

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys ja hyvinvointi

2020

Elina Pekkarinen

**PALTANPUISTON
PALVELUKESKUKSEN
KIRJAAMISEN JA
RAPORTOINTIKÄYTÄNTÖJEN
KEHITTÄMINEN**

Elina Pekkarinen

PALTANPUISTON PAVELUKESKUKSEN KIRJAAMISEN JA RAPORTOINTIKÄYTÄNTÖJEN KEHITTÄMINEN

Terveystieteiden toimintaympäristöissä sekä suullinen että kirjallinen kommunikaatio on tärkeä tekijä potilas- ja työturvallisuuden kannalta. Rakenteisen kirjaamisen avulla tuetaan suunnitelmallista ja päivittäistä hoitotyötä sekä henkilöstön tiedonkulkua vuoronvaihtojen välillä. Hoitotyön prosessimallin mukaisia ydintietoja kuvattaessa hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaaminen tapahtuu kansallisesti määritetyllä tavalla käyttämällä Finnish Care Classification (FinCC) -luokituskokonaisuutta.

Tämä kehittämisprojekti tehtiin Paltanpuiston palvelukeskuksessa, jossa ikäihmisten ympärivuorokautisessa asumispalveluyksikössä on neljä eri osastoa ja hoitotyön kirjaaminen tapahtuu Lifecare-potilastietojärjestelmään. Organisaatiossa tehdyn esiselvityksen perusteella asiakkaiden hoitosuunnitelmissa, päivittäiskirjaamisessa sekä vuoronvaihtoraporteissa oli vaihtelevuutta eri osastojen välillä.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää henkilökunnan kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä. Tavoitteena oli, että projektin lopputuloksena hoitotyötä kirjataan ja siitä raportoidaan yhteneväisen mallin mukaisesti kaikilla neljällä osastolla, jotta tiedot ovat yhtenäisiä ja vertailukelpoisia sekä paremmin haettavissa ja löydettävissä.

Kehittämisprojektin tutkimuksellisessa osuudessa henkilökunnalle tehtiin kysely nykyisistä kirjaamis- ja raportointikäytännöistä sekä niissä koetuista ongelmista hoitajien itsensä arvioimana. Esiselvityksessä tehtyjen havaintojen, kyselytutkimuksen toteutuksen, tulosten analysoinnin sekä kirjallisuuskatsauksen perusteella henkilökuntaa koulutettiin ja heidän kanssaan suunniteltiin yhdessä ryhmätyöskentelyn menetelmin hoitoprosessin mukainen kirjaamisen ja raportoinnin malli kansallisesti sovittujen rakenteiden ja hoitosuosittelujen avulla. Lisäksi laadukkaamman kirjaamisen ja raportoinnin tueksi kirjaamisrauhaa ja tiedon kulkua lähdettiin parantamaan kirjaamistyöryhmän avulla sekä työvuorosuunnittelun ja työtapojen kehittämisellä.

Vaikka kehittämisprojektin tuotoksena syntynyt malli on kehitetty tätä organisaatiota varten, voidaan mallia kuitenkin hyödyntää samankaltaisissa ympärivuorokautisesta hoitoa ja hoivaa tarjoavissa asumispalveluyksiköissä.

ASIASANAT:

hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön prosessi, rakenteinen kirjaaminen, raportointi

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master's Degree Programme in Social and Health Care / Advanced Nursing Practise

2020 | 73 of pages, 38 of pages in appendices

Elina Pekkarinen

DEVELOPMENT OF NURSING DOCUMENTATION AND REPORTING PRACTICES AT THE PALTANPUISTO SERVICE CENTRE FOR THE ELDERLY

In public healthcare, both oral and written communication are important factors for patient and occupational safety. An electronic documentation model supports systematic and daily nursing care and communication of personnel during shift changes. When documenting the core nursing data, as classified in the nursing process model, each step of the nursing process is documented in accordance with the national Finnish Care Classification system (FinCC).

This development project was conducted in the Paltanpuisto Service Centre for the Elderly, which is a long-term care unit with four different departments, where nurses enter data on the care given to a patient in the Lifecare patient record system. Preliminary observations were conducted throughout the organization, and it was noticed that the personnel's practices regarding documentation of nursing care plans, daily documentation and reporting during shift changes varied across different departments.

The purpose of this development project was to improve documentation and reporting practices of the personnel. The target is that daily work of nursing is documented and reported according to the consistent model across all four departments, in order to make data more unified and comparable, as well as more traceable and findable.

In the research part of this development project, the personnel were surveyed regarding the current documenting and reporting practices and any related issues experienced by the nurses. Based on the preliminary observations, the survey, the analysis of the results, and the literature review, the personnel were trained more and a new documentation and reporting model accordant with the nursing process was created as a teamwork, utilizing the nationally agreed electronic documentation model and evidence-based practices. In addition, to support better documenting and reporting practices, a documentation team was created and development of shift planning and working practices was started, with the intention to tranquilize the area used for documentation and to improve communication.

Although the model produced in this development project was originally developed for this particular organization, the same model can also be utilized in other similar long-term care units.

KEYWORDS:

nursing documentation, nursing process, electronic documentation, reporting

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Kohdeorganisaation kuvaus	9
2.2 Kehittämisprojektin tausta ja tarve	10
2.3 Esiselvitys	11
2.4 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoite	14
3 KIRJAAMISEN JA RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN	15
3.1 Kirjallisuushaku ja valintakriteerit	15
3.2 Hoitotyön kirjallinen dokumentointi	17
3.3 Hoitotyön suullinen raportointi	23
3.4 Muutosjohtaminen	25
4 KEHITTÄMISPROJEKTI PROSESSINA	28
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO	30
5.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat	30
5.2 Tutkimusmenetelmä	30
5.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu	31
5.4 Aineiston analysointi	31
5.5 Tutkimustulokset	32
5.5.1 Taustatiedot	32
5.5.2 Hoitosuunnitelmien laatiminen	33
5.5.3 Päivittäiskirjaaminen	37
5.5.4 Vuoronvaihtoraportointi	40
5.6 Tutkimustulosten johtopäätökset ja pohdinta	45
5.6.1 Tutkimustulosten yhteenveto	45
5.6.2 Kehittämisen osa-alueet	46
5.7 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	47
6 KIRJAAMISEN JA RAPORTOINNIN MALLI	50
6.1 Kehittämismenetelmät	50
6.2 Koulutusmateriaalin laatiminen ja sisältö	50
6.3 Henkilökunnan kouluttaminen	51

6.4 Kirjaamisen ja raportoinnin malli	52
6.5 Mallin pilotointi	55
6.6 Pilotoinnin palautteet ja arviointi	56
6.7 Implementointi	57
6.8 Mallin hyödynnettävyys	58
7 POHDINTA	59
7.1 Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus	59
7.2 Kehittämiprojektin arviointi	60
7.3 Projektioorganisaation toiminta	64
7.4 Jatkokehittämissuhteita	65
LÄHTEET	67

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset taulukoina
- Liite 4. Henkilökunnan koulutusmateriaali

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin vaiheet	30
Kuvio 2. Vastaajien työvuodet terveydenhuoltoalalla	33
Kuvio 3. Vastaajien työvuodet Paltanpuistossa	34
Kuvio 4. Hoitosuunnitelmia laativien määrä vastaajista	34
Kuvio 5. Hoitotyön prosessimallia käyttävien määrä laatiessa hoitosuunnitelmaa	35
Kuvio 6. Lääkärin tekemiin hoitosuunnitelmiin tutustuvien määrä ennen hoitosuunnitelman laatimista	35
Kuvio 7. Olemassa oleviin hoitotyön ongelmiin peilaavien määrä laadittaessa hoitosuunnitelmaa	36
Kuvio 8. Mahdollisiin hoitotyön ongelmiin peilaavien määrä laadittaessa hoitosuunnitelmaa	36
Kuvio 9. Hoitotyön suosituksiin perustuvan hoitosuunnitelman laativien määrä	37
Kuvio 10. Päivittäisestä hoitotyöstä kirjaaminen hoitokertomukseen	38
Kuvio 11. Hoitosuunnitelmaan suunniteltujen toimintojen päivittäiskirjauksien toteutuminen	38
Kuvio 12. Asiakkaan voinnin arvioinnin toteutuminen hoitosuunnitelmaan laadittujen tavoitteiden pohjalta	39
Kuvio 13. Hoitotyön prosessin kirjaamiseen liittyvä lisäkoulutuksen tarve	39

Kuvio 14. Vuoronvaihtoraporteilla saadun tiedon riittävyys asiakkaiden hoidon tarpeista	41
Kuvio 15. Vuoronvaihtoraporteilla saadun tiedon riittävyys asiakkaiden hoidon tavoitteista	42
Kuvio 16. Vuoronvaihtoraporteilla saadun tiedon riittävyys asiakkaiden hoidon keinoista ja auttamismenetelmistä	42
Kuvio 17. Vuoronvaihtoraporteilla saadun tiedon riittävyys asiakkaiden hoidon arvioinnista	43
Kuvio 18. Suullisten raporttien eteneminen johdonmukaisesti hoitotyön prosessin mukaisesti	43
Kuvio 19. Paltanpuiston kirjaamisen ja raportoinnin malli	55

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon toimintaympäristöissä sekä suullinen että kirjallinen kommunikaatio on tärkeä tekijä potilas- ja työturvallisuuden kannalta, sillä puutteellinen, virheellinen tai vääriin paikkaan kirjattu informaatio voi johtaa potilaan vaaraan. Potilaan turvallisen hoidon takaaminen edellyttää, että potilaasta ja hänen hoidostaan on saatavilla oikeaa tietoa, oikeaan aikaan. Tämän vuoksi on tärkeää, että kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on yhtenäinen kokonaiskuva potilaan hoidosta. (Saranto & Ikonen 2007, 157-158; Helovuori ym. 2015, 11.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa henkilöstön määrän ohella osaaminen, sen oikea kohdentaminen sekä osaava lähijohtaminen varmistavat iäkkäille asiakkaille tarpeiden mukaisen laadukkaan hoidon ja huolenpidon (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019, 19). Hoitotietojen välittämisessä toimintayksikössä tarvitaan viestintää, jolloin hoitajilla on merkittävä rooli tiedon välittämisessä ja siirtämisessä heidän hoitaessaan ja koordinoitessaan muiden hoitoon osallistuvien työtä kaikkina vuorokaudenaikoina (Saranto & Ikonen 2007, 157).

Jokaisen potilaan hoidossa kirjataan tarpeellinen ja riittävä tieto terveyden- ja sairaanhoidosta sekä muista potilaan hoidon kannalta välttämättömistä asioista. Potilastiedon kirjaamisessa käytetään valtakunnallisesti yhtenäisiksi sovittuja tietorakenteita potilas- ja asiakastietojärjestelmissä sekä valtakunnallisissa sähköisissä tietojärjestelmäpalveluissa. Rakenteinen kirjaaminen parantaa potilaan hoidon laatua tukemalla suunnitelmallista ja päivittäistä hoitotyötä, kun tiedon kirjaaminen on yhdenmukaista: tiedot ovat yhtenäisempiä ja vertailukelpoisempia sekä paremmin haettavissa ja löydettävissä. Hoidon laatua edistää, jos kirjaaminen samalla ohjaa noudattamaan hoitoprosessia tai -suosituksia. Myös potilasturvallisuus ja potilaan oikeusturva lisääntyvät ajantasaisen tiedon nopean saatavuuden ansiosta. Lisäksi tiedon kirjaajien ja käyttäjien yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä. (Saranto & Ikonen 2007, 157; Jokinen & Virkkunen 2018, 11,13-15.)

Toiminnalliset kehittämissuunnitelmat lähtevät yleensä liikkeelle muutostarpeesta, jonka vuoksi työelämään sovellettavassa tutkimuksessa ja kehittämistyössä niiden tarpeita säätelevät **käytännönläheisyys, työelämälähtöisyys ja ajankohtaisuus**. Työyhteisön toimintatapoja kehitettäessä voi organisaatio lähteä mukaan toimintaan, jossa toimintatutkimuksen tai projektityöskentelyn menetelmin kehitetään sellaisia työelämän

käytäntöjä, jotka parhaillaan kaipaavat kehittämistä, muuttamista tai uusien käytäntöjen luomista. Tutkimuksen käytännönläheisyys näkyy siinä, että kun omia toimintatapoja ja kokemuksia tarkastellaan, niin toimintaa voidaan kehittää. Näin ollen myös organisaation jokainen henkilö on mukana toimijana ja tulokseen vaikuttajana käytännön arkityössä. (Ruuska 2006, 18; Wink 2011, 94; Heikkinen 2015, 211; Rissanen & Lammintakanen 2015, 36; Viikka 2015, 19.) Tässä kehittämissuorituksessa lähdettiin kehittämään yhdessä henkilökunnan kanssa työyksikön kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä tavoitteena saada aikaan yhteneväinen käytäntö sujuvaan hoitotyön kirjaamiseen ja raportointiin.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kohdeorganisaation kuvaus

Paimion kaupungin sosiaali- ja terveystoimen alaisuudessa toimiva Paltanpuiston palvelukeskus tarjoaa kuntouttavalla työotteella korkeatasoisia, asiakaslähtöisiä sekä hyvinvointia ja toimintakykyä edistäviä palveluja paimiolaisille ikäihmisille. Tehostettua palveluasumista järjestetään neljässä ympärivuorokautisessa ryhmäkodissa (Punalintu, Keltalintu, Kotiniitty ja Pihaniitty), joissa on yhteensä 26 kodinomaista palveluasuntoa sekä neljä intervalli- eli lyhytaikaishoitopaikkaa. (Paimion kaupunki 2019a.)

Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat paljon hoivaa ja huolenpitoa ympärivuorokautisesti. Palveluasunnoissa ikääntyneet asuvat vuokrasopimuksen mukaisissa asunnoissaan tai huoneissaan palvelukeskuksessa, jossa on myös yhteisiä, kaikkien asukkaiden käytössä olevia tiloja sekä yhteistä toimintaa. Lähtökohdiana ympärivuorokautisen hoivaan pääsyyn yksiköissä on, että ikääntyneen toimintakyky on alentunut siinä määrin, että kaikki kotona asumista tukevat toimenpiteet ja palvelut on jo käytetty ja että hänellä on jatkuva ympärivuorokautisen avun tai valvonnan tarve. Intervallihoidtoa voidaan toteuttaa joko lyhytkestoisena hoitona tai säännöllisesti yksilöllisesti määritetyillä jaksoilla. Intervallihoidoilla tuetaan omaishoitajien jaksamista myöntämällä lyhytaikaishoitoa omaishoidettaville tai sairaalasta kotiutuksen yhteydessä ennen omaan kotiin palaamista. Intervallijaksojen tarkoituksena on tukea asiakkaan toimintakykyä kotona-asumisen turvaamiseksi. (Paimion kaupunki 2019b, 9,11; Terveyskylä 2019.)

Ryhmäkodit Punalintu ja Keltalintu ovat painottuneet muistisairaiden asiakkaiden hoivaan, joissa on molemmissa 7 asukasta. Kotiniityssä on pitkäaikaispaikalla 5 asukasta ja lyhytaikaispaikoilla 4 asiakasta. Pihaniityn kaksioissa asuu yhteensä 10 asukasta. Paltanpuistossa esimiehenä toimii palvelukeskusvastaava, jonka lisäksi hoito- ja hoivatyöhön osallistuvaa henkilökuntaa on yhteensä 24: yksi virikeohjaaja, yksi hoiva-avustaja, yksi laitosapulainen, kaksi sairaanhoitajaa sekä 19 lähihoitajaa. Hoitosuunnitelmia laativat ja vuoronvaihtoraportteja pitävät sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat. Kotiniityssä ja Pihaniityssä on molemmissa omat hoitajakansliat. Punalinnussa ja Keltalinnussa on yksi yhteinen hoitajakanslia. Vuorojen vaihdon yhteydessä on käytössä suullinen raportointi kahdessa hoitajakansliassa: Puna- ja Keltalintujen kansliassa sekä Kotiniityn kansliassa. Esimiehen työaika on arkisin klo 8.00-16.00, sairaanhoitajien arkisin klo 7.00-15.00. Muu

hoitohenkilöstö tekee vuorotyötä: aamuvuoro klo 7.00-15.00, iltavuoro klo 13.15-21.15 ja yövuoro klo 21.00-7.15. Työajanlyhennykset vaikuttavat vaihtelevasti joko työvuoron alkaessa tai päättyessä, jolloin esim. iltavuoroon tuleva saattaa jäädä ilman vuoronvaihtoraporttia tai iltatyöntekijä lähtee aikaisemmin, jolloin yöhoitajalle annettava suullinen iltaraportti jää antamatta.

Potilaan henkilötietojen ja hoitokertomuksen käsittelyä varten Paimion kaupungilla on käytössään Tieto Oy:n toimittama Lifecare-potilastietojärjestelmä, joka on yhteinen Paimion-Sauvon terveyskeskuskuntayhtymän kanssa rekisterinpitämiseen ja sen ylläpitämiseen lain velvoittamalla tavalla (vrt. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 16 §; Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999, 24 §; Laki viranomaisten tietojärjestelmien ja tietoliikennejärjestelyjen tietoturvallisuuden arvioinnista 1406/2011, 7 §; Tietosuojalaki 1050/2018, 6 §, 29 §; Tietosuojaseloste 2018).

Hoitotyöstä kirjataan Lifecare-hoitokertomusjärjestelmän Effic-sovellukseen rakenteisen FinCC-luokitusmallin mukaisesti. Päivittäiskirjaaminen tehdään ASPAL-lehdelle. Lääkäripalvelut tuotetaan Paimion-Sauvon terveyskeskuksen kautta, jolloin lääkäri tulee paikanpäälle kerran viikossa Paltanpuistoon ja käyttää kirjaamiseen YLE-lehteä. Sairaanhoidaja laatii hoitosuunnitelman KHTIIV-lehdelle työyksikössä yhteisesti sovittuun fraasipohjaan aina uuden asiakkaan tullessa sekä hoitosuunnitelman muuttuessa. Omahoitajana toimiva lähihoitaja tarkistaa hoitosuunnitelman puolivuositain (toukokuussa ja marraskuussa) tehden hoitosuunnitelman väliarvion. Vaikka tehostetussa palveluasumisessa asiakkaat tarvitsevat paljon hoitoa ja hoivaa ympärivuorokautisesti, ei hoitotyön luonne kuitenkaan ole kovin akuuttia. Hoitosuunnitelmiin ei tule usein muutoksia ja hoitotyön sisältö pysyy monesti hyvin samankaltaisena. Jos 3 kuukauden aikana ei asiakkaan kohdalla ole tullut hoitosuunnitelmaan mitään muutoksia tai lääkärikierron kannanottoja, kirjaa lääkäri hoitokertomukseen KHTIIV-lehdelle asiakkaan voinnista tai tilanteesta arvioivan kommentin. Ennakoivat hoitosuunnitelmat ja saattohoitopäätökset laatii Paltanpuistossa aina lääkäri.

2.2 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Tämän kehittämisprojektin taustalla oli Paltanpuiston palvelukeskuksen henkilökunnan pitkäaikainen halu kehittää suullista raportointiaan. Osastoilla on aikaisemmin yritetty toteuttaa ISBAR-mallin mukaista raportointikäytäntöä, mutta se on koettu liian monimutkaiseksi. ISBAR-mallin on todettu toimivan parhaiten operatiivisessa hoidossa sekä

akuuttihoidossa tarkistuslistatyyppisenä työkaluna (Potilasturvallisuusyhdistys 2020). Raportointikäytäntöjä ei voida kuitenkaan kehittää ilman, että huomioidaan myös toimintaorganisaation kirjaamiseen liittyvät käytännöt. Näin ollen kehittämisprojektin lähtökartoituksessa selvisi, että kohdeorganisaatiossa oli tarve kehittää raportoinnin lisäksi myös kirjaamiskäytäntöjä, sillä käytännöt ja henkilöstön ATK-aidot olivat vaihtelevia, kirjaaminen ei ollut kovin aktiivista ja tarvittavaa arviointitietoa ei aina kirjauksista löytynyt.

Paimion kaupungin vuosille 2018-2022 laatiman strategian mukaan kaupunki haluaa panostaa edistyksellisiin ja laadukkaisiin palveluihin. Strategian henkilöstönäkökulmasta katsottuna laadukkaana palvelutoiminnan ytimen muodostaa osaavat ja hyvinvoivat työntekijät, jonka vuoksi kaupunki haluaa panostaa niin johtamiseen kuin henkilöstönsä osaamisen kehittämiseen ja heidän kyvykkyyksiensä kartoittamiseenkin. (Paimion kaupungin strategia 2018-2022.)

2.3 Esiselvitys

Paltanpuiston henkilökunnan kirjaamis- ja raportointikäytännöistä tehtiin esiselvitystä tutustumalla niihin kahden päivän ajan organisaatiossa ennen projektin perustamista helmikuussa 2019. Tämä toteutettiin siksi, että kehittämisprojektissa tarvitaan alustavaa kartoitusta ja esiselvitystä, jotta toimeksiantajalla ja projektiorganisaation kaikilla jäsenillä on käsitys siitä, mitä aiotaan tutkia ja kehittää (Vilka 2015, 59).

Kirjausten tarkastelua varten tehtiin organisaation kanssa toimeksiantosopimus poikkeuksellisesti jo ennen projekti- ja tutkimussuunnitelman valmistumista, jotta palvelukeskusvastaava pystyi luomaan opiskelijalle tunnukset Lifecare-hoitokertomukseen hoitohenkilökunnan kirjausten tarkastelua varten. Esiselvitys tehtiin ajalla 18.-19.2019. Hoitosuunnitelmista ja päivittäiskirjauksista tarkasteltiin seuraavia asioita: lääketieteelliset tai hoitotyön diagnoosit, esitiedot, hoidon tarve, toimintakyky (fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen), hoidon tavoitteet, hoitotyön keinot ja auttamismenetelmät, toimintakykymittareiden käyttö, omahoitajuus, etuusmerkinnät, lääkäreiden tekemät hoitosuunnitelmat, päivittäiskirjausten määrä sekä kirjaamisrakenteiden käyttö ja niiden monipuolisuus. Raportoinnin osalta seurattiin jokaisen vuoronvaihdon kohdalla niiden johdonmukaisuutta, hoitotyön tavoitteisiin peilaavaa hoidon toteuttamisesta ja siitä raportointia, sairauksien seurannan raportointia (tutkimukset ja fysiologiset mittaukset) sekä raportointiin käytettyä aikaa.

Selvityksessä nousi esille, että vaikka kaikilla asiakkailla oli laadittu hoitosuunnitelmat, yhtä yhtenäistä mallia ei kuitenkaan niiden rakenteessa ollut. Niistä kaikista löytyi hoitoprosessin mukaisia tekijöitä ja yhteneväisyyksiä, mutta käytetyt otsikot vaihtelivat paljon ja tiedot olivat monesti hankalasti löydettävissä. Hoitosuunnitelmissa oli pääsääntöisesti kolme eri rakennemallia riippuen siitä, oliko kyseessä asukkaan ensimmäinen tulosyyn mukainen hoitosuunnitelma, hoitosuunnitelman tarkistus vai lääkärin geriatriasta vuosikontrollia ennen tarkistettu hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmat olivat sairaanhoitajien tai lähihoitajien laatimia: hoitosuunnitelma oli sairaanhoitajan laatima silloin, kun siihen oli tullut muutoksia ja niissä rakenne oli samansuuntainen. Lähihoitajien laatimat hoitosuunnitelmat olivat lyhyempiä väliarvioita, joiden laatimiseen ei yleensä ollut tarvinnut tehdä muutoksia, mutta niiden kaikissa rakenteissa oli suurta vaihtelevuutta. Lääkärin hoitosuunnitelmarakenteissa ilmeni myös vaihtelevuutta. Lisäksi lääkärin tekemiä ennakkoivia hoitosuunnitelmia oli muutama.

Hoitosuunnitelmissa löytyi pääosin hoitotyön prosessin mukaiset ja tarkastelun kohteena olevat rakenteet. Toimintakykykuvaukset, hoidon tavoitteet ja hoitotyön keinot löytyivät kaikista hoitajien tekemistä suunnitelmista. Toimintakykymittareista RAVA® (Ravatar) oli käytössä kaikkien kohdalla. RAVA®-mittarin tuottaman tiedon avulla perustellaan henkilökohtaiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan hoidon, hoivan ja palvelun tarve (ks. Sote-tieto 2020). Joillakin asiakkailla oli käytetty myös muita mittareita, kuten GDS-15 (myöhäsiän masennusseula), Barthelin indeksi (fyysisen toimintakyvyn mittari) sekä MMSE (Mini-Mental State Examination: lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu mittari) ja IADL (Instrumental Activities of Daily Living: välineellisten päivittäistoimintojen suoriutumiseen käytetty mittari) (ks. Terveysportti 2019). Hoitosuunnitelmissa havaitut puutteet ilmenivät siten, että merkinnät olivat vaihtelevia tai vaikeasti löydettävissä hoitosuunnitelmaan kirjattavien lääketieteellisten tai hoitotyön diagnoosien merkinnöistä, esitiedoista, hoidon tarpeista, omahoitajien nimeämisestä sekä etuusmerkinnöistä. Ympäri vuorokautisessa hoivapalveluissa asuvilla on oikeus Kelan eläkkeensaajien etuuksiin sekä sotainvalidi- ja rintamaveteraanitunnusten omaavilla heille määrättyjen lakien mukaisesti etuuksiin (ks. Kela 2020; Sotaveteraanit 2020.), mikä on hyvä näkyä hoitosuunnitelmissa, jotta tieto on helposti löydettävissä.

Päivittäiskirjaamista tarkasteltiin yleisellä tasolla. Hoitajat kirjasivat pääsääntöisesti vähintään yhden huomion asukkaan voinnista hoitokertomukseen vuorokaudessa. Useimmiten huomioita oli enemmän ja niitä kirjattiin ”Hoitotyön toiminnot” -otsikon alle määritellen tarkentimen avulla ”Psykykinen tasapaino”, ”Erittäminen”, ”Lääkehoito”,

”Aktiviteetti” tai ”Kudoseheys”. Pääsääntöisesti hoitajien rakenteinen kirjaaminen oli sujuvaa, mutta otsikoiden käyttö vaihteli. Vaikutti siltä, että jokaisella hoitajalla oli oma vaikiintunut tapansa kirjata, jossa osa käyttää ”Päivittäiset toiminnot” -otsikon alle laajempia asiakokonaisuuksia pilkkomatta niitä tarkemmin, kun taas toiset käyttävät tarkentimia monipuolisemmin.

Vuoronvaihtoraporteilla opiskelija oli taka-alalla ottamatta minkäänlaista kantaa raportointiin tehden täysin havainnoivan seurannan. Raporttien kesto vaihteli 10 minuutista 30 minuuttiin, riippuen siitä, minkä vuoron raportti oli kyseessä. Yleensä aamuhoitajien antama raportti iltahoitajille oli pidempi. Raporteissa hoitajat raportoivat oman vuoronsa kannalta toteutunutta hoitotyötä oleellisista asioista, mutta myös ”kuljettivat” tietoa aikaisemmilta vuoroilta saamistaan tiedoista. Pääosin raportit olivat johdonmukaisia ja seurantalanteessa ei suuria aiheesta poikkeamia esiintynyt. Raporteilla hoitajat kuvailivat hyvin monipuolisesti eri asukkaiden vointia kunkin osalta tarvittavista aihealueista. Esiin nousi uni- ja valvetilan muutokset, kipu, eritystoiminta (virtsaaminen ja vatsantoiminta), hengitys, kudoseheys/iho/limakalvot, yleisvointi, toimintakyky/toimintakyvyn muutokset (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen), hoitomyöntyvyys tai -vastaisuus, turvallisuuteen liittyvät tekijät ja/tai rajoitukset, asentohoito, perushoito (esim. pesut), ravitsemus, lääkitys (sekä lääkityspoikkeamaan liittyvä tapahtuma), verenkierto, turvotukset, aktiviteetti ja ulkoilu, viriketoiminta, terveystalvelujen käyttö, omaisyhteistyö, kanssakäyminen (Ystäväpalvelu), apuvälineet, fysioterapia, infektiot, tutkimukset ja tutkimusvalmistelut sekä fysiologiset mittaukset. Lisäksi aamun yhteisillä raportoinneilla käsiteltiin henkilöstöresursseja, työnjakoa, hoitopalaverien antia, kuntouttavaa työtoimintaa, päivän ohjelmaa, kotihoidon yhteistyötä, intervalliasiakkaita sekä edunvalvontaan liittyviä asioita.

Näiden esiselvityksessä nousseiden huomioiden sekä kirjallisuuskatsauksessa esiin tuotujen selvitysten pohjalta oli syytä lähteä tarkemmin selvittämään hoitajien osaamista kirjaamisen rakenteisen mallin hallinnan suhteen sekä sitä, minkä verran he tarvitsevat lisäkoulutusta rakenteisen kirjaamismallin käytöstä. Lisäksi selvityksessä heräsi kysymys siitä, että vaikka päivittäiskirjauksia tehtiin kattavasti ASPAL-lehdelle, tuli kuitenkin vaikutelma, että peilataanko päivittäiskirjauksissa riittävästi hoitotyön tavoitteisiin, jolloin KHTIIV-lehdelle laadittu hoitosuunnitelma jää irralliseksi ja siten hyödyntämättä arjen hoitotyössä. Vaikka raportoinnissa tulikin esille monipuolisesti tietoa asiakkaiden voinnista ja toteutuneesta hoitotyöstä, koettiin tarvetta lähteä selvittämään, ovatko raportit enemmän kuvauksia tehdystä työstä ja saadaanko raporteilla riittävästi tietoa asiakkaiden hoitoprosessin ja -suositusten mukaisista hoidon toteutuksista, jotta

hoitosuunnitelmasta lähtien kaikilla työntekijöillä olisi tieto kunkin asiakkaan hoidon tavoitteista, auttamismenetelmistä sekä hoitokäytänteistä.

2.4 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli kehittää Paltanpuiston palvelukeskuksen kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä. Tavoitteena oli, että projektin lopputuloksena hoitotyötä kirjataan ja siitä raportoidaan yhteneväisen mallin mukaisesti kaikilla neljällä osastolla, jotta tiedot ovat yhtenäisiä ja vertailukelpoisia sekä paremmin haettavissa ja löydettävissä. Potilasturvallisuus ja hoidon laatu paranee yhtenäisen ja ajantasaisen tiedon nopean saatavuuden ansiosta. Lisäksi hoitoprosessin ja hoitosuosituksen mukainen hoidon suunnittelu ja toteuttaminen sekä siitä kirjaaminen helpottaa henkilöstöä parempaan hoitotyöstä raportointiin.

3 KIRJAAMISEN JA RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN

3.1 Kirjallisuushaku ja valintakriteerit

Kirjallisuushakuja sekä aikaisempien tutkimusten hakuja tehtiin sekä kotimaisista että ulkomaalaisista tietokannoista viimeisen kymmenen vuoden ajalta, jotta katsaukseen saatiin mahdollisimman tuoreita julkaisuja. Yleiseen kirjaamista ja raportointia käsittelevään kirjallisuuteen otettiin mukaan julkaisuja myös aikaisemmilta vuosilta. Haut tehtiin Turun ammattikorkeakoulun Finna-hakupalvelun tietokantojen Arto (kotimainen artikkelivietietokanta), Cinahl Complete (EBSCOhost), Cochrane Library (Terveysportti), Google Scholar, JBI COonNECT Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics (Ovid), Julkari (STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto), Jultika (Oulun yliopiston julkaisuarkisto), Medic (Terveystieteiden keskuskirjasto), PubMed (National Library of Medicine), TamPub (Trepo – Tampereen yliopiston julkaisuarkisto), Theseus (Ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto), UEF Electronic Publications (Itä-Suomen yliopiston verkkojulkaisut), UTUPub (Turun yliopiston julkaisuarkisto) sekä Vaski-verkkokirjastojen hakujen kautta.

Kirjallisuushaussa käytettiin useita erilaisia hakusanayhdistelmiä:

hoitotyö, kirjaaminen, hoitotyön kirjaa*, kehittä*, hoito*, kirja*, kehittä*, hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön dokumentointi, hoitotyön kirjallinen dokumentointi, hoitotyön systemaattinen kirjaaminen, hoitotyön sähköinen kirjaaminen, hoitotyön prosessi, hoitoprosessin kirjaaminen, kirjaamisen kehittäminen, kirjaamisen osaaminen

iäkkäiden hoito, palveluasuminen, pitkäaikaishoito, ympärivuorokautinen hoito

hoitotyön raportointi, suullinen raportointi, hoitotyön suullinen raportointi, kehittäminen, muutosjohtaminen

systematic documentation, nursing, documentation, nursing care, reporting nursing, reporting of the nursing, shift work, shift report, reporting, oral reporting, handover, nursing handoffs, electronic health record, evidence-based nursing report, evidence-based handover, developing to handover, developing to nursing report, long-term-care, nursing home, elderly care

Hoitotyön kirjaamista ja raportointia on maassamme tutkittu ja kehitetty ammattikorkeakoulun perusopintojen tasolla paljonkin, mutta tämän kehittämisprojektin kirjallisuuskatsauksen hakuun otettiin mukaan vain YAMK-, pro gradu- ja väitöskirjatasoisia tutkimuksia, jotka rajattiin lähinnä tälle vuosikymmenelle. Hoitotyön digitalisaatio on kehittynyt niin nopeasti, että aineistoa tarkastellessa sähköisen hoitokertomuksen ja kirjaamisen osalta huomattiin, että tämän vuosikymmenen alussakin julkaistut tutkimustulokset hoitajien kirjaamiskäytännöistä ja -taidoista ovat herkästi jo vanhentuneita. Tähän kirjallisuuskatsaukseen haluttiin mahdollisimman tuoreita aineistoja ja siksi hoitotyön kirjaamiseen liittyvät lähteet rajattiin lopulta ihan muutamaan viimeiseen vuoteen. Lisäksi maassamme on käytössä suomalainen FinCC-luokituskokonaisuuden mukainen kansallinen ohjeistus hoitotyön kirjaamiseen, joka määrittelee kirjaamisen käytännöt kaikkiin terveydenhuollon yksiköihin.

Hoitotyössä on paljon tutkittu hiljaista raportointia sekä akuuttihoitotyön raportointi- ja tiedonsiirron käytänteitä niin Suomessa kuin ulkomaillakin. Sähköisen ja rakenteisen hoitokertomusjärjestelmän sekä hoitohenkilöstön kirjaamisen harjaantuneisuuden myötä hiljaiseen raportointiin siirtyminen monissa terveydenhuollon yksiköissä on osoittautunut varsin tehokkaaksi ja luotettavaksi käytännöksi. Paltanpuiston palvelukeskus on pitkäaikaishoidon yksikkö, jossa ei haluta siirtyä hiljaiseen raportointiin, ainakaan tässä vaiheessa. Sen vuoksi tähän kirjallisuuskatsaukseen ei haluttu ottaa mukaan hiljaista raportointia koskevia aineistoja.

Kaiken kaikkiaan kansainvälisissä tietokannoissa käsiteltiin paljon akuuttihoitotyön sekä erikoissairaanhoidon kirjaamista ja raportointia. Suosittuja raportointimuotoja ulkomailla on potilaanvierusraportointi tai nauhoitettu raportointi, joista viimeinen ei ole käytössä lainkaan suomalaisessa hoitotyön raportoinnissa. Lisäksi raportointia ja sen virhelähteitä oli tutkittu paljon potilasturvallisuuden näkökulmasta potilassiirtojen yhteydessä potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen.

Kansainvälisissä iäkkäiden pitkäishoidon raportointiin liittyvissä lähteissä ilmenivät erilaiset käytänteet eri maissa tehdyissä tutkimuksissa, sillä monesti iäkkäiden hoivassa käytetään Suomea enemmän hoiva-avustajia, joilla ei ole sairaanhoidon tai perushoidon koulutusta: raportointitilanteet olivat järjestetty siten, että hoitohenkilöstöön kuuluvat saivat eri raportin kuin hoivahenkilöstöön kuuluvat avustavat työntekijät. Lisäksi monissa maissa raportointiaika ei kuulunut työaikaan. Raportointikäytännöistä ei suoranaisesti löytynyt parhaiden käytäntöjen suosituksia, sillä julkaisuissa todettiin yksimielisesti, että jokaisen työyksikön tulee kehittää omanlaisensa raportoinnin muoto kunkin työn

luonteeseen sopien. Tämän kehittämisprojektin kirjallisuuskatsaukseen haluttiin valita sellaisia pitkäaikaishoitoon soveltuvia tutkimustuloksia, jotka tukivat parhaalla mahdollisella tavalla juuri tätä kehittämisprojektia.

3.2 Hoitotyön kirjallinen dokumentointi

Pitkäaikaishoidossa olevalla potilaalla tulee olla asianmukainen ja ajantasainen **hoitosuunnitelma**, jotta hoito voi olla kokonaisvaltaista, yksilöllistä ja laadukasta. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata potilaan hoitoa koskevat linjaukset, hoidon järjestäminen ja seuranta. Pitkäaikaishoidossa hoitohenkilöstö kohtaa potilaat päivittäin, jolloin heille muodostuu selkeä kokonaiskuva potilaan tilanteesta ja hoidon vaikuttavuudesta. Tämän vuoksi omahoitajalla on tärkeä rooli hoidon suunnittelussa. Hoitosuunnitelman laatimisesta ja sen asianmukaisuudesta vastaa kuitenkin viime kädessä potilasta hoitava lääkäri. Potilaan kannalta parhaimpaan tulokseen hoitosuunnitelmassa päädytään silloin, kun se on neuvoteltu potilaan ja hänen omaisiensa kanssa. (Valvira 2015.) Asianmukainen ja ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma takaa kokonaisvaltaisen, yksilöllisen ja laadukkaan hoidon järjestämisen. Hoitosuunnitelman tarkoituksena on koota ja tiivistää pitkäaikaissairaalan potilaan hoitoa koskevat linjaukset, hoidon järjestäminen ja seuranta. Sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidossa sekä tehostetussa ympärivuorokautisessa asumispalvelussa tulee kiinnittää huomiota potilaiden hoidon ja hoivan laatuun sekä hoidon suunnitteluun. Kuntien ja sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden tulee seurata järjestelmällisesti hoitosuunnitelmien laatimista omavalvonnan keinoin. (Valviran ohje 3/2015.)

Pitkäaikaishoidossa oleville potilaille laaditaan monesti **ennakoiva hoitosuunnitelma**, jolla tarkoitetaan elämän loppuvaiheessa tehtävä hoitosuunnitelmaa: sen avulla määritellään hoitopäätökset, esimerkiksi palliatiivinen eli oireenmukainen hoitolinjaus, mahdollinen saattohoito sekä DNR-päätös (elvyttämättä jättämispäätös). Saattohoidolla tarkoitetaan myös oireenmukaista hoitoa, joka ajoittuu oletetun kuolemanhetken läheisyyteen, viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Sen tarkoituksena on tukea ja hoitaa yksilöllisesti kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään valmistautuen lähestyvään kuolemaan. Päätökset kirjataan hoitosuunnitelmaan, jonka laatimiseksi järjestetään hoitokodeissa yleensä hoitoneuvottelu. Tilaisuudessa ovat läsnä potilaan lisäksi hoitohenkilökunnan edustaja sekä omaisia. Hoitosuunnitelman yhteydessä huomioidaan potilaan oma tahto ja toiveet hoidon tai siitä kieltäytymisen suhteen. Hoitoneuvottelussa keskustellaan sairauden kulusta,

hoidoista sekä hoidon järjestelyistä nyt ja tulevaisuudessa. Hoitosuunnitelmaa voidaan tarvittaessa tarkentaa hoidon edetessä tilanteen mukaan. (Terveyskylä 2018; Valvira 2019.)

Hoitosuositukset ovat asiantuntijoiden laatimia tutkimuksiin perustuvia kannanottoja sairauksien tai oireiden hoitoon. Niiden tarkoituksena on yhtenäistää sekä potilaiden hoidon suunnittelua, että heille annettavaa hoitoa, ja saada siten aikaan enemmän terveys-
hyötyä ja kustannusvaikuttavuutta. Näyttöön perustuvan toiminnan sekä hoitosuosituks-
ten avulla ohjeistetaan, miten sairauksia voidaan ehkäistä, tutkia ja hoitaa. Niillä pyritään
myös parantamaan hoitotyön laatua sekä vähentämään hoitokäytäntöjen vaihtelua. Yh-
tenäisen käytännön kehittämisen ja hoitosuosituksien käyttöönoton myötä saadaan laa-
dukkaampia ja pysyvämpiä muutoksia hoitoyksikköjen toimintaan, kun ne sulautetaan
päivittäisiin työ- ja toimintatapoihin. (Iivanainen & Syväoja 2016, 13-14; Hotus 2019;
Joanna Briggs Institute 2019; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019.)

lääkällä ihmisillä on usein myös monia sairauksia ja toimintakyvyn rajoitteita. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi on perusteltua, sillä vaikeudet selviytyä päivittäisistä toiminnoista alentavat elämänlaatua ja lisäävät tapaturmariskiä. Pitkäaikaishoidossa ja palveluasumisessa iäkkäiden ihmisten hoidon tarpeen, määrän ja laadun seurannan arviointiin sekä heidän päivittäisistä toiminnoista selviytymisensä arvioinnin tueksi on hyvä käyttää **toimintakykymittareita**, joita yleisimpiä ovat Barthelin indeksi sekä RAVA® (Ravatar) -mittari. Niiden avulla voidaan arvioida myös potilaan hoitoisuutta. (Heikkinen ym. 2013, 291; Laukkanen & Pekkonen 2013, 304, 308-310.)

Potilastietojen kirjaamisella on erityisesti merkitystä potilaan päivittäisessä hoidossa, sillä hoitotietojen pitää olla käytettävissä ilman viiveitä niitä tarvitsevilla. Tämän vuoksi kirjaamiselta vaaditaan yhdenmukaisuutta ja rakenteisuutta. (Saranto & Sonninen 2007, 12; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 2 §.) Hoitotietojen kirjallisessa dokumentoinnissa ja tiedon välittämisessä hoitokertomus on hoitohenkilökunnan sekä muiden ammattiryhmien yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa, josta ilmenee potilaan hoidon järjestäminen, hoidon suunnittelu ja toteutus sekä sen seuranta ja arviointi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 12 §; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 7 §; Saranto & Ikonen 2007, 157; Saranto & Sonninen 2007, 12).

Osastohoidossa ja asumispalvelussa olevasta potilaasta tulee kirjata merkintöjä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä hänen tilansa muutoksista, tehdyistä

tutkimuksista ja annetuista hoidoista. Lisäksi potilaasta tulee kirjata hoitajaksokohtaisesti päivittäin hänen tilaansa liittyvistä huomioista ja hoitotoimista hoitosuunnitelman mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 14 §; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 21 §, 29 §.)

Potilastietojen kirjaamisessa käytetään kansallisesti määriteltyjä hoitotyön ydintietoja, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo (Saranto & Sonninen 2007, 13). **Hoitotyön prosessimallin mukaisia ydintietoja** kuvattaessa hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaaminen tapahtuu käyttämällä **Finnish Care Classification (FinCC)** -luokituskokonaisuutta, joka perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification (CCC) -luokitukseen. FinCC eli Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 3.0), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL 3.0) sekä hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTuL 1.0). Käyttämällä hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista tulee kirjauksista löytyä **hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus sekä hoidon arviointi**. Tietojärjestelmiin kirjaaminen rakentuu siten, että potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen kirjaaminen on mahdollista hoidon prosessin vaiheiden mukaisesti päivittäisen kertakirjaamisen periaatetta noudattaen. **Hoidon tulee noudattaa hoitosuunnitelman mukaisesti laadittuja tavoitteita ja hoitotyön toimintoja**. Keskeisiä hoitotyön toimintoja eli auttamiskeinoja ovat potilaan tilan ja oireiden seuranta sekä tarkkailu, avustaminen ja tukeminen, auttaminen (puolesta tekeminen), hoidon toteuttaminen, suorittaminen, erilaisten asioiden ja välineiden järjestäminen ja niistä huolehtiminen. (Liljamo ym. 2012, 10,14,15,21.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa oli havaittu puutteita pitkäaikaishoidossa olevien iäkkäiden ihmisten yksilöllisten hoitosuunnitelmien laatimisessa, sekä siinä, ettei potilaiden omia tai heidän omaisten näkökantoja hoitoon ollut otettu riittävästi huomioon hoidon suunnitteluvaiheessa (Mariani ym. 2017). Tutkimuksia on tehty sähköiseen hoitokertomusjärjestelmään kirjaamisesta päivittäisessä hoitotyössä myös potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan sähköinen kirjaaminen ei tukenut käytännön hoitotyötä esimerkiksi vitaalielintoimintojen, fysiologisten mittausten tai lääkkeenannon yhteydessä, koska kirjaaminen ei tapahtunut välittömässä läheisyydessä potilaan vierellä. Potilastietojärjestelmien käyttö koettiin aikaavieväksi ja hankalaksi, eikä potilaan voinnista koettu saatavan riittävän hyvää yleiskuvaa. Puutteellisen hoitosuunnitelman ja päivittäiskirjaamisen todettiin olevan suoraan verrannollinen hoidon laatuun ja hoidossa tapahtuviin virheisiin. Potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä koettiin,

että sähköisten järjestelmien tiedot ovat kuitenkin käytettävissä samanaikaisesti eri työntekijöillä. Olennaista oli, että potilastiedot olivat helposti saatavilla, jotta se helpottaa päivittäistä hoitotyön päätöksentekoa. (Stevensson & Nilsson 2012, 667-676; Drach-Zahavy & Hadid 2015; Wang ym. 2011, 12-13.)

Tampereen yliopistossa (2010) tehtiin tutkimus kansallisen FinCC-luokituksen mukaisen kirjaamismallin käytettävyydestä, hoitokertomusten käytettävyydestä eri potilastietojärjestelmissä sekä hoitotyön prosessimallin, luokitusten ja hoitokertomusten soveltuvuudesta ja käytettävyydestä moniammatillisessa hoitotyössä, erityisesti tiedonvälityksen osalta lääkärin ja hoitohenkilökunnan kesken. Tutkimuksen mukaan kansallinen kirjaamismalli selkiyttää kirjaamista ja tukee hoidon prosessimallia, hoito on suunnitelmallisempaa ja kirjaaminen on potilaslähtoisempää. Hyvin tehty hoitosuunnitelma tukee hoitotyön toteutuksen ja arvioinnin kirjaamista. Kirjaamismallin myötä hoitotyöstä kirjataan kaiken kaikkiaan tarkemmin kuin ennen ja kirjaamisen sisältö on parantunut, mutta toisaalta tutkimus osoitti myös, että käytännössä on vaihtelua ja joissakin yksiköissä kirjaaminen oli jopa vähentynyt kansallisen kirjaamismallin käyttöönoton myötä. Tutkimus osoitti, että ongelmia on sekä itse kirjaamismallissa, moniammatillisuuden mahdollisuuksissa, että hoitokertomuksien käyttämisessä. FinCC-luokitusmallin koettiin olevan liian yksityiskohtainen ja hienojakoinen, minkä vuoksi mallin mukaisessa kirjaamisessa potilaan hoitoprosessi pilkkoutuu pieniin osiin ja tietojen hyödynnettävyys ja saatavuus heikkenee. Lääkäreiden suhtautuminen on varauksellista hoitotyön kirjaamismallin mukaiseen rakenteiseen kirjaamiseen, koska heidän on vaikea nähdä potilaan kokonaiskuvaa, kun tietoa on kirjattu monelle tasolle eri otsikoiden alle. Hoitokertomusjärjestelmät poikkeavat toisistaan ja niissä oli paljon käytettävyyso ongelmia. Hoitokertomusten käyttö vaati muistamista, ulkoa opettelua, mekaanista kikkailua ja paljon työaikaa. Tutkimustuloksena suositeltiin, että kirjaamismallia tulee yksinkertaistaa, selkiyttää ja kirjaamiskäyttöön tulee kehittää eri tilanteisiin sopivia mallipohjia, jotka auttavat kirjaamismallin soveltamisessa erilaisissa hoitoympäristöissä. Kirjaamismallin käyttöön toivottiin myös kansallisia suosituksia, jotta kirjaaminen olisi yhtenäisempää ja kirjattu tieto olisi paremmin hyödynnettävissä. Myös potilastietojärjestelmien käytettävyyteen suositeltiin parannuksia, jotta ne tukisivat paremmin käytännön hoitotyötä. (Nykänen ym. 2010, 25-26,32-33,65-66.)

Kristiina Häyrynen (2011) analysoi väitöskirjassaan sähköisen potilaskertomuksen tietoja ja tietokokonaisuuksia sekä niiden merkitystä hoitoprosessissa potilaan hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kesken. Tutkimusaineisto koostui kirjallisuuskatsauksesta

sekä sähköisen potilaskertomuksen tiedoista vuosien 2003-2006 välisenä aikana. Tulosten mukaan potilasta hoitavien ammattihenkilöiden kirjaamistavat eivät olleet yhtenäisiä, sillä lääkärit ja fysioterapeutit dokumentoivat pääosin vapaamuotoisella tekstillä epäyhtenäisten otsikoiden avulla, kun taas hoitajien kirjaaminen perustui hoitotyön prosessimalliin hyödyntäen käyttäen FinCC-luokituksen mukaisia hoitotyön luokituksia. Tutkimuksen avulla kehitettiin yhtenäinen moniammatillinen tietomalli, jonka avulla saatiin yhteiset merkitykselliset tietoryhmät kaikille potilaan hoitoon osallistuville ammattiryhmille. (Häyrinen 2011, 37,45,47,49,51.)

Vuosina 2010-2012 tutkittiin 60 kunnassa Suomen perusterveydenhuollon kehittämisen viitekehukseksi Chronic Care Model (CCM) -mallin avulla sitä, miten potilastietoja kirjaetaan ja miten niitä halutaan hyödyntää. Tutkimus toteutettiin perusterveydenhuollon organisaatioissa ja sen tarkoituksena oli selvittää, millaisia sairaus- ja terveysriskien muodostamia yhdistelmiä ilmeni asiakasryhmissä, joilla oli useita sairauksia ja terveysriskejä. Tutkimuksen mukaan monet terveydenhuollon organisaatiot kokevat haasteellisena potilastietojärjestelmään kirjatun tiedon hyödyntämisen mahdollisuudet. Organisaatioissa kannattaa itse päättää, mitä asiakkaista halutaan tietää ja toimeenpanna sen mukaisesti omat kirjaamiskäytännöt ja varmistaa siten oma tiedonhallinnan osaaminen, jotta voimavarat voidaan kohdentaa asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. (Rönkkö ym. 2016, 14,25.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) julkaisi vuonna 2014 raportin sähköisen potilaskertomuksen rakenteistamisen menetelmistä, arviointikäytännöistä ja vaikutuksista hoitotyön, klinisen potilastyön ja toisiokäytännön näkökulmasta. Katsaus toteutettiin kansallisella ja kansainvälisellä tietokantahaulla eri tutkimusartikkeleista. Hoitotyön näkökulmasta vakioitu kirjaamistermistö edistää päivittäisen hoito- ja työprosessin etenemistä sekä tiedon käyttöä. Rakenteet edistävät myös hoidon jatkuvuutta ja vahvistavat ajantasaisella tiedolla potilasturvallisuutta sekä ohjaavat hoitosuosituksen noudattamiseen. Lisäksi käytettävät kirjaamisrakenteet helpottavat ja tehostavat potilastyötä eri ammattiryhmien välillä. Hoitajien asenne vakioitua termistöä kohtaan oli pääosin myönteistä, mutta he kokivat tarvitsevansa enemmän koulutusta ja johdon tukea voidakseen hyödyntää hoitotyön luokituksia. Kirjattua tietoa arvioitiin mm. kattavuuden ja yhdenmukaisuuden näkökulmista. Rakenteisen kirjaamistiedon vahvuuksina pidettiin tiedon kattavuutta, sen helppoa saatavuutta sekä säästöä ajankäytössä. Heikkouksina pidettiin tiilannetta, jolloin liian tiukka rakenne saattoi johtaa jopa kirjaamisessa olennaisen tiedon poisjättämiseen. Optimaalinen kompromissi vapaan tekstin ja rakenteisen tiedon välillä riippuu näin ollen merkittävästi tiedon käyttötarkoituksesta. Kirjaamisrakenteiden käyttö

ja yhtenäiset kirjaamistavat edellyttävät riittävää koulutusta, työkäytäntöjen huomioimista sekä johdolta saatavaa tukea. Rakenteista kirjaamistietoa voidaan hyödyntää myös välillisesti muissa käyttötarkoituksissa, kuten tuottamalla erilaista tietoa tutkimus- ja järjestelmäkehittämisessä sekä rekisteri- ja tilastotiedon keruussa eri väestö- ja potilasryhmien välillä. (Hyppönen ym. 2014, 5-7, 28.)

Helsingin Oulunkylän kuntoutussairaalassa otettiin käyttöön vuonna 2015 moniammatillinen sähköinen kirjaaminen sen kaikissa viidessä työyksikössä. Käyttöönoton yhteydessä huomattiin, että hoitoprosessin mukaisessa kirjaamisessa oli puutteita päivittäisessä arvioivassa ja yksilöllisessä kirjaamisessa. Se vaikeutti hoidon seuranta ja raportointikäytännön kehittämistä. Kehittämistyön myötä laadittiin hoitosuunnitelman malli, jota ohjasi prosessi ja rakenteinen kirjaaminen. Työyksiköissä toteutettiin myös kirjaamisen sisäinen auditointi, jossa tutkittiin ristikkäin toisten yksiköiden kirjaamisia. Kehitettävää oli koko hoitoprosessin hallinnassa ja erityisesti toimintakyvyn arvioinnissa. Pienryhmäharjoittelun avulla ja valittujen kirjaamisvastaavien johdolla henkilöstö alkoi laatimaan hoitosuunnitelmia potilaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden näkökulmista. Palveluvas- taava ja kehittämistyön asiantuntija toimivat ohjaajina ja avustajina. Lisäksi sovittiin, että vertailevaa auditointia tehdään jatkossakin puolen vuoden välein, jotta voidaan arvioida kirjaamisen kehittymistä ja laatua yksiköittäin sekä kiinnittää huomiota korjaamista vaa- tiiviin seikkoihin. (Koivukoski & Taalikka 2018, 34-38.)

Esa-Petri Nurmela on pro gradu -työssään (2016) tutkinut hoitotyön rakenteisen kirjaamisen nykytilaa ja koulutusintervention vaikutusta hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatuun. Hänen tutkimuksensa tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kehittämistyössä eri organisaatioissa ja hoitotyön koulutuksessa. Hoitokertomuksien rakenteisissa kirjauksissa oli selkeitä eroja osastojen välillä. Hoitotyön kirjaamista rajoittavia ja haittaavia tekijöitä olivat tiedon pirstaloituneisuus sekä hoitotyön kieli. Tutkimusaineisto oli kerätty yhden keskussairaalan viideltä eri osastolta alku- ja loppumittauksineen ennen ja jälkeen koulutusinterventiota. Siinä voitiin selvästi osoittaa, että hoitotyön kirjaamisen laatu parani selvästi koulutusintervention myötä. (Nurmela 2016, 15,19,48.)

Minna Mykkänen (2019) on sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan alaan kuuluvassa väitöskirjassaan tutkinut hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tasoa auditointimallin avulla. Hänen mukaansa Suomessa ei rakenteista kirjaamista ole järjestelmällisesti arvioitu, mikä lisää hänen tutkimuksensa merkitystä myös kansallisella tasolla. Kirjaaminen tapahtui hoitotyön prosessimallia käyttäen ja tutkimusjakson aikana kirjaamisen laatu

parani heikosta tyydyttävään lähes kaikilla osa-alueilla. Hänen tutkimuksensa vahvistaa aikaisempaa näyttöä siitä, että hoitoprosessin mukaisen ja rakenteisen kirjaamismallin avulla voidaan tietoa hakea potilaskertomusjärjestelmästä nopeammin ja helpommin. Johtopäätöksinä hän toteaa, että rakenteisen kirjaamismallin avulla voidaan myös kehittää hoitokäytäntöjä ja palveluprosesseja. Lisäksi auditointimalli kehittää yhtenäisiä kirjaamisen käytäntöjä ja se soveltuu kirjaamisen arviointiin. Arviointitietoa voidaan hyödyntää hoitotyön päätöksenteon tukena niin käytännössä, koulutuksessa, johtamisessa kuin tutkimuksessakin. (Mykkänen 2019, 9,54,95-96.)

3.3 Hoitotyön suullinen raportointi

Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi keskeistä hoitotyössä on raportointi. Tapoja potilaan tilasta raportoimiseen on useita, joista tavallisinta on suullinen raportointi tietyssä huonetilassa, kuten hoitajakansliassa tai toimistossa. Teknologian kehittyessä on kirjallisen viestinnän osuus kehittynyt ja kasvanut tuoden mukanaan kirjallisen eli hiljaisen raportoinnin, jossa korostuu tarkka, huolellinen ja vastuullinen kirjaaminen. Osittainen hiljainen raportointi on tiedottamisen muoto, jossa potilaista tiedottaminen ja asioiden tiivistäminen kohdistuu vain osalle henkilökuntaa. Suulliset raportoinnit ajoittuvat hoitajien työvuorojen vaihtoon aamu-, ilta- ja yövuorojen alkaessa. Tämän lisäksi hoitajat voivat myös työnjakomallien perusteella pitää raportteja eri osastojen, tiimien tai omahoitajaryhmien kesken. Suullisen raportoinnin potilaan tilasta antaa yleensä potilaan hoidosta vastuuvuorossa oleva hoitaja ja raportointiin osallistujia voi olla työnajosta tai vuorosta riippuen yksi tai useampi hoitaja. (Saranto & Ikonen 2007, 158,162; Rautava-Nurmi ym. 2019, 60.)

Hoitaja tiedottaa suullisella raportilla potilaiden hoitoon ja vointiin liittyviä asioita seuraavalle työvuorolle ennen oman työvuoronsa päättymistä siirtäen samalla vastuun potilaiden hoidosta seuraavan työvuoron hoitajille. Raportilla he saavat potilaiden tilanteesta tietoa, joita he tarvitsevat potilaiden hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Tällaisia tietoja ovat potilaan huone- ja paikkatietojen lisäksi hänen henkilötietonsa, diagnoosinsa, perussairautensa, mahdolliset allergiat, lääkärin määräykset, tehdyt ja suunnitteilla olevat hoitotoimenpiteet, potilaan vointi, huomioon otettavat tai hoidossa tarkkailtavat asiat ja toimintakyky, sekä ruokavalio ja lääkehoito. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 60-61.)

Vaikka raportoinnissa on kyse potilaan ja hoitotyön tiedonsiirrosta, on sillä myös paljon merkitystä hoitotyöntekijöille sosiaalisen kanssakäymisen kannalta. Lisäksi raportoinnin

yhteydessä usein myös tiedotetaan koko henkilöstöä koskevia asioita, suunnitellaan työvuoron aikaisia työtehtäviä ja se sisältää opetusta ja opiskelijaohjausta, joka liittyy potilaspauksiin tai hoitokäytäntöihin. (Saranto & Ikonen 2007, 159; Scovell 2010, 39; Gage 2013, 43; Flanagan 2014; Rautava-Nurmi ym. 2019, 61.) Raportointi, etenkin puutteellinen, voi muuttua myös liian kaavamaiseksi tavaksi henkilöstön keskuudessa, jolloin siitä voi olla myös haitallisia seuraamuksia. Tämän vuoksi on todettu, että raportoinnin laadulla on suora vaikutus myös potilaan saamaan hoidon laatuun. (Gage 2013, 44.)

Erilaisia raportointikäytäntöjä on tutkittu vuorovaihtojen yhteydessä ja on todettu, että suullinen raportointi ei kuulu hoitotyön opintoihin, mutta on kuitenkin erittäin merkittävä osa hoitajien työtä ja se opitaan monesti vasta työpaikoilla. Raportointikäytäntö on myös osa yksikön kulttuuria: opiskelijat ja uudet työntekijät sisään ajetaan osaston malliin kyseenalaistamatta sitä, onko työyksikön käytäntö havaittu hyväksi vai ei. Suullisen raportin antamista varten varattujen tilojen tulee tarjota siihen hyvät puitteet, jottei raportin antamista ja vastaanottamista häiritse esimerkiksi puhelimen soiminen, potilaskutsut, muiden ammattihenkilöiden tai omaisten taholta johtuva keskeyttäminen. Pääsääntöisesti ja parhaimmillaan suullinen raportointi tarjoaa kaikkein monipuolisimman ja kattavimman tiedon tulevan vuoron hoitajille. (Scovell 2010, 35-37.) Useissa tutkimuksissa ilmeni, että vaikka suullista raportointia on kritisoitu siitä, että sen vastaanottajat osallistuvat yleensä passiivisesti raportointitilanteessa, haluttiin kuitenkin korostaa, että suullisen raportoinnin yhteydessä on vuoroon tulevilla hoitajilla myös mahdollisuus käydä kollegiaalista keskustelua potilaiden hoidosta, hoitoprosessista, hoitotoimenpiteistä, hoitoon liittyvistä ongelmista, moniammatillisesta yhteistyöstä, potilaiden ohjauksesta sekä läheisten ja perheen tukemisesta. Lisäksi suullinen raportointi tarjoaa mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja tehdä muistiinpanoja. (Tucker ym. 2009, 30; Scovell 2010, 37-38; Moriarty ym. 2019, 171,172,174.)

Viestinnän kannalta raportointitilanteissa on korostettu sitä, että tilanteessa tulee olla läsnä potilaan hoidon kannalta keskeiset henkilöt, jottei tilanteeseen osallistu tarpeettomia henkilöitä (Saranto & Ikonen 2007, 159; Moriarty ym. 2019, 171). Tutkimusten mukaan suullisen raportoinnin pituus vaihtelee paljon: keskimäärin 15 minuutista 90 minuuttiin riippuen ensisijaisesti siitä, millaisesta hoitoyksiköstä on kyse ja mihin vuoroon henkilökuntaa tulee. Perinteinen kansliassa tapahtuva raportointiin käytetty aika on vähentynyt 20-60 minuuttiin. Raportissa sisältö keskittyy useimmiten tulevaan työvuoroon tai tapahtumiin. Potilaan perustiedot, kuten sairauksia tai lääkityksiä ei yleensä tarvitse

kerrata, etenkin jos potilas on entuudestaan tuttu. Kukin hoitaja voi myös tarkistaa asioita sähköisestä hoitokertomuksesta. (Saranto & Ikonen 2007, 159, 162; Scovell 2010, 38.)

Oleellista on myös se, kuinka ytimekkäästi kukin hoitaja osaa tiivistää potilaiden hoidon kannalta oleellisen tiedon suullisen raporttinsa antamisen yhteydessä. Sekä raporttia antavat että sitä vastaanottavat hoitajat turhautuvat herkästi, jos raportin aloittaminen viivästyy tai tarpeettomasti pitkittyy. (Scovell 2010, 38.) Monissa tutkimuksissa on suullisen raportin sisällössä myös todettu olevan paljon vaihteluita: raportoidaan epäolennaista tietoa, annettu tieto on puutteellista tai epäjohdonmukaista ja sen ajallisen kesto on liian pitkä. Raportin sisältö voi koostua liikaa menneiden tapahtumien tarkastelusta hoitotyön eteenpäin suuntaavan tarkastelun sijaan. Ongelmana voi lisäksi olla vastaanottajan puutteellinen kyky vastaanottaa viestiä. Tutkimuksissa todettiin kuitenkin, ettei yhtä ja yhtenäistä mallia voi hoitotyön raportoinnista antaa, sillä jokaisen terveydenhuollon työyksikön tulee itse pohtia, mikä on juuri omaan yksikköön sopivin raportoinnin muoto. Tästä syystä työyksiköissä voidaan oman työn luonteeseen sopivan raportoinnin kehittämistyöllä vähentää hoitovirheitä ja parantaa potilasturvallisuutta sekä hoidon laatua. (Riesenberg ym. 2010, 24-25; Scovell 2010, 38-39; Sinkkonen 2011, 42,73; Drach-Zahavy & Hadid 2015.)

3.4 Muutosjohtaminen

Rakenteiden, prosessien ja tiedonkulun jatkuva kehittäminen on keskeistä turvallisuusriskien vähentämisessä myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tiedonhallintaan, muutosprosesseihin, menettelytapoihin ja uusien hoitokäytäntöjen käyttöönottoon liittyy aina turvallisuusriski. palveluntuottajan johdolla on tehtävänä huolehtia turvallisen palvelun edellyttämät resurssit sekä riittävä ja osaava henkilöstö. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021, 12,15.) Laki velvoittaa, että iäkkäille henkilöille tarjottavien sosiaali- ja terveystalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito. Lisäksi yksikössä tulee toimintaa johtaa siten, että se tukee laadukasta asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaisuutta, kuntouttavan työotteen edistämistä, eri viranomaisten ja ammattiryhmien välistä yhteistyötä sekä toimintatapojen kehittämistä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012, 19 §, 21 §.)

Työyhteisön kehittämishankkeet eroavat tavanomaisesta organisaatioiden valmennuksesta tai koulutuksesta merkittävimmin siinä, että kehittämisprojektin työskentelytavalla

saadaan organisaation kaikki jäsenet aktiivisiksi toimijoiksi ja oman tulevaisuutensa rakentajiksi. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen sekä johtajan perustyön pitäisi sisältää kehittämistä ja uuden oppimista. Projektityöskentelyn avulla edistetään kehittämistä henkilöstön pitkäkestoisella sitoutumisella kehitettävään asiaan. Projekti on hyvä työväline kehittämistyölle, mutta se vaatii myös vahvaa johtamista sekä ymmärrystä siitä, mihin projektin avulla halutaan tähdätä. (Wink 2011, 108; Rissanen & Lammintakanen 2015, 36,38.) Työyhteisössä kehittävällä johtamisella edesautetaan sellaisten toimintatapojen kehittymistä, jotka tukevat henkilöstöä sekä oman työnsä, että yhteisesti jaetun työn kehittäjänä. Avoimen vuorovaikutuksen kautta lisätään tietoisuutta eri työroolien merkityksestä sekä roolien haltijoiden keskinäistä työn ymmärtämistä työn tuloksen kannalta. (Nivala 2011, 180.)

Riitta Vuorinen (2008) on tutkinut muutosjohtamista suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Yleisesti ottaen osastonhoitajien johtamistoiminta on konkreettista, realistista sekä maltillista johtamistoimintaa työntekijän perustehtävää painottaen. Innovatiivisuus ja riskinotto on hyvin maltillista. Tulosten mukaan osastonhoitajat kohtelevat työntekijöitä arvostaen, kuuntelevat erilaisia näkökantoja, antavat työntekijöille valinnanvaraa ja vapautta päättää työskentelytavoista sekä varmistavat työntekijöidensä kehittymistä. Toisaalta maltillinen suhtautuminen uudistusten käyttöönottoon ja riskien ottamiseen sekä innovatiivisten työtapojen etsimiseen oman organisaation ulkopuolelta ei yleisesti ottaen kuulunut johtamiskulttuuriin. Tutkimuksessa todettiin, että suomalaiset sairaalat ovat sulkeutuneita organisaatioita, joiden johtamisessa ei ole vielä ymmärretty käyttää riittävästi muissa organisaatioissa saatuja johtamistuloksia. (Vuorinen 2008, 113-116.)

Vuosina 2012-2014 Suomessa tehtiin tutkimusta työelämän kehittämisestä, josta vastasi työ- ja elinkeinoministeriön koordinoima Työelämä 2020 -hanke. Tutkimustulosten mukaan työyhteisön kehittämisen ja muutosjohtamisen kannalta työntekijöiden mahdollisuudet käyttää tietojaan ja taitojaan, osallistua päätöksentekoon ja vaikuttaa työhönsä edellyttää vuorovaikutteista ja osallistavaa johtamista. Työntekijöiden mukaan ottaminen erilaisiin työpaikan kehittämistoimiin parantaa edesauttaa niiden onnistumista merkittävästi. Työntekijöiden sitoutuminen ja motivoituminen muutokseen lisääntyy, kun he voivat itse vaikuttaa siihen, mitä omassa työssä ja työyksikössä tapahtuu. Osallistuminen voi olla niin työntekijöiden mielipiteiden kysymistä, heidän kuulemista, kuin muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen sekä tarvittaviin tukitoimiin ja toteutuksen arviointiin liittyviä asioita. (Puttonen ym. 2016, 5,28.)

Mia-Maria Hendrén (2016) on YAMK-opinnäytetyönään kuvaillut osastonhoitajien kokemuksia hoitotyön kirjaamisen auditoinnista johtamisen välineenä. Tavoitteena oli, että tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisessa asiakkaan hoidon laadun varmistamiseksi. Tulosten mukaan työntekijöiden toteuttaessa auditointeja nimetyt vastuuhenkilöt saivat auditoimalla tietoa kirjaamisen puutteista ja samalla ymmärsivät paremmin kirjaamiseen vaadittavan tason, vaikka toisaalta he kokivat työryhmän jäsenenä hankalana puuttumisen työkaverinsa tekemiin kirjaamisen laiminlyönteihin. Osastonhoitajat kokivat auditointikoulutuksen aikaa vievänä, mutta hyvänä apuna lakisääteisten asioiden valvonnassa ja sekä yksikön että yksittäisen työntekijän osaamisen kartoittamisessa. Tutkimuksessa nostettiin esille työntekijöiden haasteet kirjallisessa ilmaisussa, joko kielellisessä tai muista syistä johtuvassa, sekä tasapuolisessa töiden jakamisessa, jos kaikki eivät pysty kirjallisia tehtäviä hoitamaan. Kirjaamiseen liittyvien valmiuksien kartoittaminen tulee huomioida jo työntekijän rekrytointivaiheessa. Tulosten mukaan myös totutusta toimintamallista voi olla haasteellista luopua, jos kaikki eivät toimi uusien ohjeiden mukaisesti, vaikka se olisi työntekijöiden velvollisuus. Tällöin työyhteisön toive on, että esimiehen tulee puuttua siihen viipymättä. Työntekijät kokivat myös, että jos ei osata kuvata hoitosuunnitelman mukaisia hoitotyön sisältöjä, niin todennäköisesti niitä ei osata toteuttaa käytännössäkään. Toisin sanoen, jos työntekijällä on vahva kirjaamisen osaaminen, hän tekee myös laadukasta ja asiakaslähtöistä hoitotyötä. (Hendrén 2016, 18,34-36.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTI PROSESSINA

Kehittämiprojektin vaiheet toteutettiin tässä projektissa **konstruktivisen mallin** (Salonen 2013, 16-20) mukaan vuosien 2018-2020 välisenä aikana, jossa voidaan erottaa projektin seitsemän eri vaihetta:

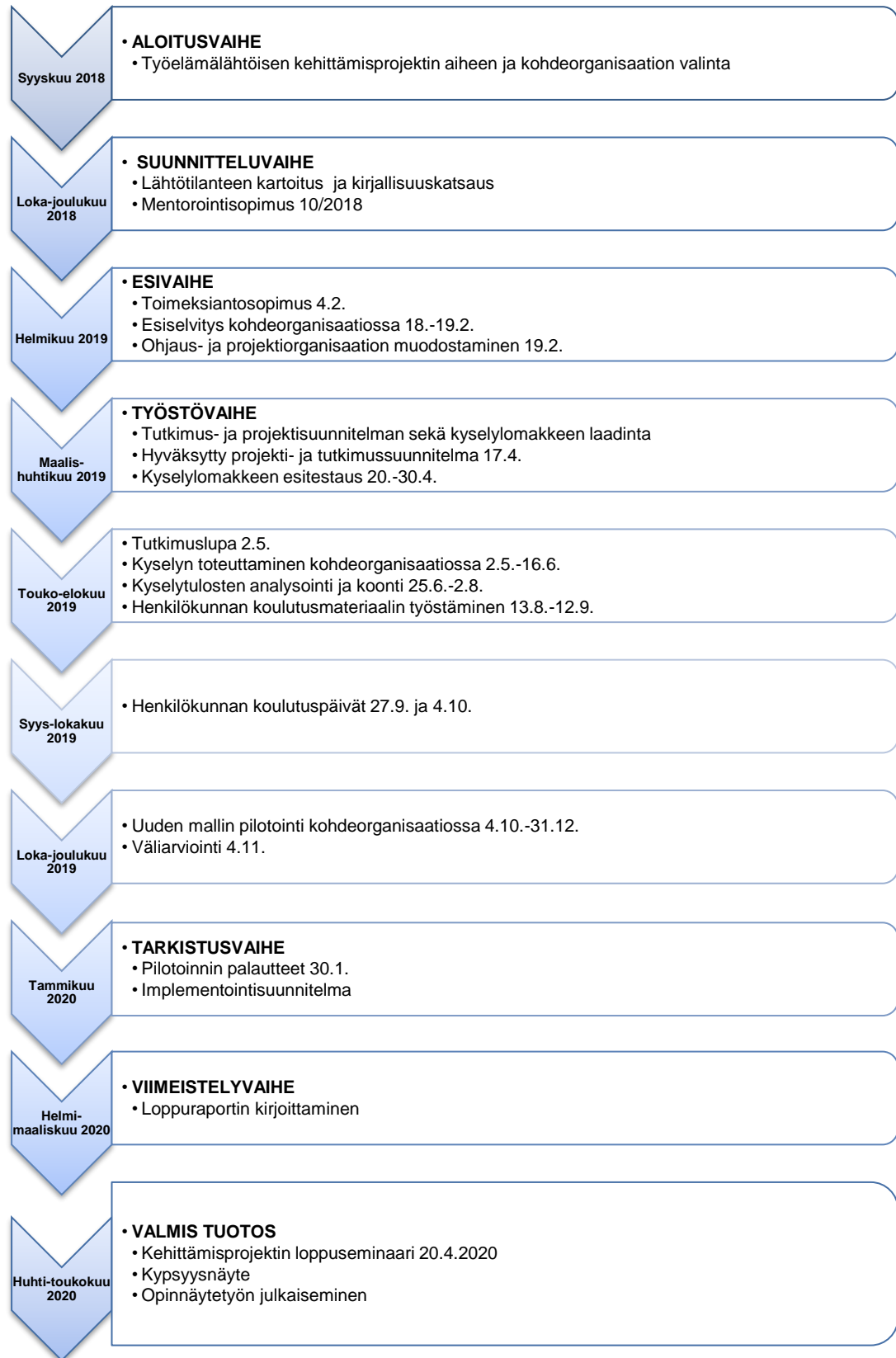
Aloitusvaiheessa opiskelija selvitti kehittämiprojektin tarvetta kotikuntaansa lähellä olevista eri hoitoyksiköistä, joista kohdeorganisaatioksi valikoitui Palvelukeskus Paltanpuisto. **Suunnitteluvaiheessa** tehtiin taustaselvitystä perehtymällä kirjallisuuteen sekä aikaisempiin tutkimuksiin ja solmittiin mentorointisopimus. **Esivaiheessa** muodostettiin kehittämiprojektille ohjaus- ja projektiorganisaatio, tehtiin toimeksiantosopimus ja esiselvitys kehitettävästä aiheesta sekä ennen työstövaiheeseen siirtymistä suoritettiin kyselylomakkeen esitestaus.

Työstövaiheessa projekti- ja tutkimussuunnitelman hyväksymisen sekä tutkimusluvan saamisen jälkeen voitiin kehittämiprojekti käynnistää kohdeorganisaatiossa. Tämän kehittämiprojektin tutkimuksellisessa osuudessa henkilökunnalle tehtiin kysely nykyisistä kirjaamis- ja raportointikäytännöistä sekä niissä koetuista ongelmista hoitajien itsensä arvioimana. Esiselvityksessä tehtyjen havaintojen, kyselytutkimuksen toteutuksen, tulosten analysoinnin sekä kirjallisuuskatsauksen perusteella henkilökuntaa koulutettiin ja heidän kanssaan suunniteltiin yhdessä ryhmätyöskentelyn avulla muutokset nykyiseen kirjaamis- ja raportointikäytäntöön. Tämän jälkeen henkilökunta pilotoi kirjaamisen ja raportoinnin mallia vuoden 2019 loppuun saakka. Työstövaiheen lopussa pidettiin kehittämiprojektin väliseminaari, jossa esitettiin myös kyselytutkimuksen tulokset.

Tarkistusvaiheessa arvioitiin syntyneitä tuotosta organisaatiossa pilotoinnista saatujen palautteiden avulla ja tehtiin suunnitelma mallin implementoinnista ennen siirtymistä projektin **viimeistelyvaiheeseen** ja loppuraportin kirjoittamiseen. **Valmis tuotos** eli kehittämiprojektin loppuraportti esitellään tuloksineen ja johtopäätöksineen Turun ammattikorkeakoulun loppuraporttiseминаarissa huhtikuussa 2020. Loppuraportti toimitetaan myös sähköisessä muodossa toimeksiantajalle ja tutkimusluvan myöntäjälle. Lopuksi se julkaistaan opinnäytetöitä julkaisevassa Theseus-tietokannassa.

Seuraavassa kuviossa (Kuvio 1.) kuvataan kehittämiprojektin etenemisprosessi vaiheittain.

Kuvio 1. Kehittämisprojektin vaiheet (Salosen 2013 mukaan)



5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO

5.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kyselytutkimuksen avulla Paltanpuiston palvelukeskuksen hoitohenkilöstön nykyistä kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä sekä niissä koettuja ongelmia. Tavoitteena oli hyödyntää saatua tietoa henkilöstön koulutuksessa sekä projektissa kehitettävän yhtenäisen kirjaamis- ja raportointimallin laadinnassa. Tutkimusongelmat perustuivat kirjallisuuskatsauksesta ja aikaisemmista tutkimuksista nousseisiin tuloksiin.

Tutkimusongelmat:

1. Miten hoitohenkilöstö laatii hoitosuunnitelmia?
2. Miten hoitohenkilöstö tekee päivittäiskirjauksia?
3. Miten hoitohenkilöstö kokee vuoronvaihtoraportit ja niistä saatavan tiedon?
4. Mitä ongelmia hoitohenkilöstö kokee kirjaamiseen ja raportointiin liittyen?

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä aineiston keruussa käytettiin **strukturoidua kyselyä**. Kyselytutkimuksessa etuna on se, että sen avulla voidaan kerätä tietoa laajasti ja kysyä monia asioita strukturoidusti täsmälleen samalla tavalla. Avoimilla kysymyksillä puolestaan haluttiin saada näkökulmia, joita ei muutoin strukturoitujen kysymysten avulla välttämättä saada esiin ja ne antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä todella on mielessään. (Hirsjärvi ym. 2013, 193,195,199,201; Valli 2015, 93-94.)

Kyselylomake laadittiin sähköisellä Webropol-työkalulla, koska se soveltuu kyselymuotona parhaiten vuorotyötä tekeville työntekijöille. Kyselylomakkeessa käytettiin asteikollisia muuttujia, monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä yhteensä 22: kaksi ensimmäistä olivat taustakysymyksiä, 13 oli Likert-asteikollisia muuttujia, yksi oli monivalintakysymys ja loput viisi kysymystä olivat avoimia kysymyksiä. Kysymyksillä haluttiin selvittää hoitotyön prosessin mukaista hoitosuunnitelman laatimista sekä päivittäiskirjaamista. Lisäksi kysymysten avulla kartoitettiin nykyiseen kirjaamis- ja raportointikäytäntöihin liittyviä ongelmia ja niiden kehittämistarpeita. Kysymyslomakkeen

kysymystenasettelulla haluttiin saada vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kolme ensimmäistä kysymystä oli kaikille vastaajille pakollisia. Mikäli vastaaja ei laatinut työssään hoitosuunnitelmia, kysely siirtyi automaattisesti päivittäiskirjauksia koskeviin kysymyksiin ohittaen hoitosuunnitelman laadintaan liittyvät kysymykset.

Kyselylomakkeen toimivuus esitestattiin huhtikuussa vastaavanlaisessa työyksikössä toisessa organisaatiossa. Se lähetettiin neljälle sairaanhoitajalle ja kuudelle lähihoitajalle (N=10). Esitestauksessa kysyttiin lisäksi kysymysten ymmärrettävyydestä sekä vastaamiseen kuluneesta ajasta. Esitestaukseen saatiin vain kolme vastausta (n=3), mutta kyselylomake todettiin toimivaksi, eikä siihen tullut muutoksia.

5.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Esitestauksen jälkeen kysely lähetettiin Paltanpuiston esimiehen sähköpostiin, jossa oli mukana saatekirje (Liite 1). Esimies edelleenlähetti kyselyn (Liite 2) hoitotyöhön osallistuvalla henkilöstölle (N=23), josta tutkimuksen kohderyhmänä oleva perusjoukko muodostui. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, eettisistä lähtökohdista sekä vastaamiseen kuluvasta ajasta. Saatekirjeessä oli linkki kyselyyn vastaamiseen. Kysely suunniteltiin toteutettavaksi toukokuun 2019 aikana. Toukokuun 2019 loppuun mennessä kyselyyn vastanneiden määrä oli vain 13. Ohjausryhmän ohjauksessa sovittiin, että jatketaan kyselyä vielä 2 viikolla, jotta saataisiin enemmän vastauksia. Kysely toteutettiin lopulta ajalla 1.5.-16.6.2019. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 15 henkilöä kokonaisvastausprosentin ollessa 65 % (n=15).

5.4 Aineiston analysointi

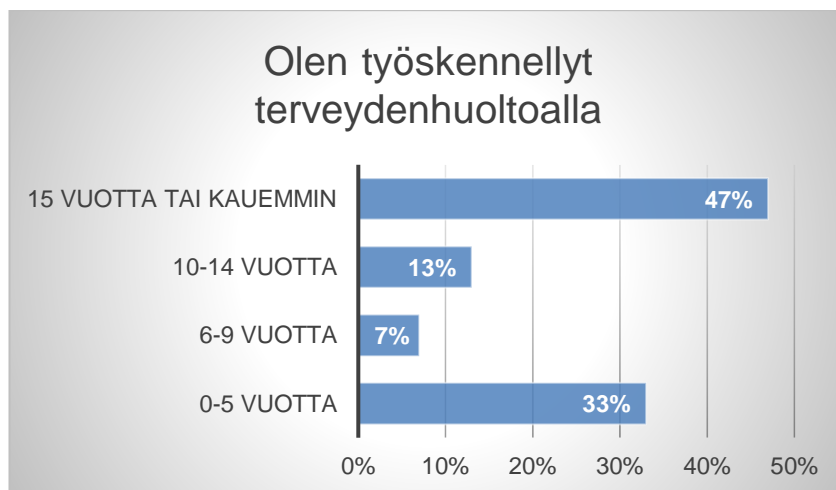
Aineiston keruun jälkeen kyselyaineisto poimittiin Webpro-pol-kyselyn raporteista ja taustakysymykset sekä asteikolliset muuttujat ja monivalintakysymys analysoitiin kysymyskohtaisesti tilastointimenetelmää käyttäen Excel-taulukoiden avulla muokaten ne pylväs-kuvioiksi vastausprosentteilla havainnollistaen. Avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisellä **sisällönanalyysillä**, jonka avulla järjestettiin vastaukset tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta niiden sisältämää informaatiota. Avoimet kysymykset kirjoitettiin Word-asiakirjaan taulukkoon sanatarkasti, kuten vastaaja oli vastauksensa kirjannut. Vastauksista haettiin yhteneväisiä termejä korostaen ne eri värein ja muodostaen näin asiakokonaisuudet ja termit omiin kategorioihin, alaluokkiin ja kehittämisteemoihin.

(vrt. Vilka 2015, 163-164.) Aineiston analyysin avulla saatiin vastauksia, joiden avulla voitiin kouluttaa henkilöstöä ja kehittää yhdessä heidän kanssaan kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä.

5.5 Tutkimustulokset

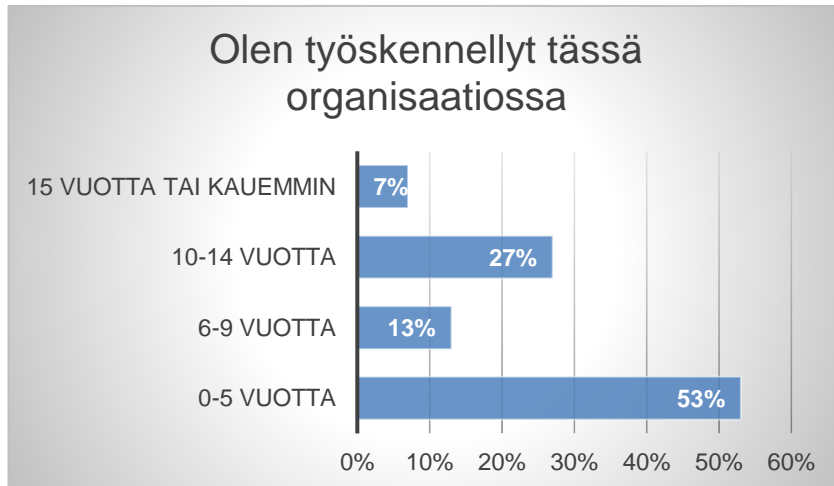
5.5.1 Taustatiedot

Vastaajien taustatietoina kyselyssä kartoitettiin työvuosia terveydenhuoltoalalla. (Kuvio 2.) Vastaajista 47 % (n=7) oli työskennellyt terveydenhuoltoalalla 15 vuotta tai kauemmin, 10-14 vuotta oli työskennellyt 13 % (n=2) vastaajista. 6-9 vuotta oli työskennellyt 7 % (n=1) ja 0-5 vuotta 33 % (n=5) vastaajaa henkilökunnasta.



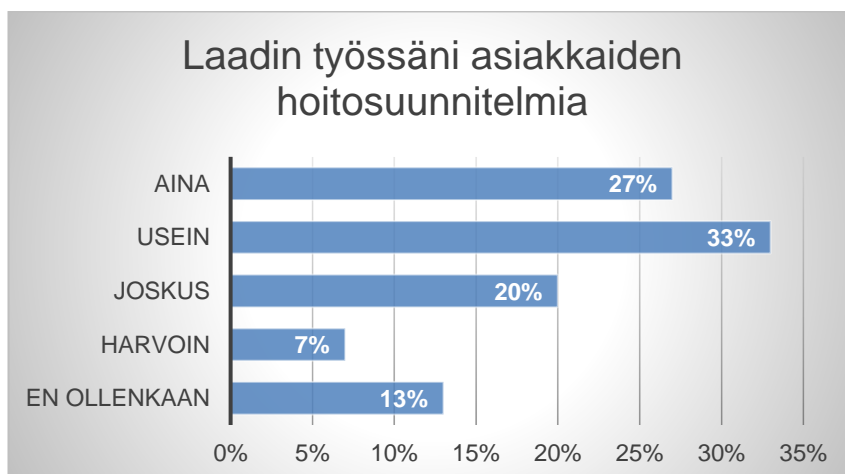
Kuvio 2. Vastaajien työvuodet terveydenhuoltoalalla (n=15)

Tutkimusorganisaatiossa yli puolet vastaajista eli 53 % (n=8) oli työskennellyt siellä viisi vuotta tai sen alle. Vastaajista 6-9 vuotta siellä työskennelleitä oli 13 % (n= 2), 10-14 vuotta työskennelleitä 27 % (n=4) ja vain 7% (n=1) 15 vuotta tai kauemmin. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Vastaajien työvuodet Paltanpuistossa (n=15)

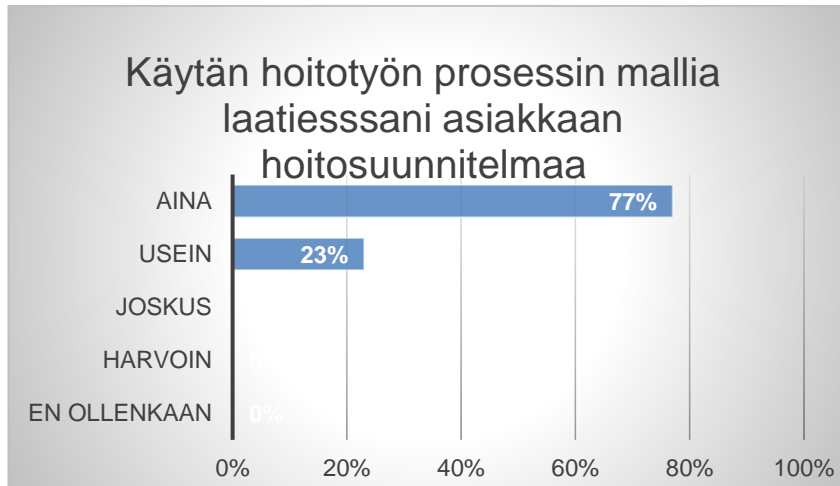
Vastaajista suurin osa eli 87 % (n=13) laati asiakkaiden hoitosuunnitelmia, joista niitä jokaiselle laati 27 % (n=4), usein 33 % (n=3), joskus 20 % (n=5) ja vain harvoin 7 % (n=1). Hoitosuunnitelmia ei laatinut ollenkaan 13 % (n=2) vastaajista. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Hoitosuunnitelmia laativien määrä vastaajista (n=13)

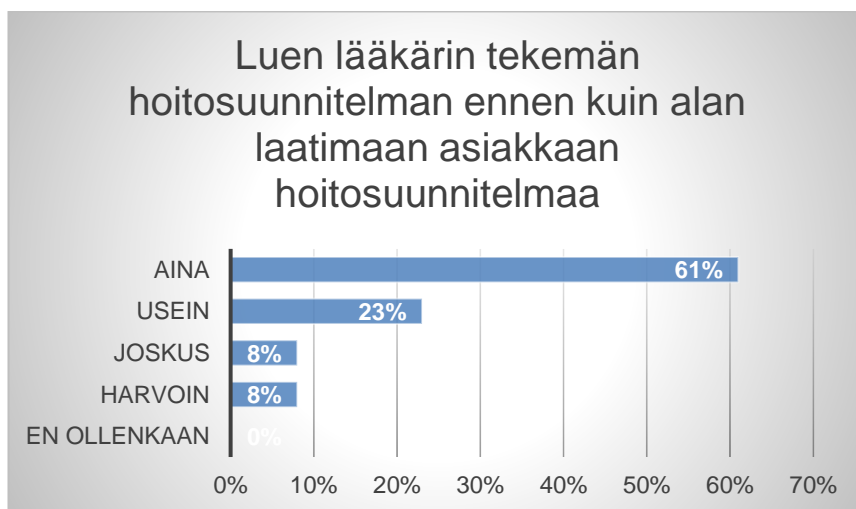
5.5.2 Hoitosuunnitelmien laatiminen

Hoitotyön prosessin mallia käyttivät vastaajista kaikki laatiessaan asiakkaan hoitosuunnitelmaa eli he huomioivat hoitosuunnitelmaa laatiessaan hoidon tarpeen, tavoitteet, hoitotyön keinot ja auttamismenetelmät sekä hoidon arvioinnin. Heistä prosessimallia aina käytti 77 % (n=10) ja usein 23 % (n=3) vastaajista. (Kuvio 5.)



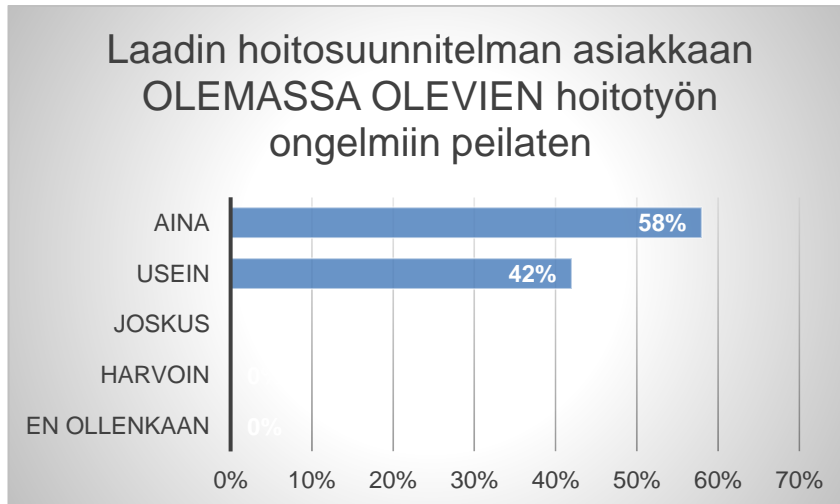
Kuvio 5. Hoitotyön prosessimallia käyttävien määrä laatiessa hoitosuunnitelmaa (n=13)

Vastaajista suurin osa tutustui joko aina 61 % (n=8) tai usein 23 % (n=3) lääkärin laatimaan hoitosuunnitelmaan ennen asiakkaan hoitosuunnitelman laatimista. Vain 8 % (n=1) vastaajista tutustui niihin joskus ja 8 % (n=1) harvoin. (Kuvio 6.)



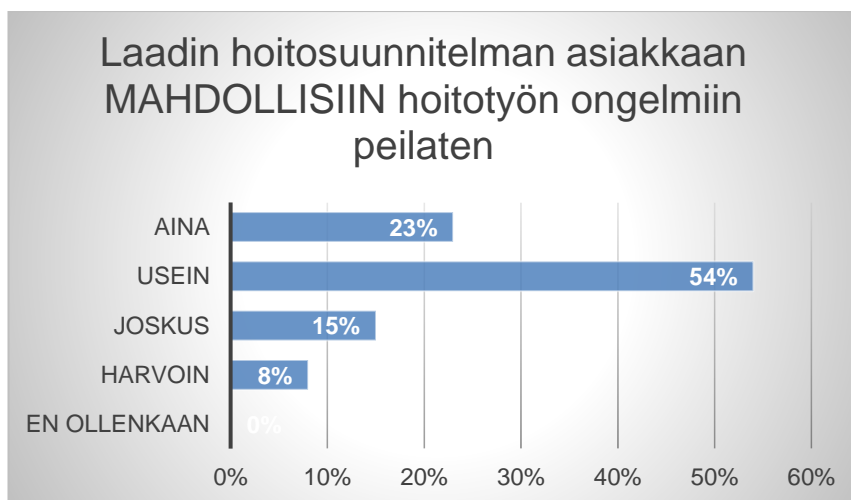
Kuvio 6. Lääkärin tekemiin hoitosuunnitelmiin tutustuvien määrä ennen hoitosuunnitelman laatimista (n=13)

Selvästi yli puolet vastaajista 58 % (n=7) laati aina hoitosuunnitelmaa asiakkaan olemassa olevien hoitotyön ongelmiin peilaten ja vähintäänkin usein näin teki 42 % (n=5) vastaajista. (Kuvio 7.)



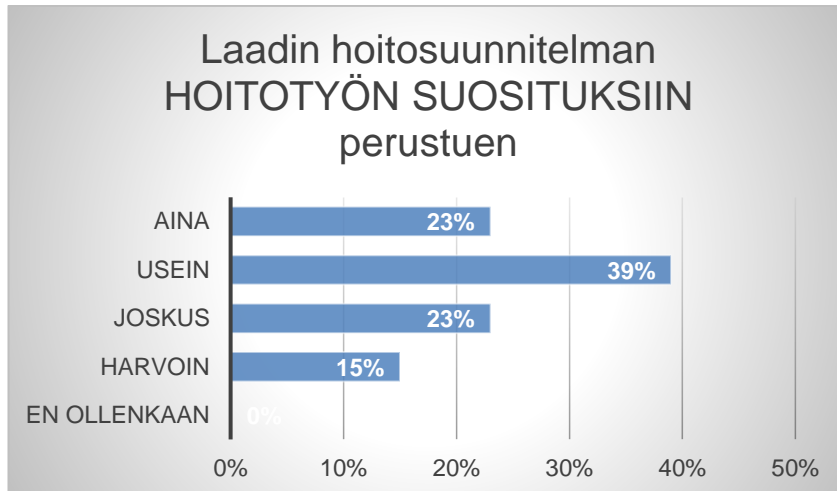
Kuvio 7. Olemassa oleviin hoitotyön ongelmiin peilaavien määrä laadittaessa hoitosuunnitelmaa (n=12)

Suurin osa vastaajista peilasi asiakkaan mahdollisiin hoitotyön ongelmiin joko aina 23 % (n=3) tai usein 54 % (n=7) laatiessaan hoitosuunnitelmaa. Näin ilmoitti tekevänsä vain joskus 15 % (n=2) ja harvoin 8 % (n=1) vastaajista. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Mahdollisiin hoitotyön ongelmiin peilaavien määrä laadittaessa hoitosuunnitelmaa (n=13)

Hoitosuunnitelman laatimista hoitotyön suosituksiin (esim. painehaavojen ehkäisystä) perustuen käytti vastaajista aina vajaa neljäsosa 23 % (n=3) ja usein reilu kolmasosa 39 %, (n=5) vastaajista. Niin ikään vajaa neljäsosa 23 % (n=3) huomioi hoitotyön suositukset vain joskus ja 15 % (n=2) vastaajista tutustui niihin harvoin. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Hoitotyön suosituksiin perustuvan hoitosuunnitelman laativien määrä (n=13)

Avoimena kysymyksenä vastaajille esitettiin, minkälaisia ongelmia he kokevat hoitosuunnitelman laatimisessa. Selkeästi suurimmaksi ongelmaksi koettiin ajanpuute, sekä se, ettei hoitosuunnitelman laatimiselle koettu olevan tarpeeksi rauhallista tilaa. Lisäksi tarvittavan tiedon hankkiminen, sen kirjaaminen ja tiedon löytäminen hoitokertomuksesta hoitosuunnitelmaa laatiessa koettiin ongelmalliseksi. Hoitosuunnitelman laatimiseen toivottiin työrauhaa ja -aikaa työstää sitä. Tämän kehittämissuunnitelman liitteissä on esitetty tarkemmin kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset alkuperäisinä ilmaisuina luokiteltuina alaluokkiin ja kehittämisteemoihin (Liite 3).

Ajankäyttöön ja työrauhaan liittyvät ongelmat:

”Ajankäyttö on haasteellista. Kirjalliseen työhön tarvitsee keskeyttämättömän ajan ja rauhan.”

”Siihen pitäisi erikseen antaa aikaa eikä vain hoitotyön lomassa tehdä jolloin ei saa rauhassa keskittyä asiaan.”

”Ei suurempia ongelmia laatimisessa. Vaatii aikaa perehtyä asukkaan asioihin ja aikaa myös kirjoittaa suunnitelma. Ihanteellisinta olisi, että sen saisi kerralla valmiiksi, eikä jäisi kesken kuten joskus jää.”

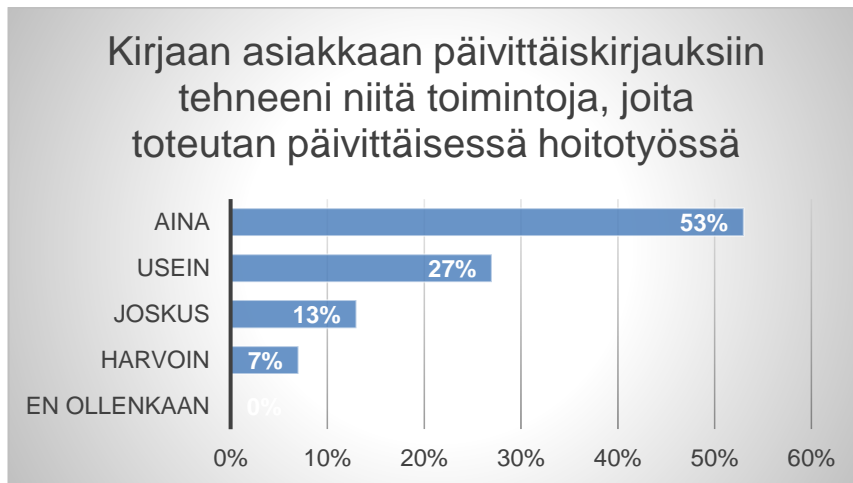
Tiedon hankintaan ja tietojen löytämiseen liittyvät ongelmat:

”Muuten sujuu hyvin, mutta jos asukkaan taustoja ei tunne eikä niistä ole tietoa. On vaikea tehdä muistisairaalle, jos ei tunne hänen elämäntaustaan.”

”Välillä tietojen hakeminen on vaikeaa ja aikaa vievää.”

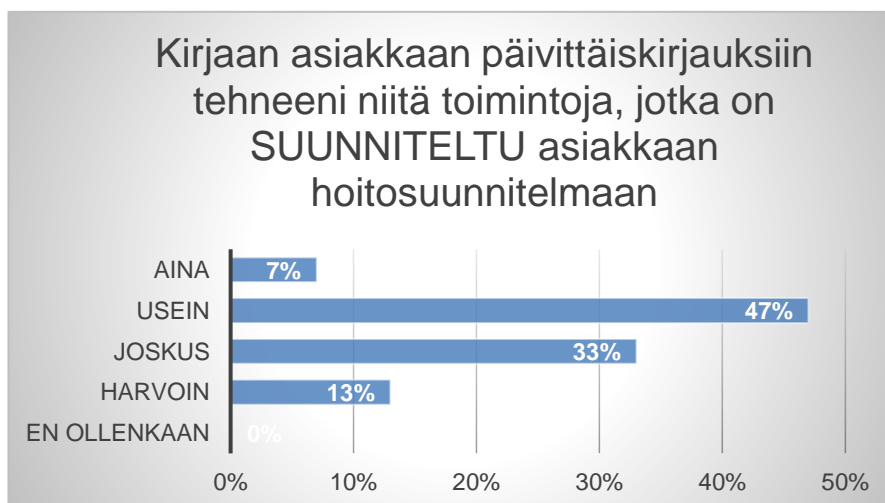
5.5.3 Päivittäiskirjaaminen

Yli puolet 53 % (n=8) vastaajista kirjaa aina asiakkaan päivittäiskirjauksiin tehneensä niitä toimintoja, joita toteuttaa päivittäisessä hoitotyössä. Päivittäistoiminnoista kirjaa usein reilu neljännes 27 % (n=4), joskus 13 % (n=2) ja vain harvoin 7 % (n=1) vastaajista. (Kuvio 10.)



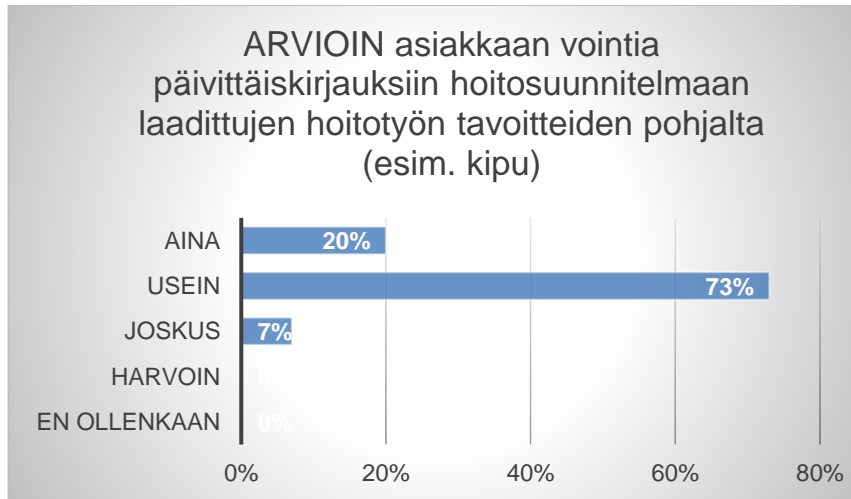
Kuvio 10. Päivittäisestä hoitotyöstä kirjaaminen hoitokertomukseen (n=15)

Suurin osa vastaajista ilmoitti kirjaavansa asiakkaan päivittäiskirjauksiin tehneensä niitä toimintoja, joita on suunniteltu asiakkaan hoitosuunnitelmaan, joko usein 47 % (n=7) tai joskus (n=5). Vastaajista 7 % (n=1) kertoi tekevänsä näin aina ja vastaavasti vain harvoin 13 % (n=2) vastaajista. (Kuvio 11.)



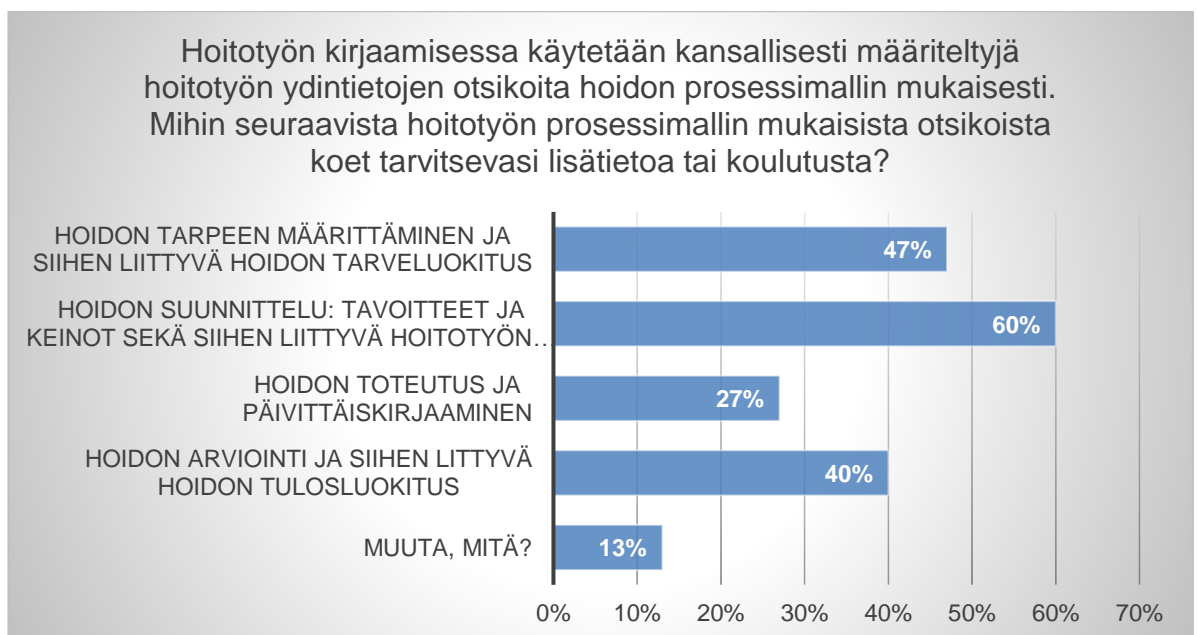
Kuvio 11. Hoitosuunnitelmaan suunniteltujen toimintojen päivittäiskirjauksien toteutumisen (n=15)

Suurin osa vastaajista ilmoitti arvioivansa usein 73 % (n=11) asiakkaan vointia päivittäiskirjauksiin hoitosuunnitelmaan laadittujen hoitotyön tavoitteiden pohjalta (esim. kipu). Viidennes 20 % (n=3) vastasi arvioivansa aina ja arviointiaan kirjasi vain joskus 7 % (n=1) vastaajista. (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Asiakkaan voinnin arvioinnin toteutuminen hoitosuunnitelmaan laadittujen hoitotyön tavoitteiden pohjalta (n=15)

Kysyttäessä, mihin hoitotyön prosessimallin mukaisista kirjaamisen otsikoista hoitajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa tai koulutusta, he toivoivat niihin kaikkiin liittyvää lisäkoulutusta, eniten hoidon suunnitteluun (kuvio 13).



Kuvio 13. Hoitotyön prosessin kirjaamiseen liittyvä lisäkoulutuksen tarve (n=15)

Avoimeen tekstikenttään ”Muuta, mitä?” saatujen vastausten (n=2) perusteella toivottiin lisäkoulutusta lyhytaikaishoidossa olevien hoitotyön prosessin kirjaamiseen sekä koko hoitotyön prosessin kirjaamiseen yleensä.

*”Intervalliasiakkaiden kohdalla miltei pääsääntöisesti tarkemmin kuin vaki-
tuisten asiakkaiden, valitettavasti.”*

*”Minusta olisi paikallaan yleisesti kerrata kirjausasioita ihan mallintamalla
eli esimerkein mitä, mihin, miten ihan oikeaoppisesti kuuluisi kirjata ”nyky-
aikaisesti”.”*

Avoimeen kysymykseen vastaajat kirjasivat kokemiaan ongelmia päivittäiskirjauksen suhteen (n=11). Vastaukset olivat samansuuntaisia, kuin koetut ongelmat hoitosuunnitelmienkin laatimisessa, eli yli puolet heistä kokee ajan puutteen estävän laadukasta kirjaamista. Lisäksi ryhmäkotien toimistot koettiin rauhattomiksi päivittäiskirjaamiselle. Ajankäyttöön ja työrauhaan liittyvien ongelmien lisäksi hajanaisen kirjaamiskäytännön katsottiin vaikeuttavan päivittäiskirjaamista ja hoitosuunnitelmaan perehtymättömyys voi jopa vaarantaa tavoitteellista ja arvioivaa hoitotyötä sekä siitä kirjaamista. Liitteissä on esitetty tarkemmin kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset alkuperäisinä ilmaisuina luokiteltuina alaluokkiin ja kehittämisteemoihin (Liite 3).

Ajankäyttöön ja työrauhaan liittyvät ongelmat:

”Ajan puute. Aamupäivät kuluvat hoitotyössä, ei ehdi istumaan koneelle useinkaan. Iltapäivisin useasti kaikenlaisia kokouksia jne (ovat kyllä tärkeitä nekin) joten kirjaaminen on vähän ”juosten kustua” ajoittain, motolla ”kunhan nyt jotain kirjaan jonnekin, tai sitten en kirjaa lainkaan.” ”

”Ajan puute esim., jos työaika loppuu klo 13:45 tai klo 14, raporttia ei ehdi kirjata työajan puitteissa.”

”Joskus on vaikeaa löytää aikaa kirjaamiselle. Kirjaaminen jää usein työpäivän loppuun ja jos sattuu vielä lyhyempi työpäivä kirjaamisen voi joutua tekemään kiireessä. Koneet, joilla kirjataan sijaitsevat ryhmäkotien toimistossa. Tila on rauhaton ja usein tulee jokin keskeytys kirjaamiseen. Tällöin ajatus katkeaa.”

”Joskus rauhaton kirjaamisympäristö haittaa keskittymisessä ja saattaa unohtaa jotain tärkeää kirjaamisessa.”

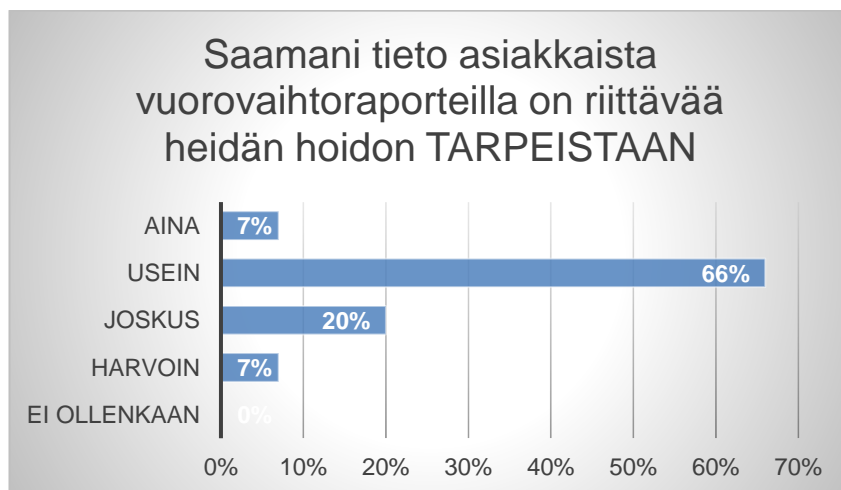
Hajanainen kirjaamiskäytäntö ja hoitosuunnitelmaan perehtymättömyys:

”Jos en katso asukkaan hosua, en todennäköisesti kirjaa hoitosuunnitelman mukaisia asioita. Joskus on kiusaus merkitä aspalille se, mitä asiakkaan kanssa on tehty (= mitä minä tein) eikä sitä, mitä asukkaan vointiin oikeasti kuuluu ja mikä olisi hosun mukainen kirjaus.”

”Liikaa rikkonaiseksi laadittu päivittäiset kirjaamiset; fraasien käyttö.”

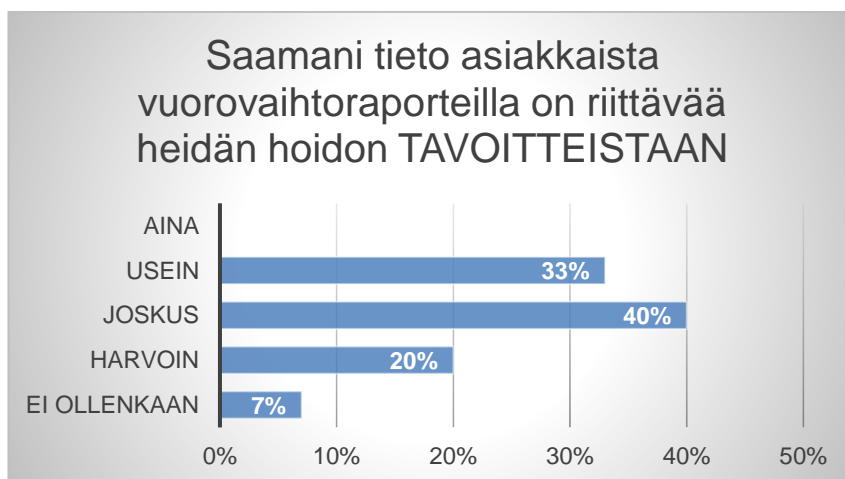
5.5.4 Vuoronvaihtoraportointi

Vastaajista vain 7 % (n=1) koki, että saatu tieto vuoronvaihtoraporteilla asiakkaiden hoidon tarpeista on riittävää aina. Suurin osa eli 66 % (n=5) vastaajista koki sen olevan kuitenkin riittävää useimmiten. Vastaajista 20 % (n=6) ilmoitti näin olevan joskus ja vain 7 % (n=1) harvoin. (Kuvio 14.)



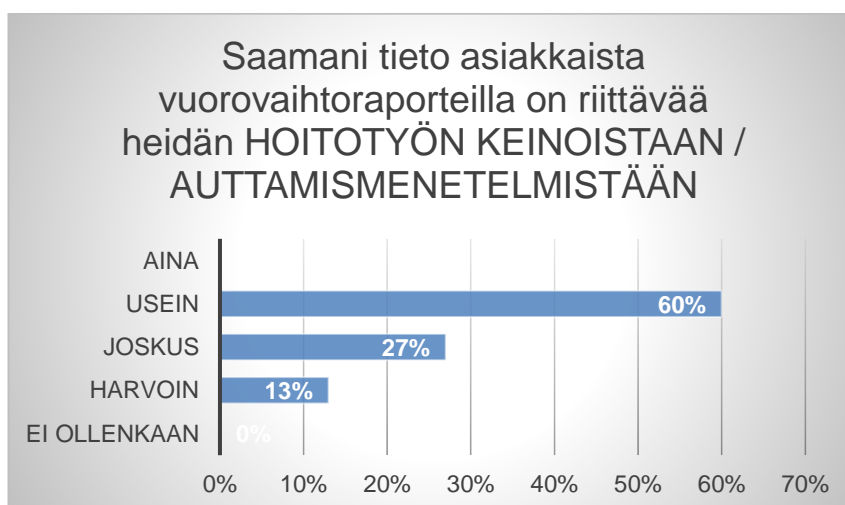
Kuvio 14. Vuoronvaihtoraporteilla saadun tiedon riittävyys asiakkaiden hoidon tarpeista (n=15)

Vastaajista 33 % (n=5) koki, että vuoronvaihtoraporteilla saatu tieto asiakkaiden hoidon tavoitteista oli useimmiten riittävää. 40 % (n=6) koki sen olevan riittävää joskus ja harvoin 20 % (n=3). Vastaajista 7 % (n=1) oli sitä mieltä, että hoidon tavoitteista saatu tieto ei ollut vuoronvaihtoraporteilla ollenkaan riittävää. (Kuvio 15.)



Kuvio 15. Vuorovaihtoraporteilla saadun tiedon riittävyys asiakkaiden hoidon tavoitteista (n=15)

Vastaajista selvä enemmistö eli 60 %, (n=9) koki, että vuorovaihtoraporteilla saatu tieto asiakkaiden hoitotyön keinoista ja auttamismenetelmistä oli useinmiten riittävää. 27 % (n=4) koki, että saatu tieto oli riittävää joskus ja 13 %, (n=2) ilmoitti sen olevan riittävää vain harvoin. (Kuvio 16.)



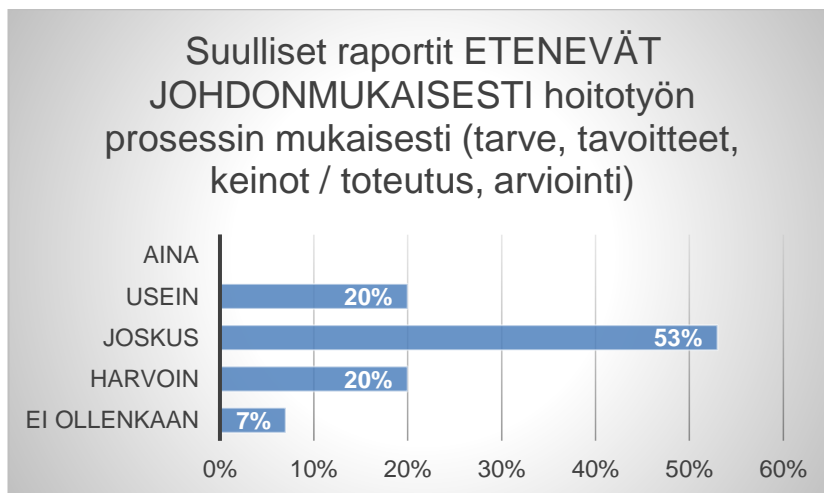
Kuvio 16. Vuorovaihtoraporteilla saadun tiedon riittävyys asiakkaiden hoitotyön keinoista ja auttamismenetelmistä (n=15)

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että vuorovaihtoraportoinneilla saatu tieto asiakkaan hoidon arvioinnista oli riittävää joko usein 40 % (n=6) tai joskus 40 % (n=6). Saadun tiedon koettiin olevan riittävää aina 7 % (n=1) mielestä, ja vastaavasti 7 % (n=1) mielestä harvoin. 6% (n=1) vastaajista oli sitä mieltä, että tieto ei ole riittävää ollenkaan. (Kuvio 17.)



Kuvio 17. Vuorovaihtoraporteilla saadun tiedon riittävyys asiakkaiden hoidon arvioinnista (n=15)

Vastaajista kukaan ei ollut sitä mieltä, että suulliset raportit etenevät aina johdonmukaisesti hoitotyön prosessia mukaillen. Viidesosa vastanneista eli 20 %, (n=3) oli sitä mieltä, että raportit etenevät johdonmukaisesti kuitenkin useimmiten. Runsaan puolen eli 53 % (n=8) mielestä näin tapahtuu joskus. Vastaajista 20 % (n=3) koki, että raportit ovat johdonmukaisia vain harvoin ja 7 % (n=1) mielestä näin ei tapahdu ollenkaan. (Kuvio 18.)



Kuvio 18. Suullisten raporttien eteneminen johdonmukaisesti hoitotyön prosessin mukaisesti (n=15)

Vastaajat totesivat avoimessa kysymyksessä nykyisen **suullisen raportointikäytännön** hyväksi puoliksi (n=10) yksiselitteisesti sen, että sen **yhteydessä on mahdollista keskustella asiakkaiden tilanteesta ja käydä vuoropuhelua**. Osastojen **yhteisen**

maanantaiaamun raportin koettiin olevan hyvä käytäntö tiedon saamisen kannalta kaikkien osastojen asiakastilanteesta. Vastaajien mielestä **raportit olivat myös jo kehittyneet**. Liitteissä on esitetty tarkemmin kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset alkuperäisinä ilmaisuina luokiteltuina alaluokkiin ja kehittämisteemoihin (Liite 3).

”Aamuraportti on ma-pe koko talon. On hyvä kuulla miten asukkailla menee ja on toisen puolen asukkaista jonkinlainen kuva kuinka he voivat. Jos me neekin toiselle puolelle yhteen tai kahteen vuoroon.”

”Yhteinen aamuraportti on oikein hyvä juttu. Kuulee asioista joka puolelta taloa.”

”Yö hoitajien raportit ovat napakoita. Muutenkin vuoronvaihteessa raportit ovat kehittyneet.”

”Raportit ovat kehittyneet. Tällä viikolla, ma, juuri kuulin kaksi aivan loistavaa aamuraporttia!”

”Pidän suullista raportointia hyvänä, siinä on mahdollisuus myös kysellä.”

Avoimeen kysymykseen saatiin myös vastauksia nykyisen raportointikäytännön huonoista puolista (n=11), joista huonoimpana pidettiin sen liian **pitkää kestoa ja vaihtelevaa sisältöä**. Lisäksi nykyinen **työvuorosuunnittelu ei mahdollista** henkilökunnan mielestä **riittävää tiedonkulkua**, koska etenkin iltavuoroon tullaan eri aikoihin. Lisäksi **raportoinnille varattu aika ja tila koetaan rauhattomaksi**, ja raportointiin tulee keskeytyksiä. Liitteissä on esitetty tarkemmin kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset alkuperäisinä ilmaisuina luokiteltuina alaluokkiin ja kehittämisteemoihin (Liite 3).

Raportoinnin kestoon ja sen sisältöön liittyvät ongelmat:

”Koko talon yhteinen aamuraportti vie paljon aikaa, mikä on pois asukkaiden aamutoimista.”

”Raportit venyvät usein liian pitkiksi.”

”Joskus raportti kestää liian pitkään. Olen kuullut, että toisinaan raporteilla puhutaan ”diipa daapaa” eikä pysytä vain asiassa...”

Raportointitilan rauhattomuuteen ja tiedonkulkuun liittyvät ongelmat:

”Monet keskeytykset, ajankäyttö, päällekkäisyydet, vuorot vaihtuvat eri aikoina.”

”Viikonlopun jälkeen saisi maanantai aamussa olla sunnuntai-illan hoitaja kummaltakin puolen. Silloin tulee viikonlopusta kattava raportti. Kun palaa

lomalta tai on ollut pitkällä vapaalla, niin voisi kehittää sitä, että kaikki muutokset ja tieto kulkee.”

Avoimena kysymyksenä henkilökunnalle (n=11) esitettiin muutosehdotuksia nykyiseen raportointikäytäntöön. Vastaaajien mielestä nykyistä **raportointia tulee lyhentää ja tiivistää ja sille halutaan yhtenäinen ja selkeä linja**. Samalla haluttiin **parannusta tiedon kulkuun sekä hoidon jatkuvuuteen**. Lisäksi **asiakkaan oma kokemus** hänen voinnistaan ja saamastaan hoidosta halutaan tuoda jatkossa raporteilla paremmin esiin. Myös **työvuorosuunnittelulta kaivataan tukea** raportoinnin toteuttamiselle ja raportoinnille halutaan **rauhallinen hetki** ilman keskeytyksiä. Osa vastaajista ehdotti myös sekä **yhteisiä** raportteja lisää, että toisaalta **erillisiä raportteja**. Liitteissä on esitetty tarkemmin kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset alkuperäisinä ilmaisuina luokiteltuina alaluokkiin ja kehittämisteemoihin (Liite 3).

Raporttien lyhentäminen ja tiivistäminen:

”Napakoidaan raportteja. Siirretään se hiljainenkin tieto ja varsinkin tärkeät asiat ettei tule tiedossa katkoksia.”

”Lyhyet ja napakat raportit, ei jäädä puimaan turhia asioita.”

”Jokin yhteinen linja = runko, jotta raportit olisivat yhtenäisempiä ja kaikilla olisi tieto siitä, mikä raportin sisältö tulisi olla.”

Tiedon kulku ja hoidon jatkuvuus:

”Kaikki seurattavat / hoidettavat asiat hoidon toteutuksineen ja suunnitelmineen pitäisi kulkea raporteilla (niin kirjallisina kuin suullisinakin) niin kauan kunnes eivät ole enää ns. akuutteja ongelmia. Hoitajat vaihtuvat kotien välillä useasti, rapsojen jälkeen mennään heti hommiin eikä kaikkea ehdi koneeltakaan tsekata, hoitajat ei näinollen tiedä kaikkea, mitä pitäisi tehdä.”

”Vielä enemmän ajatusta siihen, mikä on hoidon jatkuvuuden kannalta oleellista raportoida.”

Asiakkaan oman kokemuksen esiin tuominen raporteilla:

”Tietoa asukkaan esiin tuomista hoitotyön ongelmista esim. kipu ja miten siihen on vastattu ja onko hoito tehonnut.”

Työvuorojen yhtenäistäminen:

”...ajankäytön järkeistämistä, esim. Iltavuorolaiset eivät tulisi eri aikoina jolloin joutuu useampaan kertaan toistamaan asioita.”

”... viime aikoina esim yökköjen raportit ovat suurelta osin monipuolistuneet, kerrotaan muutakin kuin onko nukkunut vai ei, esim jos edell. iltana on tapahtunut jotain, onko iltahoitajan antama lääke vaikuttanut jne. Aina ei ole iltahoitajaa mukana aamuraportilla kertomassa.”

Rauhallisen raportointiajan luominen:

”Rauhoitetaan toimisto siksi aikaa kun ollaan raportilla.”

Yhteiset tai erilliset raportit:

”...pitäisikö myös iltapäiväraportin olla yksi ja yhteinen? Tämä helpottaisi sitä, että voitaisiin heti suunnitella yhdessä illan kulkua todellisen tarpeen mukaan ja ehkä sopia myös, koska pitää saada lisäapua ja missäpäin taloa. Tällöin ei tarvitsisi erikseen niin paljoa ehkä soitella tai juposta katso-massa avuntarvetta.”

”Osastoille omat aamuraportit, yököillä ei tarpeeksi aikaa raportoida edeltävän illan/päivän asioita jos työvuoroon aamulla tulossa henkilöitä jotka olleet poissa pidempään/eivät olleet iltavuorossa.”

5.6 Tutkimustulosten johtopäätökset ja pohdinta

5.6.1 Tutkimustulosten yhteenveto

Kyselytutkimuksessa saatiin vastauksia kaikkiin asetettuihin tutkimusongelmiin sekä samansuuntaisia tuloksia kuin kirjallisuuskatsaukseen valituista aikaisemmistakin tutkimuksista. Vastausten perusteella suurin osa hoitohenkilökunnasta laati asiakkaiden hoitosuunnitelmia ja niissä käytettiin hoitotyön prosessimallia. Ennen hoitosuunnitelman laatimista pääsääntöisesti tutustuttiin lääkärin tekemään hoitosuunnitelmaan. Suunnitelmassa huomioitiin asiakkaan olemassa olevat hoitotyön ongelmat ja mahdollisetkin ongelmat useinmiten. Hoitosuunnitelmaa laadittaessa hoitosuosituksiin perehtyminen oli vaihtelevaa. Vastaajat kokivat hoitosuunnitelman laatimiseen liittyen suurimpana ongelmana ajan puutteen sekä kirjaamistilojen rauhattomuuden. Myös tarvittavan tiedon hankkiminen, sen kirjaaminen ja löytäminen hoitokertomuksesta hoitosuunnitelmaa laatiessa

koettiin haastavaksi (vrt. Liljamo ym. 2012; Rönkkö ym. 2016). Henkilökunta toivoi aikaa ja työrauhaa hoitosuunnitelman laatimiseen.

Henkilökunnasta yli puolet kirjasi aina asiakkaiden päivittäiskirjauksiin tehneensä niitä asioita, joita toteuttaa päivittäisessä hoitotyössään. Lopuilla vastaajista kirjaaminen oli vaihtelevaa. Päivittäiskirjaamisessa asiakkaille suunnitellut toiminnot vaihtelivat, kuten myös hoitotyön tavoitteiden mukainen arvioiva kirjaus. Myös päivittäiskirjaamisen kannalta vastaajat kokivat ajan puutteen sekä rauhattoman kirjaamistilan ja hajanaisen kirjaamiskäytännön vaikeuttavan laadukasta kirjaamista. (vrt. Häyrinen 2011; Nurmela 2016; Koivukoski & Taalikka 2018.) Hoitosuunnitelmaan perehtymättömyys voi vaarantaa tavoitteellista ja arvioivaa hoitotyötä sekä siitä kirjaamista (vrt. Hendrén 2016). Henkilökunta toivoi lisäkoulutusta hoitotyön prosessimallin mukaisesta kirjaamisesta sen kaikilta osa-alueilta sekä aikaa perehtyä asiakkaan hoitosuunnitelmiin. Lisäksi lyhytaikais-hoidossa olevien asiakkaiden hoitotyön prosessiin toivottiin entistä tarkempaa kirjaamista.

Vuoronvaihdon yhteydessä tapahtuvilla suullisilla raporteilla saadun tiedon riittävyys vaihteli koko hoitotyön prosessin eri vaiheissa. Raportit koettiin epä johdonmukaisina, liian pitkinä ja rauhattomina keskeytyksineen. (vrt. Stevensson & Nilsson 2012; Drach-Zahavy & Hadid 2015; Wang ym. 2011.) Nykyisen työvuorosuunnittelun ei koettu tukevan riittävää tiedonkulkua, sillä etenkin iltavuorojen alkaminen eri aikoina loi haasteita sujuvalle tiedonkululle. Suullinen raportti koettiin itsessään kuitenkin hyväksi raportointimuodoksi, sillä sen yhteydessä on mahdollista keskustella asiakkaiden tilanteesta ja käydä vuoropuhelua. (vrt. Saranto & Ikonen 2007; Tucker ym. 2009; Riesenbergy ym. 2010; Scovell 2010; Gage 2013; Moriarty ym. 2019.) Myös osastojen yhteisen maanantaiamun raportin henkilökunta koki tärkeänä tiedonkulun kannalta. Kaiken kaikkiaan raportointia haluttiin lyhentää ja tiivistää, jotta raportoinnille tulisi yhteneväinen linja paremman tiedonkulun ja hoidon jatkuvuuden kannalta kaikkien osastojen välille. Lisäksi asiakkaan omaa kokemusta hänen voinnistaan ja saamastaan hoidosta haluttiin jatkossa tuoda raporteilla paremmin esiin (vrt. Mariani ym. 2017).

5.6.2 Kehittämisen osa-alueet

Tämän kehittämisprojektin varsinaiselle kehittämistyölle saatiin tutkimustulosten avulla organisaatiolle laadittua kehittämisen osa-alueet. Ne loivat pohjan kirjallisuuskatsauksen sekä aikaisempien tutkimusten kautta henkilökunnan kouluttamiseen laadittuun

materiaaliin. Koska kirjaaminen on kansallisella tasolla määritelty FinCC-luokituskokonaisuuden mukaisesti, sitä ei voida lähteä muuttamaan, mutta sen sujuvampaan käyttöön voidaan kuitenkin kouluttaa ja ohjata, jotta siitä tulee yhtenäisempi kaikkien sen käyttäjien osalta. Lähtökohdana oli henkilökunnan halu kehittää raportointikäytäntöjään. Raportointia ei voida kuitenkaan pitää erillään kirjaamisesta, minkä vuoksi tämän kehittämisprojektin tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan ensin hoitotyön kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen, jolloin käytäntö voi siirtyä myös siitä raportointiin. Lisäksi tarvitaan henkilökunnalta työkäytäntöjen muuttamista kirjaamiseen ja raportointiin sille varatun ajan ja rauhan takaamiseksi, sekä esimiehen tukea sujuvalle tiedonkululle ja hoidon jatkuvuudelle työvuorosunnittelun avulla.

Kehittämisen osa-alueet olivat seuraavat:

- **Ajankäyttöön ja työrauhaan liittyvä kehittäminen:**
 - o Kansliatilojen rauhoittaminen hoitokertomusten käsittelyyn ja raportointiin työkäytäntöjen muuttamisella
- **Hoitosuunnitelmaan laatimiseen, päivittäiskirjaamisen ja raportointiin liittyvä kehittäminen:**
 - o Kansallisen kirjaamismallin ja otsikkorakenteiden oikeaoppiseen käyttöön saadaan koulutusta
 - o Yhteneväisen mallin mukaan laadittava hoitosuunnitelma tukee ja helpottaa hoitotyön päivittäiskirjaamista ja hoitotyöstä raportoimista
- **Tiedonkulun ja hoidon jatkuvuuden kehittäminen:**
 - o Työvuorojen laatiminen siten, että kaikilla vuoroon tulevilla työntekijöillä on mahdollisuus saada vuoronvaihtoraportti
 - o Yhteneväinen raportointikäytännön avulla tuetaan tiedonkulkua sekä osastoilla että koko organisaatiossa

5.7 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Korkeakoulutasoisilta opinnäytetöiltä edellytetään tieteellisyyttä ja tutkimustulosten oikeellisuutta, jotta ne ovat oikeita ja niihin voidaan luottaa. Luotettavan tiedon saanti varmistetaan jo alkuun sillä, että tutkimusasetelma laaditaan oikein tutkimalla juuri niitä asioita, joihin tutkimusongelma liittyy ja sitä, että tutkimusmenetelmiä käytetään oikein. Tutkimuksessa **validiteetti** (pätevyys) tarkoittaa sitä, että siinä käytetty mittari on validi, jos se mittaa sitä, mitä sen pitääkin mitata. Validiteetti tulee varmistaa käyttämällä

tutkimukseen sopivaa ja oikeaa tutkimusmenetelmää. Ulkoinen validiteetti liittyy saatujen tulosten yleistettävyyteen, joka on kunnossa, jos otos vastaa populaatiota. Tutkimuksessa **reliabiliteetti** (toistettavuus) tarkoittaa, kuinka luotettavasti tutkimus on toistettavissa. Tutkimuksen laatua ja luotettavuutta varmistetaan tarkalla dokumentaatiolla sekä palautteen avulla koko tutkimusprosessin ajan. (Hirsjärvi ym. 2013, 231; Kananen 2014, 125,129,134.)

Tässä tutkimuksessa asetetut tutkimuskysymykset nousivat kirjallisuuskatsauksesta ja aikaisemmista tutkimuksista, joiden perusteella kyselylomake oli laadittu. Teoreettiset käsitteet avattiin ja operationalistettiin huolellisesti kysymyslomakkeeseen. Kyselylomakkeen laatimisessa oli tärkeää saada teoreettiset käsitteet sellaiseen muotoon, että vastaaja ne myös käsittää. Kysymysten tuli olla mahdollisimman selkeitä, jonka vuoksi kyselylomakkeen sisältöä ja kysymystenasettelua tarkennettiin yhdessä opettajatutorin kanssa. Kyselylomake esitettiin ennen käyttöä toisen organisaation vastaavanlaisessa työyksikössä. Esitestauksen perusteella kyselyyn ei tarvinnut tehdä muutoksia, vaan se todettiin toimivaksi.

Koska kyselyyn vastaajat työskentelivät potilastyössä, saattoi kesken kyselyn joutua vastaamaan potilaskutsuun. Tämän vuoksi kyselyyn palaaminen myöhemmin tehtiin mahdolliseksi. Toisaalta ajatuksen katkeaminen ja huomion kiinnittäminen toisaalle kyselyyn vastaamisen aikana on saattanut vaikuttaa kyselytulosten luotettavuuteen. Kyselyyn oli henkilökunnalla aikaa vastata suunnitelman mukaan kuukauden ajan. Kokonaisvastausprosentti oli lopulta 65 %, eikä kyselyn jatkaminen kahdella viikolla tuonut kuitenkaan mainittavasti lisää vastaajia. Myös kiire, ajan puute tai kyselyyn vastaamisen haluttomuus on saattanut vaikuttaa siihen, miksei vastausprosentti noussut tämän enempää. Opiskelija dokumentoi, arvioi ja raportoi opinnäytetyön etenemisestä koko sen prosessin ajan sekä itsenäisesti että ohjaus- ja projektiryhmän tuella.

Tutkimustulokset tarkasteltiin ja analysoitiin huolellisesti valittujen analyysi- ja tilastointimenetelmien avulla. Avoimien vastausten analyysissä käytettiin aineistolähtöistä sisällyönanalyysiä ja vastaukset jaettiin alaluokkiin, joista kehittämisteemat johdettiin. Vastajien vastauksissa ilmeni kuitenkin useampia alaluokkia, joita piti pilkkoa kadottamatta vastaajan antamaa informaatiota. (vrt. Vilka 2015, 164.) Luotettavuuden lisäämiseksi alkuperäiset vastaukset on esitetty taulukoina tämän kehittämisprojektin liitteessä (Liite 3). Kyselytutkimus koskee ainoastaan tätä organisaatiota ja sen vuoksi kyselytuloksia ei voida yleistää laajempaan yhteyteen.

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset ovat uskottavia silloin, kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta niin tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä kuin tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissakin. Tutkimuksessa toteutettiin tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista viestintää. Lisäksi tutkimus suunniteltiin, toteutettiin, siitä raportoitiin ja siitä syntyneet tietoaineistot tallennettiin tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusorganisaatiossa noudatettiin hyvää henkilöstöhallintoa ja huomioitiin tietosuojaa koskevat kysymykset. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6.)

Tästä tutkimuksesta esimies tiedotti etukäteen, että organisaatiossa tullaan tekemään kehittämisprojektia kirjaamis- ja raportointikäytännöistä. Tutkimuksessa noudatettiin **itsensä määräämisoikeutta** antamalla mahdollisuus työntekijöiden itse päättää siitä, haluavatko he osallistua tutkimukseen vai ei, eli kyselytutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselytutkimuksessa huomioitiin osallistujien **oikeus nimettömyyteen ja luotamuksellisuuteen** siten, ettei opinnäytetyöntekijä lähetä kyselyitä henkilöstölle itse, vaan esimies. Tutkittavat informoitiin kyselyn alussa saatekirjeellä. Kyselyyn vastattiin nimettömänä eikä sukupuolta kysytty. Organisaatiossa on niin vähän miespuolisia hoitotyöntekijöitä, jonka vuoksi sukupuolen kysymisellä he olisivat saattaneet identifioitua joukosta. Myöskään koulutustasoa ei kysytty, koska yksikössä on vain kaksi sairaanhoitajaa, jolloin heidän vastauksensa olisivat voineet erottua kyselyn tuloksista. Kyselyaineisto hävitetään tämän kehittämisprojektin valmistuttua.

6 KIRJAAMISEN JA RAPORTOINNIN MALLI

Tässä kehittämisprojektissa saatujen tutkimustulosten, esiselvityksessä tehtyjen havaintojen sekä kirjallisuuskatsauksen perusteella laadittiin hoitohenkilöstölle koulutus, jossa teoreettisen osuuden sekä ryhmätyöskentelyn menetelmin työstettiin hoitoprosessin mukainen kirjaamisen ja raportoinnin malli kansallisesti sovittujen rakenteiden ja hoitosuositusten avulla. Lisäksi laadukkaamman kirjaamisen ja raportoinnin tueksi kirjaamisrauhaa ja tiedon kulkua lähdettiin parantamaan kirjaamistyöryhmän sekä työvuorosuunnittelun ja työtapojen kehittämisellä.

6.1 Kehittämismenetelmät

Esiselvityksen ja henkilökunnalle teetetyyn kyselyn tutkimustuloksista nousseiden tulosten perusteella heille suunniteltiin **koulutusta** hoitosuunnitelmien laadintaan, hoitosuositusten käyttöönottoon, päivittäiskirjaamiseen sekä raportointiin. **Ryhmätyöskentelyn, yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen menetelmin** ajatusten, ideoiden ja näkemysten avulla muokattiin heidän kanssaan yhdessä uusi toimintamalli kirjaamis- ja raportointikäytäntöihin. Projektin aikana projektityöskentelyn menetelminä käytettiin projektipäällikön tekemiä huomioita, kokousmuistiinpanoja sekä saatua ohjausta työskentelyn tukena. Projektipäällikkö myös reflektoi omaa kehittymistään oppimispäiväkirjan avulla sekä raportoi oppimaansa tässä kehittämisprojektin loppuraportissa. (vrt. Nivala 2011, 180; Salonen 2013, 22; Salonen ym. 2017, 61-65.)

6.2 Koulutusmateriaalin laatiminen ja sisältö

Henkilökunnalle laadittu koulutusmateriaali työstettiin ajalla 13.8.-12.9.2019 Koulutuksen sisältö pohjautui kyselytutkimuksesta nousseisiin tuloksiin kehittämiskohteista. Siinä käytetty materiaali rakentui kirjallisuuskatsaukseen ja aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta. Koulutuksen tarkoituksena oli, että henkilökunta oppii hallitsemaan hoitotyön prosessin ja käyttämään hoitosuosituksia hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa. Lisäksi tarkoituksena oli, että koulutuksen jälkeen he pystyvät käyttämään rakenteista kirjaamista joustavasti sekä kirjaamaan ja raportoimaan asiakaslähtöisesti hoitotyön

prosessin mukaan. Tavoitteena oli, että henkilökunnan kanssa sovitaan yksi yhtenäinen kirjaamis- ja raportointimalli kaikille neljälle osastolle.

Koulutuksessa kirjaamisosion pohjana käytettiin FinCC-luokituskokonaisuutta ja hoitotyön prosessimallia. Materiaalia työstettäessä opiskelija huomasi, että organisaatiossa onkin käytössä Lifecaressa vuoden 2008 Efficca-versio, joka on vuoden 2012 version edeltäjä. Tämän selvitystyössä todettiin, että Paimion-Sauvon terveyskeskuskuntayhtymän yhteiskäytössä olevaa Lifecare-potilastietojärjestelmää toimittava Tieto Oy ei ole päivittänyt sovellusta lainkaan vuoden 2012 versioon, joten näin ollen sen version tai siitä uudemman version käyttöönotto tulee tapahtumaan vasta kun Tieto Oy toimittaa sen osakaskuntien käyttöön. Opiskelija huomioi tämän laatiessaan koulutusmateriaalia ja sovelsi sitä oppaan vuoden 2008 painosta huomioiden, etenkin käytettävissä olevien komponenttien ja rakenteisten otsikoiden ja niiden sisältökuvausten osalta.

Koulutuksessa käytiin läpi myös hoitotyön ja kirjaamisen lähtökohdat, päätöksenteko hoitotyössä ja kirjaaminen (hoitotyön prosessi, hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelun tavoitteet ja toiminnot sekä hoidon toteutus ja arviointi), hoitosuosituksen käyttö sekä kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö. Varsinainen koulutusmateriaali laadittiin PowerPoint-esityksenä, joka on tämän opinnäytetyön liitteenä käytettyine lähteineen (Liite 4).

6.3 Henkilökunnan kouluttaminen

Koulutuspäivät toteutettiin kahtena eri päivänä eli 27.9.2019 sekä 4.10.2019 klo 12.00-16.00 välisenä aikana. Koulutusiltapäivät olivat samansisältöiset, koska henkilökunta oli jaettu puoliksi molempiin koulutuksiin. Ensimmäiseen iltapäivään osallistui 13 henkilöä ja toiseen 16 henkilöä. Palvelukeskusvastaava ja kaksi sairaanhoitajaa osallistuivat molempiin koulutusiltoihin. Koulutukselle laadittiin tarkka sisältö ja ajankäyttösuunnitelma. Molemmat koulutusiltojen sujuivat suunnitelman mukaisesti.

Koulutusiltojen alussa kouluttajana toimiva opiskelija toivotti koulutettavat tervetulleeksi ja esitteli PowerPointilla henkilökunnalle kehittämisprojektin etenemisprosessin sekä kyselytulosten koosteen 30 minuutin ajan. Koulutuksen teoriaosuus kesti 60 minuuttia. Teoriakoulutuksen jälkeen henkilökunta jaettiin 3-4 hengen ryhmiin, jotka saivat ryhmätyönä työstettäväksi kuvitteelliset, mutta ympärivuorokautiseen hoitoyksikköön soveltuvat potilastapaukset. Potilastapauksille tuli laatia hoitotyön prosessin mukainen

hoitosuunnitelma ja oletetut hoitotyön toiminnot. 15 minuutin kahvitauon jälkeen ryhmällä oli aikaa työstää tehtävää 30 minuuttia. Ryhmätyöt esitettiin yksitellen ryhmittäin siten, että ryhmänjäsenet pitivät vuoronvaihtoraportit aamu-, ilta- ja yövuoroihin tuleville, jossa kouluttaja kirjasi fläppitaululle hoitotyön prosessin mukaiset osatekijät ylös. Aikaa kunkin ryhmätyön purkuun oli 20 minuuttia. Tämän jälkeen vielä keskusteltiin yhdessä kustakin potilastapauksesta, laaditusta hoitosuunnitelmasta, hoidon toteutuksesta ja raportoinnista. Molemmissa koulutusiltapäivissä oli neljä ryhmää. Aikaa ryhmätöiden purkuun meni yhteensä 60 minuuttia.

Koulutuksen tavoitteena oli sopia yhteneväinen kirjaamis- ja raportointimalli hoitotyön prosessia noudattaen rakenteisen kirjaamisen avulla: tavoitteen mukaisesti sovittiin yhdessä, että hoitotyön prosessimallia kuljetetaan jatkossa hoitosuunnitelman laatimisesta lähtien aina päivittäiskirjaamiseen ja raportointiin. Lisäksi hoitosuunnitelmia laadittaessa tulee selvittää, onko kyseisiin hoidon ongelmiin, tavoitteisiin ja auttamismenetelmiin olemassa hoitosuosituksia, joilla potilaan tilannetta voitaisiin parantaa tai lievittää. Myös moiniin mahdollisiin hoitotyön ongelmiin voidaan jo vastata ennalta hoitosuositusten avulla. Muistisairaahan potilaan hoito ja päivittäistoiminnoissa suoriutumisen tukeminen, painehaavojen ehkäisy ja niiden tunnistaminen, kipupotilaan hoito, kroonisen alaraaja-haavan hoito, virtsatieinfektiot sekä saattohoito ovat esimerkkejä keskeisistä hoitotyön sisällöistä pitkäaikaishoidossa olevilla, joihin on olemassa hoitosuosituksia. Hoitosuositusten avulla saadaan työyksiköissä hoitokäytännöt yhteneväisemmiksi. Koulutuksen yhteydessä katsottiin myös Lifecare-hoitokertomuksesta Testi-potilaan tiedoilla käytännön näkymä organisaation käyttämille kirjaamisen lehdille, miten niitä voidaan käyttää ja pitää auki samanaikaisesti samalla tietokoneruudulla, jotta ASPAL-sivun päivittäiskirjaaminen helpottuisi KHTIIV-lehden ollessa auki rinnalla ja näin ollen hoitosuunnitelma tulisi aktiiviseen käyttöön päivittäisessä hoitotyössä. Iltapäivän lopuksi käytiin läpi ajatuksia, joita koulutus ja käytäntöön liittyvät asiat vielä herättivät.

6.4 Kirjaamisen ja raportoinnin malli

Organisaatiossa on ollut käytössä esiselvityksen mukaan kolmentyyppisiä hoitosuunnitelmallemalleja, joissa rakenteinen kirjaamismalli vaihtelee. Koulutuspäivien aikana sovittiin, että hoitosuunnitelmien yhteneväisemmän rakenteen edesauttamiseksi Paltanpuiston sairaanhoitaja valmistele pilotointia varten kaksi samantyyppistä hoitosuunnitelman mallipohjaa, joista toinen palvelee lääkäriä asiakkaan vuosigeriatriasta kontrollia varten ja

toinen asiakkaan päivittäistä hoitotyötä helpottamalla toteutettavan hoidon tavoitteellista päivittäiskirjaamista ja siitä raportoimista.

Lääkäri haluaa ennen vuosigeriatria kontrollia hoitajan tekemän arvion asiakkaan tilasta, jota hän voi hyödyntää omaan yhteenvetokirjaukseensa. Tässä mallissa pyritään lyhyeen ja ytimekkääseen kuvaukseen, jossa ilmenee asiakkaan tulosy ja -aika, hoitotyön yhteenveto edeltävästä vuodesta, toimintakyky, tämänhetkiset oireet ja ongelmat, hoidon seuranta, lääkityksen toteuttaminen sekä mahdollinen hoitotahto tai hoidon rajaukset.

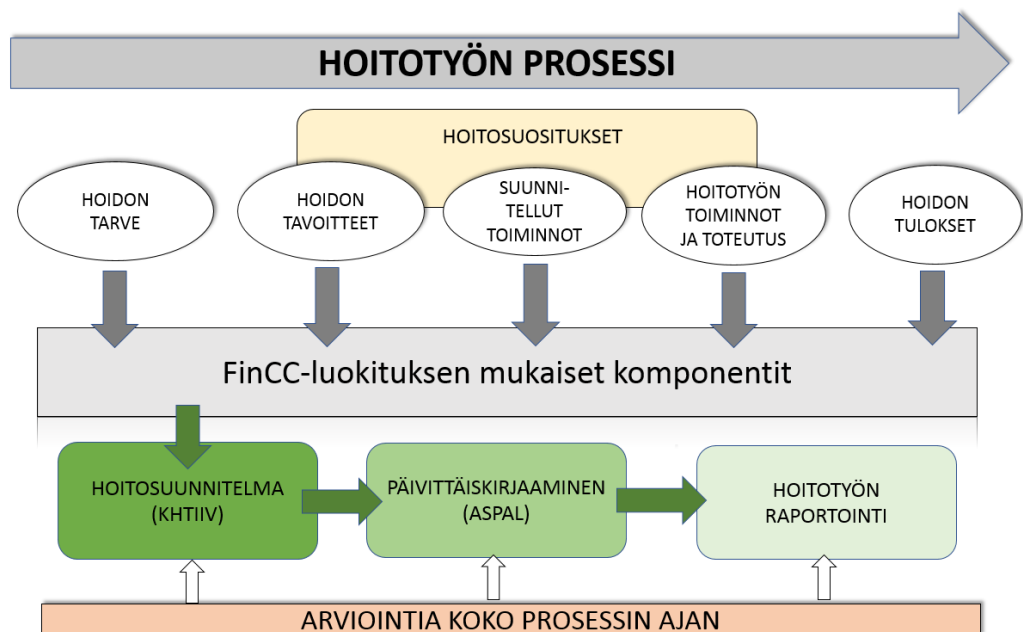
Hoitotyötä varten on jatkossa vain yksi hoitosuunnitelma, jossa ilmenee missä asumis- palveluyksikössä hän asuu, esitiedot, tulosy- ja ajankohta, toimintakyky (fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen), hoidon tarve, hoidon tavoitteet, hoitotyön toiminnot, lääkityksen toteuttaminen, hoidon rajaukset sekä mittarit (toimintakyvyn arviointi). Otsikoiden alla käytetään tarvittavia FinCC-luokituksen mukaisia komponentteja määrittelemään tarkemmin hoitotyön toimintoja, jotta ne helpottavat päivittäiskirjaamista ja raportoimista.

Mikäli lääkärinkierrolla on tullut uusia asiakkaan hoitoon liittyviä asioita esille, kirjaa kierrolla ollut sairaanhoitaja toiminnot KHTIIV-lehdelle jo valmiiksi rakenteiseen muotoon, joka niin ikään helpottaa hoitoprosessin mukaista kirjaamista ja raportointia. Tämä on tärkeää, sillä vain sitä kautta lääkärinkierron asiat siirtyvät kirjausten kautta myös suulliseen raportointiin.

Henkilökunnan koulutuspäivien lopuksi sovittiin yksi yhtenäinen kirjaamisen ja raportoinnin malli (Paltanpuiston malli), joka perustuu hoitotyön prosessiin, hoitosuosituksiin, FinCC-luokituskokonaisuuden rakenteisiin sekä niissä käytettäviin otsikoihin (komponentteihin) siten, että hoitosuunnitelma hoidon tavoitteineen ja auttamismenetelmineen palvelee **päivittäistä** hoitotyötä sekä siitä kirjaamista ja raportoimista, eikä jää irralliseksi dokumentaatioksi hoitokertomukseen. Päivittäiskirjaamisen helpottamiseksi tulee hoitosuunnitelma laatia siten, että hoidon tavoitteet ja auttamismenetelmiin on valittu valmiiksi sellaiset otsikot, jotka ovat käytettävissä suoraan myös päivittäiskirjaamiseen. Tämän avulla voidaan varmistaa, että asiakkaan saama päivittäinen hoito toteutuu hoitosuunnitelmaan laadittujen tavoitteiden ja auttamismenetelmien mukaisesti. Toimintamalli sujuvoittaa myös päivittäistä raportointia, koska tällöin välittyy tieto tavoitteidenmukaisesta hoidosta henkilökunnan vuoronvaihtojen yhteydessä.

Hoitosuunnitelmat laaditaan jatkossakin organisaation ohjeen mukaan Lifecare-hoitokertomuksen Effic-sovelluksen KHTIIV-lehdelle ja päivittäiskirjaaminen toteutetaan ASPAL-lehdellä. Koska hoitokertomusjärjestelmä ei tue samaa näkymää hoitosuunnitelmalle ja päivittäiskirjaamiselle, pitää molemmat lehdet avata erikseen auki samalle tietokoneen ruutunäkymälle, jotta hoitosuunnitelmanmukainen päivittäiskirjaaminen voi onnistua. Sähköisen hoitokertomuksen aukipitäminen ja siitä lukeminen tukee laadukkaampaa raportointia, jotta kaikki oleellinen tieto tulee välitettyä raportointitilanteessa. Hoidon tavoitteita ja auttamismenetelmiä muokataan saavutettujen hoidon tulosten mukaan tai mahdollisten uusien hoidon tarpeiden ja tavoitteiden ilmentyessä.

Paltanpuiston kirjaamisen ja raportoinnin mallissa hoitotyön tarpeista nousevaa hoitoa suunnitellaan ja toteutetaan hoitoprosessin sekä hoitosuosituksen mukaisesti. Hoidon kirjaaminen ja siitä raportointi tapahtuu hoitotyön prosessiin sekä kansallisiin rakenteisiin ja otsikoihin nojautuen hoitosuunnitelman laatimisesta lähtien. Toteutunutta hoitoa arvioidaan koko prosessin ajan vuoronvaihtoraporteilla sekä kirjaamistyöryhmän avulla. (Kuvio 19.)



Kuvio 19. Paltanpuiston kirjaamisen ja raportoinnin malli

6.5 Mallin pilotointi

Kehittämiprojektin avulla ja siinä toteutetun koulutuksen, pienryhmäharjoittelun sekä työkäytäntöjen kehittämisen myötä henkilökunta lähti pilotoimaan loppuvuoden 2019 ajan uutta kirjaamisen ja raportoinnin mallia, jota ohjasi hoitotyön prosessi, rakenteinen kirjaaminen ja hoitosuositukset (vrt. Wink 2011, 94; Rissanen & Lammintakanen 2015, 36; Koivukoski & Taalikka 2018, 36-37). Lisäksi laadukkaamman kirjaamisen ja raportoinnin tueksi kirjaamisrauhaa ja tiedon kulkua lähdettiin parantamaan kirjaamistyöryhmän avulla sekä työvuorosuunnittelua ja työtapojen kehittämistä esimiehen johdolla.

Projektiryhmässä oli sovittu etukäteen **kirjaamistyöryhmän** perustamisesta pilotoinnin ja mallin sujuvan käyttöönoton tueksi. Henkilökunta valitsi kahden sairaanhoitajien lisäksi keskuudestaan neljä lähihoitajaa, yksi kullakin osastolta. Kirjaamistyöryhmän tarkoituksena oli kirjaamis- ja raportointikäytäntöjen kehittämistyön onnistuminen ja sen juurruttaminen organisaatioon.

Koulutuksen jälkeisessä projektiryhmän ja kirjaamisvastaavien tapaamisessa sovittiin, että kirjaamisvastaavat syventävät vielä enemmän itseään kirjaamisen komponenttien sisältöihin, jotta he osaavat toimia yksikkönsä tukihenkilönä antaen lisäohjausta sitä tarvitseville. Heidän tehtävänään oli myös seurata raportointia, kansliatilojen työrauhaa sekä osallistua kirjaamistyöryhmän palavereihin tuoden esille kokemuksia pilotoinnista. (vrt. Hendrén 2016; Koivukoski & Taalikka 2018.)

Kirjaamistyöryhmä valitsi keskuudestaan puheenjohtajan, joka johti työryhmätyöskentelyä, sekä sihteerin, jonka tehtävänä oli laatia työryhmän palavereista muistiot ja lähettää palaverien jälkeen ne nähtäväksi koko henkilökunnalle sähköpostilla. Kaikkien yksikköjen yhteinen kehittämispäivä pidettiin 23.10.2019, jossa henkilökunta työsti vielä koulutuksen antia, sovittuja käytäntöjä sekä pilotointia. Puolivuositain, touko-kesäkuun ja marras-joulukuun vaihteissa, on yksiköissä kaikkien asukkaiden hoitosuunnitelman tarkistus, joten pilotointijakson aikana hoitosuunnitelmat voitiin päivittää yhden hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitosuunnitelman tarkistukset tehtiin lähihoitajien toimesta. Rauhallisin aika niiden päivittäiseen oli yövuoro. Kirjaamisvastaavat kokoontuivat pilotoinnin aikana kaiken kaikkiaan viisi kertaa eli kerran kolmen viikon listassa arvioimaan käytäntöjen sujuvuutta henkilökunnalta saatujen palautteiden sekä omien havaintojensa perusteella.

6.6 Pilotoinnin palautteet ja arviointi

Kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten mukaan henkilöstön kirjaamisrakenteiden kehittämisen tarpeeseen vastaamisella lisäkoulutuksen, työkäytäntöjen kehittämisen ja johdon tuen avulla voidaan parantaa potilaan hoidon laatua tukemalla suunnitelmallista ja päivittäistä hoitotyötä. Tiedot ovat myös vertailukelpoisempia ja paremmin löydettävissä. (vrt. Saranto & Ikonen 2007; Hyppönen ym. 2014; Jokinen & Virkkunen 2018.) Kuten muissakin tutkimuksissa on osoitettu, niin tässäkin kehittämissuunnitelmassa kirjaamistyöryhmän antamien pilotointipalautteiden mukaan kirjaamiskäytännöt paranivat selvästi koulutuksen myötä, jossa kirjaamisrakenteiden käyttö oli monipuolistunut ja muuttunut yhteneväisemmäksi käyttämällä hoitotyön prosessimallin mukaisia FinCC-luokituksia (vrt. Nykänen ym. 2010; Häyrinen 2011; Liljamo ym. 2012; Hyppönen ym. 2014; Nurmela 2016; Mykkänen 2019).

Palautteiden perusteella henkilökunta oli saanut aikaa ja työrauhaa sekä hoitosuunnitelmien laadintaan, että päivittäiskirjaamiseen rauhoittamalla kansliatilat kirjaamisen ajaksi. Kanslian ovi pidettiin kiinni kirjaamisen ajan, joka oli myös samalla merkki niin toisille hoitajille, kuin asukkaille ja omaisillekin. Kirjaamisrauhaa turvattiin myös työpareittain siten, että toisen kirjatessa kansliassa vastasi toinen hoitaja sillä välin potilaskutsuihin. (vrt. Scovell 2010.) Hoitosuunnitelmien väliarviot tehtiin yhteneväisen hoitosuunnitelman ja hoitoprosessin mukaisesti lähihoitajien toimesta pääsääntöisesti yövuorojen aikana, jolloin osastoilla koetaan yleensä olevan rauhallisempaa päiväsaikaan verrattuna. Kirjaamistyöryhmän tekemien havaintojen mukaan hoitosuosituksia ei pilotointijakson aikana oltu aktiivisemmin huomioitu hoitosuunnitelmien väliarvioita laadittaessa, sillä hoitosuositukset ovat olleet ensisijaisesti sairaanhoitajien ja lääkärin vakiintuneempi tapa hoidon suunnittelussa.

Hoitosuunnitelmissa hoidon tavoitteiden ja auttamismenetelmien laatiminen jo valmiiksi rakenteeseen muotoon helpotti myös päivittäistä kirjaamista, koska hoitosuunnitelman KHTIIV-lehdeltä sai paremmin peilattua tavoitteen mukaisia toimintoja päivittäiseen hoitotyöhön ja sitä kautta päivittäiskirjaamiseen ASPAL-lehdelle. Tämä auttoi hoitajia myös tiivistämään raportointia, sillä pilotointijakson aikana hoitotyön raportoinnissa tapahtui kehitystä hiljalleen tiiviimmäksi ja lyhyemmäksi tuoden esille oleelliset asiat asiakkaiden hoidosta. Tästä syystä onkin todettu, että myös raportoinnin laadulla on suora vaikutus potilaan saamaan hoidon laatuun (vrt. Riesenberg ym. 2010; Scovell 2010; Sinkkonen 2011; Gage 2013; Drach-Zahavy & Hadid 2015). Pilotointipalautteiden mukaan

hoitoprosessin mukainen raportointi toteutui parhaiten silloin, kun asiakkaan hoidon tavoitteissa ja auttamismenetelmissä oli tapahtunut muutoksia. Etenkin lääkärikierrolta nousseiden asioiden viestintä oli selvästi parantunut pilotointijakson loppua kohden KHTIIV-lehden aktiivisemmän käytön myötä, jonne sairaanhoitaja kirjasivat lääkärikierrolla nousseet asiat jo valmiiksi rakenteiseen muotoon, jotta lääkärikierron asiat tulivat varmistetuksi päivittäishoitoon ja raportointiin.

Ennen kehittämisprojektin pilotointijaksoa iltavuoroihin saatettiin tulla eri aikoihin, minkä vuoksi yksikköön tuleva toinen iltahoitaja jäi tällöin vaille aamuhoitajan antamaa iltapäiväraporttia. Kehittämistyön aikana esimies edesauttoi työyksikköjen tiedonkulkua yhteisemmällä työvuorosuunnittelulla siten, että iltavuoro alkaa kaikilla iltatyöntekijöillä samaan aikaan. Toisaalta vuoden 2020 alusta voimaan tullut työaikalain muutos koskien 11 tunnin vuorokausilepoa (ks. Työaikalaki 872/2019, 25 §.) työvuorojen välillä aiheutti sen, että mikäli iltavuorossa työskennellyt työntekijä on suunniteltu tulevan myös aamuvuoroon, pitää hänen edeltävä iltavuoronsa päättyä ennen yövuoroon tulevan hoitajan saapumista. Tämän vuoksi kyseisen iltahoitajan tulee kirjata entistä tarkemmin omalta osaltaan toteuttamaansa hoitotyötä, jotta yöhoitaja pystyy saamaan työnjakomallin mukaisesti ns. osittaisen hiljaisen raportin hoitokertomuksesta eli lukemaan hoitokertomuksesta edeltävän vuoron hoitajan kirjaukset ja saamaan näin riittävän tiedon tulevaa työvuoroaan koskien suullisen raportin sijaan (vrt. Saranto & Ikonen 2007, 158,162; Sinkkonen 2011, 56,58; Rautava-Nurmi ym. 2019, 61). Yöhoitajan työvuoro alkaa klo 21.00 ja yksikön toisen iltahoitajan työvuoro päättyy klo 21.30. Organisaatiossa maanantai-aamujen yhteisraportit, jossa esimies on läsnä, koettiin hyvin tärkeiksi tiedonkulun kanalta. Pilotointijakson aikana esimies muutti myös omaa käytäntöään siten, että on joka arkiamu mukana aamuraportilla jo klo 7.00, mistä on saatu myönteistä palautetta.

6.7 Implementointi

Projektiryhmässä sovittu kirjaamistyöryhmä perustettiin paitsi pilotointia ja mallin käyttöönottoa varten, myös kirjaamisen ja raportoinnin sujuvuuden ylläpitämiseksi ja juurruttamiseksi organisaatioon. Laadukas ja potilasturvallinen kirjaaminen ja raportointi vaatii säännöllistä seurantaa ja arviointia jatkossakin, jotta voidaan arvioida kirjaamisen kehittymistä ja laatua yksiköittäin sekä kiinnittää huomiota korjaamista vaativiin seikkoihin. (vrt. Hendrén 2016; Koivukoski & Taalikka 2018.) Tämän vuoksi kirjaamistyöryhmä tarkoitettiin pysyväksi yhteistyötyöryhmäksi, jonka tavoitteena on edelleen kokoontua

vähintään kaksi kertaa vuodessa arvioimaan kirjaamisen ja raportoinnin laatua. On myös todettu, että auditointimalli paitsi kehittää yhtenäisiä kirjaamisen käytäntöjä, se myös soveltuu kirjaamisen arviointiin (Mykkänen 2019, 96). Kirjaamistyöryhmän on hyvä seurata hoitosuosituksen käyttöä, jotta koko henkilökunnalle tulee vakiintunut tapa tarkastella hoitosuosituksia enemmän hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, kuin aikaisemmin. Henkilöstöpalavereissa voidaan ottaa esille, minkälaisia hoitosuosituksia on tarpeen käyttää kunkin asiakkaan kohdalla hoidon tarpeeseen vastaamiseksi. On todettu, että hoidon laatua edistää, jos kirjaaminen samalla ohjaa noudattamaan hoitosuosituksia ja ne su-lautuvat osaksi päivittäisiä työ- ja toimintatapoja (Saranto & Ikonen 2007, 157; Iivanainen & Syväoja 2016, 13-14; Jokinen & Virkkunen 2018, 11, 13-15).

Jatkossa uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdyttämisohjelmaan kuuluu organisaa-tiossa myös kirjaamis- ja raportointimallin perehdytys, jotta voidaan varmistaa yhteneväi-sen käytännön säilyminen jatkossakin. Projektityöryhmätyöskentelyn loppuvaiheessa esimies kertoi, että henkilökunnalle alkaa SHQS-laaturjärjestelmäkoulutus tämän vuoden aikana, jossa yksi osa-alue on kirjaamiseen ja raportointiin liittyvä laadunseuranta. Laa-dunhallinnalla tarkoitetaan toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja kehittämistä asetettujen laatuavoitteiden saavuttamiseksi. Laadunhallinnan tukena voidaan käyttää erilaisia malleja, joista yksi on terveydenhuollon laatuohjelma SHQS. (THL 2020.)

6.8 Mallin hyödynnettävyys

Vaikka kehittämisprojektin tuotoksena syntynyt malli on kehitetty tätä organisaatiota var-ten, voidaan mallia kuitenkin hyödyntää samankaltaisissa ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa tarjoavissa asumispalveluyksiköissä. Mallin teoreettinen pohja perustuu kaiken hoidon perustana olevaan hoitotyön prosessiin sekä valtakunnallisesti yhtenäisiksi sovit-tuihin tietorakenteisiin. Tämän vuoksi se on hyödynnettävissä muokkaamalla tai jatkoke-hittämällä sitä eteenpäin myös muihin hoitoyksikköihin kunkin toiminnan luonteeseen ja hoitokulttuuriin sopien.

7 POHDINTA

7.1 Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus

Kehittämiprojektin pohjatyötä tehdessä ja tutkimusaihetta käsittelevään kirjallisuuteen perehtymisessä tulee niiden suunnata ja ohjata tutkimuksen ja kehittämistyön valintoja, joten sen vuoksi kirjallisuuden valinnassa tulee olla kriittinen; on otettava huomioon lähdemateriaalin tunnettuus ja arvostettavuus, lähteen ikä ja sen tiedon alkuperä, uskottavuus, totuudellisuus sekä puolueettomuus (Silfverberg 2007, 34; Hirsjärvi ym. 2013, 109,113-114). Projektin tehtävä on aina uusi tai **ainutkertainen** ja sen prosessia ei voida sellaisenaan toistaa. Ihmiset, olosuhteet ja ympäristötekijät ovat aina muuttuvia (Ruuska 2006, 23). Projektilla tulee aina olla **tavoite** eli kehittämispäämäärä, jonka saavuttamiseen sen toteutuksella pyritään vaikuttamaan. Tavoitteiden tulee olla selkeät ja kuvata sitä tilanteen tai toiminnan muutosta, johon kehittämiprojektilla pyritään. Myös muiden projektiin osallistuvien pitää myös sitoutua projektin tavoitteisiin ja suunnitteluun. Lisäksi projektilla tulee olla määrätyt **resurssit**. (Silfverberg 2007, 27, 29; Paasivaara ym. 2013, 41.) Projektityössä on osattava tehdä tiimityötä ja omata hyvät vuorovaikutustaidot. Lisäksi projektin sisältöosaamisen vuoksi tulee hallita projektityön menetelmät ja johtamistaidot. (Paasivaara ym. 2013, 43-44.) Jotta projektin tavoitteet voidaan saavuttaa, edellytetään eri alueiden asiantuntijoiden välistä yhteistoimintaa. **Projektiorganisaatio** muodostetaan projektiin nimetyistä asiantuntijoista. Projektiorganisaatio on toimiva, kun siinä olevat vastuut ja valtuudet on selvästi määritelty ja projektisuunnitelma on huolellisesti laadittu ja sitä käytetään projektin johtamisen työkaluna. (Ruuska 2006, 25-26; Silfverberg 2007, 30,98.)

Tämän kehittämiprojektin tarve tuli organisaatiosta itsestään, jolloin heillä oli motivaatiota kehittää omia toimintatapojaan. Kehittämiprojektin taustalla oli organisaation arvot ja strategia sekä organisaation ja oppilaitoksen tuki kehittämistyölle. Projektin ohjaukseen muodostettiin projektiorganisaatio ja niiden tehtävät ja osapuolten roolit kuvattiin. Projektin etenemiseksi laadittiin tarkka projektisuunnitelma, jossa määriteltiin projektin tavoite ja suunniteltu projektissa eteneminen. Projektisuunnitelman avulla organisaatio pystyi suunnittelemaan ajoissa sille vaadittavat resurssit työyhteisössä. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin luotettavia ja mahdollisimman tuoreita lähteitä ja tutkimuksia, jotka olivat lähellä kehittämiprojektin luonnetta.

Kehittämisprojektista tehtiin toimeksiantosopimus opiskelijan, Paimion kaupungin sekä Turun ammattikorkeakoulun kanssa tavallista aikaisemmassa vaiheessa, helmikuussa 2019, koska opiskelija tarvitsi esiselvityksen vuoksi katseluoikeuden asiakkaiden hoitokertomukseen. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita sekä opinnäytetyön toimeksiantosopimusta noudattaen opiskelija huomioi kehittämisprojektiin liittyvän **aineiston käsittelystä, säilyttämisestä ja arkistoinnista annetut määräykset asianmukaisella tavalla**. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6.)

Esiselvityksen ajaksi opiskelijalle tehtiin oma opiskelijaprofiili Lifecareen, jonne hän kirjautui omilla henkilökohtaisilla tunnuksillaan kirjatun kunkin asiakkaan kertomuksen asiakirjamerkinnän, miksi hän tutki asiakkaan hoitokertomusta hoitotyöntekijöiden kirjaamismerkintöjen osalta. Tämän asiakirjamerkinnän hyväksyi vielä yksikön sairaanhoitaja, jolla varmistettiin se, että opiskelija tarkasteli varmasti oikean henkilön hoitokertomusta. Opiskelija ei kopioinut itselleen asiakkaiden henkilötietoja. Hoitokertomuksiin liittyvät muistiinpanot hävitettiin tutkimuksen analysoinnin jälkeen. Suullisissa raportointitilanteissa opiskelija seurasi raportointia kirjaamalla ylös havainnoitejaan tarkkojen muistiinpanojen ja kirjanpidon avulla puuttumatta itse millään lailla muutoin raportin kulkuun. Lisäksi opiskelijaa sitoi terveydenhuollon ammattilaisena asiakasasioiden kuulemisen ja käsittelyn osalta vaitiolovelvollisuus. Esiselvityksestä sekä siihen liittyvästä havainnoinnin ajankohdasta oli esimiehen toimesta etukäteen tiedotettu henkilökuntaa. Esiselvitykseen valmistautumista auttoi se, että opiskelija tunsi oman ammattitaustansa vuoksi kohderyhmän toimintaa. (vrt. Vilka 2015, 149.) Kehittämisprojektiin liittyvän tutkimuksen ja niistä nousseiden tulosten perustella luotiin yhdessä henkilöstön kanssa kirjaamis- ja raportointimalli, jonka ryhmätyöskentelyssä huomioitiin **oikeus yksilölliseen ja tasaver-taiseen kohteluun**. Ryhmässä jokaisella oli mahdollisuus tulla kuulluksi ja sanoa mielihiteensä omaan työyksikkönsä kohdistuvassa kehittämistyössä. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6.)

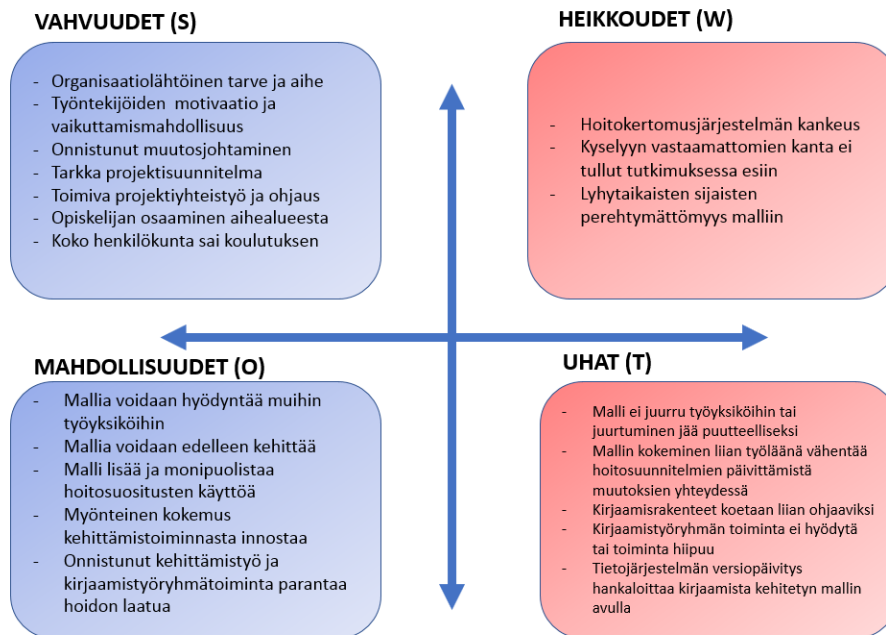
7.2 Kehittämisprojektin arviointi

Kehittämisprojektin tarkoituksena on olla oppiva prosessi kaikille siihen osallistuville. Jokainen kehittämisprojekti on ainutkertainen, ja tämän kehittämisprojektin avulla tähdättiin nimenomaan pysyviin muutoksiin Paltanpuiston palvelukeskuksen kirjaamis- ja raportointikäytäntöihin. Toimintamalli on siirretty jo projektin aikana henkilökunnan käyttöön,

jonka kehittämistyöhön he ovat itse saaneet vaikuttaa. (vrt. Ruuska 2006, 263; Silfverberg 2007, 30.)

Projektin käynnistämistä ja eteenpäinviemistä edesauttoi selvästi se, että kehittämisprojektin tarve oli lähtöisin organisaatiolta itseltään. Henkilökunta oli motivoitunut kehittämään toiminta- ja työtapojaan. Onkin perusteltua ottaa työntekijät mukaan erilaisiin työpaikan kehittämistöimiin, sillä se parantaa ja edesauttaa niiden onnistumista merkittävästi. Työntekijöiden sitoutuminen ja motivoituminen muutokseen lisääntyy, kun he voivat itse vaikuttaa siihen, mitä omassa työssä ja työyksikössä tapahtuu (vrt. Vuorinen 2008, 113-116; Puttonen ym. 2016, 28-29).

SWOT-analyysi on kahden ulottuvuuden kuvaama nelikenttäinen työkalu, jota voidaan käyttää toiminnan, hankkeiden tai projektien suunnitteluun sekä arviointiin. Analyysin nimi tulee englanninkielisistä sanoista Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) sekä Threats (uhat). Kaavion vasempaan puoliskoon kuvataan myönteiset asiat ja oikeaan puoliskoon negatiiviset asiat. SWOT-analyysin pohjalta voidaan tehdä päätelmiä, miten vahvuuksia voidaan käyttää hyväksi, miten heikkoudet muutetaan vahvuuksiksi, miten tulevaisuuden mahdollisuuksia hyödynnetään ja miten uhat voidaan välttää. (Innokylä 2019; THL 2019b.) Kehittämisprojektin SWOT-analyysi on esitetty seuraavassa kuviossa (Kuvio 20.)



Kuvio 20. Kehittämisprojektin arviointi SWOT-analyysillä

Kehittämiprojektin **vahvuuksina** todetaan ensisijaisesti, että sen lähtökohtana oli henkilökunnan itsensä ilmaisema tarve ja halu kehittää kirjaamis- ja raportointikäytäntöjään. Kehittämistoiminnalla on huomattavasti suurempi todennäköisyys onnistua, kun organisaatio itse huomaa kehittämistarpeensa. Projektin aihe oli näin ollen jo valmiiksi selkeästi määritelty. Projektisuunnitelma laadittiin huolellisesti, mikä helpotti projektiaikataulussa pysymistä sekä projektin etenemisestä tiedottamista organisaatiossa. Projektiorganisaatioon valittiin kehittämistyön ja muutosjohtamisen kannalta oikeat ja keskeiset henkilöt, joiden työpanos oli toimivaa ja tehokasta. Opiskelijan oma osaaminen ja asiantuntemus aiheesta edesauttoi projektin läpiviemistä. Kehittämiprojektin tuotoksena syntyneen mallin mukaiset yhteneväiset kirjaamisrakenteet nopeuttavat kirjaamista ja siitä raportointia. Tiedot ovat myös helpommin löydettävissä. Koko henkilöstö saatiin koulutettua kahden iltapäivän aikana organisaatiossa paikan päällä. Tämä oli kustannustehokas tapa toteuttaa koulutus.

Projektin **mahdollisuuksina** voidaan nähdä, että sujuvan ja onnistuneen kirjaamistyöryhmätoiminnan avulla kirjaamis- ja raportointikäytännöt voidaan myös pitää yhtenäisenä ja niiden arviointi on pitkäkestoista ja jatkuvaa. Sujuvien käytäntöjen avulla myös hoidon laatu paranee. Lisäksi malli ohjaa hoitosuositusten käyttöön jo hoidon suunnitteluvaiheessa, jotta sitä kautta myös hoitokäytännöt pysyisivät mahdollisimman yhteneväisinä, laadukkaina ja turvallisina. Henkilökunnan myönteinen kokemus kehittämistoiminnan suhteen voi innostaa työntekijöitä kehittämään muitakin työ- ja toimintatapojaan jatkossa. Tärkeää on, että mallia voi kuitenkin edelleen kehittää ja sitä voidaan hyödyntää työnantajan (Paimion kaupunki) muihinkin hoitoyksiköihin, esim. kotihoitoon.

Mallin **heikkoutena** on se, että Lifecare-hoitokertomusjärjestelmän Effica-sovellus ei tue tavoitteellista rakenteista kirjaamista, koska hoitosuunnitelmat eivät ole samalla hoitotyön lehdellä, vaan pitää käyttää kahta näkymää auki samaan aikaan, jotta pystyy pelaamaan tavoitteelliseen kirjaamiseen. Jos versiopäivityksessä saadaan tähän kehitystä, helpottaa se päivittäistä kirjaamista jatkossa. Myös koko järjestelmän mahdollinen vaihto voi joko helpottaa tai vaikeuttaa kirjaamista. Kehittämiprojektin yhtenä heikkoutena voidaan pitää myös sitä, että kyselytutkimukseen vastaamattomien kanta ei tullut tässä projektissa esiin. Koko henkilökunta kuitenkin koulutettiin, joten he ovat olleet kehittämistoiminnassa mukana samoin kuin kyselyyn vastanneetkin. Mallin heikkoutena voidaan pitää myös sitä, että kirjaamista pääsevät toteuttamaan vain ne työntekijät, joilla on Lifecareen kirjautumistunnukset: lyhytaikaiset sijaiset tai keikkatyöntekijät jäävät kirjaamismallin ulkopuolelle. Tällöin korostuu hyvä suullinen raportointi.

Kehittämiprojektin **uhkia** arvioidessa huomioitavaa on, ettei malli välttämättä juurru organisaatioon kaikilta osin: se voi juurtua vain osaan osastoja tai sen juurtuminen voi jäädä puutteelliseksi tai ei juurru lainkaan. Organisaatiossa hoitosuunnitelmat päivitetään pääsääntöisesti puolen vuoden välein. Voi olla, että hoitosuunnitelmia ei päivitetä, jos hoidon tarpeen tai tavoitteiden muutos on vähäinen tai jos hoitosuunnitelmien laatiminen koetaan liian työlääksi. Toisaalta tämä on jo osittain huomioitu siinä, että sairaanhoitaja kirjaa lääkärintarkinnan jälkeen KHTIIV-lehdelle jo valmiiksi rakenteiseen muotoon kierrolla nousseet asiat, jotka helpottavat päivittäistä hoitotyötä sekä siitä kirjaamista ja raportointia. Tämän vuoksi mallista voi kehittää ns. ”miniversion” vaikkapa kirjaamistyöryhmän johdolla. Uhkana voi myös olla, että kirjaamisrakenteet voidaan myös kokea liian ohjaaviksi, jonka vuoksi niiden käyttö jää vähäiseksi. Jo koulutuspäivien aikana tästä oli puhetta henkilökunnan kanssa, minkä vuoksi käytiin läpi erilaisia vaihtoehtoja, joissa joitakin hoitotyön toimintoja ja niiden kirjaamista voisi yhdistää esim. ”Päivittävät toiminnot”-otsikon alle. Tämä tapa antaa joustoa kirjaamisen suhteen, jos kovin monien toimintojen erittelemineen tuntuu työläältä vaikkapa kiireisimpinä päivinä. Koulutusmateriaalin työstön aikana ilmeni, ettei Tieto Oy:n toimittamaan Lifecare-potilastietojärjestelmään oltu tehty Effic-sovelluksen kirjaamisrakenteiden vuoden 2012 versio-päivitystä. Uhkana saattaa olla, että versio-päivitys hankaloittaa kirjaamisrakenteiden käyttöä, koska kukaan ei tiedä, minkälainen versio päivityksen jälkeen tulee olemaan. Otsikkorakenteiden osalta asia huomioitiin koulutuksen yhteydessä siltä osin, kuin se 2012 versioon on määriteltä. Tähänkin muutokseen pystytään kirjaamistyöryhmän avulla vastaamaan, sillä organisaatio saa kyllä aikanaan etukäteistiedon versio-päivityksen ajankohdasta.

Tämän kehittämiprojektin tavoitteena ollut toimintojen kehittäminen ja uuden toimintamallin löytäminen kirjaamis- ja raportointikäytäntöihin saavutettiin. Oleellista oli, että henkilökunnan kanssa tehtiin yhteistyötä ja heidät otettiin mukaan aktiivisesti jo suunnittelun alkuvaiheesta asti. Osallistavassa kehittämiprojektissa hyöty perustuu henkilökunnan tarpeisiin ja valintoihin. Kehittämiprojektin avulla vahvistettiin organisaation toimintapuitteita ja osaamista, jonka vuoksi kehitetty toimintamalli siirrettiin henkilökunnan käyttöön pysyväksi toimintamalliksi. (vrt. Silfverberg 2007, 23,29,30; Wink 2011, 94; Rissanen & Lammintakanen 2015, 36.) Hoitotyötä suunnitellaan, kirjataan ja siitä raportoidaan Paltanpuiston mallin mukaisesti kaikilla neljällä osastolla. Paimion kaupungin vuosille 2018-2022 laatiman strategian mukaan kaupunki haluaa panostaa edistyskellisiin ja laadukellisiin palveluihin, jossa tämä kehittämiprojekti on osaltaan edesauttanut yhtenäisempää ja ajantasaisempää tiedonkulkua organisaatiossa parantaen samalla myös potilasturvallisuutta ja hoidon laatua (vrt. Paimion kaupungin strategia 2018-2022).

Vaikka kehittämisprojekti tulikin osaltaan valmiiksi ja henkilökunnan kanssa työstettiin toimintamalli, jatkuu kuitenkin kehittämistyö organisaatiossa sen osalta edelleen: kirjaaminen ja raportointi on kehittynyt, mutta niiden sisällöissä on pilotointipalautteiden mukaan edelleen vaihtelua. Muutos tapahtuu yleensä hitaasti ja osa työntekijöistä omaksuu uuden tavan toimia nopeammin kuin toiset. Tämän vuoksi on tärkeää, että kirjaamistyöryhmä arvioi säännöllisesti mallin toimivuutta, toimintatapojen sujuvuutta ja tarpeen mukaan edelleen työstää ja kehittää sitä tarpeidensa mukaan.

7.3 Projektiorganisaation toiminta

Tässä projektissa toteutettiin YAMK-opinnäytetyön toteuttamista kuvaavaa kolmikantamallia Ahosen (2006) tekemän mallin pohjalta, jossa myös projektiorganisaation tehtävät määriteltiin sen mukaisesti. Opiskelijan vastuulla oli kehittämisprojektin käynnistäminen, projektiorganisaation muodostaminen ja sen toiminta, projektisuunnitelman tekeminen ja sen mukainen eteneminen sekä siinä toteutuva johtaminen ja saavutetut kehittämistulokset. (ks. Seppänen-Järvelä 2004, 15; Silfverberg 2007, 98-99; Ahonen 2015, 14-16.) Kehittämisprojektin ohjausryhmä muodostettiin helmikuussa 2019 ja siihen kuuluivat opiskelijan lisäksi opettajatuutori sekä Paltanpuiston palvelukeskusvastaavana toimiva työelämämentori. Opettajatuutorilta sain kehittämisprojektille arvokasta projektin laadunhallintaan liittyvää tukea. Koin ohjausryhmän tuen tärkeäksi ja sain tarvitsemani ohjausta projektin eteenpäinviemiseen. Ohjausryhmän ohjaus tapahtui pääasiassa sähköpostitse. Kertaalleen pidin tapaamisen opettajatutorin kanssa, jossa käytiin läpi kyselytutkimuksen kysymystenasettelu.

Mentorointisuunnitelma ja -sopimus tehtiin palvelukeskusvastaavan kanssa 16.10.2018. Myös kehittämisprojektin projektiryhmä muodostettiin helmikuussa 2019 ja se koostui opiskelijan lisäksi työelämämentorista sekä Paltanpuiston molemmista sairaanhoitajista, joista toinen vaihtui elokuussa 2019. Työelämämentori teki yhteistyötä projektiorganisaation jäsenten kanssa osallistuen sekä ohjaus- että projektiryhmän työskentelyyn. Työelämämentorina toimiva esimies edesauttoi muutosjohtamista ja kehittämisprojektin etenemistä projektiorganisaatiossa tehtyjen sopimusten mukaisesti ja tiedotti henkilökuntaa projektin eri vaiheista antaen näin kokonaisuudessaan tärkeän tuen työkäytäntöjen ja työntekijöiden kehittymiselle (vrt. Vuorinen 2008; Nivala 2011).

Ryhmän kokoontumisajankohdat sovittiin joko edellisessä kokoontumisessa tai sähköpostitse. Etukäteen laadittu palaverin esityslista helpotti ja nopeutti asioiden käsittelyä

sekä palaverimuistion laatimista. Muistio lähetettiin tapaamisen jälkeen ohjausryhmälle. Projektiryhmän työskentely oli aktiivista, informatiivista ja tuki opiskelijaa pysymään projektiaikataulussa. Myös tarvittavista työnjaoista projektin edesauttamiseksi huolehdittiin projektiryhmässä kunkin osalta aina sovittujen mukaisesti. Projektiryhmä kokoontui projektin aikana yhteensä kahdeksan kertaa. Loppuvaiheessa projektiryhmän tapaamisiin liittyi myös kirjaamistyöryhmä pilotoinnin aloittamisen tueksi sekä niistä saatujen palautteiden keräämiseksi.

Kehittämiprojektin aikana oma työskentelyni oli päämäärätietoista. Huolellisesti tehty projektisuunnitelma tuki projektiaikataulussa pysymistä. Organisaation kanssa tehty yhteistyö oli erittäin sujuvaa. Paltanpuisto osoittautui onnistuneeksi kohteeksi, sillä olen saanut tehdä projektia omiin aikatauluihini sopien opiskellessani työn ohessa ilman opintovapaata. Tämä on mahdollistanut projektiryhmän tapaamiset minulle sopiviin aikoihin ilman organisaation luomia paineita aikatauluista. Käytän omassa työssäni myös Lifecare-hoitokertomusjärjestelmää kansallisin rakentein, jonka vuoksi järjestelmän ja rakenteiden käyttö oli minulle kouluttajana helppoa ja pystyin tuomaan paljon käytännön esimerkkejä kirjaamiseen. Kehittämiprojektin aikana oman asiantuntijuuden kasvua syvensi entisestään aihepiirin teoreettinen tieto, hoitoprosessi sekä hoitosuositusten vielä järjestelmällisempi mukaan ottaminen myös omassa työssä tapahtuvaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Kaikkein haasteellisinta tässä projektissa oli tutkimuksellisessa osiossa kyselylomakkeen laatiminen ja kysymysten asettelu. Sain siihen kuitenkin arvokasta ohjausta opettajatuutorilta. Tutkimusprosessin läpivieminen sekä tutkimustulosten analysointi oli opettava ja kehittävä kokemus, joka kasvatti asiantuntijuuttani. Kehittämiprojektin aikana toteutettu koulutus toi lisävarmuutta kouluttajana ja onnistunut projektityöskentely itsessään toi innostusta osallistua työelämässä työstettäviin kehittämiprojekteihin jatkossakin.

7.4 Jatkokehittämisehdotuksia

Kirjaamistyöryhmän työskentelyä ja mallin arviointia ajatellen voisi jatkossa organisaatiossa teettää kysely uudelleen. Sen avulla saataisiin vielä tarkempaa tietoa mallin vaikuttavuudesta ja siitä, mikä on muuttunut ja millaisena henkilökunta on mallin käytön kokenut pidemmällä ajanjaksolla. Lisäksi organisaatio voisi kehittää kirjaamistyöryhmälleen kirjaamisen ja raportoinnin auditoinnin mallin, mikä helpottaisi myös kirjaamistyöryhmän toimintaa sekä työkäytäntöjen arviointia. Tulevaisuudessa voi myös

ympäri vuorokautiseen hoitoon tulla mobiilikirjausta, jonka vuoksi mallia on edelleen hyvä kehittää tiiviimmäksi mobiilikirjaukseen soveltuvalla tavalla.

LÄHTEET

Ahonen, P. 2015. Tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnan vaikuttavuus. Teoksessa P. Ahonen (toim.) Ylemmän ammattikorkeakoulutuksen opettajuus tutkimuksen, kehittämisen ja uudistamisen sillanrakentajana. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 222. Tampere: Juvens Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 8-19. Saatavilla: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165978.pdf>

Cochrane 2019. What we do. Viitattu 29.8.2019. www.cochrane.org > About us > What we do.

Drach-Zahavy, A. & Hadid, N. 2015. Nursing handovers as resilient points of care: linking hand-over strategies to treatment errors in the patient care on the following shift. *Leading Global Nursing Research*. 71(5), 1135-1145. Viitattu 2.3.2020. Saatavilla: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/full/10.1111/jan.12615>

Flanagan, D. 2014. The key to a good handover. *World of Irish Nursing & Midwifery*, 24(3), 50. Viitattu 28.11.2019. Saatavilla: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=114898822&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMNHX8kSe-prU4y9fwOLCmsEiep7FSr6%2B4SbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGqtU%2B2rLRouePfgexx44Dt6fIA>

Gage, W. 2013. Evaluating handover practice in an acute NHS trust. *Nursing Standard* 27(48), 43-50. Viitattu 20.2.2020. Saatavilla: http://ovidsp.dc1.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/sp-4.04.0a/ovidweb.cgi?&S=JKENFPOPKEACALNDKPBKOHGJKGF-GAA00&Link+Set=S.sh.22%7c1%7csl_10&Counter5=SS_view_found_article%7c00002311-201307310-00055%7covft%7covftdb%7covfto&Counter5Data=00002311-201307310-00055%7covft%7covftdb%7covfto

Heikkinen, H.L.T. 2015. Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus, 201-219.

Heikkinen, E.; Kauppinen, M. & Laukkanen, P. 2013. Iäkkäiden ihmisen selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Teoksessa (toim.) E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen. *Gerontologia*. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 291-302.

Hendrén, M-M. 2016. Osastonhoitajien kokemuksia hoitotyön kirjaamisen auditoinnista johtamisen välineenä. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.12.2019. Saatavilla: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/106623/Hendren_Mia-Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Helovuori, A.; Kinnunen, M.; Kuosmanen, A. & Peltomaa, K. (toim.) 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta - opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 19.2.2020. Saatavilla: http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17. uud. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hotus 2019. Hoitosuosituksen. Viitattu 28.8.2019. www.hotus.fi > Näytön tiivistäminen > Hoitosuosituksen.

Hyppönen, H.; Vuokko, R.; Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. (toim.) 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen – Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 34/2014. Viitattu 2.3.2019. Saatavilla: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa: tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 2.3.2019. Saatavilla: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Innokylä 2019. SWOT. Viitattu 17.2.2020. www.innokyla.fi > SWOT > toimintamalli

Joanna Briggs Institute 2019. Who are we? Viitattu 29.12.2019. www.joannabriggs.org > About JBI > About > Who are we?

Jokinen, T. & Virkkunen, H. (toim.) 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas osa 1. Versio 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.12.2019. Saatavilla: https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvens Print.

Kela 2020. Eläkeläiset. Viitattu 27.2.2020. www.kela.fi > Eläkeläiset.

Koivukoski, S. & Taalikka, M. 2018. Gurut kehittivät kirjaamista. Sairaanhoidaja 7/2018, 34-39.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2017:6. Viitattu 21.3.2019. Saatavilla: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvluista 28.12.2012/980. Annettu Helsingissä 28.2.2012. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Annettu Helsingissä 17.8.1992. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Annettu Helsingissä 28.6.1994. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki viranomaisten tietojärjestelmien ja tietoliikennejärjestelyjen tietoturvallisuuden arvioinnista 1406/2011. Annettu Helsingissä 22.12.2011. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20111406>

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621. Annettu Helsingissä 21.5.1999. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>

Laukkanen, P. & Pekkonen, A.K. 2013. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat menetelmät. Teoksessa (toim.) E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen. Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 303-314.

Liljamo, P.; Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke 2007-2008. FinCC-luokituksen käyttöopas. Viitattu 28.8.2019. Saatavilla: <https://docplayer.fi/21846192-Opas-fincc-luokituskokonaisuuden-kayttoon-hoitotyon-sahkoisen-kirjaamisen-mallissa.html>

Liljamo, P.; Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 13.8.2019. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mariani, E.; Chattat, R.; Vernooij-Dassen, M.; Koopmans, R. & Engels, Y. 2017. Care Plan Improvement in Nursing Homes: An Integrative Review. *Journal of Alzheimer's Disease*. 55(4), 1621-1638. Viitattu 2.3.2020. Saatavilla: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad160559>

Moriarty, J.; Norrie, C.; Manthorpe, J.; Lipman, V. & Elaswarapu, R. 2019. What makes a good handover in a care home for older people? *Working with older people*. 23(3), 167-176. Viitattu 2.3.2020. Saatavilla: <https://www-emerald-com.ezproxy.turkuamk.fi/insight/content/doi/10.1108/WWOP-05-2019-0010/full/pdf?title=what-makes-a-good-handover-in-a-care-home-for-older-people>

Mykkänen, M. 2019. Tietorakenteet hoitotietojen käsittelyssä ja potilastiedon toisiokäytössä. Itä-Suomen yliopiston julkaisuja - Publications of the University of Eastern Finland - Dissertations in Social Sciences and Business Studies; 202. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 17.2.2020. Saatavilla: https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-3181-8/urn_isbn_978-952-61-3181-8.pdf

Nivala, V. 2011. Kehittävä johtajuus. Teoksessa P. Juuti (toim.) *Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen*. Vantaa: Hansaprint, 167-181.

Nurmela, E-P. 2016. Koulutusintervention vaikutus hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatuun. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.3.2019. Saatavilla: <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99144/GRADU-1464869393.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nykänen, P.; Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokeromusten käytettävyys. Tampereen yliopiston julkaisuja, tietojenkäsittelytieteiden laitos. Raportti D-2010-7. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 20.2.2020. Saatavilla: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/65782/D-2010-7.pdf?sequence=1>

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2013. *Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa*. 2. p. Helsinki: Tietosanoma.

Paimion kaupungin strategia 2018-2022. 2018. Paimio aallonharjalla. Paimion kaupunki.

Paimion kaupunki 2019a. Paltanpuiston palvelukeskus. Viitattu 27.12.2019. www.paimio.fi > Palvelut > Perhe- ja sosiaalipalvelut > Vanhuspalvelut > Palveluasuminen > Paltanpuiston palvelukeskus.

Paimion kaupunki 2019b. Ikääntyneiden palvelut. Paimion kaupunki. Viitattu 27.2.2020. Saatavilla: http://www.paimio.fi/files/6048/ikaantyneiden_palvelut.pdf

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2017:9. Viitattu 27.11.2019. Saatavilla: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Potilasturvallisuusyhdistys 2020. ISBAR. Viitattu 19.2.2020. www.spty.fi > Ammattilaisille ja opiskelijoille > Hoidon turvallisuus > ISBAR.

Puttonen, S.; Hasu, M. & Pahkin, K. 2016. Työhyvinvointi paremmaksi. Keinoja työhyvinvoinnin ja työterveyden kehittämiseksi suomalaisilla työpaikoilla. Työterveyslaitos. Helsinki: Juvens Print. Viitattu 25.12.2019. Saatavilla: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130787/Ty%C3%B6hyvinvointi%20paremmaksi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rautava-Nurmi, H.; Westergård, A.; Henttonen, T.; Ojala, M. & Vuorinen, S. 2019. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Riesenberg, L.; Leisch, J. & Cunningham, J. 2010. Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24-32. Viitattu 1.3.2020. Saatavilla:

https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2010/04000/Nursing_Handoffs_A_Systematic_Review_of_the.26.aspx

Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 2. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 15-38.

Ruuska, K. 2006. Terveydenhuollon projektinhallinta: Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum.

Rönkkö, I.; Kinnunen, U-M.; Kiviharju, S. & Mäkinen, R. 2016. Potilastiedot hyötykäyttöön perusterveydenhuollossa – tarvitaan kysymisen taitoa, dataa ja tiedonlouhinnan osaamista. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2016;8(1), 14-29. Viitattu 2.3.2019. Saatavilla: <https://journal.fi/finjehew/article/view/55987>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Tampere: Juvens Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 30.3.2019. Saatavilla: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Salonen, K.; Eloranta, S.; Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Tampere: Juvens Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 30.3.2019. Saatavilla: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa A. Ensio, K. Tanttu & A-L. Sonninen (toim.). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. painos. Helsinki: WSOY, 157-166.

Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa A. Ensio, K. Tanttu & A-L. Sonninen (toim.). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. painos. Helsinki: WSOY, 12-16.

Scovell, S. 2010. Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. Nursing Standard 24(20), 35-39. Viitattu 2.3.2019. Saatavilla: <https://search.proquest.com/openview/eda24a5c5d337ac582346577a912d275/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30130>

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa: Opas käytäntöihin 4/2004. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75862/Arviointiraportteja4_04.pdf

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Sinkkonen, T. 2011. Työvuorojen välisen raportoinnin kehittäminen pilottiosastoilla Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.3.2019. Saatavilla: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33576/tiina.sinkkonen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Annettu Helsingissä 30.12.2014. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Annettu Helsingissä 30.3.2009. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Sotaveteraanit 2020. Veteraanien tuet ja etuudet vuonna 2020. Viitattu 27.2.2020. www.sotaveteraanit.fi > Veteraanien tuet ja etuudet.

Sotetieto 2020. RAVA® arvioi ikääntyneen toimintakykyä ja avuntarvetta. Viitattu 27.2.2020. www.sotetieto.fi > Tuotteet > RAVA® arvioi ikääntyneen toimintakykyä ja avuntarvetta.

Stevenson, J.E. & Nilsson, G. 2012. Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 68(3), 667–676. Viitattu 27.2.2020. Saatavilla: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2011.05786.x>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019. Käypä hoito. Viitattu 29.8.2019. www.kaypahoito.fi > Käypä hoito.

Terveyskylä 2018. Hoidon suunnittelu. Viitattu 27.2.2020. www.terveyskyla.fi > Palliatiivinen talo > Palliatiivinen hoito > Hoidon suunnittelu.

Terveyskylä 2019. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Viitattu 27.2.2020. www.terveyskyla.fi > Ikätalo > Ikääntyneelle > Koti- ja palveluasuminen > Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen.

Terveysportti 2019. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 27.2.2020. www.terveysportti.fi > TOIMIA-tietokanta > Mittarit.

THL 2019a. Tutkimustoiminta THL:ssä. Viitattu 1.9.2019. www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Tutkimustoiminta THL:ssä.

THL 2019b. Itsearviointi. Viitattu 17.2.2020. www.thl.fi > Aiheet > Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen > Osallisuuden edistäminen > Heikoimmassa asemassa olevien osallisuus > Hankkeet ja hanketuki > Arviointi > Itsearviointi.

THL 2020. Laatu. Viitattu 16.2.2020. www.thl.fi > Aiheet > Sote-uudistus > Palvelujen tuottaminen > Laatu.

Tietosuojalaki 5.12.2018/1050. Annettu Helsingissä 5.12.2018. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050#L5P30>

Tietosuojaseloste 2018. Paimion-Sauvon terveyskeskus. Viitattu 26.11.2019. Saatavilla: <http://www.paimionsauvonterveyskeskus.fi/terveyskeskus/tietosuoja/tietosuojaseloste>

Tucker, A.; Brandling, J. & Fox, P. 2009. Improved record-keeping with reading handovers. *Nursing Management* 16(8), 30 - 34. Viitattu 3.3.2020. Saatavilla: http://ovidsp.dc1.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/sp-4.04.0a/ovidweb.cgi?&S=FCBPFPGPDJACLJLCKPBKEFGJCEO-FAA00&Link+Set=S.sh.22%7c2%7csl_10&Counter5=SS_view_found_article%7c00043623-200912000-00029%7cyrovft%7covftdb%7cyrovftk&Counter5Data=00043623-200912000-00029%7cyrovft%7covftdb%7cyrovftk

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 14.3.2019. Saatavilla: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Työaikalaki 872/2019. Annettu Helsingissä 5.7.2019. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190872>

Valli, R. 2015. Paperinen kyselylomake. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin* 1. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus, 84-108.

Valvira 2015. Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä. Viitattu 2.3.2020. www.valvira.fi > Ajankohtaista > Uutiset ja tiedotteet > Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä.

Valvira 2019. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 27.2.2020. www.valvira.fi > Terveystieteiden tutkimuskeskus > Hyvä ammatinharjoittaminen > Elämän loppuvaiheen hoito.

Valviran ohje 3/2015. Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. Dnro 4141/06.00.00.05/2015. Viitattu 4.3.2020. Saatavilla: https://www.valvira.fi/documents/14444/236783/Ohje_hoitosuunnitelmat_ja_DNR_paatos.pdf/cfff4d23-d667-47db-aea1-4ae1a360c3e4

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 4.1.2020. Saatavilla: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66405/978-951-44-7485-9.pdf?sequence=1&isAllo-wed=y>

Wang, N.; Hailey, D. & Yu, P. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. Journal of Advanced Nursing, 67(9), 1858-1875. Viitattu 2.3.2020. Saatavilla: https://www.researchgate.net/publication/51019425_Quality_of_nursing_documentation_and_approaches_to_its_evaluation_A_mixed-method_systematic_review

Wink, H. 2011. Työyhteisöjen kehittäminen kehittämishankkeiden avulla. Teoksessa P. Juuti (toim.) Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen. Vantaa: Hansaprint, 94-109.

Liite 1. Kyselylomakkeen saatekirje

Arvoisa vastaaja,

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan oheisen linkin kautta kyselyyn, jonka tarkoituksena on selvittää Paltanpuiston palvelukeskuksen hoitohenkilöstön nykyisiä kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä sekä niissä koettuja ongelmia. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Paltanpuiston kirjaamisen ja raportoinnin kehittämisprojektiin, jonka tarkoituksena on kehittää Paltanpuiston kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä. Tavoitteena on, että projektin päättyessä hoitotyötä kirjataan ja siitä raportoidaan yhteneväisen mallin mukaisesti kaikilla neljällä osastolla.

Lupa aineiston keruuseen on saatu Paimion kaupungin sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja Eeva-Sirkku Pöyhöseltä helmikuussa 2019.

Vastaamalla kyselyyn voit olla vaikuttamassa oman työsi kirjaamis- ja raportointikäytäntöjen kehittämiseen. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset analysoidaan ja raportoidaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Ole ystävällinen ja vastaa kyselyyn oheisen webropol linkin kautta <https://link.webpolsurveys.com/S/784B2020DC39EB47>

Kyselyn vastaamiseen menee aikaa noin 15 minuuttia. Voit myös tallentaa kyselyn välillä ja palata vastaamaan siihen myöhempänä ajankohtana, mutta kuitenkin **31.5.2019 mennessä**.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Marjo Salmela, TtT, Turun AMK / Terveys ja hyvinvointi.

Vastauksistasi kiittäen,

Elina Pekkarinen

Sairaanhoitaja / kliininen asiantuntija YAMK-opiskelija

+358400 704 303

elina.pekkarinen@edu.turkuamk.fi

Liite 2. Kyselylomake

Ole hyvä ja vastaa seuraaviin kysymyksiin valitsemalla se vaihtoehto, joka parhaiten sopii itseesi ja omaan toimintaasi. Osaan kysymyksistä voit vastata vapaasti kirjoittamalla.

1. Olen työskennellyt terveydenhuoltoalalla: *

- 0-5 vuotta
- 6-9 vuotta
- 10-14 vuotta
- 15 vuotta tai kauemmin

2. Olen työskennellyt tässä organisaatiossa: *

- 0-5 vuotta
- 6-9 vuotta
- 10-14 vuotta
- 15 vuotta tai kauemmin

3. Laadin työssäni asiakkaiden hoitosuunnitelmia: *

- En ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

4. Käytän hoitotyön prosessin mallia (hoidon tarve, tavoitteet, keinot / auttamismenetelmät ja arviointi) laatiessani asiakkaan hoitosuunnitelmaa:

- En ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

5. Luen lääkärin tekemän hoitosuunnitelman ennen kuin alan laatimaan asiakkaan hoitosuunnitelmaa:

- En ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

6. Laadin hoitosuunnitelman asiakkaan OLEMASSA OLEVIEN hoitotyön ongelmiin peilaten:

- En ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

7. Laadin hoitosuunnitelman asiakkaan MAHDOLLISIIN hoitotyön ongelmiin peilaten:

- En ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

8. Laadin hoitosuunnitelman HOITOTYÖN SUOSITUKSIIN (esim. hoitosuositus painehaavojen ehkäisystä) perustuen:

- En ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

9. Mitä ongelmia koet hoitosuunnitelman laatimisessa?

10. Kirjaan asiakkaan päivittäiskirjauksiin tehneeni niitä toimintoja, joita toteutan päivittäisessä hoitotyössä: *

- En ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

11. Kirjaan asiakkaan päivittäiskirjauksiin tehneeni niitä toimintoja, jotka on SUUNNITELTU asiakkaan hoitosuunnitelmaan: *

- En ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

12. ARVIOIN asiakkaan vointia päivittäiskirjauksiin hoitosuunnitelmaan laadittujen hoitotyön tavoitteiden pohjalta (esim. kipu)? *

- En ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

13. Hoitotyön kirjaamisessa käytetään kansallisesti määriteltyjä hoitotyön ydintietojen otsikoita hoidon prosessimallin mukaisesti. Mihin seuraavista hoitotyön prosessimallin mukaisista otsikoista koet tarvitsevasi lisätietoa tai koulutusta (voit valita useampia):

- Hoidon tarpeen määrittäminen ja siihen liittyvä hoidon tarveluokitus
- Hoidon suunnittelu: tavoitteet ja keinot sekä siihen liittyvä hoitotyön toimintoluokitus
- Hoidon toteutus ja päivittäiskirjaaminen
- Hoidon arviointi ja siihen liittyvä hoidon tulosluokitus
- Muuta, mitä?

14. Mitä ongelmia koet päivittäiskirjaamisessa?

15. Saamani tieto asiakkaista vuoronvaihtoraporteilla on riittävää heidän hoidon TARPEISTAAN: *

- Ei ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

16. Saamani tieto asiakkaista vuoronvaihtoraporteilla on riittävää heidän hoidon TAVOITTEISTAAN: *

- Ei ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

17. Saamani tieto asiakkaista vuoronvaihtoraporteilla on riittävää heidän HOITOTYÖN KEINOISTAAN / AUTTAMISMENETELMISTÄÄN: *

- Ei ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

18. Saamani tieto asiakkaista vuoronvaihtoraporteilla on riittävää heidän saaman HOIDON ARVIOINNISTA: *

- Ei ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

19. Suulliset raportit ETENEVÄT JOHDONMUKAISESTI hoitotyön prosessin mukaisesti (tarve, tavoitteet, keinot / toteutus, arviointi): *

- Ei ollenkaan
- Harvoin
- Joskus
- Usein
- Aina

20. Mitä hyviä puolia on nykyisessä raportointikäytännössä?

21. Mitä huonoja puolia on nykyisessä raportointikäytännössä?

22. Mitä muutoksia haluat nykyiseen raportointikäytäntöön?

Liite 3. Kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset taulukoina

Alla olevaan taulukoihin on koottu kyselylomakkeen avoimien kysymysten vastaukset luokiteltuina alkuperäisenä ilmaisuna alaluokkiin ja kehittämisteemoihin.

TAULUKKO 1. Hoitosuunnitelman laatimiseen liittyvät ongelmat luokittain (n=8)

	Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Kehittämis- teema
1.	<i>Ajankäyttö on haasteellista. Kirjalliseen työhön tarvitsee keskeyttämättömän ajan ja rauhan.</i>	Ajankäyttö Työrauha	Aikaa ja työrauhaa hoitosuunnitelman laadintaan
2.	<i>Muuten sujuu hyvin, mutta jos asukkaan taustoja ei tunne eikä niistä ole tietoa. On vaikea tehdä muistisairaalle, jos ei tunne hänen elämänsä kaartaan.</i>	Tiedon hankinta / löytäminen	Aikaa hoitosuunnitelman laadintaan
3.	<i>Siihen pitäisi erikseen antaa aikaa eikä vain hoitotyön lomassa tehdä jolloin ei saa rauhassa keskittyä asiaan.</i>	Ajankäyttö Työrauha	Aikaa ja työrauhaa hoitosuunnitelman laadintaan
4.	<i>Ei suurempia ongelmia laatimisessa. Vaatii aikaa perehtyä asukkaan asioihin ja aikaa myös kirjoittaa suunnitelma. Ihanteellisinta olisi, että sen saisi kerralla valmiiksi, eikä jäisi kesken kuten joskus jää.</i>	Ajankäyttö	Aikaa hoitosuunnitelman laadintaan
5.	<i>Välillä tietojen hakeminen on vaikeaa ja aikaa vievää.</i>	Tiedon löytäminen Ajankäyttö	Aikaa hoitosuunnitelman laadintaan

6.	<i>Ei ole tarpeeksi aikaa keskittyä laatia hoitosuunnitelmaa. Samoin olisi hyvä laatia kahden hoitajan toimesta.</i>	Ajankäyttö Työrauha Tiedon hankinta / löytäminen	Aikaa ja työrauhaa hoitosuunnitelman laadintaan työparin kanssa
7.	<i>Ei ole tarpeeksi aikaa perehtyä tietoihin.</i>	Ajankäyttö	Aikaa hoitosuunnitelman laadintaan
8.	<i>En ole kokenut ongelmia.</i>	Ei ongelmaa	

TAULUKKO 2. Päivittäiskirjaamisen liittyvät ongelmat (n=11)

	Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Kehittämisteema
1.	<i>Rauhallinen, kiireetön aika kirjaamiseen olisi tarpeellista mutta erittäin hankalaa saada.</i>	Ajankäyttö Työrauha	Aikaa ja työrauhaa päivittäiskirjaamiseen
2.	<i>Ei oikeastaan muuta kuin, että ehtii kirjaamaan kaikki työajan puitteessa.</i>	Ajankäyttö	Aikaa päivittäiskirjaamiseen
3.	<i>Joskus rauhaton kirjaamisympäristö haittaa keskittymisessä ja saattaa unohtaa jotain tärkeää kirjaamisessa.</i>	Työrauha	Työrauhaa päivittäiskirjaamiseen
4.	<i>Jos en katso asukkaan hosua, en todennäköisesti kirjaa hoitosuunnitelman mukaisia asioita. Joskus on kiusaus merkitä aspalille se, mitä asiakkaan kanssa on tehty (= mitä minä tein) eikä sitä, mitä asukkaan voitiin oikeasti kuulua ja mikä olisi hosun mukainen kirjaus.</i>	Tiedon löytäminen	Hoitosuunnitelmaan perehtyminen ennen päivittäiskirjaamista
5.	<i>Ajan puute. Aamupäivät kuluvat hoitotyössä, ei ehdi istumaan koneelle</i>	Ajankäyttö	Aikaa päivittäiskirjaamiseen

	<i>useinkaan. Iltapäivisin useasti kaikenlaisia kokouksia jne (ovat kyllä tärkeitä nekin) joten kirjaaminen on vähän "juosten kustua" ajoittain, motolla " kunhan nyt jotain kirjaan jonnekin, tai sitten en kirjaa lainkaan."</i>		
6.	<i>Ajan puute esim., jos työaika loppuu klo 13:45 tai klo 14, raporttia ei ehdi kirjata työajan puitteissa.</i>	Ajankäyttö	Aikaa päivittäiskirjaamiseen
7.	<i>Ei ongelmia.</i>	Ei ongelmaa	
8.	<i>Liikaa rikkonaiseksi laadittu päivittäiset kirjaamiset; fraasien käyttö.</i>	Kirjaamisen hajanaisuus	Yhteneväinen kirjaamismalli
9.	<i>Joskus on vaikeaa löytää aikaa kirjaamiselle. Kirjaaminen jää usein työpäivän loppuun ja jos sattuu vielä lyhyempi työpäivä kirjaamisen voi joutua tekemään kiireessä. Koneet, joilla kirjataan sijaitsevat ryhmäkotien toimistossa. Tila on rauhaton ja usein tulee jokin keskeytys kirjaamiseen. Tällöin ajatus katkeaa.</i>	Ajankäyttö Työrauha	Aikaa ja työrauhaa päivittäiskirjaamiseen
10.	<i>Ajan puute, ei välttämättä ehdi jokaisesta kirjaamaan päivän aikana mitään.</i>	Ajankäyttö	Aikaa päivittäiskirjaamiseen
11.	<i>En ole kokenut ongelmia.</i>	Ei ongelmaa	

TAULUKKO 3. Nykyisen raportointikäytännön hyvät puolet (n=10)

	Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Kehittämisteema
1.	<i>Keskustelumahdollisuus.</i>	Keskustelumahdollisuus	Vuorovaikutus
2.	<i>Aamuraportti on ma-pe koko talon. On hyvä kuulla miten asukkailla menee ja on toisen puolen asukkaista jonkinlainen</i>	Tiedon saaminen	Koko talon yhteinen aamuraportti

	<i>kuva kuinka he voivat. Jos meneekin toiselle puolelle yhteen tai kahteen vuoroon. Yö hoitajien raportit ovat napakoita. Muutenkin vuoronvaihteessa raportit ovat kehittyneet.</i>	kaikista asukkaista Kehittyminen	
3.	<i>Joka arkiaamun yhteisraportit ovat hyviä.</i>	Tiedon saaminen kaikista asukkaista	Koko talon yhteinen aamuraportti
4.	<i>Pidän suullista raportointia hyvänä, siinä on mahdollisuus myös kysellä. Raportit ovat kehittyneet. Tällä viikolla, ma, juuri kuulin kaksi aivan loistavaa aamuraporttia! Jotkut pitävät tosi hyviä raporteja, esim vatsantoiminta on huomioitu. Yhteinen aamuraportti on oikein hyvä juttu. Kuulee asioista joka puolelta taloa.</i>	Keskustelumahdollisuus Kehittyminen Tiedon saaminen kaikista asukkaista	Koko talon yhteinen aamuraportti Vuorovaikutus
5.	<i>Aamuisin on aikaa esittää tarkentavia kysymyksiä myös muista kodeista, kuin vain siitä mihin itse sijoittuu. Tietää hieman paremmin mikä on koko talon tilanne milloinkin. Iltapv- raportit ovat enemmän kotikohtaisia. Edelleen joskus käy niin, että vasta kun itse kirjoitat raporttia koneelle, huomaat sieltä jonkin asian, mistä et ole kuullutkaan, eli se on unohtunut kertoa.</i>	Keskustelumahdollisuus Tiedon saaminen	Vuorovaikutus Koko talon yhteinen aamuraportti Yhteneväinen raportointimalli
6.	<i>Tieto kulkee paremmin.</i>	Keskustelumahdollisuus	Vuorovaikutus
7.	<i>Ma aamuisin yhteinen raportti.</i>	Tiedon saaminen kaikista asukkaista	Koko talon yhteinen aamuraportti

8.	<i>Itse koen suullisen raportin hyväksi. Tulee ehkä laajemmin kerrottua asioista ja raportin kuulijalla on mahdollisuus esittää täydentäviä kysymyksiä asioista. Koko talon yhteisellä aamuraportilla pysyy perillä myös muiden ryhmäkotien asukkaista ja heidän hoidon tarpeistaan.</i>	Keskustelumahdollisuus Tiedon saaminen kaikista asukkaista	Vuorovaikutus Koko talon yhteinen aamuraportti
9.	<i>Jos ollut edeltävinä päivinä vuoroissa pysyy hyvin perillä asukkaiden voinnissa.</i>	Tiedon saaminen kaikista asukkaista	Vuorovaikutus Yhteneväinen raportointimalli
10.	<i>Raportit ovat mielestäni selkeitä.</i>	Tiedon saaminen kaikista asukkaista	Vuorovaikutus Yhteneväinen raportointimalli

TAULUKKO 4. Nykyisen raportointikäytännön huonot puolet (n=11)

	Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Kehittämiss-teema
1.	<i>Monet keskeytykset, ajankäyttö, päällekkäisyydet, vuorot vaihtuvat eri aikoina.</i>	Raportin kesto Työrauha Työvuoro-suunnittelu	Yhteneväisen raportointimallin luominen Rauhallisen raportointiajan luominen Työvuorojen yhtenäistäminen

			raportoinnille suotuisammaksi
2.	<i>Viikonlopun jälkeen saisi maanantai aamussa olla sunnuntai-illan hoitaja kummaltakin puolen. Silloin tulee viikonlopusta kattava raportti. Kun palaa lomalta tai on ollut pitkällä vapaalla, niin voisi kehittää sitä, että kaikki muutokset ja tieto kulkee.</i>	Työvuoro-suunnittelu	Työvuorojen yhtenäistämisen raportoinnille suotuisammaksi
3.	<i>Rauhaton ympäristö joskus häiritsee.</i>	Työrauha	Rauhallisen raportointiajan luominen
4.	<i>Joskus raportti kestää liian pitkään. Olen kuullut, että toisinaan raporteilla puhutaan "diipa daapaa" eikä pysytä vain asiassa. Lääkemuutosten seuranta ei raporteilla paljoa mainita ja siksi siihen ei kiinnitetä ehkä riittävästi huomiota eikä muisteta että sitäkin pitää seurata ja kirjata lääkärintietoa varten, jotta lääkitys saataisiin kohdalleen.</i>	Raportin kesto Raportin sisältö	Yhteneväisen raportointimallin luominen
5.	<i>kts.edellä. Kaikkia ei muisteta kertoa. Osaa hoitajista ilmeisesti ei kiinnosta aamuisin koko talon asiat. Joskus aamuraportilla kuluu aikaa kun selvitetään asioita.</i>	Raportin sisältö Raportin kesto	Yhteneväisen raportointimallin luominen
6.	<i>Nykyinen raportointikäytäntö on enemmänkin hoitajan tekemisen töiden luettelo kuin asiakkaan oma osaaminen tai tekeminen.</i>	Raportin sisältö	Yhteneväisen raportointimallin luominen
7.	<i>Joskus tuntuu, että siihen menee liian kauan aikaa.</i>	Raportin kesto	Yhteneväisen raportointimallin luominen

8.	<i>Ajallisesti liian pitkiä.</i>	Raportin kesto	Yhteneväisen raportointimallin luominen
9.	<i>Koko talon yhteinen aamuraportti vie paljon aikaa, mikä on pois asukkaiden aamutoimista.</i>	Raportin kesto	Yhteneväisen raportointimallin luominen
10.	<i>Pidemmältä ajalta (jos tullut esim. viikonloppu vapailta) jää tieto katkonaiseksi. Tieto ei välttämättä kulje.</i>	Työvuoro-suunnittelu Raportin sisältö Tiedon kulku	Yhteneväisen raportointimallin luominen Työvuorojen yhtenäistämisen raportoinnille suotuisammaksi
11.	<i>Raportit venyvät usein liian pitkiksi.</i>	Raportin kesto	Yhteneväisen raportointimallin luominen

TAULUKKO 5. Henkilökunnan muutostoiveet nykyiseen raportointikäytäntöön (n=11)

	Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Kehittämiss- teema
1.	<i>Napakkuutta ja ajankäytön järjeistämistä, esim. Iltavuorolaiset eivät tulisi eri aikoina jolloin joutuu useampaan kertaan toistamaan asioita.</i>	Raportin tiivistäminen Työvuoro-suunnittelu	Yhteneväisen raportointimallin luominen Työvuorojen yhtenäistämisen raportoinnille suotuisammaksi

2.	<i>Napakoidaan raportteja. Siirretään se hiljainenkin tieto ja varsinkin tärkeät asiat ettei tule tiedossa katkoksia.</i>	Raportin tiivistäminen Tiedon kulku / hoidon jatkuvuus	Yhteneväisen raportointimallin luominen
3.	<i>Rauhoitetaan toimisto siksi aikaa kun ollaan raportilla.</i>	Työrauha	Rauhallisen raportointiajan luominen
4.	<i>Jokin yhteinen linja = runko, jotta raportit olisivat yhtenäisempiä ja kaikilla olisi tieto siitä, mikä raportin sisältö tulisi olla. Pitäisikö myös iltapäiväraportin olla yksi ja yhteinen? Tämä helpottaisi sitä, että voitaisiin heti suunnitella yhdessä illan kulkua todellisen tarpeen mukaan ja ehkä sopia myös, koska pitää saada lisäapua ja missäpäin taloa. Tällöin ei tarvitsisi erikseen niin paljoa ehkä soitella tai juposta katsomassa avuntarvetta.</i>	Yhteinen raportointirunko Yhteiset / erilliset raportit	Yhteneväisen raportointimallin luominen
5.	<i>Kaikki seurattavat / hoidettavat asiat hoidon toteutuksineen ja suunnitelmineen pitäisi kulkea raporteilla (niin kirjallisina kuin suullisinakin) niin kauan kunnes eivät ole enää ns. akuutteja ongelmia. Hoitajat vaihtuvat kotien välillä useasti, raportojen jälkeen mennään heti hommiin eikä kaikkea ehdi koneeltakaan tsekata, hoitajat ei näinollen tiedä kaikkea, mitä pitäisi tehdä. Viime aikoina esim yökköjen raportit ovat suurelta osin monipuolistuneet, kerrotaan muutakin kuin onko nukkunut vai ei, esim jos edell. iltana on tapahtunut jotain, onko iltahoitajan antama lääke vaikuttanut jne. Aina ei ole</i>	Tiedon kulku / hoidon jatkuvuus Työvuorosuunnittelu	Yhteneväisen raportointimallin luominen Työvuorojen yhtenäistämisen raportoinnille suotuisammaksi

	<i>iltahoitajaa mukana aamuraportilla kertomassa.</i>		
6.	<i>Tietoa asukkaan esiin tuomista hoitotyön ongelmista esim kipu ja miten siihen on vastattu ja onko hoito tehonnut.</i>	Asiakkaan oma kokemus	Asiakkaan oman kokemuksen esiintuominen voivistaan ja saamastaan hoidosta Yhteneväisen raportointimallin luominen
7.	<i>Ei mitään.</i>		
8.	<i>Lyhyet ja napakat.</i>	Raportin tiivistäminen	Yhteneväisen raportointimallin luominen
9.	<i>Vielä enemmän ajatusta siihen, mikä on hoidon jatkuvuuden kannalta oleellista raportoida.</i>	Tiedon kulku / hoidon jatkuvuus	Yhteneväisen raportointimallin luominen
10.	<i>Osastoille omat aamuraportit, yököillä ei tarpeeksi aikaa raportoida edeltävän illan/päivän asioita jos työvuoroon aamulla tulossa henkilöitä jotka olleet poissa pidempään/eivät olleet iltavuorossa.</i>	Yhteiset / erilliset raportit	Yhteneväisen raportointimallin luominen
11.	<i>Lyhyet ja napakat raportit, ei jäädä puimaan turhia asioita.</i>	Raportin tiivistäminen	Yhteneväisen raportointimallin luominen

Liite 4. Henkilökunnan koulutusmateriaali

KOULUTUSMATERIAALI

PALTANPUISTON PALVELUKESKUKSEN KIRJAAMISEN JA
RAPORTOINTIKÄYTÄNTÖJEN KEHITTÄMINEN
ELINA PEKKARINEN, SAIRAANHOITAJA YAMK-OPISKELIJA (KLIININEN ASIAANTUNTIJA)
TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
PAIMION KAUPUNKI / VANHUSPALVELUT
27.9. JA 4.10.




KOULUTUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Koulutuksen tarkoituksena on:

- Oppia hallitsemaan hoitotyön prosessi
- Oppia käyttämään hoitosuosituksia hoidon suunnittelussa
- Oppia käyttämään rakenteista kirjaamista joustavasti sekä kirjaamaan asiakaslähtöisesti hoitotyön prosessin mukaaan

Koulutuksen tavoitteena on:

- Sopia yksi yhteneväinen kirjaamis- ja raportointimalli kaikille neljälle osastolle



KOULUTUKSEN SISÄLTÖ:

- Hoitotyön lähtökohdat ja hoitosuosituks
- Kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö
- Päätöksenteko hoitotyössä ja kirjaaminen
 - Hoitotyön prosessi
 - Hoidon tarpeen määrittäminen
 - Hoidon suunnittelu: tavoitteet ja toiminnot
 - Hoidon toteutus ja hoidon arviointi
- Rakenteinen kirjaaminen (FinCC - komponentit ja luokitukset)
- Käytännön esimerkin kautta hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen
- Hoitosuunnitelman laatimisharjoitukset pienryhmissä omalle asiakkaalle



HOITOTYÖN LÄHTÖKOHDAT:

- Hoitotyö elää muuttuvassa maailmassa, mutta ihmisen auttamisen lähtökohdat, kuten **hoitotyön periaatteet, etiikka ja vuorovaikutus**, ovat hoitotyöntekijän osaamisen peruste asiakkaiden hoitamisessa.
- Hoitotyöntekijän ja asiakkaan kohtaamisessa syntyy **luottamuksellinen hoitosuhde**, jossa molemmat ovat läsnä odotuksineen ja velvollisuuksineen.
- Hoitotyöntekijän odotetaan **osaavan perustella** suunnittelemaansa ja toteuttamaansa **hoitotyötä näyttöön perustuvalla tiedolla**, jonka tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta sekä hallita hoitotyön kustannuksia.

Lähde: Iivanainen & Syväoja 2016

HOITOSUOSITUKSET:



- **Näyttöön perustuvaa tietoa (NTP)** käytetään terveyden edistämässä, sairauksien hoitamisessa ja kuntoutuksessa.
 - Tarkoituksena on yhtenäistää potilaiden hoitoa ja saada aikaan enemmän terveyshyötyä sekä kustannusvaikuttavuutta.
 - NTP:n tiedon taustalla on joko tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö, hyväksi havaittu toimintänäyttö tai kokemukseen perustuva näyttö.
- **Hoitosuosituks** ovat asiantuntijoiden laatimia kannanottoja eri sairauksien tai oireiden hoidosta. Hoitosuositus kertoo, miten sairautta ehkäistään, tutkitaan ja hoidetaan. <https://www.hotus.fi/>
 - Näytön asteiden kuvauksissa käytetään koodeja A-D, jossa A merkitsee vahvaa tutkimusnäyttöä ja D-koodi kertoo, että suosituksella ole tutkimusnäyttöä, vaan kyseessä on asiantuntijoiden paras arvio asiasta.
- **Käypä hoito –suositukset** ovat parhaiden asiantuntijoiden laatimia koosteita yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. <https://www.kaypahoito.fi/>

Lähde: Iivanainen & Syväoja 2016;
Hotus 2019; Suomalainen
Lääkäriseura Duodecim 2019

- **Johanna Briggs Instituutti (JBI)** tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa edistään NTP toimintaa terveydenhuollossa.
 - Tavoitteena on luotettava synteesi toimenpiteiden vaikuttavuudesta ja mahdollisista haitoista sekä tiedon sovellettavuudesta käytäntöön. <https://joannabriggs.org/>
- **Cochrane** tuottaa terveystieteellisiä suosituksia, johon kootaan rajatusta aiheesta kaikki olemassa oleva laadukas tutkimustieto.
 - Cochrane-suosituksia käytetään mm. Käypä hoito –suosituksissa. <https://www.cochranelibrary.com/>
- **Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)** tutkii ja seuraa väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä kehittää toimenpiteitä niiden edistämiseksi.
 - THL kerää ja tuottaa tutkimukseen ja tietoaisteistoihin perustuvaa tietoa, jota voi käyttää mm. kuntien ja terveyden- ja sosiaalihuollon eri työyksiköiden työn tukena. <https://thl.fi/fi>

Lähde: Iivanainen & Syväoja 2016; Cochrane
2019; Joanna Briggs Institute 2019; THL 2019

MITÄ RAKENTEINEN KIRJAAMINEN ON?

- Tiedon kirjaamista ja tallentamista yhteisten, **etukäteen sovittujen rakenteiden avulla** sähköiseen asiakastietojärjestelmään (Lifecare).
- Hoitajan tulee kirjata asiakkaan tai potilaan tilaan, tutkimuksiin ja hoitotoimiin liittyviä asioita **päivittäin**.

→ Kirjatut tiedot muodostavat potilasasiakirjan.

- Potilaskertomuksen rakenteistamisella pyritään helpottamaan potilastiedon kirjaamista sekä kirjatun tiedon uusiokäyttöä.
- Potilasasiakirjojen ensisijaisena tehtävänä on **turvata potilaan tai asiakkaan hoidon suunnittelu ja toteutus sekä edistää hoidon jatkuvuutta**.
- Asiakirjoihin merkitään tarvittavat tiedot **selkeästi ja ymmärrettävästi**.



Lähde: Saranto & Ikonen 2007;
Jokinen & Virkkunen 2012;
Iivanainen & Syväoja 2016

KIRJAAMISTA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ:

- Lait määrittävät mm. sitä, miten asiakirjoja on säilytettävä ja kenellä on oikeus tehdä niihin merkintöjä ja lukea niitä.
- Hoitotietojen kirjallisessa dokumentoinnissa ja niiden välittämisessä hoitokertomus on hoitohenkilökunnan sekä muiden ammattiryhmien yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa, josta ilmenee **potilaan hoidon järjestäminen, hoidon suunnittelu ja toteutus sekä sen seuranta ja arviointi**.
 - Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 12 §
 - Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 7 §
 - Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 16 §
 - Tietosuojalaki 1050/2018, 6 §, 29 §
 - Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621, 24 §
 - Laki viranomaisten tietojärjestelmien ja tietoliikennejärjestelyjen tietoturvallisuuden arvioinnista 1406/2011, 7 §
 - Tietosuojaseloste 2018



Lähde: Saranto & Ikonen
2007; Jokinen & Virkkunen
2012; Finlex.fi

MIKSI RAKENTEINEN KIRJAAMINEN?

- **Hoitotyön prosessin ja hoitosuositusten mukainen kirjaaminen parantaa potilaan hoidon laatua** tukemalla suunnitelmallista ja päivittäistä hoitotyötä, kun tiedon kirjaaminen on yhdenmukaista.
 - Tiedot ovat yhtenäisempiä ja vertailukelpoisempia sekä paremmin haettavissa ja löydettävissä.
- Potilasturvallisuus lisääntyy ajantasaisen tiedon nopean saatavuuden ansiosta.
- Lisäksi tiedon kirjaajien ja käyttäjien yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä.
- Asianmukaisesti laaditut potilasasiakirjat ovat tärkeitä sekä potilaan että ammattihenkilön oikeusturvan toteutumisessa.
 - Jos potilaan hoidosta esim. kannellaan, asiakirjoista selviää, mitä hoidossa on tapahtunut tai jäänyt tapahtumatta.

→ **HOIDOSTA RAPORTOIMINEN HELPOTTUU, TIIVISTYY JA LYHENTYY** 😊

Lähde: Saranto & Ikonen
2007; Jokinen & Virkkunen
2012

SUOMALAINEN HOITOTYÖN LUOKITUSKOKONAISUUS:

FinCC – Finnish Care Classification

- Suomalainen hoitotyön tarveluokitus (SHTaL)
- Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL)
- Suomalainen hoidon tuloluokitus (SHTuL)

→ Hoitotyön prosessiluokituksia, jotka perustuvat yhdysvaltalaisen Home Health Care eli HHC luokitukseen

→ **Potilaan ongelmat ja/tai hoitotyön tarve, hoitotyön tavoitteet, hoitotyön toiminnot (auttamismenetelmät) sekä toteutus ja arviointi muodostavat HOITOTYÖN PROSESSIN**



Lähde: Lijamo, ym. 2012.

HOITOTYÖN YDINTIEDOT:

Ovat keskeisiä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, joilla kuvataan toteutunutta tai suunniteltua hoitoa.

- *Ydintietojen pääelementit ovat potilaan, palvelunantajan, palvelutapahtuman ja – kokonaisuuden tunnistetiedot, ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, fysiologiset mittaukset, hoitotyön ydintiedot, toimintakyky, tutkimukset, toimenpiteet, lääkehoito, lausunnot ja todistukset, apuvälineet, preventio, jatkohoitoa koskevat tiedot ja suostumus.*
- Ydintietojen kirjaaminen rakenteisessa muodossa edellyttää standardoitujen termistöjen (sanastot, nimikkeistöt, luokitukset) käyttöä.

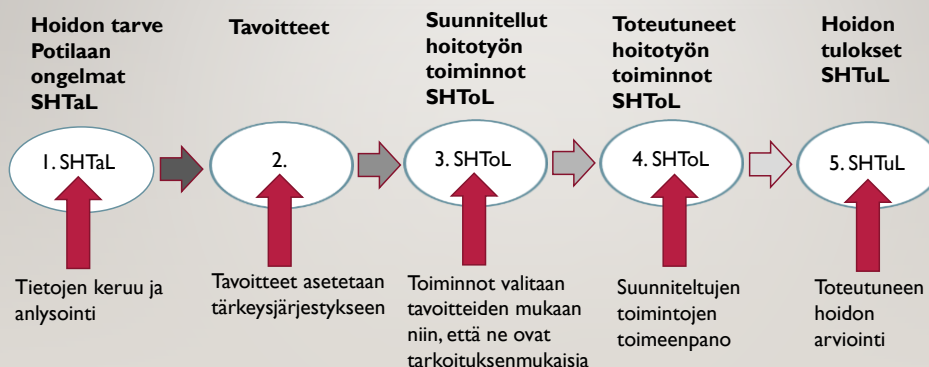
Lähde: Liljamo, ym. 2012.

HOIDON PÄÄTÖKSENTEON VAIHEET:

- Potilaan hoidon **tarpeita määriteltäessä** kerätään potilaasta taustatietoja ja haastatellaan potilasta.
 - Tarpeen määrittämisen apuna käytetään hoidon tarveluokituksen pää- tai alaluokkia.
- Hoidon **suunnitteluvaiheessa** asetetaan priorisoiduille tarpeiden vaatimalle hoidolle tavoitteet ja valitaan suunnitellut hoitotyön toiminnot käyttämällä hoitotyön toimintoluokituksen pää- tai alaluokkia.
- Hoidon **toteutusvaiheessa** kirjataan toteutunut hoito hoitotyön toimintoluokituksen avulla.
- Lopuksi **arvioidaan** hoidon tulosta suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen, tavoitteeseen ja toteutuneeseen hoitoon ja valitaan hoidon tuloksen tila.
- **Hoitotyön yhteenveto** koostetaan ydintietojen avulla ja täydennetään hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokkien ja vapaamuotoisella tekstillä sekä hoitoisuustiedolla.

Lähde: Liljamo ym 2012

HOITOTYÖN PROSESSI SUOMALAISEN LUOKITUSKOKONAISUUDEN MUKAAN:



Lähde: Liljamo ym 2012;
Iivanainen & Syväoja
2016

HOIDON TARVE / POTILAAN ONGELMAT:

Suomalainen hoitotyön tarveluokitus (SHTaL):

- Hoidon tarve on hoitohenkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla.
- Hoitotyön tarpeen määrittäminen on **potilaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien kartoittamista**. Potilas kertoo omista oireistaan, hoitaja havainnoi potilasta ja tekee tarvittaessa erilaisia mittauksia (esim. verenpaineen tai lämmön mittaus).
- Saatujen tietojen perusteella hoitaja yhdessä potilaan kanssa määrittelee potilaan hoidon tarpeen.
- Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet.
- Hoitajan tulee osata havainnoida ja ennakoita **myös mahdollisia ja todennäköisiä potilaan ongelmia**.
 - Potilas ei välttämättä osaa sanoa kuvata tilaansa, vaan hoitajan tulee osata tulkita mistä havaitussa tilan muutoksessa tai käyttäytymisessä voi olla kysymys.

1. SHTaL

- Mitä hoidon tarpeita potilaalla on?
- Mikä on lääketieteellinen dg?
- Mitkä ovat potilaan / läheisen voimavarat?

Lähde: Liljamo ym 2012;
Iivanainen & Syväoja
2016

HOIDON TAVOITTEET:

2.

- Tavoitteet asetetaan **suhteessa hoidon tarpeisiin** ja siihen, minkälaisia muutoksia potilaan tilassa tai käyttäytymisessä odotetaan tapahtuvan ja/tai mitä potilas itse odottaa.
- Tavoitteet asetetaan tunnistettujen tarpeiden poistamiseksi tai vähentämiseksi tietyn ajan kuluessa
 - Tavoitteet eivät kuvaakaan hoitajan toimintaa tai toimenpiteitä, vaan tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä.
- Hoidolle voidaan asettaa **kokonaistavoite ja välitavoite / -tavoitteet**. Kokonaistavoite ilmaisee potilaan lopullisen tilan, johon hoidolla ja hoitotyöllä pyritään. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, koska silloin niitä voidaan myös arvioida.
- Tavoitteen **on kuvattava täsmällisesti, miten potilas selviytyy itsenäisesti tai autettuna**. Tavoitteena voi olla myös potilaan tilan pysyminen ennallaan.
 - Tavoite alkaa kuvaalla verbillä, jolla ilmaistaan tekemistä tai kognitiivista toimintaa ja sen tulee olla realistinen suhteessa potilaan voimavaroihin, elämäntilanteeseen ja persoonallisuuteen.

- Mitä potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan?
- Mitä potilas odottaa / haluaa tapahtuvan?
- Milloin tilanne arvioidaan suhteessa tavoitteeseen?

Lähde: Liljamo ym 2012,
Iivanainen & Syväoja
2016

SUUNNITELLUT HOITOTYÖN TOIMINNOT:

3. SHToL

Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL):

- Hoitotyön toiminto **kuvaava potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta**.
- Potilaskertomukseen kirjataan **hoidon kannalta merkittävät** hoitotyön toiminnot.
- Hoitotyön toiminnot toteutuvat potilaan ja hoitajan välittömissä auttamis- ja ohjaustilanteissa.
- Toiminnan perustana ovat hoitajan tiedot ja erilaiset taidot, kuten esim. havainnointi- ja kommunikointitaidot, kyky ohjata ja neuvoa terveyden- ja sairauzehoidossa sekä antaa psykososiaalista tukea asiakkaan, potilaan tarpeiden mukaan.
- Oleellisia ovat myös asiakkaan tai potilaan ja mahdollisesti myös omaisen tiedot ja näkemykset tilanteesta.

→ **Hoitotyön toiminnot ovat niitä keinoja, joilla hoitohenkilöstö pyrkii vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen.**

- Mitä hoitotyön auttamismenetelmiä tarvitaan tavoitteiden saavuttamiseksi?
- Miten potilas / läheinen haluaa toimittavan?
- Kuka tekee?
- Mikä on aikataulu?

Lähde: Liljamo ym 2012,
Iivanainen & Syväoja
2016

HOITOTYÖN TOIMINNOT JA TOTEUTUS:

4. SHToL

- Toteutuneet hoitotyön toiminnot (SHToL)
- Keskeisiä hoitotyön toimintoja eli auttamiskeinoja ovat:
 - Potilaan tilan ja oireiden seuranta ja tarkkailu, avustaminen ja tukeminen, auttaminen (puolesta tekeminen), hoitaminen, toteuttaminen, suorittaminen, erilaisten asioiden ja välineiden järjestäminen ja niistä huolehtiminen sekä ohjaaminen.
 - Potilaan tilan ja oireiden seuranta, tarkkailu ja havainnointi on keskeinen osa hoitotyön toiminnasta.
 - Havainnoimalla potilaan tilaa, vointia, oireita ja käyttäytymistä hoitaja kerää tärkeää tietoa potilaan hoidon suunnitteluprosessin käynnistämiseksi.
 - Aktiivisen seurannan ja tarkkailun avulla voidaan ennakoida oireiden muutosta tai kokonaan välttää niiden syntyminen.
 - Hoitohenkilökunnalta vaaditaan monia taitoja ja tietoa ihmisen fysiologiasta, anatomiasta, lääkkeiden vaikutuksista, eri sairauksien ja tautitilojen oireista ja niiden hoitomenetelmistä. Esimerkiksi kriittisesti sairaan potilaan hoidossa hoitajalta vaaditaan tietoa ja taitoa tarkkailla ja hoitaa erilaisia elintoimintojen häiriöitä sekä kykyä erottaa olennaiset asiat epäolennaisista ja tehdä päätöksiä.

- Miten auttamismenetelmät ja toiminnot toteutuivat?
- Miten potilaan vointi muuttui?
- Mitä muita toimintoja tapahtui?
- Kirjataan potilaslähtöisesti vapaalla tekstillä

Lähde: Liljamo ym 2012:
Iivanainen & Syväoja
2016

HOIDON TULOKSET:

5. SHTuL

Suomalainen hoidon tulosluokitus (SHTuL):

- **Hoidon tulos kuvaa potilaan tilassa tapahtunutta muutosta**
 - Potilaan nykytilaa, vointia tai selviytymistä arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin ja/tai toteutuneeseen hoitoon.
 - Hoidon tuloksen tilan arvioinnissa käytetään asteikkoa parantunut, ennallaan, huonontunut sekä täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä.
- **Parantunut (PA):** Parantumisella tarkoitetaan potilaan voinnissa, terveydentilassa ja/tai selviytymisessä tapahtunutta merkittävää voinnin kohentumista lähtötilanteeseen nähden.
- **Ennallaan (EN):** Potilaan voinnissa, terveydentilassa ja/tai selviytymisessä ei ole tapahtunut oleellisia muutoksia.
- **Huonontunut (HU):** Huonontumisella tarkoitetaan potilaan voinnissa, terveydentilassa ja/tai selviytymisessä tapahtunutta merkittävää huonontumista lähtötilanteeseen nähden.

- Toteutuivatko tavoitteet?
- Mitä muutoksia potilaan tilassa tapahtui?
- Mitkä olivat potilaan kokemukset?
- Syntyikö uusia tarpeita?

Lähde: Liljamo ym 2012

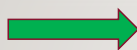
MITEN KÄYTÄNNÖSSÄ KIRJATAAN?

- **Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto.**
 - Hoitaja kirjaa hoitoprosessin eri vaiheissa valitsemalla luokitukselta sopivan pää- tai alaluokan, jota täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä.
 - Hoidon suunnitteluvaiheessa hoidon tavoitetta kirjatessa käytetään hoidon tarveluokituksen (SHTaL) komponenttien pää- ja alaluokkia.
 - Hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa käytetään hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL).

Lähde: Liljamo ym. 2012.

KOMPONENTTI-HIERARKIA:

Pää- ja alaluokkia on yhteensä 545
Komponentit kuvaavat kaikkein abstrakteinta tasoa.



KOMPONENTIT
SHTaL (n=17)
SHToL (n=17)

PÄÄLUOKAT
SHTaL (n=88)
SHToL (n=127)



Komponenttien alle on koottu tarveluokituksen ja toimintoluokituksen konkreettisemmat pää- ja alaluokat, joilla kirjaaminen käytännössä tapahtuu.

ALALUOKAT
SHTaL (n=150)
SHToL (n=180)



Lähde: Liljamo ym. 2012

KOMPONENTIT (N=17):

EFFICAN 2008 -VERSIOSSA N=19

- AINEENVAIHDUNTA
- **AISTITOIMINTA (2008 versio)**
= Aisti- ja neurologiset toiminnot (2012 versio)
- AKTIVITEETTI
- ELÄMÄNKAARI
- ERITTÄMINEN
- HENGITYS
- **JATKOHOITO (2008 versio)**
= Hoidon ja jatkohoidon koordinointi (2012 versio)
- **KANSSAKÄYMINEN (2008 versio)**
= Sisältyy selviytymiseen (2012 versio)
- KUDOSEHEYS
- LÄÄKEHOITO
- NESTETASAPAINO
- PSYKKINEN TASAPAINO
- PÄIVITTÄISET TOIMINNOT
- RAVITSEMUS
- **SELVIYTYMINEN**
- TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN
- **TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ (2008 versio)**
= Hoidon ja jatkohoidon koordinointi (2012 versio)
- TURVALLISUUS
- **VERENKIERTO (neurologiset muutokset sisältyy 2008 versiossa tähän)**

Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Iivanainen & Syväoja 2016.

KOMPONENTIT:

- AINEENVAIHDUNTA
 - Aineenvaihdunnan, endokrinologian, hormonaalisten, immunologisten, infektioihin liittyvien järjestelmien ja muutosten seuranta sekä hoito
- **AISTITOIMINNOT (=2012 Aisti- ja neurologiset toiminnot)**
 - Aistitoimintoihin liittyvien muutosten huomiointi, seuranta ja hoito
→ kuulo-, näkö-, tunto-, tasapaino-, haju-, maku-, ärsykeherkkyys, **KIPU**
- AKTIVITEETTI
 - Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ja seuranta sekä uni- ja valvetilaan liittyvät muutokset ja osatekijät
- ELÄMÄNKAARI
 - Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät, seuranta ja hoito: seksuaalisuus, saattohoito ja kuolevan potilaan hoitaminen

Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Liljamo ym 2012

- ERITTÄMINEN

- Ruoansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät sekä hoito-ohjeet
 - Pahoinvoinnin seuranta ja hoito
 - Suoliston toiminnan seuranta ja hoito
 - Virtsaamisen seuranta, munuaisten ja virtsateiden toiminnan ylläpitäminen, katetroinnit
 - Avanteen hoito ja ohjaus
 - Muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät (ascites, NML, hikoilu, verenvuoto)
 - Dialyysipotilaan hoidon toteuttaminen
- Apuvälineiden ohjaus

Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Liljamo ym 2012

- HENGITYS

- Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät: Hengityksen seuranta, hengityseritteiden määrän ja laadun seuranta, hengityksen ja keuhkojen toiminnan ylläpito, hengityksen hoitoon liittyvä ohjaus
- **JATKOHOITO** (= 2012 Hoidon ja jatkohoidon koordinointi)
 - Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät (=2012 Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten tai toimenpiteiden koordinointi)
 - Asiantuntijapalveluiden, potilaan oikeuksiin liittyvän tiedon tarve, tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä tiedon tarve ja ohjaus
 - Jatkoahoito-ohjeet

Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Liljamo ym 2012

- **KANSSAKÄYMINEN** (vain 2008 versiossa, 2012 versiossa tämä sisältyy Selvitymiseen)

- Yksinäisyyteen ja ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
 - Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista
- Selvitymiskyvyn arviointi ja tukeminen sekä ohjaus, henkinen tuki, kommunikaatio ja sosiaalinen kanssakäyminen



Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Liljamo ym 2012

- **KUDOSEHEYS**

- Lima- ja sarveiskalvojen, silmien ja suun sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät, seuranta, hoito ja ohjaus
- Haavanhoidot, myös palo- ja paleltumavammojen sekä painehaavojen hoito, seuranta ja ohjaus (sis. myös ihonsiirteet ja amputaatiot)

- **LÄÄKEHOITO**

- Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät, hoito ja seuranta
- Lääkehoidon toteutus, annostelu (myös annosjakelu), vaikutusten seuranta, poikkeamat, haitta- ja sivuvaikutukset, lääkkereaktiot, lääkehoidon ohjaus
- Lääkkeen anto tahdosta riippumatta
- Solunsalpaajahoidon toteuttaminen
- Rokotukset

Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Liljamo ym 2012

- NESTETASAPAINO

- Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät, toteutus, seuranta, hoito ja ohjaus
 - Nestetasapainon seuranta, nesteytyksestä huolehtiminen, nesterajoitukset, nesteenpoiston edistäminen

- PSYKKINEN TASAPAINO

- Psykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät, toteutus, seuranta, hoito ja ohjaus
 - Psykkisen tilan seuranta, hoitosuhdetyöskentely
 - Eri hoito- ja terapiamuodot
 - Eristäminen

Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Liljamo ym 2012

- PÄIVITTÄISET TOIMINNOT

- Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät, niissä avustaminen ja ohjaaminen
 - Peseytyminen, suun ja hampaiden hoito, ruokailu, liikkuminen, wc-toimet, asioinnit
 - Apuvälineiden järjestäminen ja käytön ohjaus

- RAVITSEMUS

- Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen ja ravitsemustilaan liittyvät osatekijät, seuranta ja ohjaus
 - länmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen
 - Lisäravinnon antaminen
 - Ravinnon määrän rajoittaminen
 - Suomalaiset ravitsemussuosituksat ja ravitsemusohjaus: www.thl.fi → Elintavat ja ravitsemus → lääkkäät → Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010). [Ravitsemussuosituksat ikääntyneille](#)

Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Liljamo ym 2012

- **SELVITYMINEN** (2012 versiossa tähän kuuluu myös Kanssakäyminen)

- Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät
 - Esim. heikentynyt selviytymiskyky muistihäiriön vuoksi tai hänen päätöksentekokykynsä, aloitekykynsä tai keskittymiskykynsä on alentunut

- **TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN**

- Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
 - Elintapojen seuranta
 - Terveyttä edistävä toiminta ja hoitoon sitoutuminen



Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Liljamo, ym. 2012

HOITOON SITOUTUMISEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ KYNGÄKSEN (1995) MUKAAN:

- **SISÄISET TEKIJÄT:**

- Kognitiiviset tekijät
- Persoonallisuustekijät
- Elämänsenne
- Uskomukset, arvot ja asenteet
- Pelot
- Sairauteen liittyvät tekijät
- "Voimaantuminen" / elämänhallinta

- **ULKOISET TEKIJÄT:**

- Hoitoon liittyvät tekijät
- Hoitohenkilökuntaan liittyvät tekijät
- Sosiaalisen verkoston tuki

Lähde: Iivanainen & Syväoja 2016

-
- **TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ** (= 2012 Hoidon ja jatkohoidon koordinointi)
 - Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteidenottoon liittyvät osatekijät
 - Asiantuntijapalveluiden tarve
 - Potilaan oikeuksiin liittyvä tiedon tarve
 - Tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä tiedon tarve
 - Ohjeet (paasto, lääkitys, tyhjennykset), valmistaminen, myös mahd. saattajan ohjeistukset

Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Liljamo ym 2012

-
- **TURVALLISUUS**
 - Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
 - Turvallisen ympäristön järjestäminen
 - Sisäisen ja ulkoisen turvallisuuden vahvistaminen
 - Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen
 - Tapaturmariskin huomioiminen
 - Kaatumisen ehkäisy (UKK-instituutin opas: läkkäiden kaatumisten ehkäisy, 2012)
<http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/1555-IKINa-opas.pdf>

Lähde: Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008; Liljamo ym 2012

- **VERENKIERTO** (2008 versiossa tähän kuuluu myös neurologiset toiminnot)

- Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät

- Verenkierron seuranta
- Verenkierron ylläpitäminen
- Kehon lämpötasapainosta huolehtiminen
- Verenkiertoon liittyvä ohjaus
- Elvytys
- Tajunnantason seuranta
 - Glasgow → www.terveyskyla.fi → Aivoverenkiertohäiriön oireet ja tunnistaminen
- Neurologisten oireiden seuranta
- Neurologisiin toimintoihin liittyvä ohjaus



Lähde: Liljamo, Kaakinen &
Ensio 2008; Liljamo ym 2012

HOITOTYÖN YHTEENVETO (LOPPUARVIO):

- Hoitotyön yhteenvedon koostaa terveydenhuollon ammattihenkilö (yleensä sh tai lääkäri) erikoisalalehdelle / ammatilliselle näkymälle **hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista**, joita tarvittaessa täydennetään hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokkien avulla ilmaistuilla tiedolla ja vapaamuotoisella tekstillä sekä hoitoisuustiedolla.
- **Potilaan hoitoisuus** ilmaistaan sekä numeerisesti että sanallisesti.
- Hoitotyön yhteenvetoon siirtyä (joissakin potilaskertomusjärjestelmissä joudutaan siirtämään manuaalisesti) muualta potilaskertomuksesta tarvittavat yhteiset tiedot kuten potilaan henkilötiedot, osasto / yksikötiedot, hoidon aloitus, hoitajakso ja tulotilanne.
- Hoitotyön yhteenveto on osa palvelutapahtuman yhteenvetoa.
- Hoitotyön yhteenvetoa voidaan hyödyntää potilaan jatkohoitopaikkaan lähetettävässä hoitopalautteessa sekä seuraavilla hoitajakoilla.

Lähde: Liljamo ym 2012

HOITOISUUS:

- Hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokituksen avulla kirjattu hoitotyön suunnittelu ja toteutus toimivat pohjana potilaan hoitoisuuden arvioinnille.
- Potilaan tarpeista lähtevä kirjaaminen antaa sisällön hoitoisuuden määrittämiseen ja tukee hoitoisuusluokituksen luotettavuutta ja tiedon hyödynnettävyyttä.
- Hoitoisuudella tarkoitetaan potilaan riippuvuutta hoitajan työpanoksesta, se on kuvaus toteutuneen hoitotyön vaativuudesta.
- **RAVA™-mittari**
 - Ikäihmisen toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari
 - RAVATAR-ohjelma
 - Käyttöoikeus rajoitettu: Kuntaliiton omistama ja FCG Oy:n (Finnish Consulting Group Oy) lisensoima.



Lähde: Lijamo ym 2012

FinCC – luokituksen käyttö hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisessa

Taulukko 13. Esimerkki FinCC-luokituskokonaisuuden käyttämisestä hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisessa.

Hoitotyön prosessin vaiheet				
Hoidon tarve Komponentti/ pää- tai alaluokka	Hoidon tavoite Komponentti/ pää- tai alaluokka	Suunnitellut toiminnot Komponentti/ pää- tai alaluokka	Hoidon toteutus Komponentti/ pää- tai alaluokka + vapaa teksti	Hoidon arviointi Komponentti
Kudoseheys/Säärihaava Haavassa ruma, kova kate, ruuhat maseerituneet. Jalka turvokassa. Kudoseheys/ Kudoseheyteen liittyvä tiedon tarve Ei ymmärrä lääkinällisten hoitovälikkeiden tarpeellisuutta. Aisti- ja neurologiset toiminnot/Kudosevaurioon liittyvä kipu Haavanhoito erittäin kivulias, ei anna suihkuttaa eikä puhdistaa. Hoidon ja jatkohoidon koordinoitu/jatkohoidon tarve Osaotelle nyt jokakin aikka kotisaaranhoitoon pyynnistä, kun kotona ei anna kenenkään hoitaa haavaa	Kudoseheys/Säärihaava Kate vähenee ja pehmenee, turvotus laskee. Kudoseheys/ Kudoseheyteen liittyvä tiedon tarve Ymmärtää lääkinällisten hoitovälikkeiden väitännällisyyden turvotuksen hoidossa ja haavan paranemisessa. Aisti- ja neurologiset toiminnot/Kudosevaurioon liittyvä kipu Kivut hallinnassa, haavan puhdistaminen kivuton. Otaaa särkyiläkkeitä säännöllisesti. Hoidon ja jatkohoidon koordinoitu/jatkohoidon tarve Hoito jatkuu edelleen kotisaaranhoitoon turvin.	Kudoseheys/Haavan hoito Suihkutus, mekaaninen puhdistus, hydrogeeli, ympäröivälle iholle ihonhoitosuihke. Kudoseheys/Haavaaidoksen vaihto Polyuretaanihaavahoitosidos ja sukissa. Lääkehoito/Pintapuudute Emäke-puudutus + särkyiläkkeet listalle. Aisti- ja neurologiset toiminnot/Kivun hoitoon liittyvä ohjeus Kerro puudutuksen hyödyistä. Valvottava, että otaaa särkyiläkkeitä. Hoidon ja jatkohoidon koordinoitu/jatkohoidon suunnittelu Yhteys kotisaaranhoitoon	Lääkehoito/Pintapuudute Ei mitään 20 min. ennen suihkua. Kudoseheys/Haavan suihkutus tai kytytys Haava suihkuttu. Antoi suihkuttaa varoen. Kudoseheys/Haavan mekaaninen puhdistus Katetta poistettu kyteillä. Turvon hydrogeeli katetta pehmentämään. Ympäröivälle iholle Cavilon suihke. Kudoseheys/Haavaaidoksen vaihto Laitettu Megiles polyuretaanihaavahoitosidos, sideharsorulla ja anatominen sidonta. Kudoseheys/Haavan hoitoon liittyvä ohjeus Annettu kirjalliset ja suulliset ohjeet lääkinällisen hoitokäytännön harkkimisesta. Jällelly myös mekaanisen puhdistamisen väitännällisyydestä, kun haava nyt huonommassa kunnossa Aisti- ja neurologiset toiminnot/Kivunhoitoon liittyvä ohjeus Kerrottu puudutuksesta. Muistutettu ottamaan särkyiläkkeitä ennen hoitoa. Ravitsaus/Ravitsaukseen liittyvä ohjeus Keskusteltu terveyden ja vitamiinipuutteen ravitsauksen tärkeydestä haavan paranemisessa. Hoidon ja jatkohoidon koordinoitu/jatkohoidon suunnittelu Sollettu jo alustavasti kotisaaranhoitoon sh Tiina Hoitajalle, joka hoitanut haavaa aiemmin.	Kudoseheys Kate pehmentynyt, irtosi hyvin puhdistetussa, turvotuksen laskeutunut. Ruuhat edelleen maseerituneet. Potilas näyttääsi ymmärtäneen ohjeuksen. Luopui, että tilaa uudet lääkinälliset hoitovälikkeet kotona kotisaaranhoitoon auttamana. Aisti- ja neurologiset toiminnot Emäke ennen suihkua auttoi, tosin pelkää kipua, tarttu suihkuun käteillään. Oli ottanut lääkehoitoon annuksia kts 5 pois, kun jalkaan oli koskenut. Valvottava lääkkeiden otto, löytyneet pyytilästä otaosta Hoidon ja jatkohoidon koordinoitu Kotisaaranhoito toivoa, että hoitetaan jonkin aikaa osastolla. Kotona potilas ollut erittäin rauhallinen ja kivuton, haavan hoitosta ei ole tullut mitään. Hoidon tuloksen tila P Parantunut

THL – Luokittukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 2/2012

24

FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöoppas

Lähde: Lijamo ym 2012

RYHMÄTYÖSKENTELEYTEHTÄVÄ:

- Jakaannutaan 3-4 hengen ryhmiin ja joka ryhmälle jaetaan sattumanvaraisesti eri potilastapaus.
 - Tapaukset ovat täysin kuvitteellisia, mutta mahdollisia ympärivuorokautisessa hoidossa olevia esimerkkejä.
- Ryhmissä tehdään potilastapaukselle hoitosuunnitelma hoitotyön prosessin mukaisesti (vrt. DIA nro 36), aikaa on noin 30 min.
- Kukin ryhmä esittää tuotoksena esittäen ne raprotoimalla aamu – ilta – yö –vuoroihin tuleville. Aikaa kunkin esitykseen on varattu 20 min.
- Kouluttaja poimii fläppitaululle hoitotyön prosessin mukaiset osatekijät ja niistä keskustellaan yhteisesti.

POTILASTAPPAUS I:

90-vuotias nainen, jolla diagnooseina Alzheimerin tauti, RR-tauti, kihti ja DM II-tyyppi. Puoliso toiminut omaishoitajana vuosia kotona ja kotihoito käynyt huolehtimassa lääkityksestä. Liikkuu hyvin ilman apuvälineitä. Kognitio selvästi laskenut ja tarvitsee ohjausta kaikissa päivittäistoiminnoissaan. Ruokahalu huono ja paino laskusuuntainen. On seurallinen ja tykkää keskustella toisten kanssa. Lääkityksenä Memantin 20 mg x 1, Bisoprolol 5 mg x 2, Diformin retard 500 mg 1+2, Allonol 100 mg x 1.

POTILASTAPAUS 2:

87-vuotias nainen, jolla pitkälle edennyt muistisairaus. Saanut kaksi kuukautta sitten aivoinfarktin, jonka jälkeen toimintakyky romahtanut, eikä enää liiku. Vasemman puolen hemiplegia. Vuodepotilas. Virtsakatetri. Ei kommunikoi. Sosemainen ruoka, syötettävä. ER-päätös tehty jo aiemmin. Tajunnantaso vaihtelee, myös hengityskatkoja ollut harvakseltaan. Lääkityksenä Durogesic-laastari 25 ug/3 pv. Puoliso asuu vielä kotona ja liikkuu autolla, käy päivittäin katsomassa vaimoaan.

POTILASTAPAUS 3:

78-vuotias mies, jolla diagnooseina COPD, keliakia, alaraajojen laskimovajaatoimintaa, jalkaturvotuksia sekä lonkkamurtuman jälkitila. Liikkuu pyörätuolilla ja on haluton ottamaan roloa käyttöön. Myös kivut haittaavat liikkumista. Häntäluun alueelle kehittynyt painehaavauma. Lääkityksenä Norspan 5 ug/vko, Furesis 40 mg x 1, Losartan 50 mg x 1, Buventol ja Budensonid inhalaatiot. Muisti hiukan alentunut, muistisairautta ei ole todettu. Ei tupakoi enää, lopettanut 5 vuotta sitten. Ruokahalu vaihteleva. Asuu vaimon kanssa. Tulee jatkokuntoutukseen tk-sairaalaan ja tarkoitus on vielä kotiutua.

POTILASTAPPAUS 4:

92-vuotias leskimies, jolla RR-tauti, huimausta, prostatahyperplasia. Kognitio alentunut ja toimintakykyä vaikeuttaa myös keskivaikkea masennus sekä kommunikointia huono näkö ja kuulo. Kuulokojetta ei ole. Silmäpohjarappeumalle ei ole mitään tehtävissä. Tarvitsee ohjausta päivittäistoiminnoissaan. Ummetustaipumusta ja kastelua. Lääkityksenä Cardace 10 mg x 1, Losartan 100 mg x 1, Metoprolol 47,5 mg x 1, Finasterid 5 mg x 1, Omnic 0,4 mg x 1, tarv. Levolac 10 ml. Lisäksi öisin levottomuutta. Tytär ja poika eläkkeellä ja asuvat paikkakunnalla.

POTILASTAPPAUS 5:

88-vuotias leskimies, jolla RR-tauti, yhdistelmähoitoinen DM, verensokeritaso vaihtelee ja etenkin öisin tullut hypoja. Lisäksi nivelreuma ja kaatuilujakin ollut. RR-taso vaihtelee. Kognitio alentunut. Liikkuu kävelykepin turvin. Lääkityksenä Trexan 2,5 mg x 4/kerran viikossa (ti), Folvite 1 mg 5x1/kerran viikossa (ke), Januvia 100 mg x 1, Diformin ret. 500 mg 2x2, Lantus 50 yks x 1 (ilta), Prednisolon 2,5 mg x 1, Somac 40 mg x 1, Oxiklorin 100 mg 1x1, Micardis 40 mg 1x1, Bisoprolol 10 mg 1x1. Tarvitsee apua kaikissa päivittäistoimissaan.

POTILASTAPAUS 6:

65-vuotias mies, jolla 40 vuoden runsas alkoholi- ja tupakkahistoria. Lopettanut kokonaan vajaan vuosi sitten. Pään kuvissa todettu aivoatrofiaa pitkän alkonkäytön pohjalta. Lisäksi hankala psoriasishottuma käsivarsissa, jaloissa ja päänahassa. Liikkuu töpöttäen rollon avulla. Virtsainkontinenssia ja ulostetuhrua, housuvaipat käytössä. Kotihoito käynyt aiemmin. Asunut yksin. Siirtyy kotonapärjäämättömyyden vuoksi ympärivuorokautiseen hoitoon pitkäaikaispaikalle. Huono ruokahalu, BMI 18. Ei sosiaalista verkostoa.

LÄHTEET:

- Cochrane 2019. What we do. Viitattu 29.8.2019. www.cochrane.org > About us > What we do.
- Hotus 2019. Hoitosuosituksset. Viitattu 28.8.2019. www.hotus.fi > Näytön tiivistäminen > Hoitosuosituksset.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Joanna Briggs Institute 2019. Who are we? Viitattu 29.12.2019. www.joannabriggs.org > About JBI > About > Who are we?
- Jokinen, T. & Virkkunen, H. (toim.) 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas osa I. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.11.2018. https://rhl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+I++final+2018_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77
- Lainsäädäntö. www.finlex.fi
- Liljamo, P.; Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke 2007-2008. FinCC-luokituksen käyttöopas. Viitattu 28.8.2019. <https://docplayer.fi/21846192-Opas-fincc-luokituskokonaisuuden-kayttoon-hoitotyon-sahkoisen-kirjaamisen-mallissa.html>

-
- Liljamo, P.; Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 26.11.2018.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa A. Ensio, K. Tantu & A-L. Sonninen (toim.). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. painos. Helsinki: VSOY, 157-166.
 - Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019. Käypä hoito. Viitattu 29.8.2019. www.kaypahoito.fi > Käypä hoito.
 - THL 2019a. Tutkimustoiminta THL:ssä. Viitattu 1.9.2019. www.thl.fi > Tutkimus ja kehittäminen > Tutkimustoiminta THL:ssä.

