



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Systemaattisen kirjaamisen kehittäminen yhteistyössä Espoon sairaalan osasto 3 D:n kanssa

---

Eberhardt, Minna

Harrinkoski, Heidi

2012 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu

Laurea Lohja

Systemaattisen kirjaamisen kehittäminen yhteistyössä  
Espoon sairaalan osasto 3 D:n kanssa

Eberhardt, Minna  
Harrinkoski, Heidi  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Tammikuu, 2012

Eberhardt, Minna ja Harrinkoski, Heidi

**Systemaattisen kirjaamisen kehittäminen yhteistyössä Espoon sairaalan osasto 3 D:n kanssa**

Vuosi 2012

Sivumäärä 35

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää systemaattista kirjaamista yhteistyössä Espoon sairaalan osasto 3 D:n kanssa. Osasto 3 D:llä hoidetaan aikuisikäisiä espoolaisia, jotka tulevat osastolle saattohoitoon, lyhytaikaisiksi jaksopotilaisiksi tai geriatriseen arviointiin. Espoon sairaalan kirjaamisen kehittämisprojektissa oli mukana kuusi vuodeosastoa sekä kotisairaala. Kehittämisprojektin työryhmään kuuluu tämän opinnäytetyön tekijöiden lisäksi kolme sairaanhoitajaa Espoon sairaalasta. Kehittämisprojektin tavoitteena on tukea työyhteisöä kirjaamisen kehittämisessä. Tämä projekti kuuluu valtakunnalliseen eNNi-hankkeeseen. Hankkeen tavoite on tuottaa uutta tietoa ja osaamista kirjaamisen alueesta ja viedä ne käytäntöön juurruttamisen avulla.

Kehittämisprojekti alkoi nykytilanteen kuvauksella, joka toteutettiin haastattelun avulla. Nykytilanteen kuvauksen perusteella työyhteisö valitsi työyhteisön kehittämiskohteen, joka on päivittäisen arvioinnin kirjaaminen suhteessa potilaan hoidon tarpeisiin. Teoreettisen ja tutkitun tiedon pohjalta syntyi uusi toimintatapa, joka otettiin käytäntöön mukaan. Uuden toimintatavan tarkoituksena oli kehittää kirjaamista tarkemmaksi ja kuvaavammaksi. Uuden toimintatavan toteuttamisen avuksi kehitettiin muistilappu tietokoneen vierelle, joka muistuttaa tärkeistä kirjattavista asioista. Lähtökohtana on tarpeiden ja tavoitteiden tarkka määrittäminen ja arvioinnissa arvioidaan sen hetkinen todellinen tila.

Osaston kirjaamisen kehittymistä arvioitiin kyselylomakkeella. Kyselyssä tuli esille, että kirjaaminen on muuttunut uuden toimintatavan myötä jonkin verran parempaan suuntaan. Osastolla kuitenkin tarvitaan lisää tietoa ja ohjausta. Kirjaamisen kehittymistä pidetään yllä pienryhmätoiminnalla sekä yleisellä keskustelulla.

Asiasanat: rakenteinen kirjaaminen, hoidon arviointi ja juurruttaminen.

Eberhardt, Minna and Harrinkoski, Heidi

**Developing structural documentation together with Ward 3 D of Espoo hospital**

Year 2012

Pages 35

---

The purpose of this thesis was to develop structural documentation in cooperation with Ward 3 D of the hospital of Espoo. Six Wards for inpatients and one hospital-at-home took part in the development project. In addition to individuals writing this thesis, the project team included three nurses from the cooperating hospital. The purpose of the development project was to support the working community in developing documentation. This project is part of the national eNNi project. The purpose of eNNi is to produce knowledge and knowhow on documentation and take them into practice with dissemination.

The project began with a description of the contemporary state, which was based on an interview. Based on the description, the working community decided on a target to be developed: the daily documentation of evaluation regarding individual patients' care needs. By combining theoretical and empiric research a new method emerged and was adopted into practice. The new method was born of the need to develop the accuracy and descriptiveness of documentation. The starting point is defining the necessities and objectives and in the evaluation the actual current situation is assessed.

The development of documentation on a Ward was appraised with a form. The enquiry showed that documentation has seen some positive progress with the new method. The Wards nevertheless still need more information and guidance on the matter. The development of documentation is maintained with small group activity and general discussion on the matter.

Key words: structural documentation, treatment evaluation and dissemination.

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kehittämistoiminnan menetelmät .....	7
	2.1 Juurruttaminen .....	7
	2.2 Haastattelu.....	9
	2.3 Litterointi ja sisällön analyysi .....	10
3	Kehittämistoiminnan ympäristö .....	10
	3.1 Arvot .....	11
	3.2 Muutos työyhteisössä .....	12
4	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut.....	12
	4.1 Kirjaaminen .....	12
	4.2 Sähköinen kirjaaminen .....	14
	4.3 Rakenteinen kirjaaminen ja hoitotyön ydintiedot.....	14
	4.4 Lainsäädäntö .....	16
	4.5 Hoidon arviointi ja kirjaaminen .....	19
5	Kehittämistoiminnan toteus .....	21
	5.1 Hankkeen käynnistyminen.....	21
	5.2 Nykytilanteen kuvaus .....	22
	5.3 Kehittämiskohteen valinta .....	24
	5.4 Uusi toimintatapa .....	25
	5.5 Uuden toimintatavan juurruttaminen .....	28
6	Arviointi.....	29
	Lähteet .....	31
	Liitteet.....	33

## 1 Johdanto

Lain 2007/159 tarkoituksena on parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lain avulla toteutetaan yhtenäinen asiakastietojen käsittely ja arkistointijärjestelmä sähköisessä muodossa potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä edistään asiakkaan tiedonsaantia. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010.)

Suomessa on kehitetty kansallisesti yhtenäinen malli hoitotyön kirjaamista varten. Kirjaamisen malli on kehitetty HoiDok - hankkeessa vuosina 2005-2008. Hoitotyön ydintiedot kirjataan Finnish Care Classification- luokituskokonaisuutta (FinCC) käyttäen. HoiData - hankkeessa 2007- 2009 viedään mallia potilastietojärjestelmiin ja samalla tuetaan organisaatioita systemaattiseen kirjaamiseen. eNNI-hanke jatkaa tätä työtä käytäntöön juurruttamisena terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen välisenä yhteistyönä vuosina 2008-2012. (eNNI-hanke 2008.)

Espoon sairaalan kirjaamisen kehittämisen hanke on osa valtakunnallista sähköisen potilaskirjaamisen eNNI-hanketta. eNNI-hankkeessa terveydenhuollon organisaatiot ja ammattikorkeakoulut tekevät yhteistyötä mallin käyttöön tarvittavan osaamisen jakamisessa sekä mallin juurruttamisessa käytäntöön. eNNI-hankkeella pyritään lisäksi rakentamaan yhteistyötä työelämän ja koulutuksen välille ja sen myötä kehittymään yhdessä. (eNNI-hanke 2008.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kirjaamisen kehittäminen yhteistyössä Espoon sairaalan osasto 3 D:n kanssa. Opiskelijoiden tehtävänä tässä hankkeessa on tukea työyhteisöä kirjaamisen kehittämisessä. Menetelmänä kirjaamisen kehittämistyössä käytetään juurruttamista. Kehitysprojektin työryhmään on kuulunut tämän opinnäytetyön tekijöiden lisäksi kolme sairaanhoitajaa Espoon sairaalasta. Työyhteisön kehittämiskohteeksi valittiin päivittäisen arvioinnin kirjaaminen suhteessa potilaan hoidon tarpeisiin.

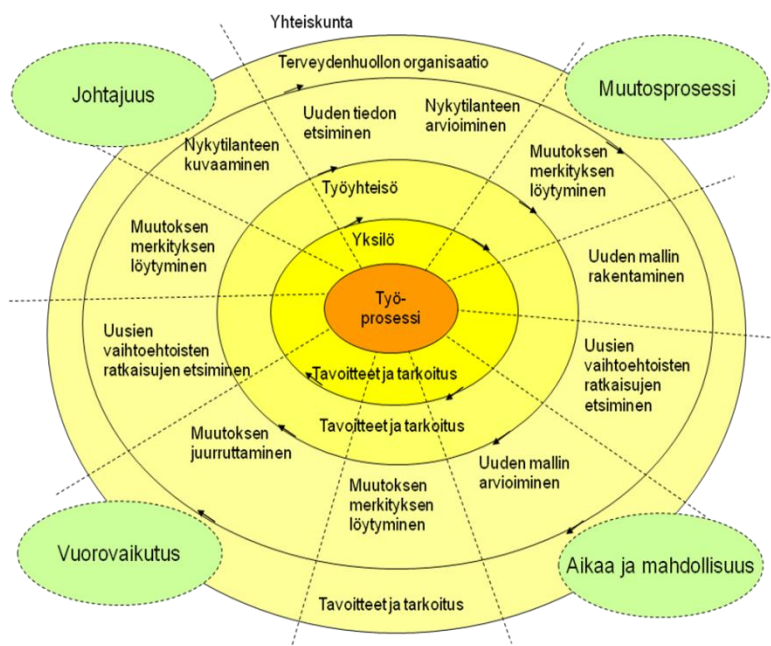
## 2 Kehittämistoiminnan menetelmät

### 2.1 Juurruttaminen

Juurruttaminen perustuu vuorovaikutukseen toimijoiden kesken, koska se on yhteisöllinen oppimisprosessi. Uutta tietoa tuotetaan hiljaisen tiedon sekä teoreettisen ja tutkitun tiedon avulla, jota sitten kehitetään käytännön osaamiseksi. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16.) Juurruttamisessa käsitys tiedosta on hiljaisena tietona sekä eksplisiittisenä tietona. Hiljaisena tietona kuvataan toiminnassa olevaa tietoa, joka on yhteydessä ympäristöön ja siihen liittyviin ihmisiin. Uutta tietoa voidaan saada vertaamalla ja ymmärtämällä hiljainen tieto ja eksplisiittinen tieto. Näiden avulla voi syntyä uutta osaamista. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007.)

Tieto havaitaan hiljaisena, intuitiivisena, subjektiivisena ja henkilösidonaisena. Voidakseen jakaa äänetöntä tietoa tulee se muuttaa sanoiksi, numeroiksi ja symboleiksi. Toisaalta tieto nähdään eksplisiittisenä eli se kuvataan sanoin ja numeroin. Teoreettinen ja tutkittu tieto eli näkyvä tieto on jaettavissa tieteellisinä kaavoina, universaaleina sääntöinä, periaatteina ja datana. Näkyvä tieto on säilytettävissä tietokannoissa ja sitä voidaan siirtää sähköisesti. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4.)

Juurruttamisen tavoitteena on muodostaa uusi toimintamalli ja sen ottaminen käyttöön sekä tuottaa uutta tietoa työelämässä. Tätä asiaa kehitetään yhdessä työelämän sekä ammattikorkeakoulun kanssa. Uusi toimintamalli ja sen käyttöönotto tapahtuu vaiheittain juurruttamisen mallin mukaan (Kuvio 1). Toteutus tapahtuu, kun työyhteisössä muutetaan työtä. Muutosta pyritään edistämään työyhteisön edustajien sekä ammattikorkeakoulun opiskelijoiden avulla. Nämä tahot edistävät muutosta kuvaamalla nykytilanteen ja esittävät sen työyhteisölle, jolloin työyhteisö voi sen arvioida. Muutosta edistetään myös etsimällä eksplisiittistä tietoa uuden tavan perusteluiksi. Hiljainen sekä eksplisiittinen tieto esitetään työyhteisön vertailtavaksi, rakennetaan uusi toimintatapa ja autetaan sen juurtumista työyhteisön jokapäiväiseen työhön. Opiskelijat osallistuvat työryhmän työskentelyyn ja kuvaavat prosessin opinnäytetyönä. (Ahonen ym. 2007.)



Kuvio 1: Juurruttamisen malli 2.0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007)

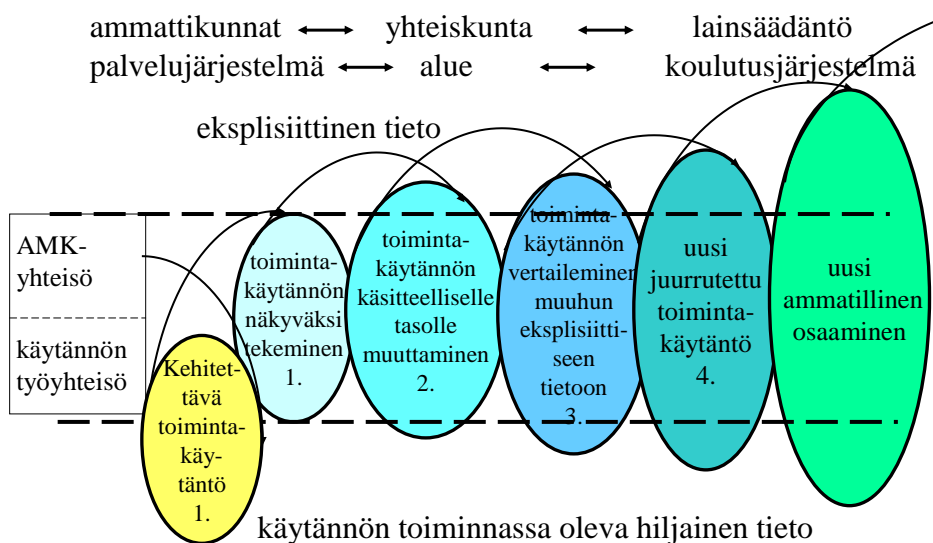
Juuruttaminen pitää sisällään neljä eri tiedonkäsittelyn kierrosta (Kuvio 2). Tiedonkäsittelyn ensimmäisellä kierroksella kuvataan nykyistä toimintaa hoitotyössä toinen toisilleen hiljaisena tietona. Hiljainen tieto on toiminnassa olevaa äänetöntä tietoa. Huomio on kiinnitettävä kuvaamaan nykyinen toiminta toteutuvana toimintana. Hoitotyön nykyinen toiminta eli hiljainen tieto kuvataan näkyväksi. (Ahonen ym. 2005, 4-5.)

Toisella kierroksella jäsenetään nykyistä toimintaa teoreettiselle tasolle. Toiminnassa oleva äänetön tieto muutetaan eksplisiittiseksi tiedoksi eli sanoiksi ja numeroiksi. Toiminnan kuvaus laitetaan käsitteiksi, joita voidaan työyhteisössä tutkia ja arvioida. Tämän tarkoituksena on tunnistaa kohdat, jotka tarvitsevat kehittämistä. (Ahonen ym. 2005,4-5.)

Kolmannella kierroksella tarkastellaan teoreettiselle tasolle jäsenettyä toimintaa ja sitä vertaillaan aikaisempaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Tarkastelun avulla tuotetaan ehdotus uudesta toimintatavasta. Teoreettisia käsitteitä vertaillaan ja tarkastellaan käytännöstä muodostettuihin käsitteisiin. Tarkastelun pohjalta muodostetaan uudet käsitteet, jotka kuvaavat toimintaa. (Ahonen ym. 2005, 5-6.)

Neljännellä kierroksella työyhteisön vanhaa toimintatapaa verrataan uuteen toimintatapaan (Ahonen ym. 2006, 19). Tällä kierroksella ehdotetaan muutosta nykyiseen toimintatapaan ja se muokataan käytännöksi eli eksplisiittisestä tiedosta hiljaiseksi tiedoksi. Käsitteet muokataan uudestaan toimintaa kuvaaviksi. (Ahonen ym. 2005, 6.)





Kuvio 2: Tiedon käsittelyn kierrokset (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2005)

## 2.2 Haastattelu

Haastattelu on keskustelua, jota haastattelija ohjaa. Haastattelua voidaan käydä ennalta laadittujen kysymysten pohjalta tai vapaana haastatteluna, jossa keskustelu käydään tietyn aihepiirin sisällä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 196-197.) Haastattelua käytetään eritoten erilaisista tiedonkeruumuodoista. Haastattelu sopii erilaisiin tutkimustarkoituksiin, koska menetelmänä se on joustava. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34.)

Haastattelussa haastattelijalla on mahdollista toistaa kysymys ja kysyä siinä järjestyksessä kuin haastattelija parhaaksi näkee. Väärinkäsitykset voidaan oikaista ja selventää sanamuotoja. Tärkeänä haastattelussa pidetään sitä, että saataisiin mahdollisimman paljon tarvittavaa tietoa aiheesta. Haastattelukysymykset on mielekästä antaa vastaajille jo etukäteen tutustuttaviksi, koska haastattelu voi onnistua tämän vuoksi paremmin. Haastattelussa voidaan myös havainnoitsijan roolissa kirjoittaa paperille ylös mitä on sanottu ja miten. Haastatteluun on mahdollista valita ihmisiä, jotka osaavat ja joilla on tietoa haastattelun teemasta. Haastatteluun kuitenkin kuluu paljon aikaa ja rahaa, joten se on kallis aineiston keruutapa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-74.)

Tutkimushaastattelut nauhoitetaan usein ja tämä antaa mahdollisuuden tarkastella toisten haastatteluja sekä palata haastattelutilanteeseen uudelleen. Nauhoitusta voidaan pitää muistiapuna sekä välineenä tulkintojen tarkastamisessa. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 14.)

### 2.3 Litterointi ja sisällönanalyysi

Litteroinnissa kirjoitetaan puhtaaksi tallennettu laadullinen aineisto. Aineiston litteroiminen on yleisempää kuin omien päätelmien tekeminen nauhoista. Litterointi tehdään joko koko kerätystä aineistosta tai valikoiden siitä osia teemoittain. Litteroinnissa ei ole yhtä oikeaa ohjetta. On tiedettävä minkälainen analyysi tehdään ja käytetäänkö siinä jotakin tietokone ohjelmaa. (Hirsjärvi ym. 2005, 210.)

Laadullisen aineiston analyysimenetelmänä käytetään sisällönanalyysiä. Sillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittava asia voidaan tuoda lyhyesti ja helposti kuvailtavasti esille. Sisällönanalyysin avulla voidaan havainnoida dokumentteja ja analysoida systemaattisesti. Sisältöä voidaan selittää sellaisenaan tai siitä voidaan myös kerätä tietoja, siten tehdä päätelmiä muista ilmiöistä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.) Sisällönanalyysi eli tekstianalyysi on sitä, että siinä etsitään tekstin merkityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 104). Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä erilaisia tutkimuksia ja se voidaan yhdistää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91).

## 3 Kehittämistoiminnan ympäristö

Espoon sairaalan osasto 3 D:llä työskentelee lääkäreitä, osastonhoitaja, esimiehen ensisijainen sijainen, 9,5 sairaanhoitajaa, 10-12 lähihoitajaa ja perushoitajaa sekä fysioterapeutti. Espoon sairaalassa on 20 vakituista varahenkilöä, jotka kiertävät eri osastoja Espoon sairaalassa, Jorvissa sekä kotisairaalassa. Aamuvuorossa on 8-10 hoitajaa, joista sairaanhoitajia on 2-4. Iltavuorossa on kuusi hoitajaa, joista sairaanhoitajia on kaksi. Yövuorossa on kaksi hoitajaa ja toinen heistä on sairaanhoitaja. Viikonloppuisin aamulla ja illalla on kuusi hoitajaa ja yöllä kaksi. (L. Laamanen ym., henkilökohtainen tiedonanto 28.01.2009.)

Osastolla on 34 paikkaa, mutta yleensä siellä on potilaita enemmän. Potilaat ovat aikuisikäisiä espoolaisia. Potilaat tulevat osastolle saattohoitoon, lyhytaikaisiksi jaksopotilaiksi tai geriatriin arviointiin. Potilaat ovat osastolla viikosta vuoteen. Osa potilaista kotiutuu, osa asuu kotona ja osa odottaa jatkohoitopaikkaa. Huoneet ovat 2-4 hengen huoneita ja tarvittaessa niihin sijoitetaan enemmänkin potilaita. (L. Laamanen ym., henkilökohtainen tiedonanto 28.01.2009.)

Osasto on jaettu kahteen osaan, joissa molemmissa on omat henkilökunnat. Molemmilla osastoilla on oma lääkäri. Osastonhoitaja vastaa molemmista puolista. Kummallakin osastolla on yksi yhteinen lääkehuone, joka jakaa kanslian kahteen osaan. Osastolla on kuntouttava työote käytössä, joten huomio kiinnitetään potilaan omien voimavarojen hyödyntämiseen. Jaksohoi-

don tarkoituksena on tukea potilaan kotona selviytymistä. (L. Laamanen ym., henkilökohtainen tiedonanto 28.01.2009.)

### 3.1 Arvot

Ympäristö missä toimitaan, vaikuttaa tietoon, sen käsittelyyn sekä tiedon käyttöönottoon, sekä ohjaa terveydenhuollon toimintaa. Ammattikunnilla on omat arvot ja eettiset ohjeet, jotka vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan. (Ahonen ym. 2005, 4.) Espoon sairaalan osasto 3 D:llä on käytössä Espoon arvot: asukas- ja asiakaslähtöisyys, suvaitsevaisuus ja tasa-arvo, luovuus ja innovatiivisuus, kumppanuus ja yhteisöllisyys, tuloksellisuus ja vaikuttavuus sekä kestävä kehitys (Espoo-strategia 2010-2013).

Asiakkaan tarpeita ja tavoitteita arvostetaan kaikessa mitä tehdään. Asukas- ja asiakaslähtöisyys koskee molempia, kun on kyse annettavista palveluista. Asukkaiden ja asiakkaiden antama palaute ja tieto otetaan huomioon toiminnan ja palveluiden kehittämisessä. (Espoo-strategia 2010-2013.)

Toisten ajatuksia arvostetaan ja kuunnellaan eri mielipiteitä. Kaikki ihmiset ovat tasa-arvoisia ja heitä kohdellaan oikeudenmukaisesti. Edistetään yksilö- ja ryhmätasolla sukupuolten välisiä tasa-arvoa ja erilaisuuden ymmärtämistä. Suvaitaan erilaiset kulttuurit ja ymmärretään heitä sekä eletään suvaitsevaisesti rinnakkaiseloa. (Espoo-strategia 2010-2013.)

Uudet asiat ja ideoiden tuottaminen sekä niiden käyttöönotto otetaan luovasti ja innovatiivisesti vastaan. Luovuus ja innovatiivisuus ovat monipuolista kokeilemistä, tutkimista ja kehitettävää toimintaa. Jatkuvalle ylläpidolle saadaan nopeaa oppimista ja omaksutaan asioita nopeasti. (Espoo-strategia 2010-2013.)

Avoin yhteistyö ja verkostomainen työtapa hyödyttävät kumppaneita ja yhteisöä. Kumppanuudessa ja yhteisöllisyydessä otetaan mukaan asiakkaat ja heidän annetaan osallistua palvelun suunnitteluun ja toteutukseen tasaveroisesti muiden osallistujien kanssa. (Espoo-strategia 2010-2013.)

Toiminnan tuottavuus, taloudellisuus ja vaikuttavuus saadaan tuloksellisuudella ja vaikuttavuudella. Tuloksellinen toiminta antaa mahdollisuuden saavuttaa halutut vaikutukset. Asetetut tavoitteet saavutetaan onnistuneesti tuloksellisuuden avulla. Palvelut sekä muut toiminnot on järjestetty taloudellisesti ajateltuna sekä tehokkaasti. (Espoo-strategia 2010-2013.)

Kestävä kehitys saavutetaan kaupungissa edistämällä ekologisuutta, taloudellisuutta ja sosiaalista kestävyyttä kaikessa toiminnassa. Vaalitaan kulttuurin, historian ja uskonnollisuuden antamaa perintöä sekä kunnioitetaan monikulttuurisuutta. (Espoo-strategia 2010-2013.)

### 3.2 Muutos työyhteisössä

Muutoksessa vanhoihin toimintatapoihin pyritään saamaan muutosta kehittämällä toimintaa. Ajattelutapojen muutos on olennainen osa muutosta. Muutokseen tarvitaan pitkäjänteisyyttä sekä taitoa nähdä muutoksen merkitys laajemmassa kokonaisuudessa. Useissa tutkimuksissa on todettukin pitkäjänteisyyden vaikuttavan muutoksen pysyvyyteen. (Lauri 2006, 115.) Rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen saa aikaan suuren muutosprosessin kaikissa organisaatioissa. Muutosprosessin onnistumiseksi, on kaikkien sitouduttava uuden oppimiseen. Muutosprosessiin tarvitaan aikaa. (Pykälämäki 2008, 47.)

Muutos alkaa tilanteen tiedostamisesta ja kyseenalaistamisesta, sen jälkeen käsitellään muutoshalukkuutta ja sitoutumista. Näiden jälkeen mietitään tavoitteet ja menetelmät, jonka jälkeen on toteutuksen ja arvioinnin vuoro. Lopuksi uusi toimintatapa vakiinnutetaan käytännön toimintaan. (Lauri 2006, 115.)

Hoitotyön toimintaa voidaan tarkastella kaksiosaisena eli hoitajan ajattelulla ja näkyvällä toiminnalla. Tämän projektin tavoitteena on muutos hoitotyön ajattelussa ja näkyvässä toiminnassa. (Ahonen ym. 2005, 4.) Siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen on suuri muutos yksilöille, työyhteisöille, organisaatioille ja järjestelmille. Siirtyminen muuttaa kirjaamisen lisäksi todennäköisesti työyhteisön rakenteita ja toimintakulttuuria. Muutoksen onnistumiseen vaaditaan ennakoivaa johtamista ja myönteistä yhteishenkeä, palkitsevaa ja kannustavaa toimintaa sekä jatkuvia oppimis- ja kehittämismahdollisuuksia. (Hopia & Koponen 2007, 7.) Uuteen kirjaamistapaan rohkaistaan antamalla tarvittavaa apua ja tukea. Yksilölliset taidot, kyvyt ja oppimistarpeet huomioiva koulutus auttaa uuden oppimisessa. (Hopia & Koponen 2007, 7.)

## 4 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

### 4.1 Kirjaaminen

Kirjaaminen on tärkeää hoitotyössä ja tekee hoitotyön näkyväksi. Kirjaaminen tarkoittaa tietojen merkintää, kokoamista sekä luettelointia. Hoitohenkilökunnan oikeusturva sekä hoidon jatkuvuus varmistetaan hyvällä kirjaamisella. Kirjaamisella turvataan myös hoitoa koskeva tiedonsaanti, varmistetaan toteutettu hoito ja mahdollistetaan arviointi hoidosta. Kirjaamisella lisätään tiedonkulkua potilaan terveydentilasta ja saadusta hoidosta. Kirjaamiseen kuuluu hoitotyön suunnitelma, toteutus, toteutuksen arviointi ja potilaan hoidolle muut tärkeät asi-

at. Tekstin tulee olla kirjauksissa selkeää, virheetöntä, asianmukaista, luettavaa, arvioivaa ja perusteltua. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 55.)

Hoitoprosessin kirjaamiseen kuuluu tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus, hoidon arviointi sekä määrittämätön. Määrittämättömään osioon kirjataan silloin, kun se ei kuulu muihin edellä mainittuihin osioihin. Tulotilanteeseen kirjataan potilaan taustatiedot. Taustatiedot koostuvat potilaan hoitoon tulon syystä, esitiedoista, ongelmista, nykytilasta, mahdollisesta lääkehoidosta ja apuvälineistä, toimintakyvystä, riskitiedoista sekä terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Tietoja voidaan saada myös potilaan saamasta lähetteestä. Hoidon suunnittelu tehdään yhdessä hoitohenkilökunnan, potilaan ja mahdollisesti omaisten kanssa. Suunnitelmassa katsotaan hoidon tarve ja tavoite, katsotaan lääkärin määräämät tutkimukset ja toimenpiteet, lääkemääräykset sekä suunnitellut hoitotyön toiminnot. Hoidon toteutukseen kirjataan valitut keinot ja menetelmät, jotta pystytään saavuttamaan hoidon tavoitteet. Keinoihin ja menetelmiin sisältyy tutkimukset ja toimenpiteet, hoitotyön toiminnot, lääkehoito ja rokotukset. Hoidon arviointiin kirjataan tapahtuneet muutokset potilaan voinnissa ja arvioidaan toteutunut hoito peilaten potilaalle asetettuihin päätavoitteisiin hoito suunnitelmaan. Määrittämätöntä vaihetta käytetään silloin, kun ei ole aihetta käyttää mitään määritellyistä vaiheista kuten todistukset tai diagnoosit ja rakenteiset riskitiedot. (Ydintieto-opas 3.0 2009.)

Hoitotyön suunnitelma alkaa siitä, kun potilas otetaan vastaan. Suunnitelmaan kuuluu hoidon tarpeiden arviointi ja priorisointi. Näitä auttavat hahmottamaan esitietojen kerääminen, potilaan haastattelu sekä oireiden havainnointi. Hoidolle asetetaan tavoitteet, jotka saavutettaisiin suunnitelluilla toiminnoilla tai auttamismenetelmillä. Esitietoja voidaan kerätä myös mahdollisesti omaisia tai saattajaa haastattelemalla. Hoidon tarve määritetään hoitajan saamien tietojen ja havainnoinnin avulla. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 113.)

Hoitotyön huolellinen tekeminen helpottaa päivittäistä kirjaamista. Potilaan hoidon suunnittelu ja toteutus kuvaa hoitotyön toiminnot. Kirjaamisessa tulisi näkyä hoitotyön toimintojen perustuminen näyttöön. Potilaan tietoihin kirjataan hoitotyön toiminnot, jotka ovat hoidon näkökulmasta merkittäviä. Potilaan kanssa voidaan tarkastella hoitotyön suunnitelmaa samalla, kun toteutetaan hoitotyötä. Hoitotyön tarpeita ja ongelmia tarkastellaan ja seurataan jatkuvasti hoitotyötä tehdessä. Tämä auttaa siinä, että voidaan tarvittaessa muuttaa hoitotyön suunnitelmaa potilaan tilan niin vaatiessa. (Saranto ym. 2008, 114-117.)

Potilaan tilaa arvioidaan vertaamalla tulotilannetta nykytilanteen tavoitteisiin. Voidaan myös arvioida hoitotoimintojen vaikutuksia tulotilanteeseen ja tavoitteisiin. Potilaan saamaa hoitoa ja sen vaikutuksia arvioidaan jatkuvasti. Potilaan hoitoa voidaan päivittäin näkyvissä olevan hoidon suunnitelman avulla tarpeiden ja tavoitteiden mukaan. (Saranto ym. 2008, 114-122.)

## 4.2 Sähköinen kirjaaminen

Sähköinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan tietojen tallentamista, säilyttämistä ja uudelleen käyttämistä sähköisesti. Sähköinen potilaskertomus on tärkeä työvälinen potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Sähköinen kirjaaminen perustuu termeihin, luokituksiin ja koodituksiin, jotka on hyväksytty kansallisesti. Yhtenäinen ammattikieli on luokitusten tavoite, jossa käsitteet ovat selkeitä ja määriteltyjä. Sähköinen hoitokertomus siirtyy vapaasta tekstistä mallin mukaiseen tekstiin. Kirjaamisen sisältö pysyy kuitenkin samana. Päätöksenteko ohjaa edelleen sitä, miten kirjataan tiedot potilaan tilasta, hoidosta ja vaikutuksista. (Kassara ym. 2005, 61-62.)

Sähköistä potilasasiakirjaa käyttävät monet ammattiryhmät, joten olennaisen tiedon löytymisen suuresta tietomäärästä on tärkeää. Sähköisessä kirjaamisessa on myös tarve vähentää päällekkäistä kirjaamista. (Saranto ym. 2008, 14.) Sähköisessä kirjaamisessa tiedot ovat helpommin löydettävissä ja etukäteen käytettävissä, yhtenäisten käsitteiden selkiytyminen mahdollistuu sekä hoidon laadun arviointi ja seuranta kehittyvät (Wilskman, Koivukoski, Knuutila & Isotalo 2007, 12-14).

## 4.3 Rakenteinen kirjaaminen ja hoitotyön ydintiedot

Ydintietojen avulla annetaan kokonaiskuva henkilön terveys- ja sairaushistoriasta, sekä henkilön hoidosta ja ohjauksesta. Ydintiedot on kirjattu kaikissa järjestelmissä samalla tavalla. Hoitotyön ydintiedot koostuvat hoidon tarpeesta, toiminnoista, tuloksista, hoitoisuudesta ja yhteenvedosta. Ydintiedot ovat valtakunnallisesti määriteltyjä keskeisiä hoitotietoja. (Saranto ym. 2008, 13.)

Hoitotyön ydintiedot kirjataan rakenteisesti FinCC-luokituksia käyttäen (Finnish Care Classification) (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23). Ydintietoja kuvataan sanastoilla, luokituksilla ja nimikkeistöillä, jotka ovat määritelty koodein ja näiden avulla tieto tallennetaan sähköiseen tietokantaan (Saranto ym. 2008, 13). Hoidon tarveluokitusten (SHTaL 2.0) ja toimintoluokitusten (SHTol 2.0) komponentit jaetaan pää- ja alaluokkiin (Saranto ym. 2008, 115-116.) Komponenttitaso on yhteisotsikko aihealueille, eikä komponenttien alle suoraan kirjoiteta. Komponentit kokooa alleen pää- ja alaluokat. (Ydintieto-opas 3.0 2009.) Näiden avulla voidaan tarkentaa kirjattavia asioita, jotka tapahtuvat valitun pää- tai alaluokan jälkeen. Luokitukset ovat ohjaamassa kirjaamista ja kokonaisuuden hahmottamista. (Saranto ym. 2008, 115-116.)

Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa potilaskertomuksen sähköistä kuvaamista hoidollisten päätöksien mukaan. Rakenteinen kirjaaminen koostuu ydintiedoista, termeistä sekä niitä täydentävistä teksteistä. (Saranto ym. 2008, 14.)

Hoitokertomukseen kirjataan tieto reaaliajassa, jolloin tieto on kaikkien hoitavien tahojen luettavissa tarpeen mukaan, kuten esimerkiksi lääkärinkierrolla (Saranto ym. 2008, 112). Tärkeäksi nousee systemaattisesti kirjatussa tiedossa se, että tietoa voidaan käyttää tilanteissa, jossa potilas ja hoitava taho eivät ole fyysisesti samassa paikassa. Tietoa, joka on luokiteltu termistöillä, voidaan valita, poimia ja hakea tietokannoista hakusanoilla. Luokitukset auttavat saamaan myös kuvan tapahtumista niiden yhteisvaikutusten arviointia varten. Rakenteilla ydintiedoilla koottu tiedon tallennus mahdollistaa tietojen katselun myös aikasarjoina. Näin asiakirjoista välittyä ennalta ehkäisevästä hoidosta, oireiden mukaisesta tai kuntouttavasta hoidosta tai potilaan sairaushistoriasta etenevä kokonaisuus. (Saranto ym. 2008, 14.)

Potilaan hoidon suunnittelussa tärkeässä asemassa on esitiedot ja tulohaastattelu, mutta tietoja kerätään ja analysoidaan koko hoitoprosessin ajan. Kattava tulotilanteen kartoitus tukee yksilöllistä ja tarpeisiin perustuvaa hoitoa. Terveystieteiden edellytetään potilaan jäsenyyttä ja tuloksellista hoidon prosessia. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 7.)

Hoidon tarvetta arvioitaessa hoitohenkilöstö laatii kuvauksen potilaan terveydentilaan liittyvistä sen hetkisistä tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan hoitotoimenpiteiden keinoin poistaa tai helpottaa. Potilaan hoidon tarve kartoitetaan havainnoimalla, haastatteleamalla ja mittaamalla. Tietoa voi saada myös omaisilta, läheisiltä, potilaskertomuksista tai sairaankuljettajilta. (Iivanainen & Syväoja 2008, 651-652.)

Hoidon tavoitteet ovat potilaskeskeisiä. Tavoitteet asetetaan suhteessa hoidon tarpeisiin ja siihen millaisia muutoksia odotetaan ja/tai mitä potilas itse odottaa tapahtuvan tilassaan. Hoidolle asetettu kokonaistavoite kuvaa potilaan lopullisen tilan ja se tulisi asettaa hoidon alussa, jos potilaan tila sen sallii. Hoidolle asetetaan myös välitavoitteita ja niitä voi olla yksi tai useampi. Tavoitteiden pitää olla konkreettisia, jotta niitä voidaan arvioida. (Iivanainen & Syväoja 2008, 652.)

Hoitotyön toimintoja mietittäessä auttamismenetelmät tai keinot valitaan tavoitteiden perusteella niin, että ne ovat tarkoituksenmukaisia. Hoitotyön periaatteet tulee ottaa huomioon menetelmien valinnassa ja käytössä. Menetelmien valintaan vaikuttaa potilaan itsehoitoisuus, hoitovälineiden saatavuus ja henkilökunnan määrä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653.)

Hoitotyön toteutus tarkoittaa suunniteltujen toimintojen toimeenpanoa hoitotyönperiaatteita noudattaen. Hoitotyön toteutus on potilaan tarpeen mukaan joko puolesta tekemistä, tukemista, ohjaamista, varmistamista tai hoitotoimenpiteiden suorittamista. Hoitotyön toiminnot kirjataan menneessä muodossa, koska toiminto on jo toteutunut silloin kuin kirjataan. (Iivanainen & Syväoja 2008, 653-654.)

Hoidon arvioinnissa kuvataan miten hoidon tarpeeseen on vastattu, onko tavoitteet saavutettu, millaisia muutoksia potilaan tilassa on tapahtunut ja miten potilas on hoitonsa kokenut. Arvioinnissa mietitään olivatko tavoitteet asetettu sopiviksi, vai oliko tavoitteet asetettu liian korkealle tai liian matalalle. Tarvittaessa aletaan etsiä arvioinnin vastausten perusteella uusia tarpeita ja prosessi kestää niin kauan, kun kaikki tavoitteet on saavutettu. Nopeasti muuttuvissa tilanteissa arvioidaan lyhyin väliajoin, kun taas pitkäaikaispotilaan hoidon arviointia voidaan tehdä viikon tai kuukaudenkin välein. Potilaan tilaa arvioidaan asteikolla parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Iivanainen & Syväoja 2008, 654.)

Hoidon yhteenveto tehdään hoidon päätyttyä. Yhteenvedossa arvioidaan kattavasti potilaan tila, jota verrataan tulotilanteeseen. Yhteenvedossa on kirjattu potilaalle annettu hoito ja hoidossa tapahtuneet keskeiset asiat. Yhteenvetoa voidaan hyödyntää jatkohoitoaikaan menevässä läheteessä ja seuraavilla hoitajaksoilla. (Iivanainen & Syväoja 2008, 654.)

Hoitoisuudella voidaan määritellä eri potilasryhmien tarvitsema hoidon määrä ja vaativuus. Hoitoisuudella arvioidaan hoidon laatu, henkilökunnan määrä tai selvitetään hoitotyöstä aiheutuvat kulut. Hoitoisuusluokitukset tai hoitoisuusluokitusmittari auttavat arvioimaan potilaan hoitoisuutta. Potilaat laitetaan hoidon tarvetta kuvaaviin luokkiin työvuoron tai vuorokauden mittaisiin aikaväleihin. Tämä auttaa arvioimaan hoitotyössä tarvittavaa henkilökunnan määrää. Potilaan hoitoisuudella arvioidaan auttamista, avustamista, tukemista, ohjaamista ja puolesta tekemistä neljän vaativuustason avulla. Jokaisesta näistä osista tehdään erikseen arviointi. Hoitaja antaa oman arvionsa mukaan jokaisesta osasta pisteet hoitoisuutta vastaavan vaativuustason mukaan. Tämä tehdään yleensä yhden kerran vuorokauden aikana. Tällä hoitoisuusluokituksella mitataan potilaalle annettua hoitoa eikä vain potilaan hoidon tarvetta. (Saranto ym. 2008, 124-125.)

#### 4.4 Lainsäädäntö

Kirjaamisen tulee noudattaa lakeja ja asetuksia. Lainsäädännön tarkoituksena on varmistaa, että tieto on ajankohtaista sekä käytettävä tieto on tarpeellista ja virheetöntä. Lainmukainen tiedonhallinta tarkoittaa myös sitä, että tietoa saavat oikeat henkilöt, riittävän laajasti ja oikealla hetkellä. (Saranto ym. 2008, 18.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 kertoo, että ”lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehok-



kaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi.” (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010.)

Lain 159/2007 mukaan potilastietojärjestelmien ja -asiakirjojen tietorakenteiden pitää mahdollistaa potilasasiakirjojen käyttö, säilyttäminen, luovuttaminen sekä suojaaminen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla. Erillisellä vahvistuspyynnöllä terveydenhuollon palvelujen antajan pitää luokitella suojausta vaativat potilasasiakirjat ja potilastiedot suojattaviin potilastietoihin. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010.)

Asiakastietojen pitää säilyä muuttumattomina lain 159/2007 mukaan koko säilytysajan ja tietojen saatavuus ja käytettävyys tulee turvata sähköisessä käsittelyssä. Asiakasasiakirjasta saa olla vain yksi alkuperäinen kappale, josta löytyy tunniste. Alkuperäisestä kappaleesta voidaan ottaa kopio perustellusta syystä, mutta siitä pitää näkyä sen olevan kopio. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010.)

Lain 159/2007 (2009/619) mukaan asiakastietojen eheys, muuttumattomuus ja kiistämättömyys tulee varmistaa sähköisellä allekirjoituksella tietojen sähköisessä käsittelyssä, tiedon siirrossa ja säilytyksessä. Luonnollisen henkilön sähköisessä allekirjoittamisessa tulee käyttää vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista annetussa laissa tarkoitettua kehittyntä sähköistä allekirjoitusta. Organisaation ja tietoteknisten laitteiden allekirjoituksessa on käytettävä luotettavuudeltaan vastaavaa sähköistä allekirjoitusta. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010/619.)

Lain 159/2007 mukaan sähköiseen luovutuspyyntöön perustuva potilastietojen sähköinen luovutus toiselle terveydenhuollon palvelujenantajalle toteutetaan valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla sen jälkeen, kun hoitosuhteen olemassaolo potilaan ja luovutuspyynnön esittäjän välillä on tietoteknisesti varmistettu. Muut potilastietojen sähköiset luovutukset toiselle terveydenhuollon palvelujenantajalle toteutetaan joko valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla tai terveydenhuollon palvelujen antajien välisenä luovutuksena. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010.)

Lain 159/2007 mukaan potilastietojen luovutusta koskevasta suostumuksesta ja kiellosta on laadittava potilaan allekirjoittama asiakirja. Suostumusasiakirjassa on oltava 17 §:ssä tarkoitettut tiedot valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista ja niiden vaikutuksista potilasta koskevien tietojen käsittelyyn. Kieltoasiakirjassa tulee olla selvitys siitä, että terveyden- ja sairaanhoitoa annettaessa ei voida käyttää voimassa olevan kiellon kohteena olevia tietoja, vaikka ne olisivat hoidon kannalta merkityksellisiä. Kansaneläkelaitos laatii mallit suostumus- ja kieltoasiakirjalle. Suostumuksen ja kiellon vastaanottajan on annettava asiakirjasta jäljen-

nös potilaalle. Potilaan antaessa suostumuksensa tai tehdessä kiellon katseluyhteyden välityksellä, hänelle on annettava vastaavat tiedot katseluyhteyden välityksellä. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010/1227.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on tärkeä potilaan oikeusturvan kannalta. Potilaan tietojen salassapito sekä tietojen luovutusta koskeva pykälä on tässä laissa keskeistä. Potilas voi itsemääräämisoikeutensa vuoksi määrätä omien tietojen luovutuksesta hoitotilanteessa ja potilasasiakirjojen suhteen. Kuitenkin erityislaeissa voi olla erikseen säädetty, että ilman potilaan lupaa voidaan luovuttaa tietoja. Potilasta on informoitava tarpeeksi suostumuksen antajana, koska potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu suostumuksen antamisella. potilaalle on kerrottava suostumuksen antamisen yhteydessä ainakin kuka suorittaa toimenpiteen, mitä tehdään, kuka luovuttaa, mitä luovutetaan, kenelle luovutetaan, suostumuksen voimassaoloaika ja potilaan oikeus peruuttaa tai muuttaa suostumusta sanomatta syytä. Hoitajan on tärkeää ajoittaa luovutuksen pyytäminen oikein, joten silloin potilaalla on riittävästi tietoa toimenpiteen ja luovutuksen sisällöstä. (Saranto ym.2008, 36-37; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010/1227.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista mahdollistaa sen, että potilaan tietoja voi luovuttaa terveydenhuollon ammattihenkilö. Tiedon luovutus tarkoittaa tiedon kulkua terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä tai toimintayksikön ulkopuoliselle taholle. Potilaalta on pyydettävä lupa, jos toimintayksikön sisällä oleva sivullinen käsittelee potilaan tietoja. Sivullisella tarkoitetaan henkilöä, joka on työssä toimintayksikön sisällä, mutta ei osallistu potilaan hoitoon. Ammattihenkilö ei saa luovuttaa potilaan tietoja ilman potilaan kirjallista suostumusta sivulliselle henkilölle. (Saranto ym.2008, 40; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010/1227.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista antaa mahdollisuuden sille, että potilaan asioista voi päättää laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen, jos täysi-ikäinen potilas on tilapäisesti tai pysyvästi kykenemätön tekemään päätöksiä itseään koskevissa asioissa. Laillinen edustaja on maistraatin tai oikeuden määräämä edunvalvoja täysi-ikäiselle potilaalle. Potilas on kuitenkin voinut antaa suostumuksensa jollekin tietylle nimetylle henkilölle joka saa päättää hänen asioistaan. Tällöin potilaan päätöstä on kunnioitettava. Edunvalvojat eivät saa kuitenkaan antaa suostumusta potilaan tietojen luovuttamiseen tai eivät saa tutustua potilaan potilasasiakirjoihin. Tällöin hoitavan lääkärin on informoitava riittävästi edunvalvojaa. (Saranto ym.2008, 37; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010/1227.)

#### 4.5 Hoidon arviointi ja kirjaaminen

Hoitoprosessin viimeinen osa on arviointi. Arvioidessa katsotaan onko tavoite saavutettu ja minkälainen muutos potilaan voinnissa on tapahtunut. Samalla tarkastellaan potilaan kokemuksia hoidosta. Näiden asioiden pohjalta arvioidaan tarvitseeko muuttaa potilaan tarpeita, tavoitteita tai suunniteltuja toimintoja. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 9.)

Sairaanhoitajan tehtävänä on huolehtia, että potilaan hoitoprosessi etenee suunnitellusti ja tavoitteellisesti. Sairaanhoitaja arvioi ja kirjaa hoidon kannalta keskeiset asiat ja huolehtii, että työryhmä tietää potilaan senhetkisen tilanteen. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 9.)

Kirjaamisen arvioinnin tavoite on tuottaa tietoa hoidosta, laadusta, sujuvuudesta, resursoinnista tai tuloksista. Kirjaamisen arviointi on arviointia potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksesta. Kirjaaminen on myös toiminnan arviointia eli miten on saavutettu hoidolle asetetut tavoitteet ja miten ne ovat vaikuttaneet potilaan terveydentilaan. Lisäksi se tuottaa tietoa hoitotyön kehittämiseen ja antaa perusteita toiminnan muutokseen. (Saranto & Ensio 2007, 123.)

Hoidon arvioinnissa tulee huomioida, miten hoitotyö on vaikuttanut potilaan tavoitteisiin eli miten potilas kokee, että hänen tavoitteensa on saavutettu, ovatko ongelmat lievittyneet vai kokonaan poistuneet. Hoitaja kerää potilaan tavoitteisiin liittyvää tietoa havainnoimalla, mitaamalla ja kyselemällä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 654.) Arvioinnilla saadaan tietoa onko hoidon tavoitteet saavutettu ja millainen muutos potilaan tilassa on tapahtunut (Saranto & Ensio 2007, 124-125; Iivanainen & Syväoja 2008, 654).

Kirjatun tiedon laadulla on suuri merkitys potilaan hoidon kannalta. Systemaattinen kirjaaminen antaa mahdollisuuden monipuoliseen arviointiin ja toiminnan seurantaan ja valvontaan sekä valitustilanteisiin. Puutteellinen tieto vaikeuttaa ohjausta ja toiminnan arviointia. (Saranto & Ensio 2007, 124-125.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa operatiivisten alojen tulosalueella aloitettiin vuonna 2003 ”kirjaamalla kivuttomaksi” -projekti ja sen tarkoituksena oli kivunhoidon parantaminen. Projektin yhtenä tavoitteena oli kehittää kivun arviointia ja kirjaamista sekä yhtenäistää sitä eri osastoilla. Tavoitteena oli käyttää kivun arvioinnissa yhteisesti sovittuja mittareita ja kivun voimakkuuden merkkäminen hoitosuunnitelmassa olevaan kipukäyrään, silloin on helppo seurata kivun voimakkuutta sekä hoidon vaikuttavuutta. Hyvä kivun hoito edellyttää myös arviointia, koska jos kipua ei tunnisteta, silloin kipu voi jäädä hoitamatta. Arvioinnin tulee olla säännöllistä ja sen voi tehdä päivittäisten toimintojen yhteydessä. Kivun voimakkuus pitää mitata ennen kivun lievitystä, silloin voidaan arvioida hoidon onnistuminen. Kipu mitataan

uudelleen hoidon jälkeen suhteessa käytettyihin menetelmiin. Kivun arvioinnista saatu tieto pitää kirjata potilaan papereihin. Epäonnistuneet kivun lievitysyrietykset pitää myös kirjata, koska näin vältetään hoitokeinoilta, jotka eivät helpota potilaan kipua. (Kokki 2004, 31-32.)

Tutkitun tiedon perusteella voidaan olettaa, että kirjattu tieto on usein puutteellista ja kirjaamisessa on paljon kehitettävää. Palviainen (2005) on tutkinut, miten pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoito arvioidaan ja kirjataan. Kipua koskevat tiedot kirjataan valmiiksi luotujen otsikoiden alle. Tulosten mukaan kipua arvioitiin lähinnä käyttäytymismuutosten ja sanallisten ilmaisujen perusteella. Tutkimuksen mukaan hoitotyön toimintojen vaikutuksia ei kirjata riittävän hyvin. Taponen (2006) tutkii laitoshoidossa olevan dementiapotilaan kivun arviointia. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten dementiayksiköissä tunnustetaan, arvioidaan ja kirjataan potilaan kipua. Haastattelussa hoitajat kertoivat kirjaavansa kivusta havainnot, potilaan sanallisen ilmaisun ja oletukset kivusta. Kipua oletettavasti aiheuttavan asian seuranta kirjattiin sekä kipulääkkeiden vaikutus. Hoitajat kirjasivat myös muutokset potilaan tilassa, kuten käyttäytymisessä, mielialassa, liikkumisessa, syömisessä ja voimissa. Luokittelurunko sisälsi kipumittareiden käytön, mutta kipumittareiden käyttöä ei ollut kirjattu ollenkaan. Lisäksi luokittelurunko sisälsi kivun arvioinnin potilaan tilassa tapahtuneiden muutosten perusteella. Haastattelun tulokset olivat lähes yhdenmukaiset kirjaamisen kanssa, vaikka kirjaamismerkinnöistä puuttui oletus, että jokin muutos aiheutuisi kivusta. Kipulääkkeiden vaikutuksen kirjaamisesta ei kirjaamismerkinnöissä ollut merkintöjä.

Ensio, Kinnunen ja Saranto (2008, 70-81) ovat tutkineet laadullisella tutkimuksella millaista tietoa haavan-hoidosta oli kirjattu rakenteisesti sähköiseen sairaskertomukseen. Potilaskirjauksen perusteella kroonisista haavoista oli useimmiten kirjattu haavan suihkuttaminen ja vuodon määrä. Akuuteista haavoista oli kirjattu vuodon määrä, sidosten vaihto ja drenien toiminta. Sidoksien käytöstä oli kirjattu vähän. Hyvin hoidettu haava täytyisi myös kirjata hyvin. Monimutkaisuus haavan arvioinnissa saattaa johtaa väärään ja epäjohdonmukaiseen dokumentointiin sekä riittämättömään haavanhoitoon. Useaan paikkaan kirjattua tietoa on vaikea löytää. Potilaalla ollessa useita haavoja se lisää haastetta haavan ja haavanhoidon kuvaamisen sekä kirjaamisen ja arvioinnin osalta. Kirjaamisen täytyy olla oikea-aikaista, virheetöntä ja täsmällistä, koska se on todiste potilaalle annetusta hoidon laadusta. Jos kirjauksessa ei käytetä yhtenäistä termistöä, seurauksena saattaa olla hoitajien ja lääkäreiden väärinkäsitykset, haavan paranemisen arvioinnin vaikeus tai hoidon laadun seurannan vaikeus.

Yliopistollisen sairaalan neljältä vuodeosastolta tutkittiin hoitajien päivittäisiä kirjauksia. Tutkimuksen mukaan kirjaaminen painottui fyysisen tilan ja oireiden kuvaamiseen sekä siihen liittyvään hoitohenkilökunnan toimintaan. Lähes olematonta oli ohjauksen ja opetuksen kirjaaminen. Potilaan omatoimisuuden dokumentointi oli myös vähäistä ja lähinnä oli kirjattu toteamuksia omatoimisuudesta. Potilaan osallistumisesta hoitoa koskevaan päätöksentekoon

ei tullut esille. Sairaskertomuksissa ei ollut juuri merkintöjä hoidon jatkuvuudesta. Keskusteluja hoitajien kanssa ei kirjattu melkein ollenkaan, suurin osa merkinnöistä oli potilaan kokemaa tai kertomaa. (Virta-Helenius, Mäenpää & Eriksson 2004, 10-14.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on tutkittu kirjaamisen kehittymistä vuosina 1993, 1996, 1999 ja 2002. Tulosten perusteella kirjaamisen sisältö on parantunut, mutta eroja on klinikoiden välillä. Kirjaamisen laatu on erityisesti parantunut ja hoitotyön vaikuttavuuden kirjaaminen on huomattavasti lisääntynyt. Potilasta koskevat päätökset pitäisi näkyä kirjaamisessa siten, että niistä saadaan selville hoidon eri vaiheet. Potilaan tilasta saadaan hyvä kokonaiskuva, kun kirjataan monipuolisesti. Arviointi tietysin väliajoin antaa mahdollisuuden tarkastella kirjaamisen tasoa. (Lehti 2004, 4-8.)

## 5 Kehittämistoiminnan toteutus

### 5.1 Hankkeen käynnistyminen

Hanke alkaa työyhteisön kehittämisen kohteen tunnistamisella ja sen merkityksen löytämisellä ja vahvistumisella. Sen jälkeen haastattelua apuna käyttäen kuvataan nykytilanne, joka sitten jäsennetään prosessikuvaukseksi. Haetaan teoreettista ja tutkittua tietoa, joka työsteetään käsittekartaksi ja siitä muodostetaan uusi toimintaprosessi. Uutta toimintaprosessia verrataan työryhmän kanssa vanhaan ja sen jälkeen esitetään ehdotus uudesta toimintamallista työyhteisölle. Uusi toimintakäytäntö muodostetaan työyhteisön kanssa juurruttamista apuna käyttäen. Viimeiseksi tulee uuden toimintakäytännön arviointi, raportointi ja käytäntöön ottaminen. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies, 2007.)

Syksyllä 2008 haettiin mukaan kirjaamisen kehittämisen hankkeeseen, koska koettiin aihe tärkeäksi ja ajankohtaiseksi. Opiskelijoilla oli mahdollista esittää toive, minkä osaston haluaisi yhteistyökumppaniksi tähän hankkeeseen. Yhteistyökumppaniksi saatiin Espoon sairaalan osasto 3 D.

Ensimmäisen kerran tavattiin työryhmän jäsenet sekä ohjaajat hankkeen tiedotustilaisuudessa osastolla. Tällä tapaamisella saatiin tietoa ohjaajilta kirjaamisen kehittämisen projektista. Tapaamisen lopuksi sovittiin seuraava yhteinen tapaaminen.

Toisella tapaamiskerralla työryhmä tutustui toisiinsa. Keskustelussa saatiin tietoa hoitotyön ympäristöstä ja osaston työryhmä esitteli osaston tilat ja siellä tapahtuvaa toimintaa. Tällä tapaamiskerralla neuvottiin työryhmälle Optima - ympäristön käyttöä, koska se on työryhmän yhteinen viestikeskus. Lopuksi kerrottiin seuraavan tapaamiskerran tarkoitus, joka on haastattelu nykytilanteen kuvauksesta.

Tammikuussa 2009 haastateltiin osaston työryhmää, jotta saatiin kuvaus nykytilanteesta, eli hiljainen tieto kuvattiin näkyväksi. Haastattelukysymykset annettiin (liite 1) työryhmälle etukäteen. Tarkoituksena oli nauhoittaa haastattelu nauhurilla, mutta asian kanssa tuli teknisiä ongelmia. Haastattelu kirjattiin kattavasti paperille, jonka avulla koottiin nykytilanteen kuvaus taulukkoon.

## 5.2 Nykytilanteen kuvaus

Nykytilanteen kuvaus on laadittu tiivistetysti analyysitaulukkoon (taulukko 1). Osastolla hoidetaan monisairaita vanhuksia, nuoria terminaalivaiheen potilaita sekä lyhytaikaisia potilaita. Potilaat ovat noin 30 ikävuodesta eteenpäin ja hoitajaksot kestävät yleensä kahdesta viikosta eteenpäin. Tulotilanteessa kirjataan potilaan saapumisaika ja paikka sekä mistä saapuu. Potilaasta kirjataan myös yleisvointi, tulosyy sekä mukana oleva omaisuus. Tulotilanteessa kirjataan se kuka otti potilaan vastaan sekä hoitajan tekemät havainnot. Lisäksi kirjataan omaisilta mahdollisesti saadut tiedot esimerkiksi, kuinka kotijakso on mennyt. Kirjattava tieto on peräisin edeltävästä hoitopaikasta, läheteestä, sähköisestä tietokannasta, puhelinraportista, kotihoidon lehdeltä tai tieto saadaan soittamalla kotihoitoon, potilaalta itseltään tai omaiselta. Tieto kirjataan Efficaan asiasta riippuen joko hoitokaavakkeelle, tiivistelmälle, geriatriselle lehdelle tai kurvaan. Verenpaineen kirjaamiselle on oma sähköinen kaavake. Potilaan papereihin ei kirjata mitään käsin, mutta akuuttikansioon voidaan tulostaa tietoja Efficasta.

Hoidon suunnittelu kirjataan geriatriselle lehdelle, jonne on avattu potilaalle oma kansio. Efficaan kirjataan fraasien mukaan eri lehdille. Potilas tavataan ja hänen kanssaan keskustellaan, jotta opitaan tuntemaan potilasta ja sitten voidaan suunnitella hoitoa muiden hoitajien ja mahdollisesti omaisten kanssa. Kirjattu tieto saadaan havainnoimalla potilasta sekä tiimin hoitajien kirjauksista ja kokemuksista. Lisäksi tietoa saadaan lääkäriltä, fysioterapeutilta sekä omaisilta. Potilaan hoidosta pidetään tavoitekokoukset kerran viikossa. Hoidon suunnittelu kirjataan Efficaan geriatriselle lehdelle. Samaa tietoa ei kirjata useaan paikkaan. Kirjattua tietoa pitäisi hyödyntää joka päivä katsomalla tavoitteita ja noudattamalla niitä. Tiedon oltava ajan tasalla, jotta tietoa on nopea katsoa. Tavoitteet kirjataan suunnitelmaan, jotta hoito on yksilöllistä ja tavoitteellista.

Hoidon toteutuksesta kirjataan, miten potilas on voinut ja miten hoidossa on edistytty. Ongelmana on kuitenkin hoitajien tekemien töiden kirjaaminen, vaikka tiedossa pitäisi keskittyä enemmän potilaaseen. Hoidon päivittäinen seuranta ja arviointi kirjataan Efficaan hoitokaavakkeelle. Potilaan tiedot kirjaa häntä hoitanut hoitaja työvuoron päätteeksi tai potilaan hoidon jälkeen. Jokainen kirjaa omilla tunnuksillaan ja sijaisten kirjaamiset mainittava erikseen. Kirjattuun tietoon sisältyy konkreettisia tapahtumia, kuten mittauksia, havaintoja, haa- vanhoitoja, kuntoutusta ja muita auttamisia. Kirjattu tieto on peräisin hoitajien havainnoista

potilaan tarvitsemasta avuntarpeesta, edistymisestä ja tavoitteen saavuttamisesta. Kirjattua tietoa hyödynnetään lukemalla edellisiä kirjauksia ja hoitoa jatketaan siitä mihin se on viimeksi jäänyt. Monipuolisesti kuvailtu tieto on arvokasta, koska potilasta ei välttämättä hoida tuttu hoitaja. Kirjattu tieto on tärkeää, koska ilman sitä tietoa tulee ongelmia potilaan hoidossa.

Hoidon arvioinnissa kirjataan geriatriselle lehdelle kooste silloin tällöin ja päivittäinen arviointi kirjataan hoitokaavakkeelle. Hoitaja arvioi hoitotilanteessa onko tavoitteet saavutettu ja ovatko keinot olleet hyvät. Arvioinnin kirjaamiseen liittyy keskustelua hoitavan tiimin, fysioterapeuttien, lääkärin ja muiden hoitavien henkilöiden kanssa. Hoitoa arvioidaan hoitoisuusasteilla ja jatkohoitopaikka riippuu näistä pisteistä. Kirjattu tieto on peräisin moniammatilliselta tiimiltä, omaisilta sekä potilaalta. Potilaan oma mielipide jää heikolle kirjauksissa. Kirjattua tietoa hyödynnetään suunniteltaessa jatkohoitoa, kotiutuksen yhteydessä sekä jatkohoitopaikkaa suunniteltaessa. Tietoa hyödynnetään myös kotihoidon sekä apuvälineiden tarpeen määrittämisellä. Hoitajat hyödyntävät lääkäreiden, fysio-, ravinto- ja toimintaterapeuttien omia sähköisiä lehtiä hoidon arvioinnissa.

Hoito-prosessin vaihe:	Mitä tietoja kirjataan?	Mitä tapahtumia tietoon liittyy? (edellyttääkö se toimintaa ennen kirjaamista)	Mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin?	Minne eri paikkoihin potilasta koskeva tieto kirjataan?	Miten kirjattua tietoa hyödynnetään?
Tulotilanne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saapumisaika ja paikka</li> <li>▪ Mistä saapuu</li> <li>▪ Yleisvointi</li> <li>▪ Tulosity</li> <li>▪ Mukana oleva omaisuus</li> <li>▪ Kuka otti potilaan vastaan</li> <li>▪ Hoitajan tekemät havainnot</li> <li>▪ Omaisilta mahdollisesti saadut tiedot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Potilaan tapaaminen</li> <li>▪ Lähetteisiiin tutustuminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edeltävästä hoitopaikasta</li> <li>▪ Lähetteestä</li> <li>▪ Sähköisestä tietokannasta</li> <li>▪ Puhelin raportista</li> <li>▪ Kotihoidon lehdeltä</li> <li>▪ Tieto saadaan soittamalla kotihoitoon</li> <li>▪ Potilaalta itseltään tai omaiselta</li> </ul>	Efficiaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoitokaavakkeelle</li> <li>▪ Tiivistelmälle</li> <li>▪ Geriatriselle lehdelle</li> <li>▪ Kurvaan</li> <li>▪ Verenpaineen kirjaamiselle on oma sähköinen kaavake</li> <li>▪ Potilaan papereihin ei kirjata mitään käsin, mutta akuutti kansioon voidaan tulostaa tietoa efficaasta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tarvikkeiden ja lääkkeiden varaaminen</li> <li>▪ Hoidon pohjaksi</li> </ul>

Hoidon suunnittelu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tarpeet, tavoitteet ja keinot</li> <li>▪ Potilaan voimavarat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Potilas tavataan ja hänen kanssaan keskustellaan, jotta opitaan tuntemaan potilas. Tämän jälkeen voidaan suunnitella hoitoa muiden hoitajien ja mahdollisesti omaisten kanssa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Havainnoimalla potilasta</li> <li>▪ Hoitajien kirjauksista ja kokemuksista</li> <li>▪ Lääkäriltä, fysioterapeutilta, omaisilta sekä edellisestä hoitopaikasta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kirjataan geriatriselle lehdelle fraasien mukaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kirjattua tietoa hyödynnetään vaihtelevasti</li> </ul>
Hoidon toteutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Miten potilas on voinut</li> <li>▪ Miten hoidossa on edistytty</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konkreettisia tapahtumia</li> <li>▪ Mittauksia</li> <li>▪ Havainnot</li> <li>▪ Haavanhoitoja</li> <li>▪ Kuntoutusta</li> <li>▪ Muita auttamisia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoitajien havainnoista</li> <li>▪ Potilaan tarvitsemasta avuntarpeesta</li> <li>▪ Edistymisestä ja tavoitteen saavuttamisesta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Efficiaan hoitokaavakkeelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lukemalla edellisiä kirjauksia</li> <li>▪ Hoitoa jatketaan siitä mihin se on viimeksi jäänyt</li> </ul>
Hoidon arviointi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ovatko tavoitteet saavutettu</li> <li>▪ Ovatko keinot olleet hyvät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keskustelua hoitavan tiimin, fysioterapeuttien, lääkärin ja muiden hoitavien henkilöiden kanssa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Moniammatilliselta tiimiltä, omaisilta sekä potilaalta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geriatriselle lehdelle kooste silloin tällöin</li> <li>▪ Päivittäinen arviointi kirjataan hoitokaavakkeelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suunniteltaessa jatkohoitoa</li> <li>▪ Kotiutuksen yhteydessä</li> <li>▪ Jatkohoitopaikkaa suunniteltaessa</li> <li>▪ Kotihoidon sekä apuvälineiden tarpeen määrittämisellä</li> <li>▪ Hoitajat hyödyntävät lääkäreiden, fysio-, ravinto- ja toimintaterapeuttien omia sähköisiä lehtiä hoidon arvioinnissa</li> </ul>

Taulukko 1: Nykytilanteen kuvaus

### 5.3 Kehittämiskohteen valinta

Maaliskuussa 2009 osastotunnilla työryhmäläiset kertoivat työyhteisölle kirjaamisen kehittämisen hankkeesta sekä maaliskuussa allekirjoitettiin sopimukset. Työyhteisön kehittämiskohte on päivittäisen arvioinnin kirjaaminen suhteessa potilaan hoidon tarpeisiin.



Toukokuussa 2009 työpajassa työstettiin uutta toimintatapaa pohjautuen osaston kehittämis-kohteeseen sekä teoreettiseen tietoon. Vuokaavion (kuvio 3) avulla hahmotettiin kirjaamisen ongelmakohtaa. Työyhteisö oli osastunnilla keskustellut uudesta toimintatavasta ja miettineet edellisen tapaamisen pohjalta, miten arvioida tulevaa kirjaamista. He olivat päätyneet kirjaamaan tarkemmin tiistaisin ja keskiviikkoisin.

Toukokuussa 2009 työyhteisön tapaamisessa suunniteltiin uutta toimintatapaa ja sen käyttöönottoa sekä työstettiin nelikenttää. Tapaamisessa oli paljon rakentavaa keskustelua, mutta nelikentän tekeminen koettiin hankalaksi. Nykytilanteen kuvauksen perusteella työyhteisö valitsi työyhteisön kehittämiskohteen, joka on päivittäisen arvioinnin kirjaaminen suhteessa potilaan hoidon tarpeisiin.

#### 5.4 Uusi toimintatapa

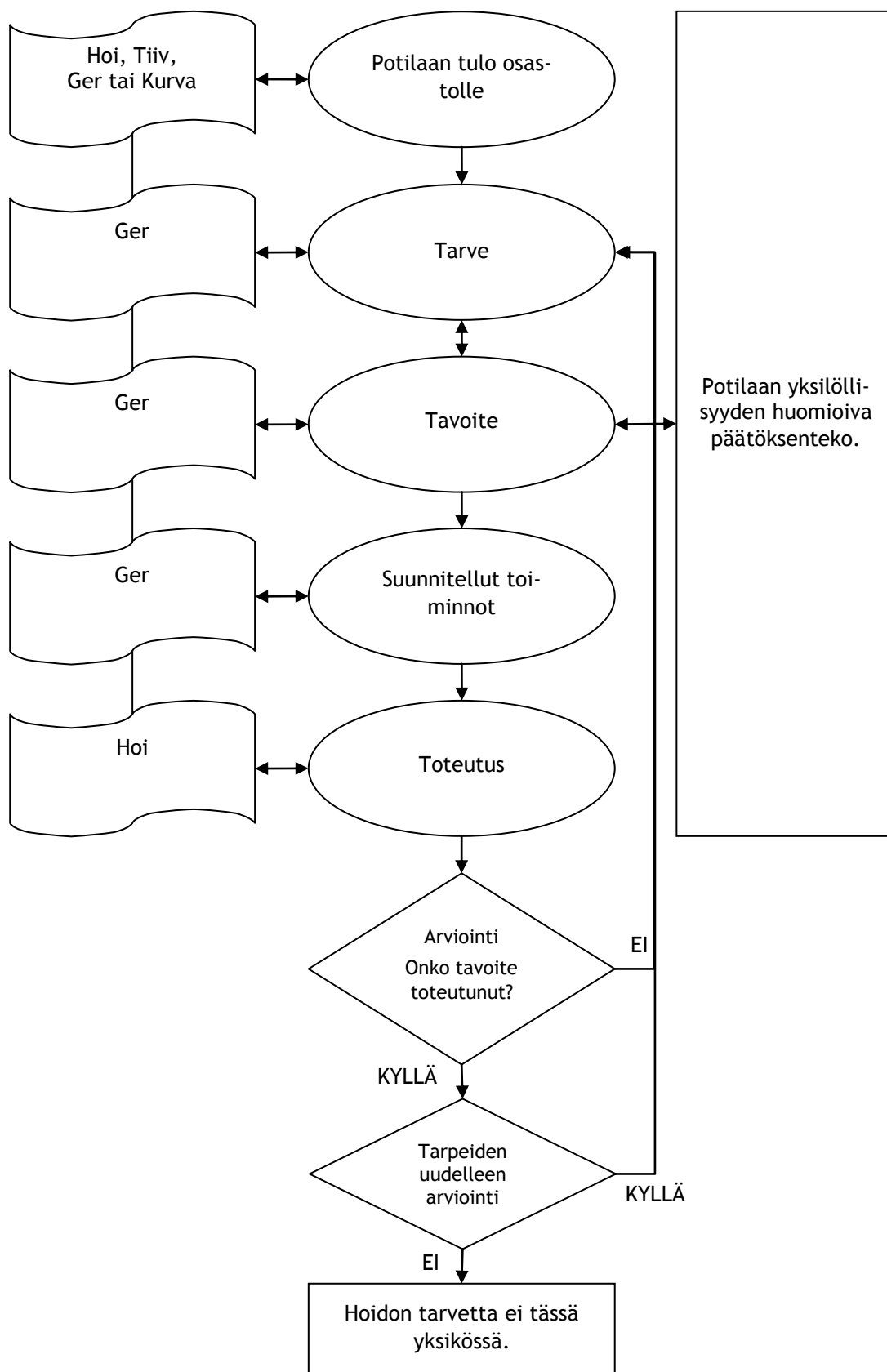
Teoreettisen ja tutkitun tiedon pohjalta syntyi uusi toimintatapa. Tutkitun tiedon mukaan, kirjaamalla monipuolisesti, saadaan hyvä kokonaiskuva potilaan tilasta. Uuden toimintatavan tarkoituksena on kehittää kirjaamista tarkemmaksi ja kuvaavammaksi. Lähtökohtana on tarpeiden ja tavoitteiden tarkka määrittäminen ja arvioinnissa arvioidaan sen hetkinen todellinen tila.

Potilaan arvioiva päivittäinen kirjaaminen tulee olla Hoi-lehdellä tarkempaa. Tarpeet, tavoitteet ja keinot tulee kirjata tarkemmin ja kuvaavammin. Potilaan kokonaistavoite tulee asettaa pienempiin osatavoitteisiin, jotta edistymistä on helpompi seurata ja arvioida. Osatavoitteissa edistyminen mahdollisesti motivoi potilasta paremmin hoitoon. Tämä siis lähtee tarpeiden ja tavoitteiden määrittämisestä ja siten huolellisesta arvioinnista. Tämän avuksi mietittiin kirjaamisen kehittämisen muistilappua (taulukko 2), joka olisi tietokoneen vieressä muistuttamassa kirjattavista asioista, jotka olisi tärkeä huomioida kirjatessa. Uusi toimintatapa mahdollistaa hoitotyönkeinojen yhdenmukaisen käytön. Toimintatavan arvioinniksi mietittiin keinoja. Päädyttiin siihen, että työyhteisö ottaa nykyisistä kirjauksista esimerkkityylejä, joita voidaan verrata, kun uusi toimintatapa on ollut jo käytössä. Näin voidaan arvioida uutta toimintatapaa (Kuvio 3).

**KIRJAAMISEN MUISTILAPPU**

- Tarkista ja päivitä tavoitteet ja keinot hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta ja kirjaa niihin peilaten
- Kuvaa hoi-lehdelle avun tarve, millaista apua potilas on tarvinnut eri tilanteissa ja mitä tehnyt itsenäisesti (kuntouttava työote)
- Yleisvoinnin kuvaus (muun muassa mieliala, väsymys, sekavuus, kivut, pahoinvointi)
- Lääkkeiden vaikuttavuuden kirjaaminen
- Hoitotyön keinot konkreettisiksi
- Kirjaa niin, että tuntematonkin hoitaja osaa käyttää tarpeenmukaisia ja samoja suunniteltuja keinoja hoitaessaan potilasta
- Tarkista onko hoito- ja kuntoutussuunnitelma ajan tasalla, lisää tarvittaessa uusia tarpeita ja keinoja

Taulukko 2: Arvioivan kirjaamisen kehittämisen muistilappu



Kuvio 3: Uusi toimintatapa, päivittäisen arvioinnin kirjaaminen suhteessa potilaan hoidon tarpeisiin

## 5.5 Uuden toimintatavan juurruttaminen

Osasto 3 D:n työntekijät ovat harjoitelleet rakenteista kirjaamista potilasesimerkkien avulla. Työryhmän jäsenet ovat tehneet kansion, jossa on ohjeita ja aineistoa systemaattisesta kirjaamisesta.

Syyskuussa koulutuksessa käsiteltiin osastojen uusia toimintatapoja. Eri työryhmät kertoivat tilanteestaan ja edistymisestään. Osasto 3 D sulkeutui kesän ajaksi ja avautui vasta lokakuussa 2009. Tämän jälkeen työryhmän jäsenet pääsivät toteuttamaan uutta toimintatapaa. Osaston avaamista pidettiin uutena alkuna kirjaamisessa. Avaamisen jälkeen kirjaamisen muistilappu laitettiin jokaisen tietokoneen viereen muistuttamaan kirjaamisessa oleellisia asioita.

Espoon valtuustotalolla pidettiin loppuseminaari lokakuussa 2009. Siihen osallistui kaikki työryhmät, opettajat, luennoitsijoita sekä muita kuuntelijoita. Loppuseminaarissa käsiteltiin kirjaamiskehittämishanketta sekä miten kirjaamista jatketaan tästä eteenpäin. Jokainen ryhmä oli laittanut seinälle esille omasta työstään posterin, joka koostui uudesta toimintatavasta, vuokaaviosta ja nelikentästä.

Maaliskuussa 2010 tavattiin työryhmän jäsenet ja opettaja. Tapaamisessa keskusteltiin, miten arvioivaa päivittäistä kirjaamista juurrutetaan käytännön toimintaan. Muistilappu ohjaa arvioivaan kirjaamiseen, jossa otetaan huomioon potilaan tarpeet ja tavoitteet. Tapaamisessa mietittiin pienryhmien mahdollisuutta tukea työntekijöitä kehittymään kirjaamisessa. Osavammat kirjaajat neuvoisivat ja kannustaisivat niitä, jotka tarvitsevat apua kirjaamisessa. Tämä toimintamalli voisi auttaa positiivisen ilmapiirin luomista kirjaamiseen. Työryhmän jäsenet kertoivat, että kirjaaminen sujuu toisilla työntekijöillä hyvin ja joillakin on vielä kehitettävää. Tapaamisessa tutustuttiin kirjaamisen esimerkkitapauksiin ja keskusteltiin niistä. Työryhmä kokee osaston kiireen vaikeuttavan kirjaamisen kehittymistä. Osa työntekijöistä kokee kirjaamisen kehittämisen melkein mahdottomaksi. Tärkeäksi asiaksi koettiin, että uutta toimintatapaa nostetaan esille osastokokouksissa säännöllisin väliajoin.

Maaliskuussa järjestettiin toinen tapaaminen, jossa olivat paikalla työryhmän jäsenet, muutama osaston työntekijän ja osastonhoitaja. Työntekijät kertoivat omia ajatuksiaan rakenteisesta kirjaamisesta. Suurella osalla työntekijöistä havaittiin muutosvastarintaa, joka vaikeuttaa uuden tavan omaksumista. Osastolle jätettiin arviointikysely (Taulukko 3).

## 6 Arviointi

Arvioinnissa katsotaan, onko tavoitteet saavutettu ja mietitään, mikä on mennyt hyvin sekä annetaan palautetta osallistuneille henkilöille. Arviointivaiheessa mietitään myös, missä on vielä parannettavaa ja mihin asioihin pitää kiinnittää enemmän huomiota.

(Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén, Välimäki 2004, 136.) Arviointia käytetään prosessin eri vaiheissa ja erillisenä prosessin loppumisen yhteydessä. Arviointi on myös työn ja toiminnan kehittämisen väline. (Laine ym. 2004, 138.)

Arvioinnissa käytetään pääsääntöisesti havainnointia, haastattelua ja olemassa olevien asiakirjojen tutkimista. Arviointi voi edellyttää myös muiden keinojen käyttöä, kuten kyselyä. (Robson 2001, 106.) Kysymysten valmisteluun käytetään usein paljon vaivaa ennen varsinaista arviointia. Kysymykset voivat myös syntyä arvioinnin aikana ja joitakin kysymyksiä voidaan joutua hylkäämään, koska vastausten saaminen niihin ei onnistu. (Robson 2001, 122.)

Henkilöt, joilla on osuutta arvioinnissa, myötävaikuttavat sen toteuttamiseen. Arvioijalle jää prosessissa perimmäinen vastuu suunnittelusta ja toteutuksesta. Muiden rooli on neuvoa antava ja konsultoiva. (Robson 2001, 37.)

Espoon sairaalan osasto 3 D:lle annettiin arviointikysely (taulukko 3), jotta saadaan selville kirjaamisen kehittymisestä. Vastattuja kyselylomakkeita oli 15 kappaletta, niistä tehtiin yhteenveto sisällönanalyysillä.

1. Onko kirjaamisesi muuttunut uuden toimintatavan myötä?
2. Miten kirjaamisesi on muuttunut?
3. Miten koet uuden toimintatavan käyttöönoton onnistuneen osastolla?
4. Mitä kehitettävää kirjaamisessa vielä on?
5. Onko ollut riittävästi koulutusta kirjaamisesta?

KIITOS VASTAUKSISTA!

Taulukko 3: Kysely työyhteisölle kirjaamisen kehittymisestä

Ensimmäisen kysymyksen pohjalta todettiin, että kirjaaminen on muuttunut uuden toimintatavan myötä jonkin verran parempaan suuntaan. Yksi oli sitä mieltä, että uusia asioita on tullut mukaan ja kyseinen ohjelma ohjaa hoitajaa kirjaamaan paremmin. Samojen asioiden toistamista on liikaa, joka koetaan negatiivisena asiana. Uuden tavan ja ohjelman sisäistämisen vaatii aikaa.

Osa vastaajista koki, että kirjaaminen on muuttunut uuden kirjaamistavan myötä. Potilaan tarpeet ja ajankohtaiset ongelmat tulevat hyvin esille. Hoitajat kirjaavat tarkemmin potilaan tilasta ja miettivät mitä ja miten kirjaavat. Komponentteja on jo hieman käytetty ja yritetty sisäistää. Kirjaaminen on osittain kuitenkin monimutkaistunut.

Moni vastanneista koki, että uusi toimintatapa on lähtenyt osastolla käyntiin hyvin hitaasti ja kangerrellen. Vielä tarvitaan lisää tietoa ja ohjausta. Yhden vastanneen toiveena oli, että otettaisiin kaikki komponentit käyttöön ja koko osaston henkilökunta sitoutuisi uuteen malliin. Tällä tavalla saataisiin ratkaistua potilaan ongelmia nopeammin.

Vastauksien pohjalta todetaan, että kirjaamista olisi kehitettävä vielä. Samoja asioita kirjaataan moneen eri paikkaan ja se vie paljon aikaa potilastyöstä. Komponenttien otsikoita tulisi kehittää, jotta niiden käyttö helpottuisi. Kirjaaminen on monimutkaista ja uuden omaksuminen vie paljon aikaa.

Koulutusta on ollut liian vähän ja liian suurella ryhmällä. Pienissä ryhmissä oppiminen sujuisi paremmin ja oppiminen olisi helpompaa. Aikaa ei ole riittävästi esimerkiksi vuorotyön vuoksi. Kirjaamisympäristön tulisi olla rauhallinen ja kirjaamiselle pitäisi olla varattu enemmän aikaa.

Osastolla jatketaan kirjaamisen kehittymistä pienryhmätoiminnoilla, jossa harjoitellaan kirjaamista muun muassa case tehtävien avulla. Osaavimmat kirjaajat neuvovat ja kannustavat niitä, jotka vielä tarvitsevat apua kirjaamisessa. Osastolla otetaan myös kirjaaminen mukaan osastotuntien käsittelyaiheiksi. Arviointikyselyyn vastanneet sekoittivat osittain osaston uuden kirjaamistavan ja tämän projektin uuden toimintatavan.

## Lähteet

- Hirsjärvi, S. & Hurme H. 2006. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2004. Opi ja ohjaa. Helsinki: WSOY.
- Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tampere: Vastapaino.
- Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidtajaliitto. Jyväskylä: Gummerus.
- Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

## Artikkelit

- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro terveys 6, 4-7.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Pro terveys 2, 16-19.
- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidtaja 10, 6-9.
- Ensio, A., Kinnunen, U-M. & Saranto, K. 2008. Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. Hoitotiede 2, 70-81.
- Kokki, A. 2004. Kirjaamalla kivuttomaksi. Spirium 39, 30-31.
- Lehti, T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tutkiva hoitotyö 2, 4-10.
- Pykälämäki, H. 2008. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotoinnit. Sairaanhoidtaja 9, 47.
- Tanttu, K & Ora-Hyytiäinen, E. 2008. Systemaattinen kirjaamismalli haltuun. Sairaanhoidtaja 11, 23-24.

Wilskman, K., Koivukoski, S., Knuutila, M. & Isotalo, T. 2007. Sähköinen kirjaaminen tulee. Mikä muuttuu hoitotyössä? Sairaanhoidaja 6-7, 12-14.

#### Internet-lähteet

eNNI-hanke.2008. Viitattu 15.1.2009.  
<http://www.amk.fi/enni/>

Wieteri 1. 2006. Viitattu 14.1.2009.  
<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;11869;142>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. 2010. Viitattu 17.12.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159#a21.12.2010-1227>

Tanskanen, A. Viitattu 30.3.2009.  
<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html>

VSSHP Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke (HoiData) Viitattu 31.3.2009  
<http://www.vsshp.fi/fi/4519>

eNNI hankekuvaus. Viitattu 19.4.2009  
<http://www.amk.fi/enni/fi/index/tietoahankkeesta/hankekuvaus.html>

Varttua nelikenttä-analyysi. 2006. Viitattu 5.9.2009.  
[http://varttua.stakes.fi/FI/Sisallot/todentuva/tyovalineita/nelikentta-analyysi/Nelikentta\\_analyysi.htm](http://varttua.stakes.fi/FI/Sisallot/todentuva/tyovalineita/nelikentta-analyysi/Nelikentta_analyysi.htm)

Espoo-strategia 2010-2013. Viitattu 9.10.2010.  
<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;11869;142>

Ydintieto-opas 3.0 2009. Viitattu 4.10.2010.  
[https://www.kanta.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=46b8b38a-3488-4c6e-81d2-ae8dcfeaf848&groupId=10206](https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=46b8b38a-3488-4c6e-81d2-ae8dcfeaf848&groupId=10206)

#### Muut lähteet

Laamanen, L., Jokela, T. & Jokinen, A. 2009. Espoon sairaala. Henkilökohtainen haastattelu. Osasto 3 D. Espoo.

Laamanen, L., Jokela, T. & Jokinen, A. 2009. Espoon sairaala. Henkilökohtainen tiedonanto. Osasto 3 D. Espoo.

Palviainen J. 2005. Pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaaminen. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Taponen, R. 2006. Laitoshoidossa olevan dementiapotilaan kivun arviointi. Pro gradu -tutkielma, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E., Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät.



## Liitteet

Liite 1: Haastattelukysymykset Espoon sairaalan 3D: osastolle

Liite 2: Nelikenttäkaavio

## Liite 1: Haastattelukysymykset Espoon sairaalan 3D: osastolle

1. Miten potilas tulee osastolle?
2. Miten hoitosuhde lähtee käyntiin?
3. Millainen aika on varattu kirjaamiseen?
4. Kuka kirjaa?
5. Miten toteutuu potilaan tavoitteiden asettaminen?
6. Miten toteutuu potilaan hoitotyön toimintojen valinta?
7. Miten kirjattua tietoa käytetään hyödyksi?
8. Toteutuuko hoito kirjatun suunnitelman mukaan? Miten?
9. Miten toteutuu potilaan väli- ja loppuarviointi?
10. Miten raportoidaan potilaan hoidossa tapahtuvat muutokset?
11. Onko käytössä RAI? Jos on, niin toteutuuko sen käyttö ja miten?
12. Mitä huomioidaan potilaan uloskirjauksessa?
13. Mikä kirjaamisessa on helppoa ja mikä vaikeaa?

Liite 2: Nelikenttäkaavio

