamisen avuksi. Suomessa validoitujen luokitus-ten avulla voidaan varsin kattavasti rakentaa hoitotyön kirjaamista. Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus-ten (SHTol) kehittämistyö alkoi 1990-luvulla ja suomalaisen hoidon tarveluokitus-ten (SHTaL) kehittäminen alkoi vuonna 2004. Suomalaisen tulosluokitus-ten (SHTuL) kehittäminen puolestaan alkoi vuonna 2007. Luokitukset on tarkoitettu käytettäväksi yhdessä hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaisessa kirjaamisessa. (Saranto ym. 2007, 88; Tantt 2008.)

SHTaL-luokitus sisältää hoidon tarpeiden luokituksen ja SHTol-luokitus hoitotyön toimintojen luokituksen. Niissä hoidon tarpeita kuvaavat termit ovat kolmeen tasoon luokiteltuina. Ylimmällä tasolla ovat hoitokomponentit, seuraavalla tasolla pääluokat ja alimmalla konkreettiset hoitotyön tarpeiden ja toimintojen termit. Kummassakin luoki-

tuksessa ovat samat hoitokomponentit, joita on 17 kappaletta. SHTaL-luokituksessa on 45 pääluokkaa ja 101 alaluokkaa. SHToL-luokituksessa on 114 pääluokkaa ja 265 alaluokkaa. (Saranto ym. 2007, 89; Tantt 2008.)

#### 4.3.8 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt

Sähköiset potilaskertomukset muuttavat hoitotyön käytäntöä, johtamista, opetusta ja tutkimusta. Suomessa on käytössä useita erilaisia potilaskertomusjärjestelmiä, mikä hankaloittaa tietojen yhteiskäyttöä. Sähköinen potilaskertomus helpottaa tiedon käsittelyä ja laajentaa uudelleen käytön mahdollisuuksia, kun ajantasaista tietoa voidaan hyödyntää samanaikaisesti useassa eri toimipisteessä. Tiedon luettavuus on myös parempi kuin paperisessa kertomuksessa. Sähköinen potilaskertomus perustuu vahvasti rakenteiseen tietoon, jota tarvitaan sekä hoitotietojen kirjaamisessa että kirjattujen tietojen sisällön esittämisessä. (Opas 2007, 6; Saranto & Kinnunen 2007, 219.)

Rakenteinen kirjaaminen parantaa potilaan hoidon laatua ja oikeusturvaa, koska sähköisessä potilaskertomuksessa tieto on paremmin hyödynnettävissä ja tietojen käyttöä voidaan seurata tarkemmin kuin paperilla. Tulevaisuudessa potilaan rooli muuttuu aktiivisemmaksi hoitoratkaisuissa ja niihin liittyvien tietojen hakemisessa ja hyödyntämisessä. Potilas voi esimerkiksi syöttää omaan potilaskertomukseensa kotona tehtyjen tutkimusten tiedot kuten verensokerin mittaustulokset. (Opas 2007, 6; Saranto 2007, 97.)

#### 4.4 Hoitotyön suullinen tiedottaminen

Raportti voidaan antaa suullisesti kansliassa, muussa sovitussa paikassa tai potilaan vierellä (Kassara ym. 2005; 63). Raportoinnin tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus henkilökunnan työvuorojen vaihtuessa. Tai kun potilas siirretään hoitoyksiköstä toiseen. Näin vastuu potilaista siirtyy työvuoroon tuleville tai toisen hoitoyksikön hoitajalle. Raportissa tärkeintä on selvittää kunkin potilaan tila sekä suoritettavat tutkimukset. Raportin tulee ilmaista ne oleelliset asiat, joiden on oltava raportin vastaanottajan tiedossa, jotta hän kykenee ottamaan vastuun potilaasta. (Kassara ym. 2005, 63.)

#### 4.5 Hiljainen raportointi

Käytössä voi myös olla hiljainen raportointi. Hiljaisessa raportoinnissa hoitajat eivät kerro potilaista toisilleen suullisesti, vaan vuoroon tuleva hoitaja perehtyy itsekseen potilaspapereihin ja saa tarpeellisen tiedon niistä. Hyvän kirjaamisen periaatteen mukaan kaikki oleellinen tieto pitäisi löytyä potilaan papereista. (Hurri 2006, 6; Ruuskanen 2007.)

Ruuskanen Susanna (2007) kertoo pro gradussaan, että ajallisesti raportoinnin kesto pitenee hiljaisen raportoinnin myötä kuin suullisesti annettuna. Raportin pituus suullisessa raportoinnissa riippuu paljolti hoitajan persoonasta. Osa haluaa puhua pitkästi ja osa haluaa kertoa vain pääpiirteet ja tärkeimmät asiat hoitoon liittyen. Toisaalta hiljaista raportointia opeteltaessa nopeuttakin tulee lisää, jos on tutut potilaat. Jos tarvitsee paneutua enemmän papereihin niin se vie aikaa enemmän.

Lohjan sairaalan kirurgisella osastolla on käytössä hiljainen raportointi. Idea hiljaisen raportin käyttöön otosta syntyi, kun osaston apulaisosastonhoitaja ei ollut tyytyväinen vallitsevaan tilanteeseen. Ongelmana olivat työvuorojen venähtäminen ylijälle sekä se, että vuorosta pääsevällä hoitajalla oli kiire saada asiat kuntoon ennen raportin alkua. Raportteihin kului myös runsaasti työaika, kun varattuina olivat sekä töihin tulevat että kotiin lähtevät hoitajat. Apulaisosastonhoitaja esitti idean hiljaisesta raportoinnista osastonhoitajalle, joka innostui asiasta. Idea esiteltiin henkilökunnalle ja puolen vuoden siirtymäajalla osasto vaihtoi ensin päiväraportin hiljaiseksi ja pian sen jälkeen kaikki raportointi vaihtui hiljaiseksi. (Hurri 2006, 5-6; Ruuskanen 2007.)

Kun raportoinnissa ei käytetä puhetta, kirjaamisen merkitys korostuu. Hiljaisen raportoinnin myötä Lohjalla huomattiin, että kirjaaminen kaipasi yhdenmukaistamista, koska hoitajille oli kehitynyt omia persoonallisia tapoja tehdä merkintöjä. Myös kirjaamisen sisältö muuttui, kun potilaan fyysisiin toimintoihin alettiin kiinnittää tarkemmin huomiota. Kirjaaminen parani sekä määrällisesti että laadullisesti. Lohjan kirurgisella osastolla kirjaaminen ei saa olla ongelmakeskeistä, vaan siinä pitää painottaa keinoja ja arviointia. Papereista täytyy selvittää, onko sillä ollut merkitystä, miten potilasta on hoidettu. (Hurri 2006, 6-7; Ruuskanen 2007.)

Täysin ongelmitta hiljaiseen raportointiin siirtyminen ei Lohjalla onnistunut. Osa henkilökunnasta vastusti hiljaisen raportoinnin käyttöön ottoa. Aluksi tuli myös epävarmuutta siitä, saiko riittävästi tietoa ja oliko kunnolla ajan tasalla potilaan asioissa. Hoitaja ei ollutkaan enää passiivinen tiedon vastaanottaja vaan aktiivinen tiedon etsijä. Vanhasta

raportointikäytännöstä ei olisi haluttu luopua myöskään sen takia, että se koettiin tärkeäksi sosiaaliseksi tapahtumaksi, joka lujitti yhteishenkeä. (Hurri 2006, 7; Ruuskanen 2007.)

Hiljaisessa raportoinnissa kirjaaminen parantuu ja potilaiden hoitoon käytetty aika lisääntyy. Vaikka kirjaamisen käytetty aika lisääntyy, se ei lisää työmäärää olennaisesti. Hiljaisen raportoinnin myötä hoidosta neuvotellaan enemmän potilaan kanssa. Myös hoitajien itsenäinen päätöksenteko lisääntyy. (Hurri 2006, 8; Ruuskanen 2007.)

## 5 KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS

### 5.1 Nykytilanteen kuvaus

Nykyinen toimintamalli toteutuu seuraavalla tavalla: Tulotilanteessa tehdään Hoti-lehti, joka tarkoittaa hoitotyön tiivistelmä-lehteä. Hoitotyön tiivistelmään kirjataan seuraavat tiedot: perustiedot, joita ovat muun muassa henkilötiedot, missä asioissa tarvitsee apua, käydään läpi erittäminen, syöminen, lääkitykset, onko omaisia vai ei, minkälaiset ovat kotiolot, tarvitseeko liikkumisessa apuvälineitä vai käveleekö itsenäisesti, onko allergioita ja aikaisemmat sairaudet sekä onko omaisuutta potilaan mukana (liite 1).

Ennen tietojen kirjaamista, tulovaiheessa, potilas tulee läheteellä osastolle ja silloin pyritään tekemään tulohaastattelu, jos potilaan kunto sen sallii. Potilaan tiedot ovat peräisin puolestaan sairaalalta, omaisilta, muusta hoitolaitoksesta, sairaskertomuksesta selviää paljon tietoa ja tietysti tulohaastattelun kautta saadaan tietoa potilaasta. Kirjaus tehdään tulotilanteesta sähköiseen sairaskertomukseen eli Pegasokseen ja tulostetaan paperiversio hoitotyön tiivistelmästä ja lääkelistasta. Tietoja hyödynnetään siihen, että tiedetään miksi potilas on tullut hoitoon, saadaan myös pohjatietoa hoitosuunnitelman tekoa varten. Hoitotyön tiivistelmää paperiversiona hyödynnetään silloin, kun sähköinen sairaskertomus ei toimi (liite 1).

Hoidon suunnittelun tekee omahoitaja, joka tutustuu potilaansa tietoihin ja myös itse potilaaseen paremmin. Omahoitaja myös konsultoi lääkäriä tarvittaessa. Omahoitaja saa potilaan tiedot potilaalta itseltään, jos mahdollista, mutta muita vaihtoehtoja ovat esimerkiksi sairaskertomus ja omaiset. Omaisille tehdään elämänkaarikysely potilaasta. Omahoitaja kirjaa tiedot sähköiseen sairaskertomukseen ja niitä käytetään hoidon pohjana. Ongelmana tässä on vain se, että muuttuva käytännön tieto ei kulje potilaan

hoitotilanteeseen asti eli muutokset potilaan tilanteessa jäävät helposti huomiotta (liite1).

Hoidon toteutuksessa otetaan ensisijaisesti huomioon akuutit asiat. Akuutteja asioita ovat muun muassa kuume, vatsantoimitukset, verenpaineet, syömiset, erittämiset ja iho. Hoidossa otetaan myös huomioon haavanhoidot ja potilaan tilassa tapahtuneet muutokset. Sähköiseen sairaskertomukseen kirjataan potilaan hoidot ja hoidossa tehdyt huomiot. Hoidon toteutuksessa tuleva tieto tulee puolestaan hoidattaessa potilasta, toisilta hoitajilta ja tietysti omaisilta. Erilaiset huomiot potilaasta kirjataan edelleen sähköiseen potilaskertomukseen ja kiertokansioon, jos toivotaan muutoksia lääketieteellisessä tai lääkkeellisessä hoidossa. Tietoa hyödynnetään tarvittaessa hoidon suunnittelun muutosten pohjana ja sitä kautta hoidon muutosten pohjana (liite 1).

Hoidon arviointia ja seuranta tehdään, jos potilaan yleisilassa tulee muutoksia. Myös kirjataan haavoissa tapahtuneet muutokset. Hoidetaan potilasta ja huomioidaan hoidon aikana mahdolliset muutokset. Potilaalta saadaan ensisijaisesti tieto yleiskunnosta, mutta myös hyödyllisiä huomioita tekee omaiset ja muut hoitajat. Ja jos hoitaja on sijainen, potilaan tilanteen voi lukea sairaskertomuksesta. Kirjaukset tehdään arvioinnin ja seurannan osalta myös sähköiseen kertomukseen ja jos on lääkkeellistä tai lääketieteellistä muutosta, siitä kirjataan kiertokansioon, joka on lääkäreitä varten. Tietoa hyödynnetään potilaan hoidon jatkuvuuden ja oikeanlaisen hoidon turvaamiseksi (liite 1).

## 5.2 Kehittämistoiminnan aloitus

Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla käytetään Pegasos-käyttöjärjestelmää. Se on tietokanta, johon potilaan tiedot tallennetaan. Tämä tietokantaohjelmisto huolehtii tietojen eheydestä ja niiden turvaamisesta säädösten mukaisesti. Pegasos on myös monipuolinen, koska sitä voi laajentaa käyttäjämäärän tai tarvittavien toimintojen mukaan. Pegasosta voidaan myös käyttää yhtenä kokonaisuutena tai vain osa-alue kerrallaan. (Nykänen 2003.)

Hoitohenkilöstö Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla on sitä mieltä, että kyseinen tietokanta on sellaisenaan hidas, monimutkainen ja epäselvä. Toisaalta koetaan uudet päivitykset paremmiksi ja ne tuovat helpotusta edellä mainittuihin ongelmiin.

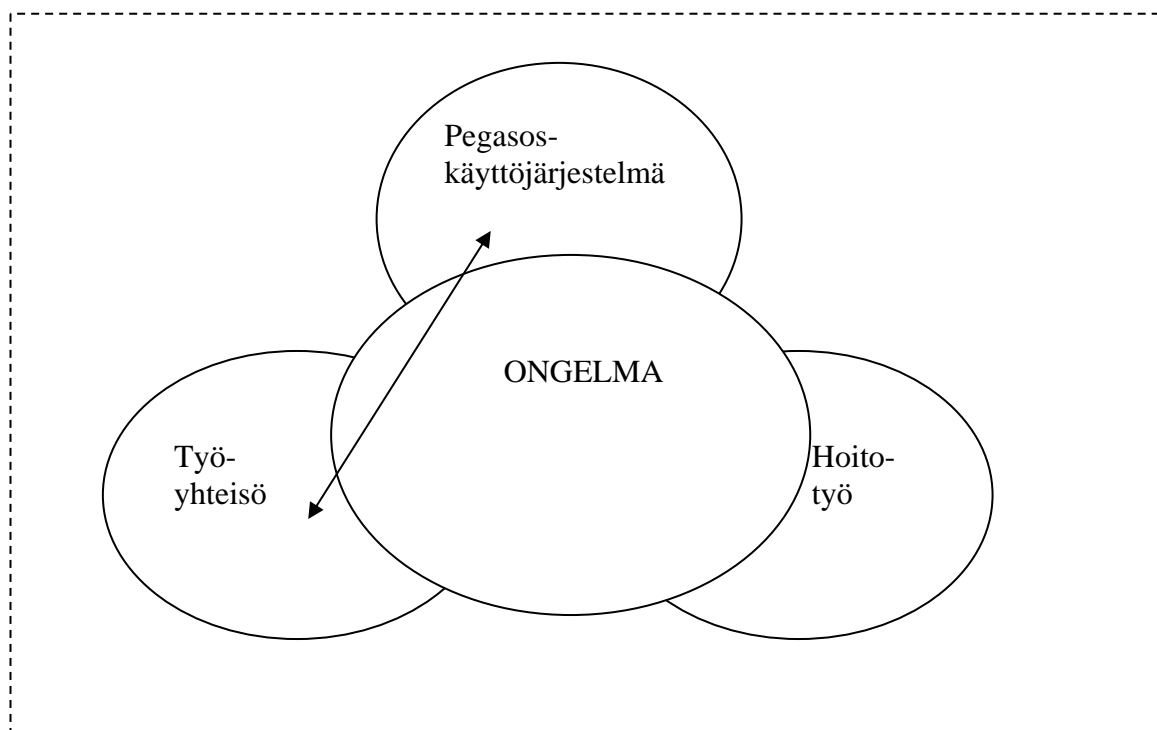


Työyhteisö kirjaa Pegasos-tietokantaan tällä hetkellä kaiken tiedon potilaasta. Silti tarvitaan vielä paperiversioita lääkäreitä ja mahdollisia sijaisia varten, joilla ei ole tunnuksia tietokannan hyödyntämiseksi. Paperiversioita voidaan lukea myös silloin, jos on sähkökatkos ja tarvitaan tarvittavat tiedot potilaista.

Työryhmä kokoontui Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla, jolloin opiskelijoiden piti tutustua Pegasos- käyttöjärjestelmään. Tietokantaan pystyttiin perehtymään vain pinnallisesti, koska aika oli rajallinen. Kuitenkin tilannetta selkeytti työyhteisön jäsenten havainnollisesti kertomat tiedot käyttöjärjestelmän ongelmista. Ongelmia olivat muun muassa ne, miten tieto potilaasta saadaan kirjattua tietokantajärjestelmään rakenteisella kirjaamisella ja miten kirjattu tieto saadaan hoitotyöhön näkyväksi. Tietokantajärjestelmä osoittautui myös hankalaksi käyttää.

### 5.3 Kehittämiskohteen valinta

Nykyinen toimintamallissa tieto kulkee vain työyhteisön ja Pegasos-ohjelman välillä (kuvio 3).



Kuvio 3: Nykyinen toimintamalli

Toisella kierroksella työyhteisölle selvitettiin ongelma kirjaamisessa ja sen tuomisessa käytäntöön. Ongelmasta keskusteltiin työyhteisön, työryhmän ja projektista vastaavien opettajien kanssa moneen otteeseen. Monien palaverien ja yhteistyön jälkeen työryhmä sai rajattua kehittämiskohteen. Tähän vaiheeseen kului yli vuosi ennen kuin lopullinen kehittämisen kohde tuli selvitettyksi. Kehittämiskohteeksi tuli rakenteisen kirjaamisen kehittäminen omahoitajan työnä.

Kehittämiskohteen rajauksen jälkeen työryhmä pääsi vauhtiin. Työryhmän jäsenet saivat motivaatiota ja ymmärsivät mitä pitää tehdä. Myös työryhmän yhteistyö alkoi sujua paremmin.

Työryhmän opiskelijat alkoivat hakea teoreettista ja tutkittua tietoa, jolloin raportin teko alkoi edistyä. Teorian ja tutkitun tiedon hakeminen keskittyi pääosin työyhteisön ja hoitotyön välimaastoon ja miten siitä kirjataan niin, että kirjattu tieto tulee näkyväksi toiminnaksi hoitotyöhön (liite 1).

Jälleen työryhmän ja vastuupettajien kanssa pidettiin keskustelupalavereja useaan otteeseen. Keskusteluiden aiheena oli sen hetkinen tilanne, mihin vaiheeseen työryhmä on päässyt ja yhdessä tarkennettiin vielä kehittämiskohdetta, jotta työ etenisi oikeaan suuntaan. Kehittämiskohteena oli rakenteisen kirjaamisen kehittäminen omahoitajan työnä.

#### 5.4 Kehittämiskohteen muokkaus

Opiskelijat muodostivat teoreettisen ja tutkitun tiedon pohjalta uuden toimintamallin, joka on sellainen, että työryhmän kolme työyhteisön jäsentä opettavat työyhteisön kirjaamaan järjestelmällisesti hoitotyön suunnitelmaan sekä motivoivat muita työelämänedustajia noudattamaan jokaisen omahoitajan tekemää hoitosuunnitelmaa joka-päiväisessä hoitotyössä. Omahoitajan tekemää hoitosuunnitelmaa ei muuteta, ellei potilaan hoidossa tai yleiskunnossa tule radikaalisia muutoksia. Hoitosuunnitelmaa kirjataan komponenttien avulla prosessin mallin mukaan.

Ehdotus uudesta toimintamallista esiteltiin työyksikössä ja se herätti keskustelua. Osa oli sitä mieltä, että uusien, rakenteisten hoitoluokitusten kirjaamiseen tarvitaan selkeää opetusta, jotta varmistettaisiin uuden toimintamallin juurruttaminen työyhteisöön. Vain muutama oli epäilevällä kannalla yhteisessä keskustelussa – oppiiko uutta ja tietokoneen käyttökin on osalle henkilökunnasta hyvin vaikeaa.

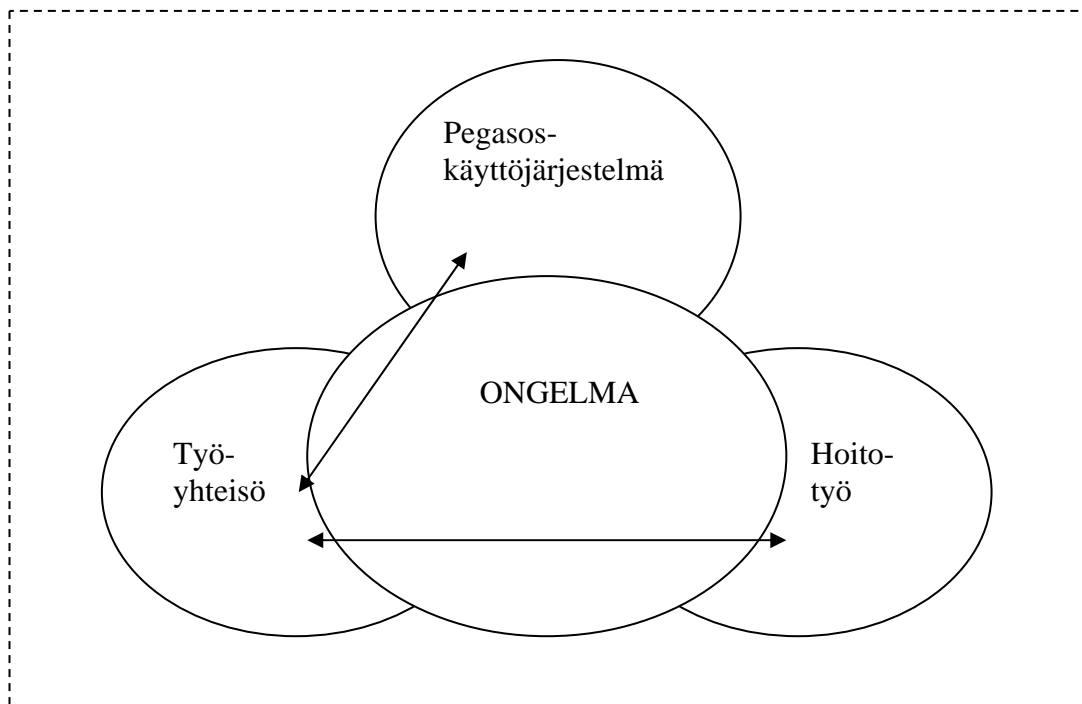
Ehdotus kuitenkin hyväksyttiin ja työelämänedustajat työryhmässä alkoivat toteuttaa toimintamallia käytännössä.

#### 5.5 Uuden toimintatavan käyttöönoton jatkosuunnitelma Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla

Uusi toimintamalli otettiin käyttöön ja vertaisopetusta toteutetaan työajalla.

Uutta toimintamallia kehitettiin työyhteisössä lisää, josta tieto ei kulkeutunut opiskelijalle reaaliajassa. Työyhteisö pitää säännöllisesti palaverreja, joissa omahoitajat voivat puhua potilaidensa tilanteesta ja saavat kollegiaalista tukea sekä apua tarvittaessa. Myös koulutusta on järjestetty ja järjestetään tulevaisuudessa liittyen rakenteiseen kirjaamiseen. Työyhteisö on Nummelan vuodeosaston kanssa sopinut, tulevaisuutta ajatellen, yhteistyöstä asian tiimoilta ja on järjestänyt kehittämistyöryhmän, joka vie rakenteisen kirjaamisen kehittämisen jatkossa eteenpäin (kuvio 4).

Työyhteisö sai arvioida työryhmän työskentelyä arviointilomakkeen avulla (liite 2). Arviointivina olivat seuraavat asiat: kuinka paljon työryhmä edisti hoitotyön kirjaamista työyhteisössä, kuinka paljon työyhteisö on osallistunut projektiin, miten uutta toimintamallia voidaan hyödyntää ja käyttää työyhteisössä, työryhmän tuomien ideoiden ja ajatusten tuonti, miten paljon kehittämistoiminta on parantunut kirjaamisen tehokkuutta ja sujuvuutta sekä uskomisen muutoksen tapahtumiseen työryhmän tuotoksen perusteella.



Kuvio 4: Uusi toimintamalli

## 6 KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI

### 6.1 Arviointimenetelmät

Jotta käytännön työn kehittämisessä voidaan edistyä ja kehittää taitoja projektityössä, on sitä arvioitava jatkuvasti. Projektia arvioidaan sen sujumisesta. Tarkoituksena on tehdä kehittämistyöstä saadut kokemukset käyttökelpoisiksi. (Karlsson & Marttala 2001.)

Työryhmän jäsenet ovat arvioineet työryhmän toimintaa SWOT-analyysillä jokaisessa lähipäivässä. Näitä arviointikertoja on kerääntynyt kolme koko projektin aikana. Kyseisen arvioinnin järjesti oppilaitoksemme vastuuopettajat. Kyseiset lomakkeet jäivät opiskelijoille myöhempää arviointia varten, jossa arvioitiin työryhmän itsearviointia.

Työyhteisö arvioi arviointilomakkeella projektin onnistumista kokonaisuudessaan ja miten työryhmä oli työskennellyt. Arviointilomake oli valmiina ja se vietiin opiskelijoiden toimesta työyhteisöön. Vastatut lomakkeet opiskelijat keräsivät ja tekivät niistä kuvat analysoiden niiden tuloksia.

## 6.2 Työyhteisön arviointi kehittämistoiminnasta

Projektin alussa oli hankalaa oppia uusia tieteellisiä menetelmiä kuten esimerkiksi juurruttamista. Juurruttaminen on työskentelymenetelmä, jossa on mahdollista työyhteisön ja työryhmän olla tiiviissä yhteistyössä. Tässä työssä yhteistyö ei kuitenkaan toiminut toivotulla tavalla. Työryhmällä oli vaikeuksia saada sovittua yhteisiä tapaamisia, koska työryhmän työyhteisön jäsenet ovat usein eri aikaan töissä ja työryhmän väliset tehtäväjaot vaikeuttivat osaltaan myös yhteistyötä.

Ongelmia tuotti myös se, että opiskelijajäsenet asuvat kaukana toisistaan, joten hekään eivät voineet olla tiiviissä yhteistyössä. Työskentely ei siis ollut helppoa ja työskentelyä vaikeutti vielä opiskelijajäsenten sairastumiset. Loppuvaiheessa työskentelyä vaikeutti osaltaan myös se, että toinen opiskelijajäsenistä lopetti koulutuksen kesken.

Näin jälkikäteen ajatellen olisi voinut olla hyvä, jos opiskelijajäsenet olisivat olleet Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla, projektin aikana työharjoittelussa joitakin viikkoja. Osasto ja sen työntekijät olisivat tulleet paremmin tutuiksi ja yhteistyö olisi varmasti ollut tiiviimpää. Samalla olisi pystynyt perehtymään Vihdissä käytössä olevaan käyttöjärjestelmään eli Pegasokseen ja nähnyt siinä olevat ongelmakohdat. Kumpikaan opiskelijajäsen ei ollut käyttänyt Pegasosta aiemmin ja se jäi molemmille melko vieraaksi, vaikka ohjelmaa käytiinkin lyhyesti läpi eräällä yhteistapaamisella hoivaosastolla.

Yhteenvedon voidaan todeta, että työtä edelleen työyhteisön sisällä tarvitaan. Työyhteisö on päättänyt, että jatkokoulutusta rakenteiseen kirjaamiseen tarvitaan sekä yhteiset hoitokokoukset on koettu tarpeellisiksi jatkossa, jossa omahoitajat saavat hoitosuunnitelman kirjaamisessa tukea kollegoiltaan.

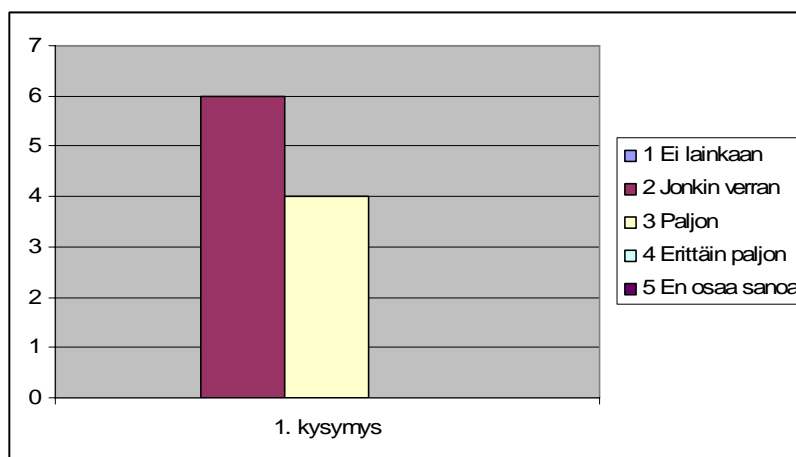
### 6.2.1 Aineiston keruu

Aineiston keruuseen käytimme valmista arviointilomaketta (liite 2), jota käytetään oppilaitoksemme erilaisissa projekteissa. Lomakkeessa oli avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Strukturoitujen kysymysten vastausvaihtoehtoina olivat seuraavat: 1 ei lainkaan, 2 jonkin verran, 3 paljon, 4 erittäin paljon ja 5 en osaa sanoa. Arviointilomakkeet (yhteensä kaksikymmentäviisi) vietiin työyhteisön arvioitavaksi keväällä 2008 ja vasta-

usaikaa oli kaksi viikkoa. Tästä johtuu mahdollisesti se, miten moni ehti vastata arvioin-tilomakkeen kysymyksiin. Työryhmän työelämäedustajat sopivat, että he muistuttavat muita työyhteisön jäseniä arvioimaan kyseistä projektia. Täytettyjä vastauslomakkeita palautettiin kymmenen, viisitoista lomaketta jäi vastaamatta.

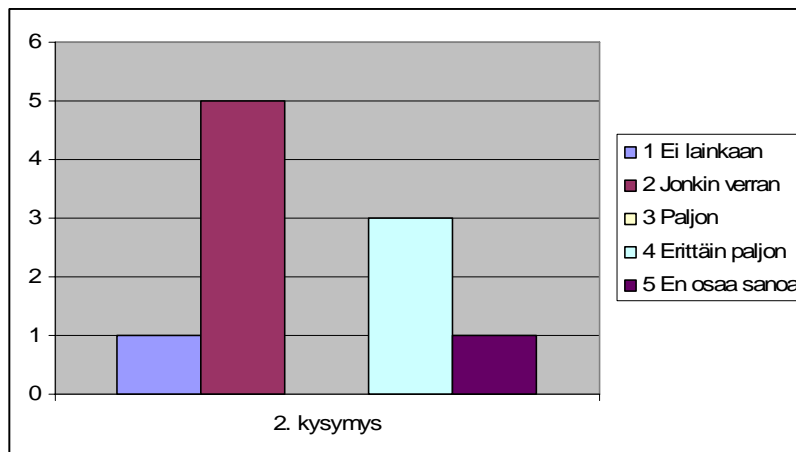
### 6.2.2 Arvioinnin tulokset

Työyhteisö sai arvioida työryhmän toimintaa (liite 2). Kyselykaavakkeeseen vastasi kymmenen työyhteisön edustajaa. Tulokset osoittavat seuraavaa:



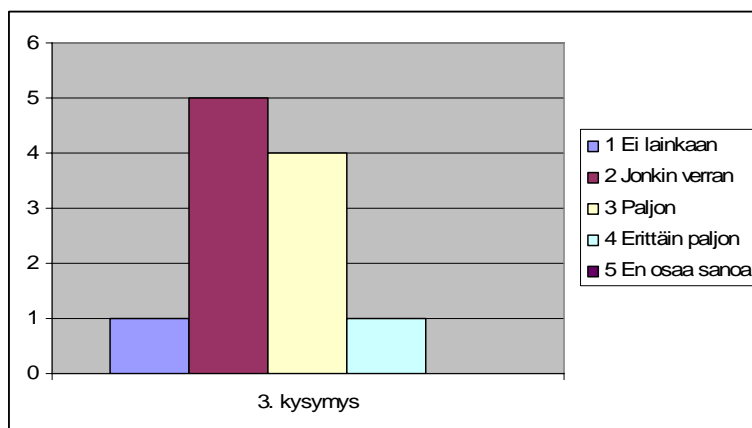
Kuvio 5: Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittämistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?

Vain kuusi oli sitä mieltä, että työryhmä on edistänyt jonkin verran hoitotyön kirjaamisen kehittämistä työyhteisössä ja vain neljä vastasi, että paljon.



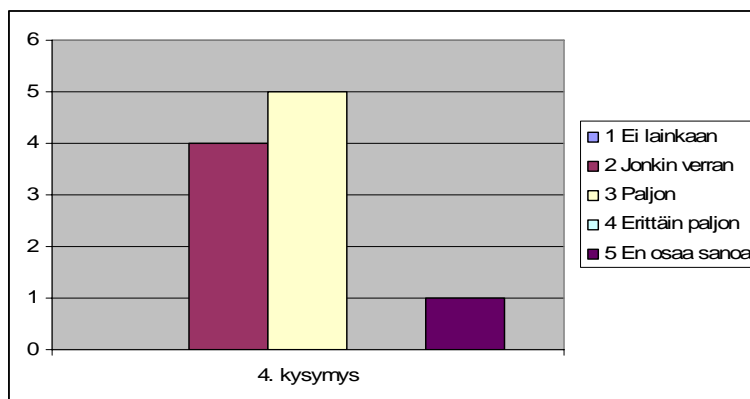
Kuvio 6: Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?

Toisessa kysymyksessä pyydettiin arvioimaan työyhteisön panosta työryhmän aikaansaannoksien työstämiseen. Kolme vastasi, että erittäin paljon, viisi henkilöä oli sitä mieltä että jonkin verran ja vain yksi oli sitä mieltä, että työyhteisö ei ole panostanut asiaan yhtään ja yksi ei osannut sanoa.



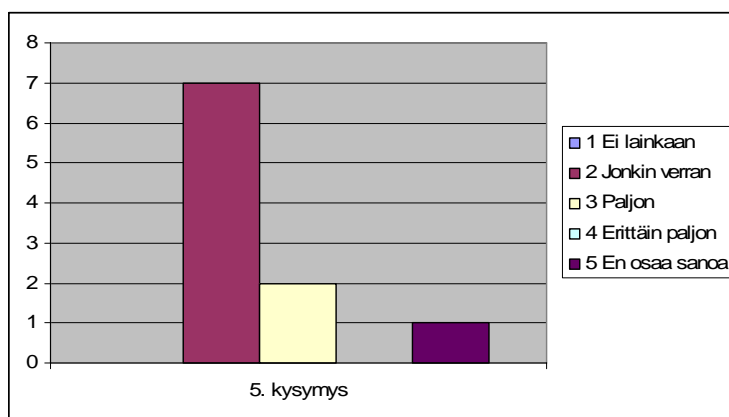
Kuvio 7: Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?

Kolmannessa kysymyksessä puolestaan arvioitiin uuden toimintamallin hyötyä ja käyttöä työyhteisössä. Tulokset osoittivat, että viisi oli sitä mieltä, että jonkin verran ja vain neljä ilmoitti, että paljon on ollut hyötyä ja käyttöä työyhteisössä.



Kuvio 8: Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?

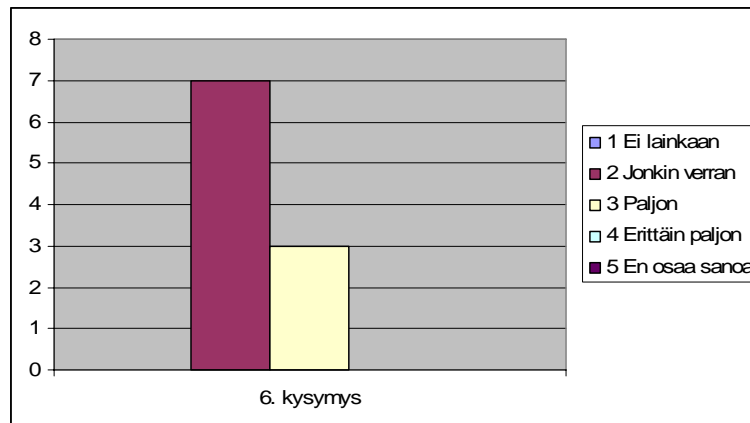
Neljäs kysymys koski työryhmän tuottamia ideoita ja ajatuksia työyhteisöön sekä miten niiden pohjalta voi kehittää hoitotyön kirjaamista. Viisi henkilöä oli sitä mieltä, että paljon ja neljä vastasivat, että jonkin verran. Vain yksi ei osannut sanoa.



Kuvio 9: Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

Viidennessä kysymyksessä käsiteltiin aihetta, joka koski hoitotyön kirjaamisen sujuvuuden ja tehokkuuden parantumista kehittämistoiminnan aikana. Seitsemän oli sitä mieltä että jonkin verran, kaksi; paljon ja yksi; en osaa sanoa.





Kuvio 10: Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?

Kohdassa kuusi kysyttiin sitä, miten paljon uskot työryhmän tuotoksen eli uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen ja muutoksen aikaansaamiseen työyhteisössä. Seitsemän oli sitä mieltä että jonkin verran ja vain kolme sitä mieltä, että paljon.

Tuloksia tarkastellessa ei ole varmaa tietoa siitä, kuinka hyvin olivat henkilökunta selvillä kyseisestä aiheesta ja olivatko he perehtyneet siihen. Vastausvaihtoehtojen ymmärtäminenkin saattaa muuttua sen mukaan, kuinka vastaaja itse muokkaa ne mielessään; väärinkäsityksiähän on vaikeaa kontrolloida. Tulee myös huomioida vastaamatta jääneistä tuleva kato kyselyn tulokseen.

Tuloksista päätellen ei voida varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn eli ovatko he pyrkineet vastaamaan rehellisesti ja huolellisesti. Tästä syystä ei voida arvioida varmasti sitä, mikä tilanne on oikeasti hoivaosastolla. Vastaneiden joukossa on myös sellaisia vastausrivejä, joissa on vain sama numero. Tämä ei ole luotettavaa tietoa, koska vastaaja ei välttämättä ole panostanut vastaamiseen kunolla.

Yhteenvetona voidaan todeta, että työryhmä ja kehittämisprojekti ovat onnistuneet tavoitteessaan joko jonkin verran tai paljon. Vaikeuksista huolimatta tulos on hyvä. Toisaalta palautteen annossa tuli ristiriitaista tietoa. Työryhmän yhteistyöhön ei oltu tyytyväisiä.

### 6.3 Työryhmän työskentelyn itsearviointi

Työryhmä käytti itsearvioinnissa SWOT-analyysiä. SWOT:ssa on neljä kohtaa, joissa on neljä osa-aluetta; vahvuudet, mahdollisuudet, kehittämiskohteet ja uhat.

Kolme kertaa projektin aikana arvioimme työskentelyämme työryhmässä ja tulokset ovat seuraavat.

#### 6.3.1 Vahvuudet ja mahdollisuudet

Vahvuudeksi nousi ensisijaisesti työryhmän eri jäsenten asiantuntijuus. Myös motivoituminen nousi itsearvioinnissa esiin muita paremmin. Muina vahvuuksina koettiin työryhmässä olevan sama päämäärä, pyrkimys etsiä yhdessä ryhmätyöskentelyn ongelmia, kuunteleminen ja sovitusta ajoista kiinni pitäminen.

Mahdollisuuksista esille tuli yhtä paljon työryhmän jäsenen asiantuntijuus kirjaamisessa ja yhteisten palaverien / tapaamisten pitäminen sekä Optimassa että kasvotusten. Mahdollisuuksiin oli myös pistetty atk-osaaminen, motivointi ja aika.

#### 6.3.2 Kehittämisaalueet

Kehittämisaalueina koettiin ensisijaisesti asian sisäistäminen ja samasta asiasta puhuminen. Toiselle sijalle tuli tiedottaminen eli toisten informointi. Kehittämisaalueina koettiin myös sähköinen viestintä ja aktiivisuus. Kaivattiin myös lisää tietoa sähköisestä kirjaamisesta ja tiedon jäsentämisestä eli hahmotetaan kokonaisuus. Myös toisten huomioon ottamista oli pidetty kehittämistä vaille olevana.

#### 6.3.3 Uhat

Uhissa nousi tärkeimmäksi aikapula. Aikaa ei ole tarpeeksi nähdä toisia työryhmän jäseniä tarpeeksi. Toiseksi tuli motivaation puute ja kolmanneksi nousi esiin se, ettei ymmärretä mistä puhutaan. Neljänneksi tuli kopiointivirheen mahdollisuus ja kommunikation puute työryhmässä. Työryhmä myös koki, että työ vaikeutti projektiin panostamista täysin.

### 6.4 Käytäntöön sovitetun toimintamallin arviointi

Uusi toimintamalli on otettu hyvin käyttöön ja sitä on myös kehitetty eteenpäin. Työyhteisö koki aluksi ja pitkin prosessia kehittämiskohteen vaikeaksi, mutta myös haasteel-

liseksi. Kaikesta huolimatta projekti oltiin saatu päätökseen ja tulevaisuus uuden toimintamallin myötä on mahdollisuuksia täynnä. Vertaistukea ja –opetusta annetaan jatkossakin rakenteista kirjaamista silmällä pitäen.

## 6.5 Tavoitteiden arviointi

Työyhteisön tavoitteena oli kehittää opiskelijoiden keräämän teorian tiedon pohjalta uusi toimintamalli. Työryhmän tavoitteena oli luoda uusi toimintamalliehdotus projektissa syntyvän uuden tiedon pohjalta ja tukea työyhteisöä muutosprosessin eteenpäin viemisessä. Opiskelijoiden tehtävänä oli kerätä teorian tietoa ja kirjoittaa muutosprosessista kirjallinen raportti, opinnäytetyö.

Tavoitteet eivät toteutuneet suunnitelmien mukaan. Hoivaosastolla oli jo alusta asti oma näkemyksensä kehittämiskohteesta ja ratkaisu siihen. Opiskelijoille jäi tehtäväksi etsiä teorian tietoa sellaisesta asiasta, josta sitä on mahdoton löytää. Vasta kun kehittämiskohde muuttui, pääsivät opiskelijat etsimään teorian tietoa, mutta siinä vaiheessa oli aikaa kulunut hukkaan vuosi. Tämä turhautti kaikkia osapuolia. Opiskelijat eivät tiedäneet, mitä työyhteisössä tapahtuu ja työyhteisö oli tyytymätön opiskelijoiden antamaan panokseen. Sen lisäksi ohjaavat opettajat eivät ohjanneet opiskelijoita oikeaan suuntaan, jotta työlle olisi saatu selkeä kehittämiskohde ja työ olisi voinut edetä aikataulussa.

Vihdin kirkonkylän hoivaosaston puolesta Tavis-projekti on selkiyttänyt osaston rakenteisen kirjaamisen kehittämistarvetta ja antanut lisäpontta kehittämistyölle. Ohjaus on toteutettu osastolla siten, että kolme hoitajaa on perehtynyt asiaan paremmin ja muu henkilökunta on saanut yksilöllistä ohjausta näiltä kolmelta. Ohjaus on toteutettu siten, että erillistä ohjausaikaa ei ole varattu vaan ohjaus on tapahtunut työajalla. Harjoittelun ja ohjauksen tavoitteena on ollut hoitotyön sisällöllisen kirjaamisen kehittyminen ja rakenteisuuden ymmärtäminen. On myös kiinnitetty huomiota hoitotyön prosessin ymmärtämiseen ja miten rakenteinen hoitosuunnitelma sen pohjalta rakentuu. Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla on järjestetty koulutusta johtavan hoitajan ja kahden osastonhoitajan ohjauksella 8.5.2008 ja se osoittautui tarpeelliseksi. Koulutus uusitaan samansisältöisenä syyskaudella.

Vidin kirkonkylän hoivaosaston mielestä Tavis-projekti auttoi työyksikköä jäsentämään ongelma-alueita ja tarpeita kirjaamisessa. Henkilökunta on pohtinut, miten he saavat

hoitosuunnitelman ohjaamaan käytännön työskentelyä aikaisempaa paremmin. Hoitosuunnitelman laadinnassa on käytetty Pegasos-ohjelmassa olevia komponentteja ja nyt lähes kaikki hoitosuunnitelmat ovat päivitetty ja ohjaavat päivittäistä työtä.

Hoitotyön kirjaamisen projekti Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla jatkuu myös tulevaisuudessa. Jatkossa järjestetään yhteiset hoitokokoukset, jossa omahoitajat esittelevät työryhmälle potilaidensa hoitosuunnitelmat ja työryhmässä käydään niitä läpi. Tällä tavalla omahoitajat saavat kollegiaalista tukea. Vihdin kirkonkylän hoivaosasto on myös tiivistänyt yhteistyötä Nummelan vuodeosaston kanssa ja he ovat sopineet yhteisen projektiryhmän perustamisesta, jonka tehtävänä on tuoda perustietoa kirjaamisesta työyhteisöön ja laatia muun muassa minimikriteerit hoitotyön kirjaamiselle. Tavoitteena heillä on pysyä kirjaamismuutoksen toteuttajien kärkijoukossa.

## 6.6 Ammatillisen kasvun arviointi

Opinnäytetyöhön alustavat kurssit olivat selkeitä, mutta koin itse projektin olevan hankala. En kokenut saavani alussa tarpeeksi ohjausta oikeaan suuntaan lähtemistä varten. En myöskään tiennyt opiskelijakollegan kanssa sitä, miten aloittaisimme yhteisen työn. Hankaluutta lisäsi projektin aikana tulleet sairastumiset ja työryhmän työyhteisön edustajien lomat. Loppuvaiheessa ongelmaksi syntyi myös se, että opiskelijakollegani lopetti koulutuksen oppilaitoksessamme, joten työn tekemisessä oli ensin kaksi ja sitten yksi opiskelija.

Kehittämiprojektin aikana sain oppia ryhmätyötaitoja, vuorovaikutusta erilaisten ihmisten kanssa ja sain kokemusta kehittämishankkeessa olemisesta. Projektin aikana minulle selkiytyi myös se, mitä on rakenteinen kirjaaminen ja miten se näkyy hoitotyön kirjaamisessa. Olen myös oppinut ottamaan vastuuta työn loppuun saattamisessa ongelmista huolimatta.

Tämä opinnäytetyöprojekti on ollut opettava. Se on antanut mahdollisuuden oppia sairaanhoitajana tiedon hakua ja antanut valmiuksia sähköisen kirjaamisen oppimiseen ensimmäisten joukossa. Projektin kehittämismenetelmät ovat tulleet tutuksi ja nyt se tuntuu helpommalta ymmärtää. Tästä syystä olisin valmis nyt uuteen projektiin, koska sain kokemusta tästä projektista.

Juurruttaminen jatkuu tulevaisuudessa Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla ja se vaatii osastolta jatkuvaa koulutusta sekä oppimista työyhteisössä. Minä työryhmän opiskelijajäsenenä toivon, että uusi toimintamalli kehittyy jatkossa paremmaksi Vihdin kirkonkylän hoivaosastolla ja se muotoutuu osaksi hoitokäytäntöä.

## LÄHTEET

## KIRJAT

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. Werner Söderström osakeyhtiö.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.

Erlandsson-Kuosmanen, N. & Väätäinen, R. 2006. Opinnäytetyö. Lohjan sairaalan sisätautiosaston hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Lohja: Laurea ammattikorkeakoulu.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hallila, L. 1999. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kaakkois-Suomen Sosiaalialan Osaamiskeskus Oy. 2005. Arviointi osana sosiaalialan kehittämistä. Lappeenrannan teknillisen yliopiston Digipaino.

Karlsson, Å. & Marttala, A. 2001. Projektkirja – Onnistuneen projektin toteuttaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kassara H., Paloposki S., Holmia S., Murtonen I., Lipponen V., Ketola M-L. & Hietanen H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Werner Söderström osakeyhtiö.

Kinnunen, R. & Soikkeli, T. 2005. Opinnäytetyö. Hoitotyön kirjallisen kokonaishoito-suunnitelman kehittäminen juurruttamisen avulla. Lohja: Laurean ammattikorkeakoulu.

Kylmä, J., & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Loeb, M. & Kindel, S. 2000. Johtamistaito keltanokille: 299-363 Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lundgrén-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko –muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007, 32.

Nurmi, T. ym. 2001. Gummeruksen suuri sivistyssanakirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ruuskanen, S. 2007. Pro gradu-tutkielma. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen – kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Hoitotieteenlaitos: Kuopion yliopisto.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu; tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

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

Saranto, K. & Kinnunen J. 2007. Sähköiset tietojärjestelmät muuttavat hoito- ja organisaatiokulttuuria. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007, 219.

Sundman, E. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki: Edita Oyj.

Vuori-Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S. & Virtanen, J.A. 2005. Ihmisen Hyvä. Etiikka lähihoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Välimäki, R. 1998. Osastonhoitajan käsikirja. Tampere: Tammer-Paino Oy.

## ARTIKKELIT

Ahonen O., Karhu J., Kinnunen R., Ora-Hyytiäinen E. & Soikkeli T. 2007. Kirjaamisen kehittäminen sairaanhoitajan ja opiskelijan yhteistyönä. *Sairaanhoitajalehti* 1, 28-29

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. *ProTerveys* 6, 4-6.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. *ProTerveys* 2, 16.

Ensio, A., Saranto, K. 2007. Hoitotyön kirjaaminen näkyvästi esillä kansainvälisissä konferensseissa. *Sairaanhoitaja* 6-7, 16.

Hurri, S. 2006. Tieto kulkee hiljaakin. *Sairaanhoitajalehti* 8, 5-8.

Kinnunen, J., Kvist, T. & Vehviläinen-Julkunen. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 3, 109.

Tanttu, K. 2005-2007. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke: Hoitohenkilöstölle uusi kirjaamistapa. *Tiedote*.

Tanttu, K. 2007-2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke: Loppuraportti.

Virtanen, A., Konki, K. & Paajanen, H. 2008. Pegasos. *Suomen Lääkärilehti* 6/2008 vsk 63, 22-24.

Voutilainen, P. 2005. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Pro Gradu*. *Sairaanhoitaja* 3, 36-37.

Vuorinen, J. 2006. Arvot hoitotyön arjessa. *Sairaanhoitaja* 1, 16, 18.



## INTERNET

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Rajalahti, E. 2007. Tavis Hoitotyön suunnittelua sähköisessä potilaskertomuksessa uudistava tutkimus- ja kehittämisprojekti. Optima 15.5.2007.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. www.finlex.fi 2007a.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema>. (Luettu 14.9.2007).

Laki potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapidosta  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010411> (Luettu 23.12.2008)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. www.finlex.fi 2007b. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaslaki>. (Luettu 14.9.2007).

Nykänen, P. (toim.) Terveystietojärjestelmät. Tietojenkäsittelytieteiden laitos Tampereen yliopisto. 2003. <http://www.cs.uta.fi/reports/bsarja/B-2003-7.pdf>. (Luettu 14.9.2007)

Opas. 2007. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2 31.1.2007.

Ora-Hyytiäinen, E. 30.1.2007. Opetusmateriaali. Kehittämistoiminta projekteissa –diat.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004.  
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/01/pr1105954774022/passthru.pdf#search=%22rakenteiset%20ydintiedot%22>. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:18. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. (Luettu 16.8.2007).

Tanskanen, A. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Sisällön analyysi hoitotieteessä. <http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html> (Luettu 12.2.2008)

Tilastokeskus 2008. <http://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset/index.html>. (Luettu 15.3.2008)  
 Varsinais-Suomen kuntayhtymä, Hallintokeskus. 2005 – 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. 1.5.05 – 31.5.2008. Loppuraportti, osa 1

Viestintätieteiden yliopistoverkosto/Jyväskylän yliopisto/Viestintätieteiden laitos/Puheviestintä. [www.jyu.fi/viesti/verkkotuotanto/haastattelu](http://www.jyu.fi/viesti/verkkotuotanto/haastattelu). (Luettu 11.2.2008)

Vihdin kunnan kotisivut. <http://www.vihti.fi/kohderyhmat/ikaantyneet/vuodeosastot>. (Luettu 13.8.2007).

## MUUT

Kvist, M. 2008. Lääkäri. Henkilökohtainen tiedonanto.

Kvist, R. 2008. Erikoissairaanhoidaja. Henkilökohtainen tiedonanto.

Lahtinen, T. & Villa, H. 2008. Tavis-projektin arviointia Vihdin kk:n osastolla. 21.5.2008.

Liite 1. Nykytilanteen kuvaus.

Vihdin kirkonkylän vuodeosaston toimintasuunnitelma. 2005.

## KUVIOT

Kuvio 1 Tiedon käsittelykierrokset juurruttamisessa.....	9
Kuvio 2 Työryhmän toiminta hoitotyön kehittämisessä.....	11
Kuvio 3 Nykyinen toimintamalli.....	33
Kuvio 4 Uusi toimintamalli .....	36
Kuvio 5 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?.....	38
Kuvio 6 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsittekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen? .....	39
Kuvio 7 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?.....	39
Kuvio 8 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?.....	40
Kuvio 9 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta? .....	40
Kuvio 10 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä? .....	41

## LIITTEET

LIITE 1 Nykytilanteen kuvaus.....	53
LIITE 2 Arviointilomake.....	54-55

## Liite 1 Nykytilanteen kuvaus

PROSESSIN VAIHE	MITÄ TIETOJA KIRJATAAN?	MITÄ TOIMINTOJA TIETOON LIITTYY? (EDELLYTTÄÄKÖ SE TOIMINTAA ENNEN KIRJAAMISTA?)	MISTÄ LÄHTEESTÄ POTILAAN TIETO ON PERÄISIN?	MINNE, MIHIN KAIKKIIN MAHDOLLISIIN PAIKKOIHIN KIRJATAAN?	MITEN TÄTÄ TIETOA HYÖDYNNETÄÄN?
<b>TULOTILANNE</b>	Tehdään HOTI-lehti (=hoitotyön tiivistelmä –lehti) -Perustiedot -Missä asioissa tarvitsee apua -Erittäminen -Syöminen -Lääkitys -Omaiset -Koti-olot -Liikkuminen (apuväl.) -Allergiat, aikaisemmat sairaudet -Omaisuus	-Tulee läheteellä -Tulohaastattelu (harvoin mahdollinen potilaan kunnan vuoksi)	-Sairaala -Omaiset -Muu hoitolaitos -Sairaskertomus -Mahdollinen tulohaastattelu	-Sähköinen sairaskertomus (Pegasos) ->tulostetaan paperiversio HOTI:sta ja lääkelistasta	-Miksi potilas on tullut hoitoon -> hoitosuunnitelman tekoa varten pohjatietoa -Lääkelista lääkkeenjako varten -HOTI-paperiversio, jos sähköinen sairaskertomus ei toimi.
<b>HOIDON SUUNNITTELU</b>	-Omahoitaja tekee hoitosuunnitelman	-Potilaan tietoihin tutustuminen, potilaaseen tutustuminen -Lääkäreitä konsultoidaan tarvittaessa	-Potilaalta -Sairaskertomuksesta -Omaisilta (Elämäntietokysely)	-Sähköinen sairaskertomus	-Käytetään potilaan hoidon pohjana. Ongelmallista se, ettei usein muuttuva käytännön tieto (esim. pienten ihonirhaumien hoitokäytännöt) kulje potilaan hoitotilanteeseen asti =muutokset hoidossa jäävät herkästi huomiotta.
<b>HOIDON TOTEUTUS</b>	-Akuutit asiat ensisijaisesti (kuume, vatsantoimitukset, verenpaineet, syömiset, erittämiset ja iho) -Haavanhoidot -Potilaan tilassa tapahtuneet muutokset	-Potilaan hoito, hoidossa tehdyt huomiot	-Hoidossa tehdyt huomiot -Muut hoitajat -Omaiset	-Sähköinen sairaskertomus -Kiertokansioon, jos toivotaan muutoksia lääketieteellisessä tai lääkkeellisessä hoidossa	-Tarvittaessa hoidon suunnittelun muutosten pohjana ja sitä kautta hoidon muutosten pohjana
<b>HOIDON ARVIOINTI JA SEURANTA</b>	-Jos potilaan yleistilassa muutoksia -Miltä näyttää (esim.haava)	-Potilaan hoitaminen, huomiointi	-Potilaalta -Muut hoitajat -Huomiointi -Sairaskertomuksesta	-Sähköinen sairaskertomus - Jos lääkkeellistä tai lääketieteellistä muutosta -> kiertokansio	-Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen -Oikeanlaisen hoidon turvaaminen

1 (2)

## HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN 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, kenties muiden työyhteisöjen edustajia ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön nykytoimintaa kuvaavan käsitekartan, kehitettävää aluetta kuvaavan teoreettisen käsitekartan 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 käsitekarttojen 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

## Liite 2 Arviointilomake

2 (2)

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN ARVIOINTILOMAKE  
Laurea-ammattikorkeakoulu  
Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi  
Elina Ora-Hyytiäinen

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

---

---

---

---

---

---

---

---

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

---

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos arvioinnistasi!