

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

12 / 2012

Heidi Rantanen-Yilmaz

# KIRJATUN TIEDON HYÖDYNTÄMINEN HOITOTYÖN JOHTAMISESSA

– työvälineitä hoitotyön laadun seuraamiseen ja kehittämiseen ympärivuorokautisessa hoidossa



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Terveystoimen kehittäminen

Joulukuu 2012

78 sivua + 10 sivua liitteitä

Heidi Rantanen-Yilmaz

## KIRJATUN TIEDON HYÖDYNTÄMINEN HOITOTYÖN JOHTAMISESSA - TYÖVÄLINEITÄ HOITOTYÖN LAADUN SEURAAMISEEN JA KEHITTÄMISEEN YMPÄRIVUOROKAUTISESSA HOIDOSSA

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin osana Turun sosiaali- ja terveystoimen hoitotyön sähköisen kirjaamisen käytäntöön implementointihanketta, jonka tarkoituksena oli jalkauttaa valtakunnallinen ydintietoihin perustuva rakenteinen ja luokiteltu kirjaamismalli Turun sosiaali- ja terveystoimeen ja saada samalla laadukas hoitotyö näkyväksi sekä saada laadukasta tietoa hoitotyön johtamiseen. Turun Soten implementointihankkeen lähtökohtana oli valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke eli HoiDok-hanke. Hankkeen tuloksena oli yhtenäinen kirjaamismalli, jota on siitä lähtien jalkautettu paikallisesti eri organisaatioihin ympäri maata. Kirjaamismalli perustuu suomalaiseen hoidon tarveluokitukseen (SHTaL) ja suomalaiseen hoitotyön toimintoluokitukseen (SHToL) sekä hoitoprosessin vaiheisiin (hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi).

Kehittämisprojekti tehtiin Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimelle, ja kohdistettiin siellä vanhuspalveluihin ja erityisesti ympärivuorokautisen hoidon osastoihin. Turun sosiaali- ja terveystoimessa on viisi monimuotoista vanhuspalvelukeskusta, jotka yhdessä muodostavat ympärivuorokautisen hoidon Turun alueella.

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli selvittää rakenteisen ja luokitellun kirjatun tiedon hyödyntämismahdollisuuksia hoitotyön johtamisessa ja samalla kehittää apuvälineitä hoitotyön johdolle hoitotyön laadun seuraamiseksi ja kehittämiseksi. Projektin tavoitteena oli tehdä käyttökelpoisia hyödyntämisprofiliileja kirjatusta tiedosta. Projektin empiirisen osion tavoitteena oli selvittää kivun, ravitsemuksen ja kudoseheyden aihealueilla tarve- ja toimintokomponenttien sekä joidenkin henkilöstöhallinnon tunnuslukujen ja mittariarvojen antamaa kuvaa hoitotyöstä ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Empiirisen osion tarkoituksena oli saadun tiedon pohjalta tehdä johtopäätöksiä erilaisten tietokombinaatioiden käyttökelpoisuudesta hoitotyön laadun seurannassa ja kehittämisessä.

Projektin empiirisessä osassa käytettiin retrospektiivistä eli jälkikäteen tapahtuvaa potilasasiakirjamerkinnöistä tallennettujen tilastotietojen tarkastelua. Aineistona käytettiin potilastietojärjestelmistä saatuja tietovarantoja, hoidon mittariarvoja sekä muita hoidon tunnuslukuja. Tietovarannot on poimittu Disco-ohjelmalla. Tietovarannoista muodostettiin erilaisia tietokombinaatioita vastauksena tutkimusongelmaan. Tietovarantoihin liitettiin myös muita hoidon mittari- ja tunnuslukuja. Tarkoituksena oli löytää hoitotyön johtamisen näkökulmasta käyttökelpoisimmat tietokombinaatiot.

Tuloksena syntyi kokonaiskuva hoitotyön kirjaamisesta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Tuotoksena syntyi hyödyntämisprofiilien muodostamissäännöt ja toimintamalli profiilien hyödyntämiseksi eri johtajuuden tasoilla.

ASIASANAT:

hoitotyön johtaminen, hoitotyön kirjaaminen, rakenteinen hoitokertomus, hoitotyön prosessi, laitoshoido

## TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Social Services and Health Care | Master of Health promotion

December 2012

78 pages + 10 pages of appendices

**Heidi Rantanen-Yilmaz**

### THE USE OF DOCUMENTED DATA IN NURSING MANAGEMENT - DEVELOPING TOOLS FOR QUALITY NURSING ON THE WARDS PROVIDING AROUND THE CLOCK CARE

This development project was carried out as a part of the Turku social and health care electronic documentation and implementation project. The purpose of the programme was to put the national structured and classified core data-based documentation model into practice in Turku's Municipal Health Care and Social Services Department and, at the same time, gain visibility for high-quality nursing and receive high-quality information for nursing management. The starting point for the implementation programme was the national 'HoiDok' development project for the electronic documentation of nursing. The output of the programme was a uniform documentation model which has, since then, been put into practice locally across organisations around the country. The documentation model is based on the Finnish classification of nursing diagnoses (FiCND), the Finnish classification of nursing interventions (FiCNI) and the phases of the nursing process (planning, implementation and evaluation).

The development project was carried out for the Municipal Health Care and Social Services Department of the City of Turku, and was directed at elderly care and especially the wards providing around the clock care. Turku's Municipal Health Care and Social Services Department hosts five multiform service centres for the elderly which jointly offer around the clock care in the Turku region.

The purpose of the development project was to look into the leverage potential of structured and classified documented data in nursing management while also developing tools for nursing quality and development for nursing management staff. The aim of the project was to make usable leverage profiles for documented data. The objective of the empirical section of the project was to find out what the perceived image of nursing was in units providing around the clock care in the areas of pain, nutrition and tissue integrity based on diagnosis and intervention components as well as some HR key figures and indicators. The purpose of the empirical section was to make conclusions about the usability of various data combinations in the monitoring and development of nursing quality based on the received data.

In the empirical section of the project, retrospective examination of statistical data from patient records was applied. The material used consisted of data reserves from patient information systems, care indicator values and other key figures of care. The data reserves were collected with the Disco software. The samples used in the study were from the period between 1 January and 30 April 2012. Various data combinations were formed of the data reserves as a response to the research problem. Other care indicators and key figures were also linked to the data reserves. The objective was to find the most usable data combinations from the viewpoint of nursing management.

The result was an overall view on nursing work documentation in units providing around the clock care. The output included formation rules for utilisation profiles and an operations model for using these profiles on various management levels.

**KEYWORDS:**

Nursing Management, documentation (Nursing), structured patient record, nursing process, residential treatment

# SISÄLTÖ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 JOHDANTO</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT</b>                                 | <b>9</b>  |
| 2.1 Projektin tarve  | 9         |
| 2.2 Projektin eteneminen   | 10        |
| 2.3 Projektin kohdeorganisaatio  | 12        |
| 2.4 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus                              | 12        |
| 2.5 Projektiorganisaatio   | 13        |
| <b>3 HOITOTYÖN JOHTAMINEN</b>  | <b>14</b> |
| 3.1 Hoitotyön johtajan tehtävät ja rooli                                 | 14        |
| 3.2 Lähijohtaminen terveydenhuollossa                                    | 18        |
| 3.3 Laatujohtaminen terveydenhuollossa                                   | 19        |
| 3.4 Tiedolla johtaminen terveydenhuollossa                               | 21        |
| 3.5 Henkilöstö johtaminen ikääntyneiden potilaiden hoidossa              | 22        |
| <b>4 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN</b>   | <b>23</b> |
| 4.1 Hoitotyön kirjaaminen yleisesti                                      | 23        |
| 4.2 Hoitotyön kirjaamisen lainsäädäntö                                   | 25        |
| 4.3 Rakenteinen kirjaaminen  | 25        |
| 4.4 Hoitotyön kirjaamisen laatu  | 27        |
| <b>5 YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOITO</b>                                       | <b>29</b> |
| 5.1 Vanhuspalvelut ja niiden järjestäminen                               | 29        |
| 5.2 Ravitsemuksesta huolehtiminen  | 30        |
| 5.3 Kivun arviointi ja hoito   | 31        |
| 5.4 Kudoseheydestä huolehtiminen   | 33        |
| <b>6 KEHITTÄMISPROJEKTIN EMPIIRINEN OSA</b>                              | <b>34</b> |
| 6.1 Kehittämiprojektin tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys | 34        |
| 6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineisto  | 35        |

|   |           |
|---|-----------|
| 6.3 Aineiston analyysi  | 37        |
| 6.4 Tutkimustulokset  | 40        |
| 6.4.1 Kokonaiskirjaukset ja henkilöstöhallinnon tiedot            | 40        |
| 6.4.2 Ravitsemus  | 45        |
| 6.4.3 Kipu  | 49        |
| 6.4.4 Kudoseheys  | 52        |
| 6.5 Johtopäätökset ja pohdinta                                    | 56        |
| 6.5.1 Johtopäätöksiä käytetyistä komponenteista                   | 59        |
| 6.6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys                         | 62        |
| <b>7 HYÖDYNTÄMISPROFILIEN MUODOSTAMISSÄÄNNÖT JA TOIMINTAMALLI</b> | <b>65</b> |
| <b>8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI</b>                            | <b>69</b> |
| 8.1 Arvio tuotoksesta   | 70        |
| 8.2 Kehittämismenetelmän arviointi                                | 71        |
| 8.3 Projektiorganisaation toimivuuden arviointi                   | 72        |
| 8.4 Kehittämisprojektin jatkotoimenpiteet                         | 73        |
| <b>LÄHTEET</b>  | <b>74</b> |

## **LIITTEET**

Liite 1. Vanhainkotien ravitsemuksen kirjausten tarpeet ja toiminnot.

Liite 2. Pitkäaikaissairaanhoidon ravitsemuksen kirjausten tarpeet ja toiminnot.

Liite 3. Tehostettu palveluasuminen ja dementiayksiköiden ravitsemuksen kirjausten tarpeet ja toiminnot.

Liite 4. Vanhainkotien kivun kirjausten tarpeet ja toiminnot.

Liite 5. Pitkäaikaissairaanhoidon kivun kirjausten tarpeet ja toiminnot.

Liite 6. Tehostettu palveluasuminen ja dementiakotien yksiköiden kivun kirjausten tarpeet ja toiminnot.

Liite 7. Vanhainkotien kudoseheyden kirjausten tarpeet ja toiminnot.

Liite 8. Pitkäaikaissairaanhoidon kudoseheyden kirjausten tarpeet ja toiminnot.

Liite 9. Tehostettu palveluasuminen ja dementiakotien yksiköiden kudoseheyden kirjausten tarpeet ja toiminnot.

## KUVIOT

|   |    |
|---|----|
| Kuvio 1. Kehittämiprojektin projektisykli   | 11 |
| Kuvio 2. Aineiston analysointi  | 39 |
| Kuvio 3. Kaikki hoitotyön kirjausten tarpeet ja toiminnot vanhuskeskuksittain henkilöstöhallinnon tiedot mukaan luettuna      | 41 |
| Kuvio 4. Kaikki hoitotyön kirjausten tarpeet ja toiminnot palvelumuodoittain henkilöstöhallinnon tiedot mukaan luettuna       | 42 |
| Kuvio 5. Kaikki hoitotyön kirjausten tarpeet ja toiminnot vanhainkodeissa ja henkilöstömitoitus                               | 43 |
| Kuvio 6. Kaikki hoitotyön kirjausten tarpeet ja toiminnot pitkäaikaissairaanhoidossa ja henkilöstömitoitus                    | 44 |
| Kuvio 7. Kaikki hoitotyön kirjausten tarpeet ja toiminnot tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä             | 45 |
| Kuvio 8. Ravitsemuksen kirjausten % -osuus kaikista hoitotyön tarpeista ja toiminnoista palvelumuodoittain ja Mna- pisteet    | 46 |
| Kuvio 9. Ravitsemuksen tarpeet palvelumuodoittain   | 47 |
| Kuvio 10. Ravitsemuksen toiminnot palvelumuodoittain  | 49 |
| Kuvio 11. Kivun kirjausten % -osuus kaikista hoitotyön tarpeista ja toiminnoista palvelumuodoittain                           | 50 |
| Kuvio 12. Kivun tarpeet palvelumuodoittain  | 51 |
| Kuvio 13. Kivun toiminnot palvelumuodoittain  | 52 |
| Kuvio 14. Kudoseheyden kirjausten % -osuus kaikista hoitotyön tarpeista ja toiminnoista palvelumuodoittain ja Braden- pisteet | 53 |
| Kuvio 15. Kudoseheyden tarpeet palvelumuodoittain   | 54 |
| Kuvio 16. Kudoseheyden toiminnot palvelumuodoittain   | 56 |

# 1 JOHDANTO

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin YAMK:n opinnäytetyönä. Projektin tarkoituksena oli selvittää rakenteisen ja luokitellun kirjatun tiedon hyödyntämismahdollisuuksia hoitotyön johtamisessa ja samalla kehittää apuvälineitä hoitotyön johdolle laadun seuraamiseksi ja kehittämiseksi. Tavoitteena oli tehdä käyttökelpoisia hyödyntämisprofiileja kirjatusta tiedosta.

Laatujohtaminen ja tiedolla johtaminen ovat tämän päivän johtamisen menetelmiä. Tämän projektin tarkoituksena oli tuottaa hoitotyön johtajille työvälineitä hoitotyön kirjaamisen laadun seuraamiseen ja kehittämiseen.

Oikeanlainen kirjaaminen on välttämätöntä, jotta hoitotyön johtamisen käyttöön saadaan laadukasta ja luotettavaa tietoa hoitamisesta. Rakenteisessa kirjaamistavassa merkinnät ovat luokkien mukaan tallennettuja, jolloin esimerkiksi hoitotyön esimiesten on mahdollista saada tilastoja ja seurata kirjattuja hoidon tarpeita, toteutusta, arviointeja ja tuloksia. Henkilöstöjohtamisella voidaan vaikuttaa hoitotyön kirjaamisten laatuun ja sitä kautta koko hoitokulttuuriin.

Projektissa suunnitellut hyödyntämisprofiilit otetaan käyttöön Turun sosiaali- ja terveystoimessa ympärivuorokautisen hoidon tulosalueella. Profiileja voi soveltaa myös muihin terveydenhuollon yksiköihin.

Hoitotyön tarve- ja toimintoprofiilit sekä hoitotyön tunnusluvut ympärivuorokautisen hoidon toimintaprosessien johtamisen tukena-toimintamalli hyödyntämisprofiilien käytöstä on kehittämis ehdotus. Ehdotustusta voi käyttää sellaisenaan, tai sitä voi muunnella organisaation oman tarpeen mukaan.



## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Projektin tarve

Kehittämisprojekti on osa Turun sosiaali- ja terveystoimen hoitotyön sähköisen kirjaamisen käytäntöön implementointi -hanketta, jonka tarkoituksena oli jalkauttaa valtakunnallinen ydintietoihin perustuva rakenteinen ja luokiteltu kirjaamismalli Turun terveystoimeen ja saada laadukas hoitotyö näkyväksi sekä saada hoitotyön johtamiseen laadukasta tietoa (Salmela, sähköpostiviesti 5.2.2011). Implementointi-hankkeen lähtökohtana oli valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke eli HoiDok- hanke. Hoidok- hankkeen tarkoituksena oli luoda yhtenäinen valtakunnallinen rakenteinen kirjaamismalli vuoden 2007 loppuun mennessä.(VSSHP 2008.) Hankkeen tuloksena oli yhtenäinen kirjaamismalli, jota on siitä lähtien jalkautettu paikallisesti eri organisaatioihin ympäri maata. Kirjaamismalli perustuu suomalaiseen hoidon tarveluokitukseen (SHTaL) ja suomalaiseen hoitotyön toimintoluokitukseen (SHToL) sekä hoitoprosessin vaiheisiin (hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi). Hoidon tarpeet ja hoitotyön toiminnot on jäsennetty luokituksissa kolmelle tasolle: komponentti (aihealueen yleinen otsikko), pääluokka ja alaluokka (aihealueen spesifimmät otsikot). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Turun sosiaali- ja terveystoimessa on tehty hoitotyön kirjaamisen käsitekartta. Käsitekartan mukaan terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäiseminen ovat kirjaamisen lähtökohtia. Käsitekartassa on mainittuna useita eri alueita, erikseen mainittuna on myös ravitsemus, kipu ja kudoseheys yhtenä painopistealueena. Tavoitteena on laadukas asiakkaan tarvelähtöinen hoito kuntouttavalla työotteella. (Soini & Ylönen, 2009.)

Vanhuspalveluissa on nimetty kliinisiä kirjaamisen asiantuntijoita, joiden tarkoituksena on ollut auttaa ja opastaa henkilökuntaa uudenlaisen kirjaamismallin

käytössä. Jokaiselle yksikölle on nimetty kirjaamisvastaava tai kirjaamisvastaavia yksikön koosta riippuen. Kirjaamisen kehittämisen avuksi on kehitetty hoitotyön rakenteisen kirjaamisen sisällön analyysimittari, jonka avulla asiantuntijat seuraavat kirjaamisen kehittymistä. Toistaiseksi luokitusten sisällöt eivät ole vielä tulleet osaksi jokapäiväistä toimintaa. Terveystoiminnan johtajien tulisi sitoutua yhtenäisiin kirjaamistapoihin ja lisäksi sitouttaa henkilöstö niiden käyttöönotossa. Kirjaamisten kautta on mahdollista saada näyttöä siitä, mihin eri yksiköiden hoitotyössä kiinnitetään huomiota. Kirjaamisen kehittämisen apuna käytetään säännöllistä luokitusten mukaisten otsakkeiden seurantaan sovituin väliajoin. (Turku 2011.)

Turun sosiaali- ja terveystoimen ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä rakenteinen kirjaaminen on eri kehitysvaiheessa. Pitkäaikaissairaanhoidossa kirjaaminen aloitettiin jonkin aikaa ennen kuin vanhainkodeissa, tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä. Jokaisessa yksikössä on nimetty kirjaamisvastaava tai kirjaamisvastaavia yksikön koosta riippuen. Projektipäällikkö toimii omassa työyksikössään kirjaamisvastaavana ja työelämämentori on toiminut kirjaamisen asiantuntijasairaanhoidajana.

## 2.2 Projektin eteneminen

Kehittämiprojekti alkoi projektipäällikön kiinnostuksesta hoitotyö kirjaamista kohtaan. Varsinainen kehittämiprojektin aihe tuli Tuutor- opettajalta, joka oli saanut työelämästä tiedon tämäläyppisen tiedon tarpeesta. Varsinainen projekti alkoi ideointivaiheella. Aihe tarkentui ensimmäisessä projektin ohjausryhmän kokouksessa kesäkuussa 2012. Kehittämiprojekti sai alkunsa keväällä 2010 projekti-idealla, projekti jatkui syksyyn 2012. Projektin pääpaino oli kuitenkin vuonna 2012. Aiheen valinnan ja täsmeytymisen jälkeen projekti eteni projektisykleittäin uuden selvitysvaiheen ja uuden suunnitelman kautta toteutus- ja raportointivaiheeseen (Silfverberg 2005).

Esisuunnitteluvaihe alkoi keväällä 2011 projektipäällikön toimesta ideavaiheen jälkeen perustietojen ja taustojen hankkimisella. Aiheeseen perehdyttiin tarkemmin kirjallisuuden ja tutkimusten kautta. Tiedon haku jatkui koko projektin ajan. Ensimmäinen esisuunnitelma valmistui jouluna 2011, jonka jälkeen aloitettiin projektisuunnitelman valmistelu. Ensimmäinen projektisuunnitelma valmistui toukokuussa 2012. Ensimmäisen ohjausryhmän jälkeen oli syytä täsmentää esisuunnitelma ja projektisuunnitelma, koska ohjausryhmän toiveet huomioitiin. Lopullinen projektisuunnitelma valmistui kesäkuussa 2012, jolloin projektin tavoite ja tarkoitus täsmentyivät. Kesäkuussa projektille saatiin tutkimuslupa Turun sosiaali- ja terveystoimelta projektin empiirisen osan toteuttamiseen. Projektin toteutus oli valmiin numeerisen aineiston tarkastelua kuvioiden avulla ja johtopäätösten tekemistä siitä, mitä kirjaamisesta muodostuneet kuviot kertoivat ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden hoitotyöstä ravitsemuksen, kivun ja kudosseheyden alueilla. Kuviossa 1 on projektisykli, jossa projektini toteutus esitetty kuviona selventämään projektin kulkua.



Kuvio 1. Kehittämiprojektin projektisykli

### 2.3 Projektin kohdeorganisaatio

Kehittämisprojekti tehtiin Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimelle (Sote), ja kohdistettiin siellä vanhuspalveluihin ja erityisesti ympärivuorokautisen hoidon yksiköihin. Turun sosiaali- ja terveystoimessa on viisi monimuotoista vanhuspalvelukeskusta, jotka yhdessä muodostavat ympärivuorokautisen hoidon Turun alueella. Jokaisessa keskuksessa on tarjolla eritasoisia ympärivuorokautisen hoidon palveluja: vanhainkotihoitoa, pitkäaikaissairaanhoidon ja tehostettua palveluasumista ja dementiakoteja. (Turku 2012.) Ympärivuorokautisen hoidon yksiköt järjestävät ikäihmisille mahdollisuuden ympärivuorokautiseen hoitoon elämänsä loppuun asti. Tämä kehittämisprojekti toteutetaan ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Rakenteinen kirjaaminen on pitkäaikaissairaanhoidon yksiköissä systemaattista ja kirjaaminen on kehittynyt runsaasti, toisaalta vanhainkodeissa rakenteinen kirjaaminen on alkanut vähitellen vasta noin vuosi sitten. Turun sosiaali- ja terveystoimen painopistealueena ja tavoitteena on yhtenäinen kirjaamismalli ja sen kehittäminen, erityisesti painopiste alueina ovat ravitsemus, kipu ja kudoseheys.

### 2.4 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus

Projektin tavoitteena oli tehdä käyttökelpoisia hyödyntämisprofiileja kirjatusta tiedosta ja suunnitella niiden käytöstä yleinen toimintamalli ympärivuorokautiseen hoitoon. Hyödyntämisprofiililla tarkoitetaan erilaisista potilaan hoitoa koskevista tallennetuista tiedoista koostuvaa tietoyhdistelmää, joka esitetään graafisen kuvion muodossa, ja josta voi tehdä päätelmiä toteutuneesta hoitotyöstä erilaisissa hoitoympäristöissä.

Tarkoituksena oli selvittää rakenteisen luokitellun kirjatun tiedon hyödyntämismahdollisuuksia hoitotyön johtamisessa ja kehittää apuvälineitä hoitotyön johdolle hoitotyön laadun seuraamiseksi ja kehittämiseksi.

## 2.5 Projektioorganisaatio

Kehittämiprojektin projektipäällikkönä toimi YAMK-opiskelija. Ohjaus- ja projektiryhmä muodostavat projektioorganisaation. Projektin takana organisaationa on Turun sosiaali- ja terveystoimi.

Ohjausryhmän keskeisempänä tehtävänä on valvoa hankkeen etenemistä, arvioida sen tuloksia ja hoitaa tiedonkulku projektin ja sidosryhmien välillä (Silverberg 2011). Ohjausryhmän tehtävänä on myös toimia projektipäällikön tukena, antaa ohjeita ja tarkastella projektia kokonaisuutena (Paasivaara ym. 2011). Tämän projektin ohjausryhmään kuului Turun sosiaali- ja terveystoimen hallintoylihoitaja, Turun sosiaali- ja terveydenhuollon ympärivuorokautisen hoidon johtaja, yhden vanhuskeskuksen johtaja, projektipäällikön työelämämentori ja Turun Ammattikorkeakoulusta työtä ohjaava opettaja. Ohjausryhmä kokoontui projektin aikana kaksi kertaa. Ensimmäisellä kerralla projektipäällikkö esitteli työn ja pyysi ohjausryhmältä ideoita. Ensimmäisen kokoontumisen jälkeen projekti laajeni mutta samalla tarkentui. Toisen kerran ohjausryhmä kokoontui tulosten esittelyä varten, ensimmäisen kokoontumisen tapaan projektipäällikkö pyysi ohjausryhmältä kommentteja aiheesta. Kehittämiprojektilla ja projektipäälliköllä oli koko ajan ohjausryhmän tuki.

Projektiryhmä perustettiin projektityöskentelyä varten. Projektiryhmä ei kokonaisuudessaan kokoontunut kertaakaan. Projektiryhmän tehtävänä on toimia tehtävien toteuttajana (Paasivaara 2011). Projektiryhmä koottiin projektin alkuvaiheessa. Projektiryhmään valikoituivat ympärivuorokautisen hoidon silloiset asiantuntijasairaanhoitajat, joista toinen on myös projektipäällikön työelämämentori.

## 3 HOITOTYÖN JOHTAMINEN

### 3.1 Hoitotyön johtajan tehtävät ja rooli

Hoitotyön johtajilla on kolme keskeistä roolia, mikä mahdollistaa suuria toimintamahdollisuuksia. Hoitotyön johtajat voivat kehittää johtajuuttaan terveyden edistämisen asiantuntijana, tiedon tuottajana ja välittäjänä.(STM 2009:18, 31.) Muun muassa rakenteisen kirjaamistavan kehittäminen sekä arviointi kuuluvat hoitotyön johtajille. Johtajat voivat jakaa vastuuta omille asiantuntijoilleen. Asiantuntijasairaanhoidajat puolestaan tuottavat ja välittävät uutta tietoa hoitotyön johtajille, jotta hoitotyön johtaja pystyy vahvistamaan omaa johtajuuttaan ja varmistamaan oman vastuu-alueensa toimivuutta. Näin toimimalla myös hoitotyön laatu ja kirjaamisen laatu saadaan paremmaksi.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön -ohjelmassa todetaan, että johtajuus terveyden edistämisen tasolla tarkoittaa kaikkea sitä toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja lisääminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden tautien ja terveysongelmien vähentäminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen(STM 2009:18, 28).

Johtajuuden määritelmiä on monia. Lönnqvist (2002, 9-12) määrittelee johtamisen siten, että johtaminen on monimuotoisten ja joustavien keinojen käyttämistä, joilla varmistetaan organisaation kyky suoriutua tehokkaasti perustehtävästä ja sen toteutumisesta. Johtaminen on organisaation kannalta kriittinen toiminta ja eräs organisaation ydinprosesseista. Northouse (2007,3) jakaa johtamisen neljään eri osatekijään: johtajuus on prosessi, johtajuus sisältää vaikutusvaltaa, johtajuutta ilmenee ryhmätilanteissa ja johtajuuteen sisältyy päämääräsuuntautumista.

Hoitotyön johtaminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintayksiköiden kokonaisjohtamista. Hoitotyön johtamisen ydintehtävänä on luoda hoitotyölle

edellytykset siten, että hoitotyö on vaikuttavaa, laadukasta ja tuloksellista. Hoitotyön johtajan tehtävänä on osallistua toimialueen toiminnan kokonaisstrategian laatimiseen ja suunnata oman vastuualueensa toiminta saman strategian mukaisesti. Hoitotyön johtaja vastaa vastuualueensa toiminnasta, taloudesta, henkilöstöhallinnosta ja kehittämisestä. Viimeisenä hoitotyön johtajan tehtävänä on huolehtia, että hoitotyöllä on riittävät aineelliset ja aineettomat voimavarat perustehtävän toteuttamiseksi. (STM 2009:18, 38.)

Aarvan mukaan hoitotyön johtamista käsittelevät tutkimukset painottuvat pääsääntöisesti lähiesimiesten, osastonhoitajien ja ylihoitajien työn sisältöön, työn vaatimusten, osaamisen ja tehtävien kuvaukseen sekä rooleihin, asemaan ja työnjakoon (Aarva 2009, 84). Hoitotyössä eletään suurten kulttuurimuutosten aikaa. Kuntien voimavarat ovat niukat ja ammattitaitoisesta henkilökunnasta on pulaa. Terveystieteiden mainetta ja vetovoimaisuutta on vahvistettava. Asiakkaat ja potilaat odottavat palveluilta yhä enemmän, oikeita asioita on osattava tehdä oikeaan aikaan. Toimintaa on kehitettävä prosessien eikä organisaatioiden näkökulmasta. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaisen ammattiryhmän asiantuntijuutta on käytettävä hyväksi. Palvelujärjestelmät eivät toimi ilman yhteisön voimavaroja ja taitavaa johtamista. Asiantuntijuuteen ja osaamiseen perustuva johtaminen takaa toiminnan uudistumisen. (Tanttu & Rusi 2007, 5.)

Tämä kehittämisprojekti toteutetaan julkisella sektorilla, jonka hoitotyön johtamiseen liittyy ominaispiirteitä. Toiminnan luonne julkisella sektorilla edellyttää hoitotyön johtajalta ammatillista osaamista: lainsäädäntö, valtakunnallinen ohjaus ja tieteen innovaatiot, joilla hoitotyön työntekijöiden asiantuntijuutta johdetaan. Hoitotyön johtaminen perustuu ennen kaikkea oman työn ja oman tieteenalan erinomaiseen osaamiseen. Osaaminen on välttämätöntä, jotta johtaja ymmärtää kehittää oikeita asioita. Hoitotyön johtajien todetaankin olevan liikaa oman ammattialansa ohjaajia, jolloin uudet työyhteisölliset toimintamahdollisuudet ovat usein estyneitä. Eettinen ja moraalinen vastuu liittyy myös julkiseen toimintaan. Julkisen toiminnan johtajilla on myös vastuu väestöä (verorahoitus) kohtaan sekä vastuu toimintojen tehokkuudesta. Hyvä hoitotyön johtaminen on myös organisaation kriittinen menestystekijä. (Syväjärvi 2005.) Hoitotyön toiminta-

edellytysten luominen, toiminnan linjaaminen ja seuraaminen, arviointi ja kehittäminen kuuluvat terveydenhuollon toimintayksiköiden johtamiseen (STM 2003). Tässä muuttuvassa hoitotyön johtajuudessa on jatkuvasti muutosta ja eletään muutosten aikaa. Hoitotyön johtajan on tilanteen mukaan muutettava tarvittaessa johtamistyyliään vahvasta henkilöstöjohtajuudesta tiukkaan asioiden johtamiseen (Vuori 2005).

Johtamisjärjestelmä voidaan jakaa kolmeen eri osaan: ylimpään, keski- ja lähijohtotasoon. Lähijohtajan alapuolella on vähintään yksi hierarkinen taso ja keskijohdolla alapuolellaan vähintään kaksi hierarkista tasoa. (Isosaari 2006.) Turun sosiaali- ja terveystoimessa lähijohtajia edustavat yksikön esimiehet. Vanhuskeskusten johtajat edustavat keskijohtoa. Ylimpään johtoon kuuluu ympärivuorokautisen hoidon johtaja, vanhuspalveluiden tulosaluejohtaja sekä jopa palvelujohtaja. Eriasteisten hoitotyön johtajien vastuiden jaolla voidaan selkeyttää hoitotyön johtamista. Lähijohtajat vastaavat operatiivisesta johtamisesta sekä lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamisesta. Hoitotyön keskijohto vastaa henkilökunnan osaamisesta ja kehittymisestä. He luovat toiminnalle edellytykset ja kehittävät näyttöön perustuvaa toimintaa. Ylin eli strateginen johto on vastuussa organisaation tehtävän ja toiminnan perustasta, strategisesta johtamisesta sekä suhteista sidosryhmiin. Ylimmän johtamisen tehtävänä on varmistaa organisaation ja henkilöstön jatkuvan uudistumisen ja muutosvalmiuden. (STM 2003.)

Perinteisin johtamisen osaamisalue on toiminnansuunnitteluprosessi eli strategian suunnittelu. Se on organisaation yhteinen tavoite. (Lorensen ym. 2001.) Hoitotyön johtamisen periaatteet määräytyvät organisaation strategisista tavoitteista. Strateginen johtaminen perustuu osaamisen ja oppimisen arvostamiseen. Strateginen johtajuus on kykyä nähdä, millaisia strategioita, tehtäviä ja toimintoja tulisi kehittää, sekä kykyä suunnitella hoitotyön prosesseja ja kehittää rakenteita ja kulttuuria, jotka tukevat osaamisen kehittämistä. (Ruohotie 2000.)

Terveydenhuollon organisaatiot ovat perinteisesti byrokraattisia ja muuttuvat hitaasti. Toiminnot ovat normitettuja ja säänneltyjä ja johtaminen on perinteistä määräysten antoa. Tästä vanhasta perinteestä tulisikin päästä eroon, ja siirtyä



tasa-arvoiseen, erilaisuutta ja asiantuntijuutta arvostavaan yhteistyöhön johdon ja henkilöstön kesken. (Suonsivu 2003.) Tulevaisuudessa joudutaan entistä enemmän tyytymään väheneviin voimavaroihin samalla, kun palvelujen tarve ja laatuvaatimukset kasvavat (Ruohotie 2000).

Hoitotyön johtajien tehtäviin kuuluu myös jatkuva valvonta, seuranta ja arviointi tehdystä hoitotyöstä. Sitä voidaan tehdä organisaatioittain tai vertaisarvioita hyödyntämällä. Johtaminen on avainasemassa menetelmien ja arvioinnin kehittämisessä ja arvioitujen menetelmien hyödyntämisessä. (Lorensen ym. 2001.)

Kim Aarva on tutkimuksessaan tutkinut hoivan ja hoitotyön johtamista. Hänen tutkimuksensa mukaan hoivan ja hoitotyön johtaminen eroavat jonkin verran toisistaan. Aarvan tutkimuksen mukaan hoivan johtamistehtävistä tärkeimpiä ovat henkilöstöhallinto, asiakaslähtöisyys ja ihmisjohtaminen. Hoitotyön johtamistehtävistä tärkeinä pidettiin tutkimuksen mukaan henkilöstöhallinnon, suunnittelun ja seurannan sekä työnjohtamista ja ohjaamista. (Aarva 2009.) Kehittämisprojektin projektiorganisaatio on ympärivuorokautinen hoito. Ympärivuorokautisessa hoidossa tarjotaan lyhyt- tai pitkäaikaishoitoa ikäihmisille. Ympärivuorokautisesta hoidosta on aiemmin käytetty sanaa hoivahoito. Ympärivuorokautisen hoidon johtamistehtävät ovat henkilöstöhallinto, asiakaslähtöisyys ja ihmisjohtaminen (Aarva 2009).

Sosiaali- ja terveydenhuollon Kaste-ohjelmassa (STM 2008a) ja ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008b) korostetaan johtamiskäytäntöjen ja johtamisosaamisen kehittämistä. Suositukset korostavat inhimillisten voimavarojen johtamisen, muutoksen johtamisen ja henkilöstön osaamisen kehittämisen tärkeyttä sekä alan vetovoimaisuutta. Myös lähijohtaminen on tärkeää silloin, kun tarkoituksena on vastata asiakkaiden hoidon tarpeisiin, ja alan vetovoimaisuuden parantamisessa. (STM 2008a.)

### 3.2 Lähijohtaminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollon työssä lähijohtaminen tarkoittaa sairaaloiden osastonhoitajan tai apulaisosastonhoitajan työtä tai yksikön johtajan esimiestyötä. Lähijohtaja johtaa omaa työyhteisöä ja voi toimia julkisella tai yksityisellä sektorilla tai olla yksityinen yrittäjä. (Laaksonen ym. 2005, 10–11.) Lähijohtajan päätehtävänä on strategian toteuttaminen organisaationsa kautta. Lähijohtajan tärkeimmät johtamisalueet voidaan jakaa strategiakartan mukaisesti neljään osa-alueeseen; asiakas-, prosessi-, henkilöstö- ja talousnäkökulmiin. (Salminen 2006, 23–24.) Kokkinen (2007) pitää keskijohdon tärkeimpänä tehtävänä työntekijöiden kannustamista. Yhteistä keskijohdolle on työskentely monesta suunnasta tulevan paineen alaisena. (Kokkinen 2007, 32–33.)

Terveydenhuollossa lähiesimiesten työnkuva on muuttunut viimeisten vuosien aikana. Jatkuvat muutokset sekä henkilöstön odotukset ja vaatimukset edellyttävät esimiehiltä uudistuvia taitoja johtaa ihmisiä ja organisaatioiden toimintoja. Henkilöstö odottaa esimiehiltään rohkeutta päätöksentekoon sekä oikeudenmukaista kohtelua. Organisaatioiden muutokset edellyttävät esimiehiltä taas muutoksen johtamisen taitoja. Muutoksiin liittyy organisaatioiden strategioiden laatiminen. (Laaksonen ym. 2005, 3; Salminen 2006, 23–24.) Johtaja ei voi olla henkilöstöään ammattitaitoisempi kaikissa työtehtävissä. Hyvään johtamiseen vaaditaan paljon muutakin kuin oman ammattialan osaamista. (Kokkinen 2007, 9.) Ympäri vuorokautisessa hoidossa on hoitotyön kirjaamiselle asetettu asiantuntijasairaanhoitajat, jotka seuraavat ja kehittävät omalta osaltaan kirjaamisen tasoa moniammatillisessa työryhmässä. Asiantuntijat raportoivat hoitotyön johtajia tekemistään kirjaamisen arvioinneista ja seurannoista, sekä suunnittelevat kirjaamisen kehittämistä yhdessä hoitotyön johtajien kanssa. Kirjaamisen asiantuntijasairaanhoitajat toimivat oman alansa asiantuntijoina.

Anna-Kaisa Pusan (2007) mielestä terveydenhuollossa johtamisen keskusteluissa on yhä enemmän nousemassa esiin talous- ja teollinen johtaminen, kun taas perinteinen sairaanhoito on painottanut tuottavuutta. Tuottavuuden varmis-

tamisesta parhain mahdollisin tuloksin pienimmillä mahdollisilla panoksilla onkin tullut ratkaiseva elementti johtamisessa. Riittävä tieto, jota saadaan mittaamalla ja analysoimalla, on hoidon tarpeen mukaisissa resursoinneissa välttämätöntä, jotta taataan hyvä hoidon laatu. (Pusa 2007, 94.)

Donabedian (1988) määrittelee laadun ulottuvuudet rakenne- ja voimavaralaa- duksi sekä prosessi- ja tulostaaduksi (ks. Laine 2006, 33). Rakennelaatu kuvaa tuotantoprosessissa käytettyjen voimavarojen ominaisuuksia, joita ovat mm. henkilöstön ammattitaito, henkilöstön koulutusmahdollisuudet sekä toimintaym- päristön fyysiset puitteet. Rakennelaadussa kiinnitetään huomiota esimerkiksi palvelujen integroitumiseen, hoidon jatkuvuuteen, yhteistyöhön, tiedonkulkuun, johtamiseen sekä henkilövalmiuksiin ja niiden kehittämisen organisointiin. Pro- sessilaatu painottuu toimintaan kuten hoito- ja palvelumenetelmiin, asiakkaan ja työntekijän suhteeseen sekä toiminnasta heijastuviin periaatteisiin esimerkiksi hoitokäytäntöihin.(Laine 2006, 33- 34.)

### 3.3 Laatujohtaminen terveydenhuollossa

Laatujohtamisessa kiinnitetään erityistä huomiota perusprosessien eli tekemi- sen tunnistamiseen ja kuvaamiseen. Puhuttaessa laatujohtamisesta puhutaan usein myös laadunhallinnasta. Laatujohtaminen nousi esille, kun tulosjohtami- sen ei katsottu antavan välineitä toiminnan sisällölliseen kehittämiseen. Julkis- ten palvelujen laatustrategiassa vuonna 1998 korostettiin julkisten palvelujen asiakaslähtöisyyttä, asiakkaiden mahdollisuutta osallistua hoitoonsa, palvelu- prosessien läpinäkyvyyttä, arviointia, palvelusitoumuksia, johdon ja henkilökun- nan sitoutumista laadun parantamiseen, osaamista, työympäristöä ja hyvinvoin- tia. Laatu ja pyrkimys sen kehittämiseen nähdään usein laatujohtamisena. (Su- rakka ym. 2008, 35–36.)

Laatujohtamisessa ja laadunhallinnassa puhutaan laadunvarmistuksesta, palve- luiden tuotekehittelystä, markkinoinnista, prosessien mallintamisesta sekä eri-

laisista asiakkuuksien ja työvoiman analyyseistä. Eri toimintaympäristöissä tarkastellaan prosesseja, palvelulinjoja ja palveluketjuja. Laatujohtamisen malli on hyvin johtajakeskeinen. Kovassa laatujohtamismallissa korostuvat laatujohtamisen työkalut, tekniikat, mittarit ja kontrollointijärjestelmät, suositusstandardit ja tuotelaadun säilyttäminen. (Surakka ym. 2008, 36.)

Terveyspalvelut ovat suurelta osin aineettomia, joten niiden arviointi ja etenkin mitattavaan muotoon saaminen on haasteellista. Terveystuotteen laadun arvioinnissa ja mittaamisessa arvioidaan paitsi yleisemmällä tasolla kokonaistoimintaa myös itse hoitojärjestelmiä, palvelujen saatavuutta, hoitoprosesseja ja työsuorituksia. (Surakka ym. 2008, 37.)

Mittarit ovat tärkeitä johtamisen työvälineitä. Niitä voidaan hyödyntää hoitotyön toiminnan ohjaamisessa lyhyellä aikavälillä, pitkän aikavälin suunnittelussa sekä kehittämistä vaativien asioiden tunnistamisessa. Organisaatio, jota johdetaan, saadaan hallintaan, ja toiminnan ohjaaminen mahdollistuu. Mittareiden avulla voidaan hallita haasteellisia kokonaisuuksia tiivistämällä tulokset tunnuslukujen muotoon, ja tuottamalla päätöksentekoa tukevaa informaatioita. Mittareilla saadaan tietoa siitä, miten tavoitteet on saavutettu. Mittaamisen avulla saaduilla tuloksilla pyritään vaikuttamaan myös henkilöstön motivointiin ja sitouttamiseen. Useimmiten mittarin käyttötarkoituksena on selvittää, kuinka suunnitellut asiat ovat toteutuneet käytännössä. Mittareiden avulla voidaan myös konkretisoida strategia toteutettavissa oleviksi tavoitteiksi. Strategia voidaan purkaa toimintasuunnitelmiksi, työvaiheiksi ja välitavoitteiksi, joita mittarin avulla sitten seurataan. Lisäksi mittareilla voidaan ilmaista henkilöstölle tavoitteita ja ohjata heitä toteuttamaan organisaation strategiaa. Mittaamisen avulla voidaan kyseenalaistaa jo voimassa olevia toimintatapoja ja viestittää organisaation voimavaroista. (Kujansivu ym. 2007, 159–161.)

### 3.4 Tiedolla johtaminen terveydenhuollossa

Systemisyys, yhdistävyys, hallinta, oppiminen ja edistävyys ovat tietojohdamisen ominaisuuksia. Muita sanoja, jotka kuvaavat tietojohdamista olivat aineettoman pääoman johtaminen, organisatorinen oppiminen ja tiedonhallinta.(Kivinen 2008.) Tiedolla johtamisen tavoitteet ovat tiukasti sidoksissa johdettavan organisaation tuloksiin. Tutkijoiden mukaan tietojohdamisen keskiössä on hiljainen tieto ja tiedon jakaminen. Heidän mukaansa myös uuden tiedon muodostaminen tapahtuu yhteisen jakamisen tuloksena. (Boufhillier & Shearer, 2002.)

Nonakan (2005) mukaan uuden tiedon muodostaminen tarkoittaa organisaation kykyä muodostaa uutta tietoa ja osaamista läpi organisaation ja hyödyntää sitä palveluiden, tuotteiden ja toiminnan kehittämisessä. Uuden tiedon muodostamisen prosessissa on neljä vaihetta: sosialisatio, ulkoistaminen, yhdistäminen ja sisäistäminen. Ensin hiljainen tieto muutetaan jaetuksi hiljaiseksi tiedoksi (sosialisatio), jossa intuitiiviset kokemukset jaetaan osallisten kesken. Toiseksi jaettu hiljainen tieto muunnetaan julkiseksi tiedoksi (ulkoistaminen). Kolmannessa vaiheessa julkinen tieto käännetään laaja-alaiseksi julkiseksi tiedoksi (yhdistely). Neljänneksi julkinen tieto palautetaan hiljaiseksi tiedoksi (sisäistäminen). Uusi teoria ja käytäntö rutinoidaan ja automatisoidaan parantuneiksi käytännöiksi ja toimintatavoiksi. Näin toimimalla voidaan organisaatiota edistää, tukea ja ylläpitää.(Nonaka, 2005.)

Kivisen tutkimuksen mukaan terveydenhuollon toiminnan luonne edellyttää kokonaisvaltaista tiedon ja osaamisen johtamisen lähestymistapaa. Tietotuotteita ja -järjestelmiä on terveydenhuollon organisaatioissa saatavilla, mutta niiden käyttö on suhteellisen vähäistä.(Kivinen 2008.)

### 3.5 Henkilöstö johtaminen ikääntyneiden potilaiden hoidossa

Ikäihmisten laatusuosituksessa on annettu raamit hoitotyön henkilöstömitoituksesta ja osaamisesta, joilla pyritään varmistamaan ikäihmisten palveluiden laatu ja vaikuttavuus. Suosituksen lähtökohtana on, että kunnalla on ikäihmisten palveluita kehittävä visio ja strategian toteuttamiseen osaava henkilökunta ja johto. Ennen kaikkea ikääntyneiden hoidossa on varmistettava ammattitaitoinen ja riittävä johto. Suosituksen mukaan henkilömitoituksissa on huomioitava asiakkaiden/potilaiden toimintakyky ja avun tarve. Henkilöstömitoituksissa on otettava huomioon asiakkaiden oikeudet ja varsinaiselle toiminnalle asetetut tavoitteet (laatu ja vaikuttavuus). Suunniteltaessa henkilöstön määrää ja tehtävärakennetta on noudatettava ammatillisen henkilöstön kelpoisuutta ja ammatinharjoittamisoikeutta koskevassa lainsäädännössä määritellyjä kelpoisuusvaatimuksia. Suosituksen mukaan tavoitteena tulee olla, että kaikilla ikääntyneiden palveluissa toimivilla henkilöillä on sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillinen koulutus. Tämän lisäksi on suositeltavaa, että työntekijät hankkivat itselleen jatko- ja/tai täydennyskoulutusta. Kun asiakkaiden hoito- ja palvelutarpeet on otettu huomioon ja riittävä määrä ammattitaitoista henkilökuntaa tuottaa inhimillisesti ja kustannustehokkaasti palveluja asiakkaille, on henkilöstömitoituksissa onnistuttu. (STM, 2008b.)

Turussa ympärivuorokautisen hoidon lähtökohtana on Ikääntyneiden palvelujen laatusuositus. Suosituksen mukaan ympärivuorokautisen hoidon kehittämisen tavoitteena on turvata ikäihmisten hyvä hoito, jonka vaikuttavuutta ja laatua tulee arvioida. Ympärivuorokautisen hoidon valtakunnallinen henkilöstön vähimmäismäärä on suosituksen mukaan 0,5- 0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. Suosituksessa mainitaan myös hyvä henkilöstön määrä, joka on 0,7- 0,8. Suosituksessa myös mainitaan, että mitoitusta mietittäessä on myös otettava huomioon asiakkaan tarpeet eikä liikaa kiinnitetä huomiota laitokseen, jossa he ovat. (STM, 2008b.) Turussa ympärivuorokautisen hoidon tavoitteena on myös, ettei ikääntyneen tarvitse pysyväishoitoon muutettuaan vaihtaa hoitopaikkaa (Turku, 2012).

## 4 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

### 4.1 Hoitotyön kirjaaminen yleisesti

Hoitotyön kirjaamisen lähtökohtana on ammatillinen perustehtävä ja sen tunnistaminen (Leino- Kilpi, 2003). Hoitotyön kirjaaminen asiakirjoihin perustuu hoitotyön ammattilaisen tietoihin ja taitoihin sekä päätöksentekoon (Lauri & Kyngäs, 2005). Hoitotyön kirjaamisista on mahdollista saada aiempaa enemmän näyttöä siitä, mihin yksikön hoitotyössä keskitytään. Kirjaamisen myötä henkilöstötarpeen arviointi on mahdollista toteuttaa aikaisempaa luotettavammin. (Turku, 2011). Riittävän hyvä kirjaaminen lisää muun muassa hoitoisuusluokitusten luotettavuutta ja tuottaa näin hyvän apuvälineen hoitotyön johtajille (Kaakinen, 2002).

Terveysalan ammattilaiselle kirjaaminen on iso työväline, se toimii potilaan tiedon lähteenä, varmistaa hoidon laadun ja toimii samalla juridisena työkaluna. Kun kirjaaminen on systemaattista, vähentää se kirjausten päällekkäisyyttä ja siitä on sekä taloudellista että toiminnallista hyötyä. (Idvall & Ehrenberg 2002, 734–742; Anttila ym. 2003, 65; Ferrell 2007; Tanttu 2007)

Wongin (2009) mukaan hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan mitä tahansa kirjoitettua tai sähköisesti luotua tietoa potilaan voinnista, hoidoista ja sairaanhoidoista tiettyinä ajankohtina. Potilaan vaste eri hoitomenetelmille kuuluu myös hoitotyön kirjaamiseen. Hoitotyön kirjaaminen on olennainen komponentti, kun halutaan tarjota laadukasta hoitoa. (Wong 2009.)

Kirjaamista voidaan kuvata myös erilaisten laadun kriteerien kautta. Saranto ja Ikonen kuvaavat teoksessaan kolme erilaista laadun kriteeriä. Näiden tarkoituksena on määrittää, kuinka ajallisesti tehokkaasti ja kustannuksiltaan tehokkaasti on mahdollista saavuttaa päämäärät. **Rakennekriteereitä** ovat esimerkiksi toimiva tietojärjestelmä, riittävä välineistö sekä osaava ja motivoitunut henkilökunta. Oleellisten tietojen saanti hoidon aikana ja sen jälkeen verraten tätä poti-

lasiasiakirjalainsäädäntöön on potilaskertomuksen tärkein laatukriteeri. On hyvä keino arvioida kirjaamisen laadun sisällön tuotantomahdollisuuksia vertaamalla sitä lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. **Prosessikriteereitä** ovat vakioitunut hoitoprosessin kirjaamiskäytäntö, tietojärjestelmän hyvä käytettävyys sekä erilaisten tietojärjestelmien yhteensopivuus ja niiden toimiminen yhteen. Kuvaamalla esimerkiksi, mitä tehdään hoitoa annettaessa tai sitä vastaanotettaessa voidaan hoitoprosessin vaiheiden mukaan laatia laadun prosessikriteerit. Myös tiedon saanti kirjaamisen yhteydessä on tärkeää, jotta sitä pystytään hyödyntämään tilastoinnissa. Tässä tärkeää osaa näyttelevät hoidon prosessimalli ja käsitteet, luokitukset sekä koodistot. Potilaan yksityisyyden suojan säilyminen, riittävä tiedon saanti sekä virheettömät, ajantasaiset hoitotiedot ja järjestelmän sujuva sekä turvallinen käyttö kuuluvat laadun **tuloskriteereihin**. (Saranto & Ikonen 2007, 187- 190) Tuloskriteerit soveltuvat seurattaviksi, kun on kyse riittävän suuresta arvioitavien joukosta. Käytettäessä tuloskriteerejä tulisi olla näytettävissä, että kriteerien kuvaamaan lopputulokseen voidaan vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin. Tuloskriteerejä ovat esimerkiksi elämänlaatu, potilastyytyväisyys ja toimintakyky. Tuloskriteerien seuraamista Donabedian pitää tärkeimpänä laadun seuraamisen kriteerinä. (Donabedian 1996.)

Prosessimallia on tutkinut myös Ensio(2008). Hänen mukaansa, hoitotyön kirjaaminen toteutuu eri hoitoympäristöissä eri tavalla, joten myös hoitotyön prosessin vaiheet painottuvat eri tavoin. Esimerkiksi pitkäaikaista sairautta sairastavan potilaan hoidon suunnittelussa painottuvat tavoitteiden huolellinen määrittely, kun taas esimerkiksi sairauskohtauksen saaneen hoidossa ensisijalla on pikainen hoidon toteutus. Se, että eri prosessin vaiheet painottuvat hoidossa paremmin, ei tarkoita muiden vaiheiden puuttumista. Prosessien eri vaiheiden painotukset ovat vaihdelleet aika ajoin. Sähköinen kirjaaminen ja myöhemmin esitettyjen luokitusten hyödyntäminen kirjaamisessa ovat tuoneet hoitotyöhön mahdollisuuden tarkastella päätöksentekoa myös tuloksia ja tuloskriteerejä korostaen. (Ensio 2008.)



## 4.2 Hoitotyön kirjaamisen lainsäädäntö

Kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen hallinnassa on otettava huomioon seuraavat lait, asetukset ja ohjeet:

Henkilötietolaki (523/1999)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

STM:n asetus potilasasiakirjoista (298/2009)

STM:n opas terveydenhuollon henkilöstölle 2001

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (559/ 1994)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettu laki (159/2007)

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä velvoittaa kaikki terveydenhuollon julkiset toimijat liittymään syyskuuhun 2014 mennessä kansalliseen sähköiseen potilasasiakirjojen arkistopalveluun (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

## 4.3 Rakenteinen kirjaaminen

Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke HoiDok-hanke toteutettiin 2005- 2008. HoiDok-hankkeen lähtökohta tuli Sosiaali- ja terveysministeriöltä, joka edellytti, että kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä on vuoden 2007 loppuun mennessä otettava käyttöön tietynlaiset tieto-

rakenteet, jotka ovat ydintietomääräysten mukaiset. Hankkeen tarkoituksena oli kehittää vuoden 2007 loppuun mennessä rakenteinen hoitotyön kirjaamisen perustamalli, joka olisi valtakunnallisesti yhtenäinen. Hanketta hallinnoi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Tavoitteena oli yhdistää hoitotyön ydintiedot muihin toiminnan ohjauksen ja hoitotyön johtamisen tietoihin ja luoda sitä kautta hoitotyön johtamisen perustieto.(VSSHP 2008)

Hoitotyön kansallisesti määritetyt ydintiedot muodostuvat hoidon tarpeesta, hoitotyön toiminnoista, hoidon tuloksista, hoitotyön yhteenvedosta ja hoitoisuudesta. Ydintietojen tarkoituksena on antaa kokonaiskuva potilaan hoidosta pääpiirteittäin. Hoidon tarve antaa kuvan potilaan olemassa olevasta tai mahdollisesti tulevasta ongelmasta. Hoitotyön toimintoluokituksen tarkoituksena on kuvata potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Potilaan tilassa tapahtuvia muutoksia kuvaavat hoidon tulokset. Hoitotyön yhteenvedoa voidaan hyödyntää silloin, kun potilas lähetetään toiseen yksikköön sekä mahdollisesti seuraavilla hoitajaksoilla. Hoitoisuus on kuvaus potilaan tarvitsemasta hoidon määrästä ja vaativuudesta. Arvion tekee hoitaja, ja se on osa hoitoprosessia.(Tanttu 2007.)

Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen tapahtuu Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (Shtal), Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (Shtol) sekä Suomalaisen hoidon tulosluokituksen (Shtul) avulla. Luokitukset ovat kansallisia ja kaikkien hoitotyön ammattiryhmien käytössä, jotta kirjaaminen on yhtenäisempää. Sähköiseen kirjaamiseen on olemassa monia eri potilastietojärjestelmiä, ne kaikki sisältävät luokitusten mukaiset tiedot. Systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvausta hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Moniammatillisen hoitoprosessin vaiheiksi on kuvattu tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Rakenteisen tiedon ansiosta, sama tieto kirjataan vain kerran ja tämä kirjattu tieto on käytössä hoitoyhteenvedoja varten. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Nykäsen(2010) tutkimuksen mukaan kansallisen hoitotyön rakenteinen kirjaimismalli toimii hyvin, kun on opittu jäsentämään hoitotyön prosessia ja opittu pilkkomaan se palasiksi ja omien otsakkeiden alle. Nykänen toteaa tutkimuk-

sessaan myös, että mallin käytettävyys ja soveltuvuus ovat erilaisia eri toimintaympäristöissä. Hänen mukaansa vapaan tekstin käyttö on terveydenhuollossa totuttu tapa ja tämän ollessa edelleen luokitellun kirjaamistavan tultua mahdollista, helpottaa se luokituksen käyttöä. Toisaalta jotkut luokitellun kirjaamisen otsakkeet eivät enää tarvitsisi vapaata tekstiä vaan toimivat itse tiedon välittäjänä. (Nykänen ym. 2010.)

#### 4.4 Hoitotyön kirjaamisen laatu

Kirjaamisen laatua on tutkittu melko paljon. Tutkijoiden mielestä hoitotyön kirjaamisen laatua tulisi kehittää ja kiinnittää enemmän huomiota juuri kirjaamisen laatuun. Tutkimuksessa todetaan, että mikäli hoitotyön kirjaaminen on puutteellista tai laadutonta, vaikuttaa se hoitokäytäntöihin ja hoidon tuloksiin. Puutteellisen kirjaamisen syyksi tutkimuksessa mainitaan muun muassa ohjauksen puute kirjaamisesta. Samalla hoidon laadun mittaaminen vaikeutuu kirjaamisen ollessa puutteellista. (Wang ym. 2011.) De Marinisin ym.(2010) mukaan kirjaamisen laatuun vaikuttaa myös se, että hoitajat eivät kirjanneet kaikkia hoitotyön keinoja potilaan hoitoa suunnitellessaan. Kirjaaminen oli monen tutkimuksen mukaan, joiltakin kohden edelleen puutteellista. Kirjaamisen laadussa todettiin eroja myös eri ammattiryhmien välillä.( Orasmaa- Kasslin 2000; Voutilainen 2004; Virtanen 2008; Wong 2009; De Marinis ym. 2010.)

Voutilainen (2004, 3, 75- 76) on tutkinut hoitotyön laatua ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tutkimuksessaan hän on tarkastellut muun muassa laadun rakenteellisia edellytyksiä tutkimalla hoitotyön dokumentointia saadaksesen tuloksia ammatillisen toiminnan laadusta. Tutkimuksen mukaan ammatillisen hoitotyön laadun kehittäminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa edellyttää, että hoitotyön dokumentointia kehitetään. Dokumentoinnin kehittämisessä apuna tulisi käyttää Mentoreita suurien koulutusryhmien sijaan, jotta jokaisen yksilölliset tarpeet tulisi huomioitua paremmin.

Voutilainen on tutkinut myös hoitotyön laatua ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa käyttäen Senior Monitor- mittaria. Tutkimukseen osallistui neljä vanhainkotia ja yhteensä 332 asiakkaan potilasasiakirjat analysoitiin mittarin avulla. Tulosten mukaan kaikissa tutkimukseen osallistuneissa vanhainkodeissa oli kehitettävää, erityisesti hoidon suunnittelun ja päivittäisten kirjaamisten kohdalla. Tutkimuksessa todetaankin, ettei hoitotyön suunnitelmaa mielletä työväliseksi. Tuloksista käy ilmi myös, että tarpeiden määrittäminen on osittain epätarkkaa. Hoitosuunnitelmia ei ollut tai ne olivat osittain puutteellisia. Tavoitteet eivät olleet asukkaiden tarpeisiin pohjautuvia vaan hoitotyön rutiineihin. (Voutilainen 2004, 71; Voutilainen ym. 2004, 76- 79.)

Hoitoon hakeuduttuaan pyritään potilaalle tekemään hoitosuunnitelma potilaan oireiden, historian ja ajankohtaisen tilanteen pohjalta (Huttunen 2008). Hoidon suunnittelu on iso osa potilaan hoitoa. Voutilaisen toisen tutkimuksen mukaan ei hoitosuunnitelmaa ollut tai se oli puutteellinen ja tutkimus osoitti, että potilaan hoidon suunnittelussa on paljon kehitettävää. (Voutilainen ym. 2004, 78- 79.)

Orasmaa- Kasslinin pro-gradu tutkimuksessa(2000, 34,37), joka suoritettiin silmäpoliklinikalla tuli esille, että kirjaaminen oli hyvin vähäistä sekä hoitosuunnitelman toteuttamisen ja arvioinnin osalta. Myöskään hoitosuunnitelman toteuttamista ei systemaattisesti kirjattu. Kokonaisuutena tutkimuksesta selvisi, ettei hoitotyön kirjaaminen kata koko palveluketjua eikä tästä syystä myöskään takaa hoidon jatkuvuutta eikä tiedonkulun jatkuvuutta.

Turun sosiaali- ja terveystoimessa on nimettynä kirjaamisen asiantuntijasairaanhoitajia ja kirjaamisvastaavia, joiden tehtävänä on erityisesti kirjaamisen kehittäminen ja laadun seuranta. Asiantuntijasairaanhoitajan tehtäviin kuuluu oman klinisen toimialueensa systemaattisen kirjaamisen käytäntöjen ja menetelmien järjestelmällinen arviointi ja kehittäminen, uusien kirjaamisen toimintamallien implementointi sekä henkilöstön koulutus ja konsultointi. Asiantuntijasairaanhoitaja seuraa toimialueensa henkilöstön koulutuksen tarvetta ja informoi niistä yksikön johtajia. Hänen tehtävänä on myös, ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan kirjaamisen osa-alueilla. Asiantuntijasairaanhoitajien tehtäviin kuuluu myös henkilöstön ja erityisesti kirjaamisvastaavien kouluttaminen. Kir-

jaamisvastaavat vievät saamansa tiedon omaan yksikkönsä ja valvovat annettujen kriteereiden mukaisesti oman yksikkönsä kirjaamista. Kirjaamisvastaavat ohjeistavat oman yksikkönsä henkilökuntaa uusista toimintamalleista. (Tehtäväkuvat 2012.)

## 5 YMPÄRIVUOROKAUTINEN HOITO

### 5.1 Vanhuspalvelut ja niiden järjestäminen

Suomessa vanhuksen pitkäaikainen laitoshoido on pääasiassa julkisen sektorin tuottamaa ja verorahoin rahoitettua (Laine 2006, 26). Hoito on laitoshoidoa aina, kun se on järjestetty sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla tai sosiaalihuollon laitoksessa, kuten vanhainkodissa.

Tänä päivänä ympärivuorokautista hoitoa on tarjolla tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja pitkäaikaissairaanhoidossa. Suomessa on tavoitteena laitoshoitopaikkojen vähentäminen ja toisaalta kotihoidon lisääminen. Toisaalta ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevien määrä kuitenkin todellisuudessa lisääntyy sillä Suomi on Euroopan nopeimmin ikääntyvä maa. (STM, 2008b.) Tavoitteena ympärivuorokautisessa hoidossa on turvata vanhuksen hyvä elämänlaatu (Sormunen ym. 2008, 126). Toimivat hoito- ja palvelujärjestelmät takaavat edellytykset hyvälle ympärivuorokautiselle hoidolle. Kunnat tuottavat ympärivuorokautisen hoidon itse tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. (THL, 2008.) Suurin osa ympärivuorokautisen hoidon asiakkaista tarvitsee hoitoa muistisairauksien aiheuttamien itsensä huolehtimisen vajauksien vuoksi. Tehostetussa palveluasumisessa muistisairaiden osuus on 69 %, vanhainkodeissa sama luku on 74 % ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa jopa 80 %:lla hoidettavista on muistisairaus. Aivohalvaus, masennusoireet, lonkkamurtumat se-

kä joissakin määrin myös yksin asuminen ja verkostoimattomuus lisäävät ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. (Nihtilä ym. 2008; Vaarama ym. 2008.)

Turun kaupungin ikääntymispoliittisen strategian (2009–2012) tehtävänä on ohjata vanhuspalvelujen tuottamista ja kehittämistä sekä tukea kaupungin päätöksentekoa. Peruslähtökohtana ovat sosiaali- ja terveysministeriön Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, Vanhusten hoidon ja palveluiden linjat vuoteen 2015, Vanhasen II hallituksen hallitusohjelman hyvinvointipolitiikka-ohjelma ja Turussa tehty valtuustoryhmien välinen sopimus valtuustokaudelle 2009 - 2012. Poikkihallinnollisena yhteistyönä on huomioitu yhdistykset, järjestöt, yksityiset palveluntuottajat vanhusneuvosto ja seurakunta. Näin taataan yhdenmukaisuus ja mahdollisimman laajan palvelukokonaisuuden tarjoaminen ikääntyneiden hyvinvoinnin parantamiseksi. (Senioriohjelma 2009–2012, 3.) Turussa ympärivuorokautista hoitoa tarjotaan viidessä eri monimuotoisessa vanhuspalvelukeskuksessa. Vanhuspalvelukeskukset tarjoavat eritasoisia hoidon palveluja kuten tehostettua palveluasumista, hoivahoitoa, lyhytaikaishoitoa sekä muita erityispalveluja. (Turku 2012.)

Tämä kehittämisprojekti suuntautuu Turun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalveluihin ja kohdistetaan siellä ympärivuorokautisen hoidon yksiköihin. Asiakkaiden ollessa iäkkäitä on heillä myös monia itsensä huolehtimisen vajauksia ja täten hoitotyön tarpeita. Ravitsemus, kipu ja kudoseheyden muutokset ovat yleisiä tarpeita iäkkäiden ympärivuorokautisessa hoidossa. Lisäksi nämä edellä mainitut hoidon tarpeet ovat Turun sosiaali- ja terveystoimen painopiste alueita (Soini & Ylönen 2009). Seuraavaksi perehdytään tarkemmin näihin edellä mainittuihin toimintoihin.

## 5.2 Ravitsemuksesta huolehtiminen

Sairauksien ja iän myötä ravinnonsaanti ja ravitsemustila usein heikkenevät. Suurin riski ravitsemusongelmien syntyyn on yli 80-vuotiailla. Ravitsemustila on

heikentynyt jopa puolella sairaalassa olevista vanhuksista, laitoshoidossa virhe-ravitsemuksen esiintyvyys on tätäkin yleisempää. (Suominen ym. 2009.) Iäkkäiden ravitsemushäiriöihin tulee kiinnittää huomiota nopeasti ennen kuin tilanne pääsee pahaksi ja vaikuttaa potilaan hyvinvointiin ja elämänlaatuun merkittävästi. Hyvä ravitsemus on ikääntyneelle potilaalle tärkeää. (Wild ym. 2010.) Bostrom ym. (2011) tutkivat ikääntyneiden ravitsemustilaa pitkäaikaishoidon laitoksessa. Heidän tutkimustuloksensa osoittavat, että 58 % potilaista oli aliravitsemusvaarassa ja 31 % oli aliravittuja, ainoastaan 11 %:lla potilaista oli riittävä ravitsemus. Tutkimus osoitti myös, että hoitohenkilökunta keskittyi enemmänkin masentuneisiin, dementiaa sairastaviin ja potilaisiin, joiden tila oli epävakaa, kuin aliravitsemuksesta kärsiviin vanhuksiin. (Bostrom ym. 2011.) Runsasproteiininen ruoka vaikuttaa positiivisesti esimerkiksi painehaavojen esiintyvyyteen ikääntyneillä potilailla sekä potilaan yleiseen hyvinvointiin (Stratton ym. 2005).

Huono ravitsemustila johtuu monista eri syistä, esimerkiksi ravinnon saantiin liittyvät ongelmat, puremis- ja nielemisvaikeudet, lisääntynyt ravinnontarve, kaksoivat sairaudet (Suominen 2010). Erään tutkimuksen mukaan toimintakyvyn heikkeneminen ja toisten avusta riippuvaiseksi joutuminen nostaa riskiä aliravitsemuksesta etenkin terveyskeskusten vuodeosastoilla. Tätä tietoa voidaan suhteuttaa iäkkäisiin ja huonokuntoisiin potilaisiin. (Suominen ym. 2009.) Ikääntyneen ravitsemustilaa tulee arvioida ja seurata **Mini Nutritional Assessment (MNA)**-mittarin avulla (Suominen 2010). Turun sosiaali- ja terveystoimessa ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä on ravitsemustilan mittari MNA ollut käytössä vasta vuoden 2012 alusta.

### 5.3 Kivun arviointi ja hoito

Lähes joka neljäs pitkäaikaisen laitospotilaan on Suomessa arvioitu kärsivän kivuista päivittäin. Kansainvälisissä tutkimuksissa laitospotilailla on arvioitu esiintyvän kipuja niiden tiheydestä ja voimakkuudesta riippuen vielä yleisem-

minkin. (Björkman ym. 2007.) Päivittäinen kipu ilmenee useimmiten sairaimmilla ja heikkokuntoisilla potilailla, joiden kyky suoriutua päivittäisissä toiminnoissa on heikko (Finne-Soveri 2002). McCaffery ja Meinhart (1983) ovat määritelleet, että kipu on mikä tahansa, mitä potilas sen sanoo olevan, ja se on siellä, missä kipua kokeva sen sanoo olevan. Kipu koskettaa yksittäistä ihmistä, ja ympäristöllä on suuri merkitys ihmisen kivun tuntemuksiin. (McCaffery & Meinhart 1983, Ylinen ym. 2011.) Kivun arviointiin on kehitelty paljon erilaisia kipumittareita. Niistä suurin osa on yksiuotteisia, kivun voimakkuuden mittaamiseen kehitettyjä. Ylinen ym.(2011) ovat maininneet tutkimuksessaan kolme käytössä olevaa mittaria: Visual analogue Scale (VAS), Verbal Rating Scale(VRS) ja Numerical Rating Scale(NRS). Turun sosiaali- ja terveystoimessa on käytössä PAINAD-kipumittari(Pain Assessment in advanced dementia scale), joka on kehitetty erityisesti dementoituneiden ja kommunikoimattomien vanhusten kivun arviointiin (Bjorkman ym. 2007). Painad -mittarin käyttö ja merkitseminen Pegasos-potilastietojärjestelmään ohjeistettiin toukokuussa 2012, joten siksi Painad- mittaria ei ole tässä projektissa otettu mukaan yhtenä hoitotyön tunnuslukuna.

lääkäillä ihmisillä elämänlaatu korostuu ja elämänpiiri pienenee. Elämänlaadun ylläpitäjänä on kivun hoidolla keskeinen asema. Aktiivisuuden ylläpito ja päiviin sisällön tuominen vähentävät kipua iäkkään potilaan elämässä. (Kalso 2009, 474.) Tutkimuksin on pystytty osoittamaan, että lääkkeettömällä kivunhoitomenetelmällä yhdessä lääkehoidon kanssa voidaan saavuttaa merkittäviä tuloksia. Näitä tulisikin hyödyntää entistä enemmän. Ei lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien tulisikin olla osa hyvän kivunhoidon käytäntöä. ( Tse ym. 2005, Cunningham 2006). Tehokkaan kivun hoidon perustana on kuitenkin edelleen lääkehoito mutta lääkkeettömällä kivunhoitomenetelmällä pystytään tehostamaan lääkehoidon tehoa. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien teho perustuu potilaan kokemukseen tulla huomatuksi ja hoivatuksi. On todettu, että mikäli käytetään useampaa kuin yhtä lääkkeetöntä kivun lievitys menetelmään saadaan kipua lievitettyä tehokkaimmin.(Kankkunen 2008, 262.)

Mittareilla voidaan arvioida kivun voimakkuutta yhdistämällä ne eri kivunlievitysmenetelmiin sekä arvioida mittareiden positiivista vaikutusta parantaa hoito-



työ kirjaamista (Ylinen ym. 2011). Toisaalta Idvall & Ehrenberg toteavat omassa tutkimuksessaan, että mittareita ei ole juurikaan käytetty kivun arvioinnin kirjauksissa vaan kirjaukset ovat useasti olleet potilaan epämääräisiä suullisia arvioita. (Idvall & Ehrenberg 2002, 734–742). Kivunhoidon kirjaamisessa ilmeni eroja eri-ikäisillä tai eri sukupuolta olevien potilaiden kesken. Vanhusten kivun arviointia kirjataan vähemmän kuin nuorempien potilaiden. (Brown & McCormack 2006, 1287–1298; Hwang ym. 2006, 270–275) Carrin (2002) tutkimuksessa todettiin, että hoitajat saattoivat jättää arvioimatta kipua kokiessaan olevansa kykenemättömiä lievittämään kipua omasta tietämättömyydestään tai epävarmuudestaan johtuen (Carr 2002, 743–752). Kivun tarkka kirjaaminen on tärkeää, koska kivun kirjauksissa ei saisi olla tulkinnanvaraa. Tarkalla kirjaamisella tarkoitetaan tarkkoja arvioita ja kuvauksia kivusta. Epätarkka kirjaus saattaa johtaa siihen, että kipua ei tunnisteta tai kipua ei koeta ongelmaksi. Potilasasiakirjoista tulee selvittää kivun hoitoa koskevat päätökset ja perustelut niille. (Halimaa 2003, 587–598.)

#### 5.4 Kudoseheydestä huolehtiminen

Ikääntyneen väestön osuus Suomessa kasvaa seuraavina vuosina merkittävästi, samalla yleistyvät iäkkäille perinteiset sairaudet. Iäkkään ihmisen perinteisenä vaivana voidaan pitää erilaisia iho-ongelmia kuten esimerkiksi painehaavoja. Painehaavoja syntyy erityisesti vuodepotilaille, jotka joutuvat makaamaan pitkiä aikoja, eivätkä pysty itse kääntymään vuoteessa. Painehaava syntyy yleisesti sellaiselle ihoalueelle, jossa luu painaa ihoa ja estää sen normaalia verenkiertoa. Painehaavat syntyvät yleensä lonkkien ja alaselän alueille mutta myös kantapäihin, kyynärpäihin ja lapaluiden ulkoneviin osiin. Painehaavoja syntyy herkästi etenkin laihoille ja huonokuntoisille potilaille. Verenkierron pitkäaikainen estyminen johtaa kudoksen tuhoutumiseen, josta voi syntyä suuria ja syviä painehaavoja. (Peltonen ym. 2010) Painehaava on yleinen kudოსvaurio kotihoitossa, hoitolaitoksissa ja sairaaloissa sitä esiintyy noin 5-15 %:lla (Soppi 2010).

Riskiluokitusmittarien avulla tunnistetaan painehaavan syntymiselle alttiit potilaat. Tunnetuimmat ja käytetyimmät mittarit ovat Bradenin, Nortonin ja Waterlowin asteikot. Bradenin asteikko sopii parhaiten vuodeosastoilla käytettäväksi ja se on käytössä myös Turun sosiaali- ja terveystoimessa (Hietanen ym. 2005,190–191.) Comfort (2008) on tutkinut myös painehaavojen esiintyvyyttä. Tulosten mukaan painehaavojen esiintyvyydessä eri sairaaloissa on suuresti eroja, mikä epäsuorasti kuvaa prosessien ja johtamisen merkitystä.

Kirjaaminen on yksi hoitajan tärkeimmistä tehtävistä, kun puhutaan ihon kunnon tarkkailusta tai tehdyistä havainnoista (Gunningberg 2005, 65–66). Wildin ym. mukaan haavanhoidon kirjaamisessa tulisi huomioida myös ikääntyneen ravitsemus (Wild ym. 2010). Kirjauksissa tulisi huomioida painehaavojen ehkäisy sekä käytetyt apuvälineet. Samalla on tärkeää kirjata potilaan liikkuminen ja aktiviteetti (EPUAP 2004). Kinnusen (2007) mukaan Suomessa ei ole yhtenäistä valtakunnallista haavanhoidon kirjaamiskäytäntöä ja kirjaamiskäytännöt ovat hyvin kirjavia. Hän toteaa, että yhdenmukaista kirjaamista tarvitaan, jotta potilastiedot välittyisivät turvallisesti ja virheettömästi eri toimintayksiköidenkin välillä. (Kinnunen 2007, 77–78.)

## **6 KEHITTÄMISPROJEKTIN EMPIIRINEN OSA**

### **6.1 Kehittämiprojektin tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymys**

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kivun, ravitsemuksen ja kudoseheyden aihealueilla tarve- ja toimintakomponenttien sekä eri tunnuslukujen / mittariarvojen antamaa kuvaa hoitotyöstä ympärivuorokautisen hoidon yksi-

köissä. Tarkoituksena oli saadun tiedon pohjalta tehdä johtopäätöksiä erilaisten tietokombinaatioiden käyttökelpoisuudesta hoitotyön laadun seurannassa ja kehittämisessä.

Tutkimuskysymys:

- Minkälaisen kuvan käytettävissä olevat tietovarannot antavat hoitotyön prosessin toteutumisesta kivun, kudoseheyden ja ravitsemuksen alueilla?

## 6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineisto

Tutkimusmenetelmänä käytettiin retrospektiivistä eli jälkikäteen tapahtuvaa potilasasiakirjamerkinnöistä tallennettujen tilastotietojen tarkastelua. Retrospektiivinen tutkimus on eräs kuvailevan tutkimuksen alalaji. Retrospektiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että se sijoittuu menneeseen ajanjaksoon. Se on usein poikkileikkaustutkimus. (Bowling 2001, 197.) Retrospektiivinen tutkimus valittiin menetelmäksi, koska se antaa parhaiten vastauksen asetettuun tutkimuskysymykseen. Aineistona käytettiin potilastietojärjestelmistä saatuja tietovarantoja, hoidon mittariarvoja sekä muita hoidon tunnuslukuja. Tietovarannot poimittiin Disco-ohjelmalla, jolla otannat ajetaan neljän kuukauden ajalta kerrallaan kolmesti vuodessa. Disco-ohjelmalla pystytään keräämään potilasasiakirjojen tietovarannoista määrällisiä/numeraalisia tunnuslukuja halutuilta alueilta. Tutkimuksessa käytetyt otannat ovat ajalta 1.1- 30.4.2012. Potilaan tarpeet ja hoitajien toimenpiteet sekä esimerkiksi suorituspaikat pystyttiin erottelemaan. "Disco-ajojen" jälkeen aineistosta muodostettiin erilaisia tietokombinaatioita vastauksena tutkimusongelmaan. Tietovarantoihin liitettiin myös muita hoidon mittari- ja tunnuslukuja, tarkoituksena saada pysyviä työvälineitä hoitotyön laadun seuraamiseen ja kehittämiseen. Saadut arvot syötettiin Excel-ohjelmaan ja asiat taulukoitiin erilaisin ehdoin. Taulukoinnin ja jaottelun jälkeen asiat havainnollis-

tettiin erilaisten kuvaajien avulla. Tarkoituksena oli löytää käyttökelpoisimmat tietokombinaatiot kuvaamaan toteutunutta hoitotyötä.

Disco-raporttien ajot tehtiin Pegasos-pääkäyttäjän toimesta neljän kuukauden ajalta (1.1–30.4.2012) yhteensä ja erikseen kaikilta ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä (Vanhuspalvelukeskus 1:stä 6 yksikköä, keskus 2:sta 9 yksikköä, keskus 3:sta 5 yksikköä, keskus 4:sta 7 yksikköä ja vanhuspalvelukeskus 5:sta 5 yksikköä). Disco-otannot pyydettiin kaikista ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä, tällä tavoin mahdollistettiin yksiköiden välinen kirjausten vertailu erilaisten hoitoympäristöjen kesken. Portsakodin lyhytaikaisyksikkö kuuluu ympärivuorokautisen hoidon piiriin, mutta se on itsessään varsin erilainen esimerkiksi hoidon tavoitteiden suhteen kuin muut yksiköt. Tämän vuoksi koko yksikkö päätettiin jättää pois tutkimuksesta. Kun otannot pyydettiin kaikista yksiköistä, pystyttiin hoitotyön kirjaamiselle asettamaan lähtötaso, jonka pohjalta kirjaamisen kehittymistä voidaan myös jatkossa seurata. Hoitoympäristöt ovat kirjaamisen suhteen eri vaiheissa. Pitkäaikaissairaanhoito on aloittanut rakenteisen kirjaamistavan vanhainkoteja aiemmin ja on näin ollen pidemmällä kirjaamisessa. Disco-raporteissa kiinnitettiin erityistä huomiota kolmeen eri tarve- ja toimintoluokituksen komponenttiin: kudoseheys, ravitseminen ja aistitoiminta (versiossa 2.0.1). Kummastakin tarve- ja toimintaluokituksesta pyydettiin näiden komponenttien kirjausten kappalemäärä otsikoittain sekä myös erikseen kaikki kolme tasoa (komponentti = K, pääluokka = PL, alaluokka = AL).

Näiden Disco-raporttien lisäksi pyydettiin saman kuukauden ajalta jokaiselta ympärivuorokautisen hoidon yksiköltä erikseen seuraavat potilaiden hoitoon liittyvät tunnusluvut / mittariarvot: Braden (mittausten määrä ja keskiarvo), MNA (mittausten määrä ja keskiarvo). Kivun Painad-mittaria ei tässä tutkimuksessa hyödynnetty, koska se on vielä vähän käytössä. Pegasos potilastietojärjestelmään Painad ohjeistettiin tekemään vasta toukokuussa, jolloin tämä tutkimus oli jo täydessä käynnissä. Jokaiselle edellä mainitulle mittarille on olemassa valmiit mittariarvot ja päätelmät eri arvojen antamasta tiedosta. Ympärivuorokautisessa hoidossa käytetään systemaattisesti painehaavan riskikartoitus- (Braden-) mittaria. Vuonna 2012 aloitettiin ravitsemuksen riskikartoitus-mittarin MNA:n käyttö.

Braden-arvot ja -määrät saadaan yksiköittäin kuukausittain ja MNA- arvot ja -määrät neljä kertaa vuodessa.

Disco-otantojen ja hoidon mittariarvojen lisäksi pyydettiin viimeisimmät yksikkökohtaiset henkilöstöhallinnolliset tunnusluvut, esimerkiksi tiedot sairauspoissaoloista, vakinaisten/sijaisten määrästä ja yksiköiden henkilöstömitoituksesta. Myös yksiköiden potilas/asukaspaikoista tarvittiin tieto, jotta pystyttiin antamaan kirjaamisille jokin vertailu.

Disco-raporttien analysoitua aineistoa ja tunnuslukuja yhdisteltiin eli tarve- ja toimintoluokitusten tietovarantoja suhteutettiin yhteen eri tunnuslukujen kanssa. Hoitotyössä käytössä olevien mittarien avulla saatiin tietoa mittarin antamasta arvosta ja sitä voitiin verrata rakenteisen kirjatun tiedon määriin. Henkilöstöhallinnon tietoja yhdistämällä saadaan tietoa siitä, onko esimerkiksi henkilöstömitoituksella merkitystä hoitotyön kirjaamisten määrissä tai muissa käytännöissä. Toisaalta voidaan sairauspoissaoloprosentti- määriä verrata rakenteisen kirjatun tiedon määriin. Näihin asioihin pystyy myös hoitotyön johtaja vaikuttamaan merkittävästi.

### 6.3 Aineiston analyysi

Projektipäällikkö sai aineistona toimivat Disco-raportit käyttöönsä kesäkuussa. Raporteissa oli kaikki Turun sosiaali- ja terveystoimen kirjaamiset ensimmäiseltä vuosikolmannekselta. Aineistotaulukoita oli kaksi, hoitotyön tarve- ja toimintotaulukko. Ensimmäiseksi raporteista eroteltiin tutkimuksessa käytetty aineisto.

Ensimmäiseksi projektipäällikkö ja työelämämentori ratkaisivat tietyt kysymykset koskien aineistoa, ja sen tietoa. Tutkimuksessa hyödynnettiin kaikkia muita kirjauksia, mutta ei hoitotyön kirjauksista poistettuja hoitotyön tarpeita ja tavoitteita. Disco- raporteista pystyttiin erittelemään poistetut tiedot. Poistettuja tarpeita ja toimintoja ei huomioitu tutkimuksessa, koska useasti nämä ovat esimerkiksi kirjausvirheitä. Aistitoiminta-komponentista tutkimukseen otettiin mukaan aino-

astaaan kipu. Kudoseheys-komponentista jätettiin pois silmien ja korvien kirjausta koskevat luokat, koska nämä eivät varsinaisesti liittyneet kudoseheyteen. Ravitsemus-komponentti otettiin mukaan kokonaisuudessaan.

Ennen aineiston analysointia päätettiin, miten ja millä perustein analysointi tehtiin. Erilaiset hoitoympäristöt päätettiin jakaa kolmeen eri palvelumuotoon: vanhainkodit, pitkäaikaissairaanhoido ja tehostettu palveluasuminen yhdistettynä dementiakodeilla. Dementiakodit yhdistettiin tehostettuun palveluasumiseen aineiston käsittelyn helpottamiseksi ja yksittäisen hoitoympäristön anonymiteettiä varmistamiseksi. Aineisto luokiteltiin palvelumuodoittain, koska tällöin saatiin vertailua kirjausten määrästä oletetusti samanlaisista hoitoympäristöistä.

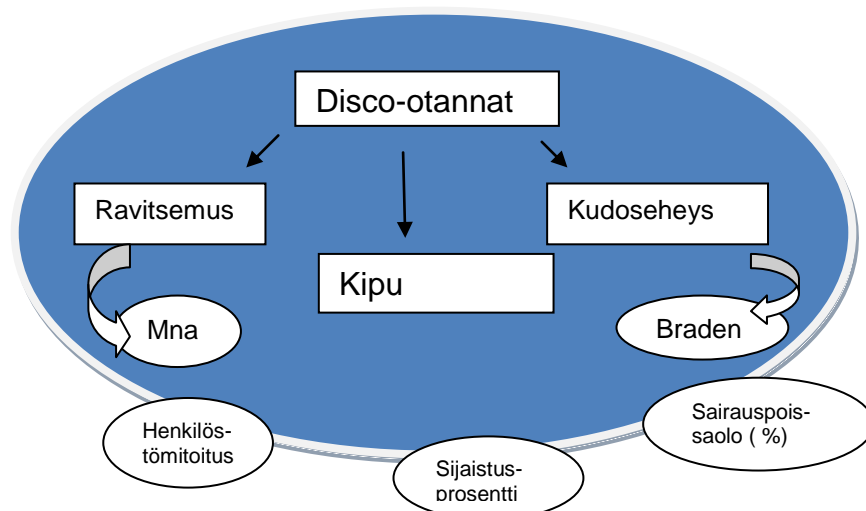
Aineiston analysointi aloitettiin analysoimalla tilastollisesti Excel tilasto-ohjelman avulla molemmat tarve- ja toimintoluokitukset erikseen. Ensimmäiseksi molemmat aineistot luokiteltiin vanhuskeskusten mukaan ja kirjausten määrät jaettiin potilaspaikkojen määrällä. Näin toimimalla saatiin eri vanhuskeskukset samalle viivalle, jolloin myös kirjaaminen yksiköiden välillä saatiin vertailukelpoiksi. Tämän jälkeen aineisto luokiteltiin palvelumuodoittain ja kirjausten määrät jaettiin eri palvelumuotojen potilaspaikkamäärällä. Kahta aineistoa käsiteltiin analysointiprosessin aikana erikseen. Analysointia jatkettiin tarkastelemalla prosenttijakaumia erikseen suorituspaikoittain. Näillä analysoinneilla saatiin kokonaiskuva kirjaamisesta.

Ensimmäisen vaiheen jälkeen molemmat aineistot luokiteltiin eri komponenttien (ravitsemus, kipu, kudoseheys) mukaisesti palvelumuodoittain. Näin toimimalla saatiin osuuksien vertailua ja tarkastelua kaikkien kirjausten määrään suhteutettuna, palvelumuotojen ja suorituspaikkojen/ yksiköiden mukaan. Kokonaiskirjausten määrästä laskettiin palvelumuodoittain komponenttien prosenttiosuudet. Tällöin saatiin selville tarkastelussa olevan komponentin % -osuus kokonaiskirjausten määrästä.

Seuraavassa vaiheessa kiinnitettiin erityistä huomiota kolmeen eri komponenttiin. Kaikki kolme komponenttia luokiteltiin omana kokonaisuutenaan noudattaen palvelumuotojen jaottelua. Luokittelusääntönä pidettiin eri komponenttien luok-

kia, ja näistä laskettiin prosenttiosuus. Näin saatiin selville millä tasolla komponenttien kirjaukset on tehty, pää- tai alaluokka tai jopa komponenttitasolla. Tällä tavoin saatiin luotua kolmelle eri komponentille hoitotyön profiili ko. aihealueilta, tarve- ja toimintoprofiilit erikseen. Tässä vaiheessa saatiin myös tarveluokitukselta selville, tapahtuuko hoitotyön kirjaaminen pääsääntöisesti hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitosuunnitelman mukainen kirjaaminen saatiin selville, kun tarveluokitukselta selvitettiin toimintoluokituksen komponenttien prosentuaalinen määrä suhteessa tarveluokituksen määrään. Mikäli tarveluokituksessa on enemmän tarveluokituksen(Shtal) tarpeita kuin toimintoluokituksen(Shtol) komponenttitaso kirjauksia tapahtuu kirjaaminen pääsääntöisesti hoitosuunnitelman mukaisesti. Tämä periaate selittyy Pegasos-tietojärjestelmän logiikalla. Tulkinnasta on kysytty asianasiantuntijalta, joka toimitti tutkijalle päivitetyn ohjeen Disco- raporttien tulkitsemisesta.

Disco- raporttien analysoinnin jälkeen olemassa oleviin prosenttijakaumiin lisättiin mielivaltaisesti kokeilemalla erilaisia hoidon tunnuslukuja sekä henkilöstöhallinnon tietoja. Hoidon tunnuslukuja (Braden ja Mna) yhdistettiin palvelumuodittain tarve- ja toimintoluokituksen prosenttijakaumien kanssa, jolloin saatiin kirjaamisen tasolla näkyviin esimerkiksi kudoseheyden tarve- ja toimintoluokat verrattuna Braden- mittarin arvoihin. (Kuvio 2.) Viimeiseksi tiedot havainnollistettiin erilaisiksi kuvaajiksi.



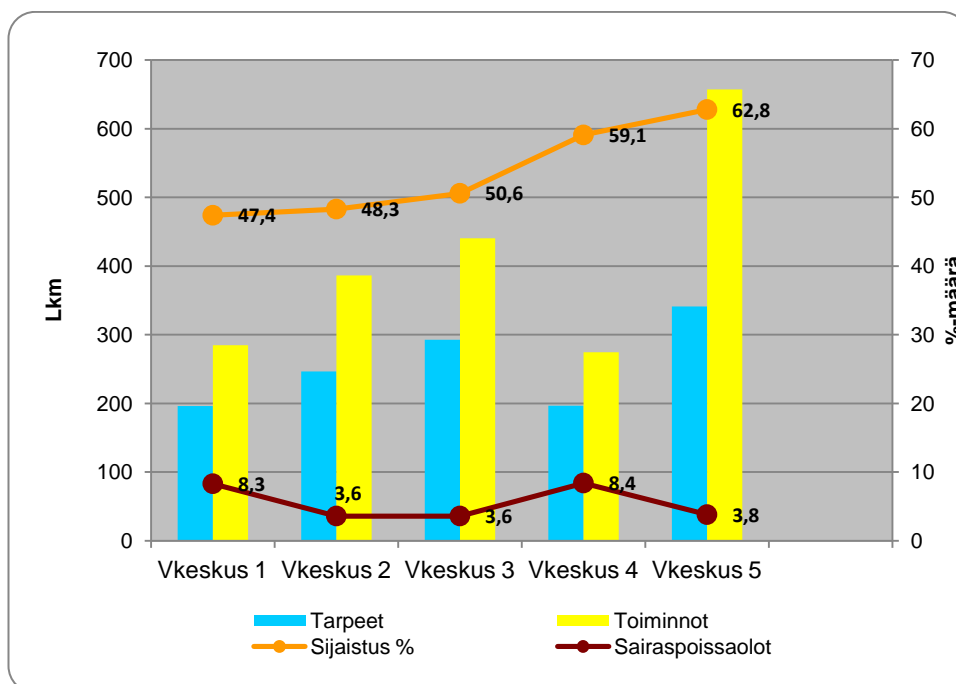
Kuvio 2. Aineiston analysointi

## 6.4 Tutkimustulokset

### 6.4.1 Kokonaiskirjaukset ja henkilöstöhallinnon tiedot

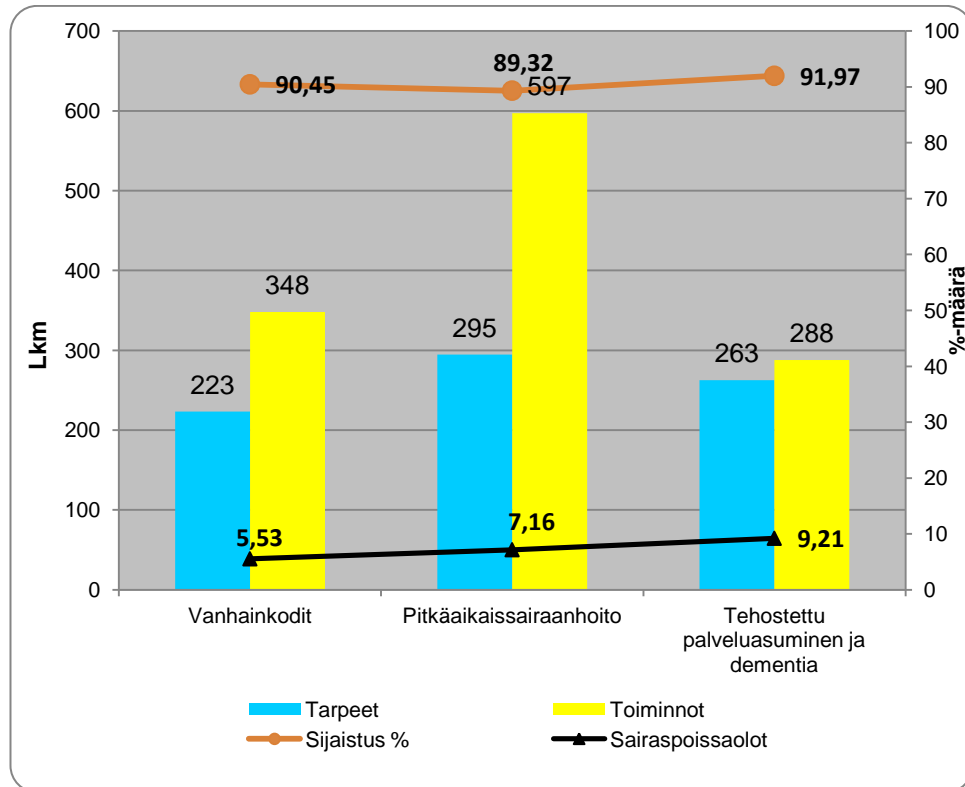
Ennen kuin kolmea komponenttia voitiin lähemmin tarkastella, tuli tutkijalla olla kokonaiskäsitelmä hoitotyön kirjaamisesta ympärivuorokautisessa hoidossa. Kuviossa 3 on kaikkien hoitotyön tarpeiden ja toimintojen osuus vanhukset-keskuksittain, kun tarpeet ja toiminnot on jaettu potilaspäikkämäärällä. Sairaustilanteilla (%) näyttäisi olevan tämän kuvion mukaan yhteyttä hoitotyön kirjaamisen määrään / asukas. Vanhukset-keskus 2, 3 ja 5:llä on matalin sairaustilanteen prosentti ja myös kirjausten määrä korkeampi kuin kahdella muulla keskuksella. Kuviossa voidaan myös päätellä, että sijaisuusprosentilla on selkeä yhteys kirjausten määrään. Mitä enemmän keskuksessa on sairaustilanteita sitä vähemmän on hoitotyön kirjauksia / asukas. Toisaalta sijaisuusprosentin ollessa korkea eli keskuksessa on paljon sijaisia, on kirjausten määrä / asukas korkea. Keskuksessa viidessä on korkein sijaisuusprosentti ja matalin sairaustilanteen prosentti ja samaisessa keskuksessa on myös enemmän kirjauksia kuin muissa keskuksissa. Keskuksessa yhdessä ja neljässä on sairaustilanteen prosentti melko suuri 8,3 ja 8,4 verrattuna muihin keskuksiin ja näissä keskuksissa myös kirjauksia on vähiten asukasmäärään suhteutettuna. Keskuksessa kakkosen ja kolmosen vastaavat luvut ovat melko samanlaiset ja myös kirjausten määrä on melko sama potilaspäikat huomioon ottaen. Kaiken kaikkiaan keskuksissa varioivat keskenään melko paljon. Kaikilla keskuksilla on selkeästi enemmän hoitotyön toimintoja kuin hoitotyöntarpeita. Yhdelle potilaan tarpeelle voi olla enemmän kuin yksi toiminto.





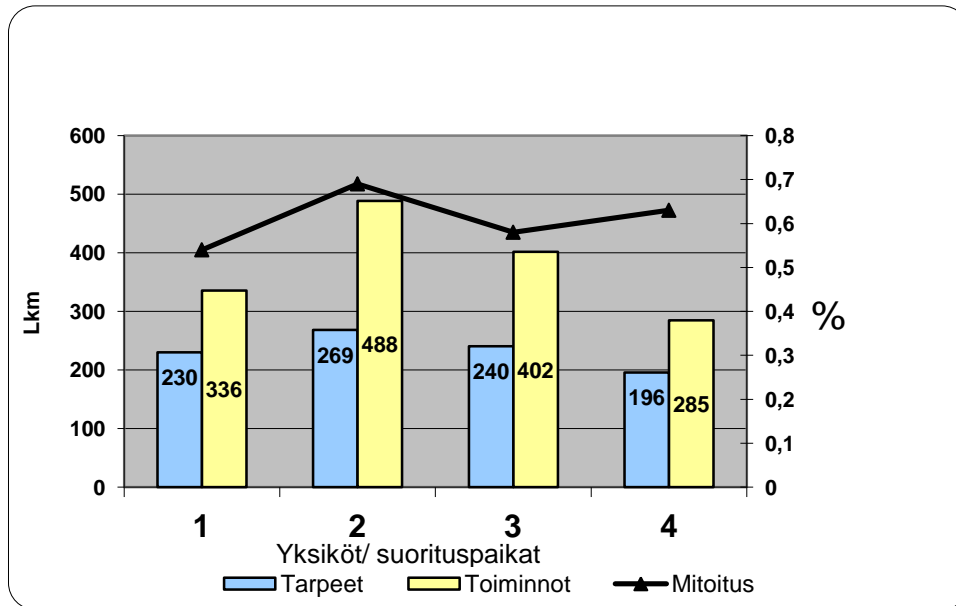
Kuvio 3. Kaikki hoitotyön kirjausten tarpeet ja toiminnot vanhuskeskuksittain henkilöstöhallinnon tiedot mukaan luettuna.

Seuraavassa kuviossa 4 on melko samanlainen tulkitavuus kuin edellisessä. Kuviossa on laskettu palvelumuodoittain hoitotyön kirjausten määrä/ asukas, jotta yksiköt/palvelumuodot saatiin vertailukelpoiksi. Pitkäaikaissairaanhoidossa kirjaamista/ potilas tapahtui kuvion mukaan eniten, matalalla sijaisuusprosentilla ei ole selkeää yhteyttä asiaan. Pitkäaikaissairaanhoidossa on huomattavasti enemmän hoitotyön toimintoja kirjattuna kun muualla, lähes kaksinkertainen määrä. Vanhainkodeissa ja pitkäaikaissairaanhoidon kirjaamisten määrässä on suurin ero ja sairauspoissaoloprosenteissa eroa on lähes 2 % yksikköä, joten palvelumuodoittain ei päde sama kuin keskusten kirjauksia tarkasteltaessa. Tämän mukaan ei sairauspoissaoloprosentin määrällä ole niin suurta yhteyttä kirjausten määrään. Osittain kirjaamisen määrien ero on selitettävissä sillä, että pitkäaikaissairaanhoito on ottanut rakenteisen kirjaamisen käyttöön runsas puoli vuotta aiemmin kuin tehostettu palveluasuminen ja dementia kodit.



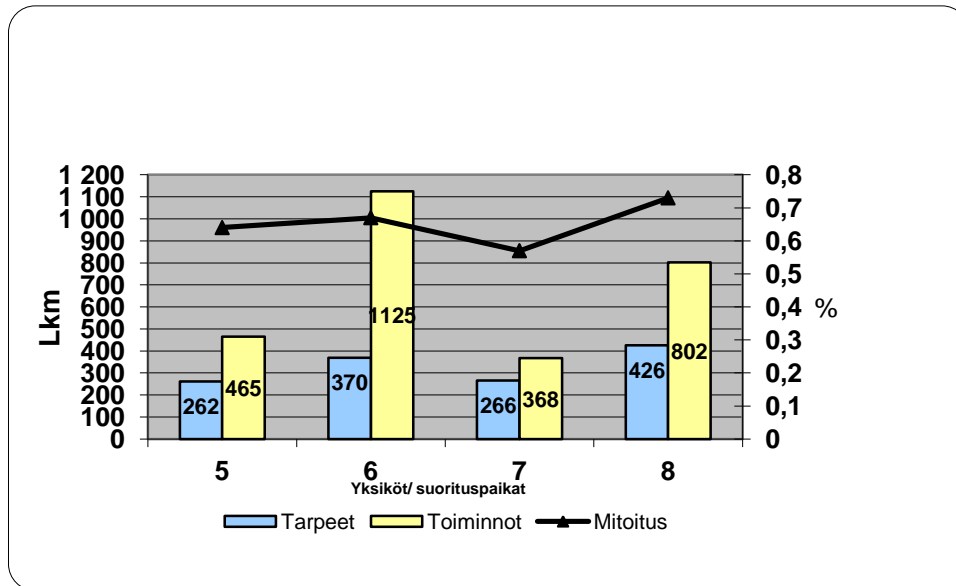
Kuvio 4. Kaikki hoitotyön kirjausten tarpeet ja toiminnot palvelumuodoittain henkilöstöhallinnon tiedot mukaan luettuna.

Seuraavassa kuviossa 5 on eriteltyä kaikkien vanhainkotien kirjaukset ja suhteutettu se henkilöstömitoitukseen. Vanhainkoti 2:ssa on suurin henkilöstömitoitus ja eniten hoitotyön kirjauksia/ asukas. Vanhainkoti 4:ssa on vähiten hoitotyönkirjauksia vaikka siellä on toiseksi suurin henkilöstömitoitus. Tutkimuksen tekijällä on tiedossa, että vanhainkoti 2 on ottanut rakenteisen kirjaamisen käyttöönsä aiemmin kuin muut. Vanhainkoti neljässä on myös pienin ero tarpeiden ja toimintojen kesken. Yksiköiden henkilöstömitoituksen erot ovat hyvin pieniä 0,53 -0,69 silti kirjaamisen määrät ovat hyvin selkeästi nähtävillä. Henkilöstömitoituksella ei ole niin merkittävää yhteyttä kirjausten määrässä ainakaan kaikissa vanhainkodeissa.



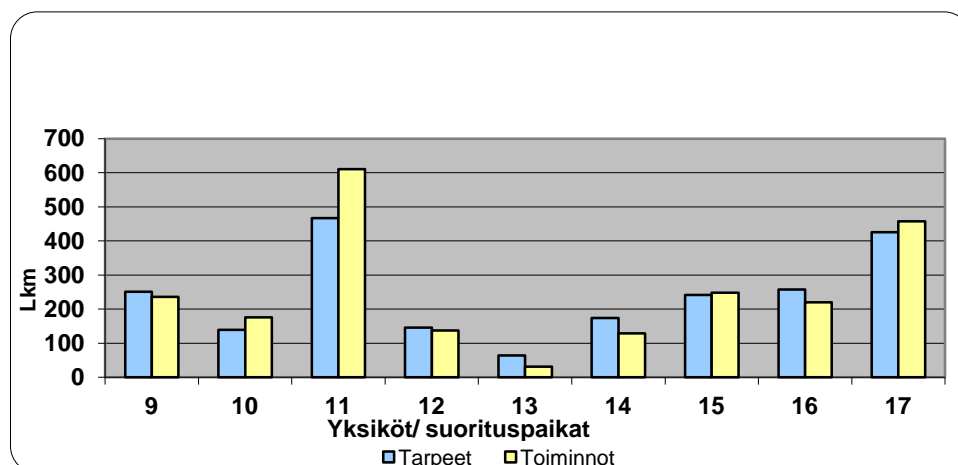
Kuvio 5. Kaikki hoitotyön kirjausten tarpeet ja toiminnot vanhainkodeissa ja henkilöstömitoitus

Pitkäaikaissairaanhoidon kaikki yksiköt on seuraavassa kuviossa 6 jaettu neljään suurempaan kokonaisuuteen: Mäntykoti, Kurjenmäkikoti, Portsakoti ja Kurjenpesä. Henkilöstömitoituksena on laskettu näiden kaikkien mitoitusten keskiarvo. Edellisten taulukoiden mukaisesti tästäkin kuvioista on havaittavissa henkilöstömitoituksen yhteys hoitotyön kirjaamisen määriin. Pitkäaikaissairaanhoidon yksiköiden kuusi ja kahdeksan kirjausten määrä on korkein ja samalla näissä on korkein mitoitus. Yksiköt viisi ja seitsemän ovat lähes samalla tasolla niin kirjausten kuin mitoituksenkin suhteen. Hoitotyön tarpeita on kaikissa yksiköissä vähemmän kuin toimintoja. Yksiköiden välistä variaatiota on runsaasti eri yksiköiden kesken. Suurin ero on havaittavissa yksikkö 6:ssa, siellä on hoitotyön tarpeita sama määrä kuin muissa mutta hoitotyön toimintoja lähes kolminkertainen määrä 5:een ja 7:ään verrattuna. Eroa kaventaa hivenen parempi henkilöstömitoitus mutta kokonaan sekään ei eroa selitä. Yksikkö 6:ssa on perehtynyt ja kirjaamisen taidot osaava henkilökunta.



Kuvio 6. Kaikki hoitotyön kirjausten tarpeet ja toiminnot pitkäaikaissairaanhoidossa ja henkilöstömitoitus

Tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien osalta ei projektipäälliköllä ollut käytössään henkilöstömitoitusten tietoja. Kuviossa 7 hoitotyön tarpeet ja toiminnot on jaettu yksiköittäin asukaspaikkojen mukaan. Palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä on useampia yksiköitä, joissa hoitotyön tarpeita kirjataan enemmän kuin hoitotyön toimintoja. Tässä kuviossa on eniten variaatiota yksiköiden kesken. Yksiköiden 11 ja 13 välinen ero on huomattava. Näissä yksiköissä on syytä kiinnittää huomiota myös toimintojen kirjausten eroihin. Yksikössä 13 toimintoja on kirjattu vain alle 50/asukas ja yksikössä 11 yli 600/asukas. Kuviossa voi suoraan verrata eri yksiköitä, koska yksiköiden kaikki tarpeet ja toiminnot on jaettu asukaspaikkamäärällä ja näin mahdollistettu vertailukelpoisuus.

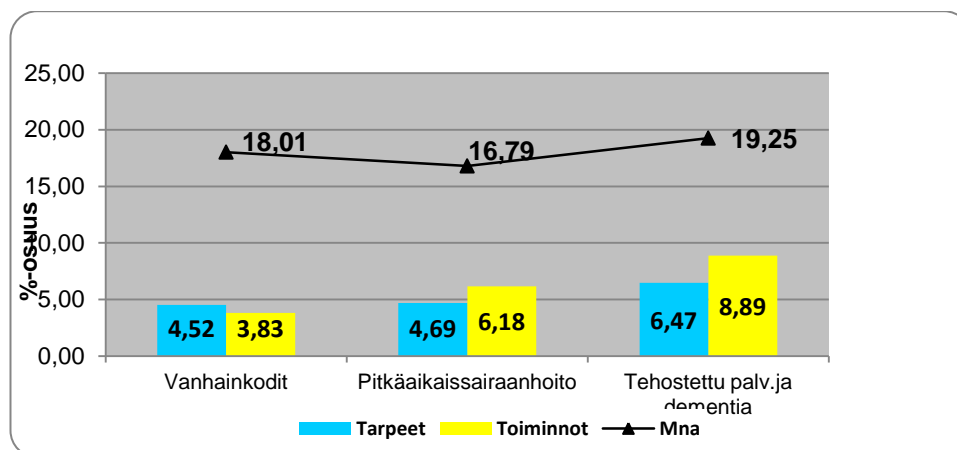


Kuvio 7. Kaikki hoitotyön kirjausten tarpeet ja toiminnot tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä

#### 6.4.2 Ravitsemus

Ravitsemuksen kirjausten % -osuus verrattuna kaikkiin kirjauksiin on suurin tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä ja pienin vanhainkodeissa (Kuvio 8). Potilaiden tarpeisiin vastataan pitkäaikaissairaanhoidon, tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä useilla hoitotyön keinoilla. Vanhainkodeissa ei kirjausten mukaan vastata riittävästi asukkaiden tarpeisiin hoitotyön toiminnoin. Tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä kirjataan eniten näistä kolmesta palvelumuodosta ravitsemuksen tarpeita ja toimintoja, vaikka heidän yksiköissään on korkein Mna- arvo eli pienin riski virheravitsemukselle. Toisaalta voi kuviosta päätellä sen, että tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä kiinnitetään ravitsemuksen kirjauksiin huomiota, ja juuri siksi heidän asukkaillaan on pienin riski virheravitsemukselle. Ravitsemukseen tulisi Mna- arvojen mukaan eniten huomiota kiinnittää pitkäaikaissairaanhoidossa. Pitkäaikaissairaanhoidossa on suurin riski, että potilaat ovat virheravittuja. Tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien asukkaiden sekä pitkäaikaissairaanhoidon asukkailla on Mna- arvoissa melko paljon eroa jopa 3 %. Kuviossa 8 oleva luku on keskiarvo, joka kertoo siitä että pitkäaikais-

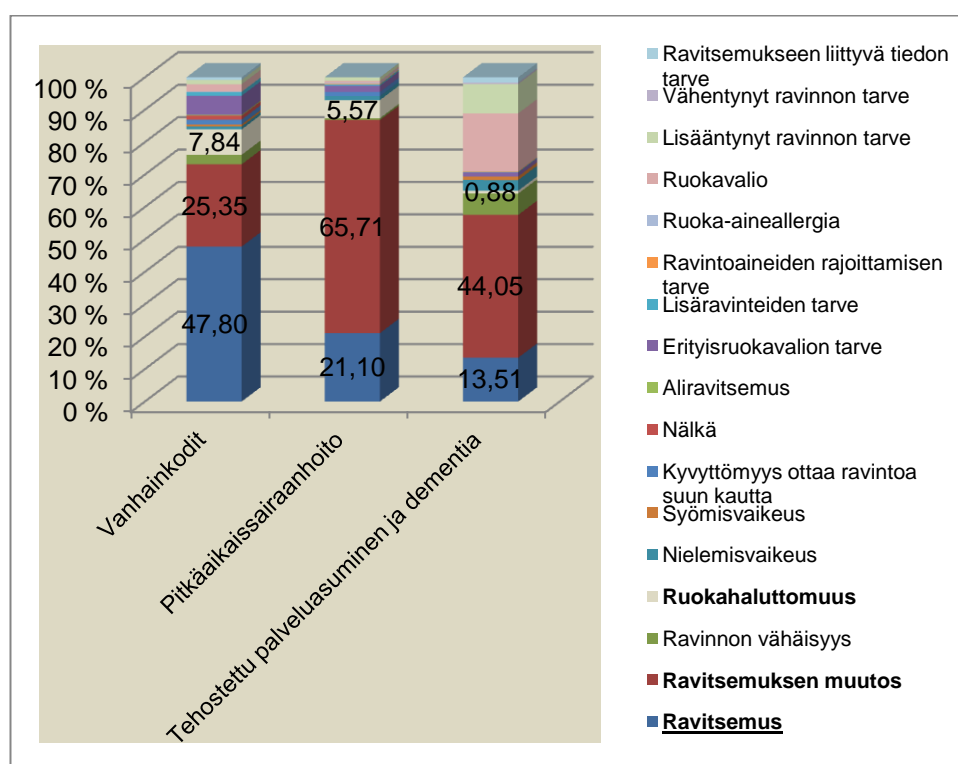
sairaanhoidossa potilailla on runsaasti suurempi riski tulla virheravitukseksi. Mietittäväksi jää johtuuko tämä asukkaiden yleisvoinnista vai riittämättömästä ruoansaanannasta.



Kuvio 8. Ravitsemuksen kirjausten %-osuus kaikista hoitotyön tarpeista ja toiminnoista palvelumuodoittain ja Mna- pisteet.

Ravitsemuksen suhteen palvelumuotojen tarveprofiilit ovat vanhainkotien ja pitkäaikaissairaanhoidon osalta melko samankaltaiset (Kuvio 9). Molemmissa palvelualoissa on käytetty runsaasti "ravitsemuksen muutos"-alaluokkaa ja tämän lisäksi toiminnot-luokituksen komponenttia ravitsemus (kirjauksia hoitosuunnitelman ulkopuolelta). Ruokahaluttomuus-otsaketta on myös käytetty sekä pitkäaikaissairaanhoidossa että vanhainkodeissa. Ruokahaluttomuus-otsaketta ei ole juurikaan käytetty tehostetun palveluasumisen ja dementakotien yksiköissä. Vanhainkodeissa ja varsinkin pitkäaikaissairaanhoidossa on Mna-arvo huomattavasti alhaisempi kuin kolmannessa palvelumuodossa. Siitä huolimatta ei asukkailla ole kirjausten mukaan lisääntyneitä ravinnon tarvetta vaikka ainakin pitkäaikaissairaanhoidossa näin tulisi olla. Pitkäaikaissairaanhoidon kirjausten tarpeissa ei tule mitenkään esille se, että suurin osa potilaista on hoitotyön mittarin mukaan virheravittuja tai, että vähintäänkin heillä on riski tulla virheravitukseksi. Tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien asukkaiden tarveprofiilin "palkki" on melko erilainen kuin vanhainkodeissa ja pitkäaikaissairaanhoidon yksiköissä. He ovat käyttäneet otsakkeita monipuolisemmin ja yksityiskohtaisemmin. Tarpeita on enemmän

kirjattu hoitosuunnitelmaan ja täten yksiköt ovat kirjanneet enemmän ja yksityiskohtaisemmin ravitsemuksen tarve-luokkaan ja hyödyntäneet otsakkeita asukkaille yksilöllisemmin. Kuviossa 9 on tummennetulla tekstillä merkitty kolme eniten käytettyä otsaketta ja tämän lisäksi alleviivattuna hoitosuunnitelman ulkopuolelta olevat kirjaukset. Vanhaikodeissa on eniten (47,8%) ravitsemuksen kirjauksista kirjattu hoitosuunnitelman ulkopuolelta. Pitkäaikaissairaanhoidossa on "ravitsemuksen muutos"-otsakkeen alle kirjattu 65,71% kaikista kirjauksista eli lähes 2/3 ja 21% "ravitsemus"-otsakkeelle. Kaikkia muita otsakkeita on siis käytetty vain noin 13%.



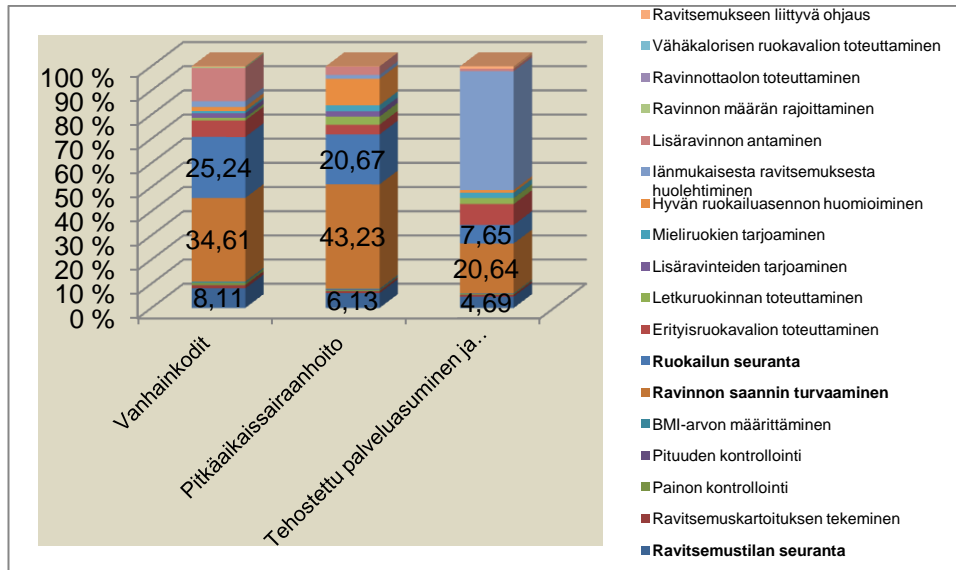
Kuvio 9. Ravitsemuksen tarpeet palvelumuodoittain

Ravitsemuksen toimintojen prosentuaaliset kirjaukset ovat palvelumuodoittain melko samanlaiset kuin tarve-kirjaukset (Kuvio 10). Vanhainkodit ja pitkäaikaissairaanhoido noudattavat lähes samaa kirjaamistapaa, mutta tehostettu palveluasuminen ja dementia kodit käyttävät luokkia monipuolisemmin ja käytetyt luokat eroavat melko paljon. Tehostettu palveluasuminen ja dementia kodit käyttävät eniten toimintojen otsaketta "iänmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen" kun taas esimerkiksi

pitkäaikaissairaanhoido ei tätä otsaketta juurikaan käytä. Palvelumuotojen kuviota tarkasteltaessa ei kirjausten toiminnoista näe, onko esimerkiksi potilaiden painoja otettu tai ravitsemuskartoitusta tehty. Kaikki palvelumuodot olivat kuitenkin keskimäärin tehneet ravitsemus-kartoituksia eli Mna:ta. Kun Mna-testiä tehdään tulee tekijällä olla tiedossa potilaan/asukkaan sen hetkinen paino. Tästä voikin päätellä, että asukkaan punnitsemista ei kirjattu toimintana. "Ravinnon saanti"-otsaketta käytettiin kaikissa palvelumuodoissa. Tämän otsakkeen käyttö ja Mna- arvot näyttäisivät olevan samassa suhteessa. Pitkäaikaissairanhoidossa on alhaisin Mna- arvojen keskiarvo ja vanhainkodeissakin alhaisempi kuin tehostetun palveluasumisen ja dementakotien yksiköissä. "Ravinnon saanti"-otsakkeen käyttö nousi sitä mukaa, mitä alhaisempi on Mna-arvo. "Ravitsemustilan seuranta"- ja "ruokailun seuranta"-otsaketta käytettiin vanhainkodeissa ja pitkäaikaissairanhoidossa enemmän kuin tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä. Palvelumuodoissa, joissa Mna-arvot olivat matalat, käytettiin eniten eri seurantoja käsitteleviä otsakkeita. Sitä mitä seurattiin ei kirjausten tämältyyppisellä tutkimuksella pystytä selvittämään. Tällöin kirjauksista pitäisi tehdä sisällön analyysi. Kirjausten mukaan lisäravinteita tarjottiin vain vanhainkodeissa ja pitkäaikaissairanhoidossa. "Hyvän ruokailuasennon huomioiminen"-otsaketta oli käyttänyt näkyvästi vain pitkäaikaissairanhoidon yksiköt.

Tämän työn liitteenä (Liite 1-3) on yksiköittäin samanlaiset kirjausten tarpeiden ja toimintojen profiilit. Profiilit ovat lähes kaikilta osin hyvin samanlaisia kuin edellä on kerrottu, joitakin yksittäisiä yksiköitä lukuun ottamatta. Eräässä pitkäaikaissairanhoidon yksikössä ei ole kirjausten mukaan asukkaiden tarpeena lainkaan ravitsemusta. Vanhainkodeissa kirjataan paljon hoitosuunnitelman ulkopuolelta kuten myös joissakin pitkäaikaissairanhoidon yksiköissä. "Ravitsemuksen muutos"-tarveotsaketta käytettiin melkein kaikissa tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä eniten. Kaiken kaikkiaan ravitsemuksen kirjaamiset eivät ole tasalaajuisia juuri lainkaan keskenään ja yksiköt varioivat melko runsaasti.

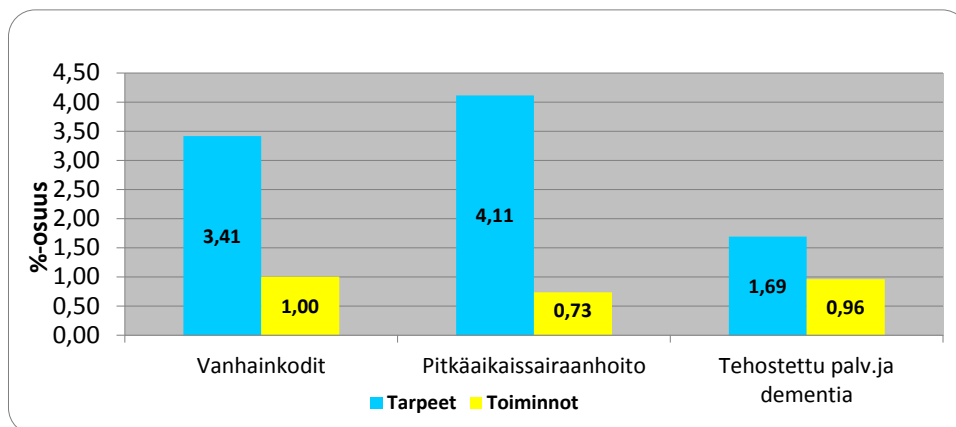




Kuvio 10. Ravitsemuksen toiminnot palvelumuodoittain

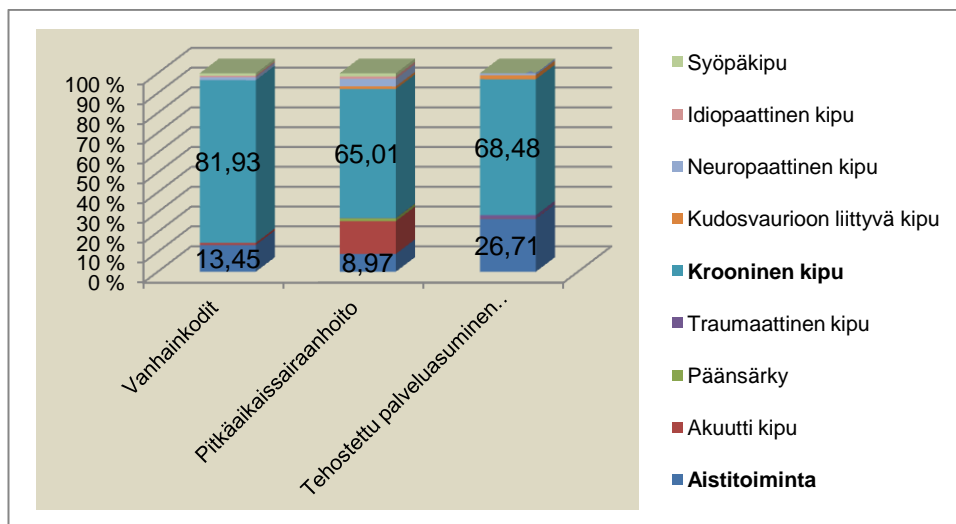
### 6.4.3 Kipu

Kivun hoidon kirjausten määrä on suurin pitkäaikaissairanhoidossa, tosin samalla pitkäaikaissairanhoidossa on vähiten hoitotyön toimintoja (kuviot 10 ja 11). Kaikkien palvelumuotojen kirjauksissa toistuu sama kuvio. Potilaille on kivun tarpeena ja hoitajilla kirjausten mukaan varsin vähän kivun lääkkeettömiä hoitotyön toimintoja vastaamaan kivun tarpeeseen. Pitkäaikaissairanhoidon yksiköissä on kivun tarvetta kirjattu prosentuaalisesti eniten, kun taas tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yhteydessä on kivun tarpeiden kirjauksia melko vähän. Kivun kirjausten tarpeet ja toiminnot kohtaavat eniten samaisella palvelumuodolla. Lääkkeellinen kivun hoito kirjataan "lääkehoito"-otsakkeen alle. Tämän vuoksi lääkkeellinen kivun hoito ei tässä näy, jollei kirjaaja ole sitä erikseen "kiinnittänyt" "kivun hoito"-otsakkeeseen kuten on ohjeistettu kirjausten tekijöitä.



**Kuvio 11.** Kivun kirjausten % -osuus kaikista hoitotyön tarpeista ja toiminnoista palvelumuodoittain.

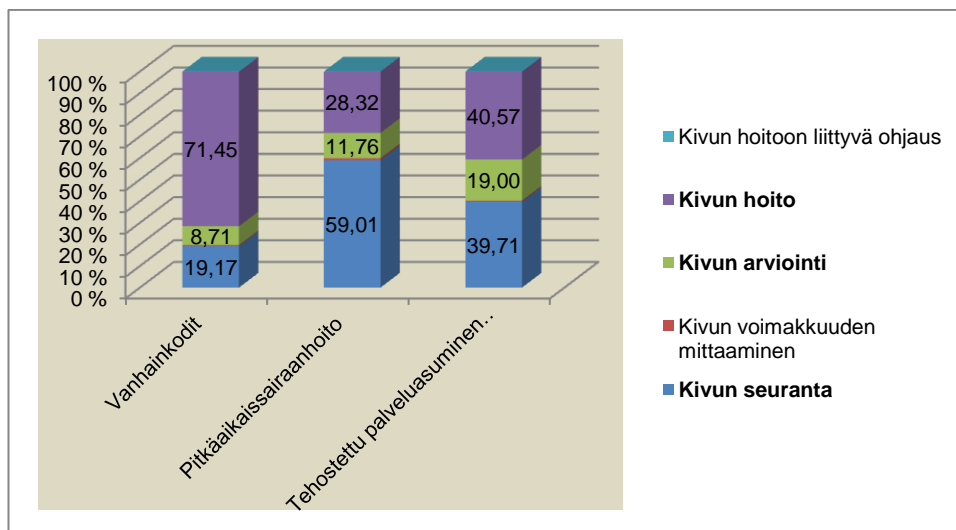
Kivun tarveprofiilin mukaan (kuvio 12) n. 73 % ympärivuorokautisen hoidon potilaista/asukkaista kärsii kroonisesta kivusta. Kaikissa palvelumuodoissa on eniten kroonisen kivun tarpeita. Kirjausten mukaan akuuttia kipua on eniten pitkäaikaissairaanhoidossa ja vain hivenen vanhainkodeissa. Tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien kirjauksissa ei ole lainkaan kirjattuna akuuttia kipua tarpeena. Muita kivun lajeja ei potilailla/asukkailla kirjausten mukaan juurikaan ole. Traumaattinen kipu ilmenee kirjausten mukaan ainoastaan pitkäaikaissairaanhoidon yksiköissä. Kaiken kaikkiaan syöpäkipu, idiopaattinen kipu, neuroopaattinen kipu ja kudonvaurioon liittyvä kipu eivät ole kivun ilmenemisen tarpeita yksiköissä. Kivun tarpeiden kirjaukset tehdään pääsääntöisesti hoitosuunnitelman mukaisesti. Kuviossa 12 on tummennetulla tekstillä kaksi eniten käytettyä tarvetta, ja alleviivattuna toimintoluokituksen komponenttien kirjaukset.



Kuvio 12. Kivun tarpeet palvelumuodoittain

Kaikissa palvelumuodoissa seurataan kipua (kuviot 12-13). Pitkäaikaissairaanhoitojen yksiköissä kipua seurataan kirjausten mukaan huomattavasti eniten (59,01 %). Kipua arvioitiin ja hoidettiin kirjausten mukaan melko vähän suhteessa muihin palvelumuotoihin. Kipua hoidettiin eniten vanhainkodeissa, mutta kipua seurattiin ja arvioitiin myös siellä vähiten. Kivun arviointia tehtiin kirjausten mukaan eniten tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä. Kivun voimakkuutta ei juurikaan mitattu eri palvelumuodoilla tai sitten voimakkuuden mittausta ei ole kirjattu hoitotyön toimintona. Kivun hoitoon liittyvä ohjaus ei näy hoitotyön kirjauksissa.

Tutkimuksen liitteenä (Liite 4-6) on eri palvelumuotojen kivun kirjaamisen tarpeet ja toiminnot yksiköittäin. Nämä kuviot ovat lähes kaikilta osin samankaltaiset kuin palvelumuodoittain katsottuna. Huomiota herättää erityisesti muutamien tehostetun palveluasumisen tai dementiakotien yksiköiden kivun tarpeet, jotka on lähes kaikki kirjattu hoitosuunnitelman ulkopuolelta. Ainoastaan yhdessä vanhainkodissa ja tehostetun palveluasumisen yksikössä kirjattiin kivun hoitoon liittyvä ohjaus. kahdestakymmenestäviidestä yksiköstä vain kymmenessä mitattiin kirjausten mukaan kivun voimakkuutta.

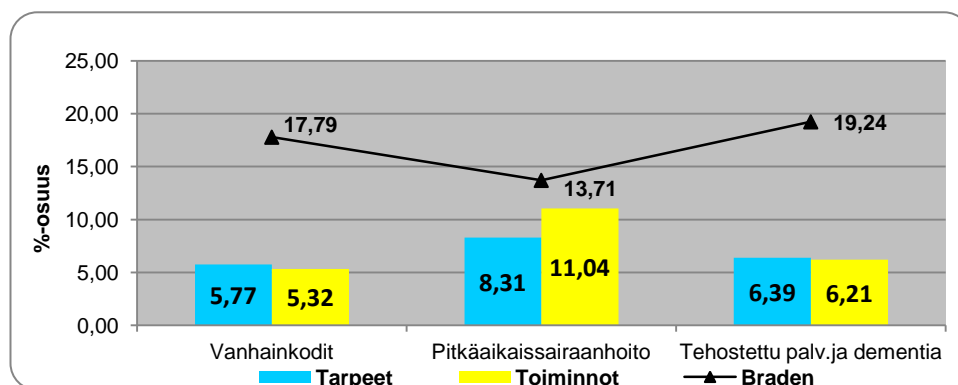


Kuvio 13. Kivun toiminnot palvelumuodoittain

#### 6.4.4 Kudoseheys

Pitkäaikaissairaanhoidossa kudoseheyden tarpeita näyttäisi olevan lähes kymmenen prosenttia kaikista kirjatuista tarpeista ja vastaavasti keinoja yli kymmenen prosenttia kaikista kirjauksista (kuviot 13 ja 14). Vanhainkodeissa, tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien kivun kirjausten määrä on huomattavasti pienempi. Tulosta selittänee se, että pitkäaikaissairaanhoidossa asukkaat ovat huonokuntoisempia ja usein lähes täysin vuodepotilaita. Vanhainkodeissa, tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä ei myöskään kudoseheyden hoitotyön toimintoja ole riittävästi tarpeisiin nähden näkyvillä kirjauksissa. Braden- arvojen mukaan potilaiden suurin riski saada painehaava on pitkäaikaissairaanhoidossa. Pienin riski on vastaavasti tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä. Mitä alhaisempi mittariluku on, sitä suurempi on riski kudoseheyden muutokselle ja näin saada painehaava. Bradenmittausten mukaan pitkäaikaissairaanhoidossa on eniten hoitotyön kudoseheyden tarpeita ja toimintoja. Pitkäaikaissairaanhoidossa on hoitotyön toimintojen kirjauksia kaikkiin kirjauksiin verrattuna yli 5 % enemmän kuin vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä. Tehostetun palve-

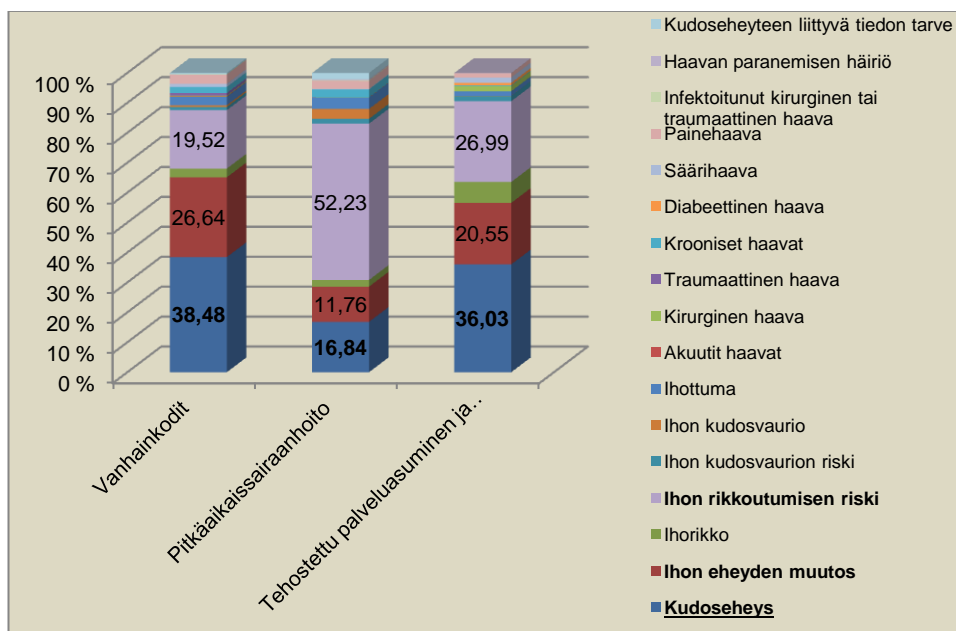
luasumisen ja dementiakotien yksiköissä sekä vanhainkodeissa on hoitotyön toimintojen kirjauksia jopa hieman vähemmän kuin hoitotyön tarpeiden kirjauksia. Vanhainkodeissa kudoseheyden tarpeita on kirjattu 5,77 % ja toimintoja 5,32 % kaikista kirjauksista. Vastaavasti tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä luvut ovat 6,39 % tarpeita ja 6,21 % toimintoja. Tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä Braden- mittausten arvot ovat huomattavasti suuremmat kuin vanhainkodeissa, mutta silti siellä on enemmän kirjattu kudoseheyden tarpeita ja toimintoja kuin vanhainkodeissa. Pitkäaikais- hoidossa kiinnitetään palvelumuodoista eniten huomiota kirjausten mukaan kudoseheyteen. Kirjaamisten määrä on melko suuri, tarpeita kirjataan 8,31 % kai- kista kirjauksista ja toimintoja 11,04 %. Kaikki tarpeet ja toiminnot on jaettu po- tilaspaikkojen määrällä joten prosentuaalinen tulos on vertailukelpoinen palve- lumuotojen kesken. Samoin on toimittu yksikkö tasoa analysoitaessa.



Kuvio 14. Kudoseheyden kirjausten % -osuus kaikista hoitotyön tarpeista ja toi- minnoista palvelumuodoittain ja Braden- pisteet

Kudoseheys kirjataan suurimmalta osin hoitosuunnitelman kautta, eniten hoito- suunnitelman ulkopuolelta kirjaavat vanhainkodit ja vähiten pitkäaikaissairaan- hoito(kuvio 15). "Ihon eheyden muutos"-otsaketta käytettiin kaikissa palvelu- muodoissa. Eniten otsaketta käyttivät vanhainkodit (26,64 %) ja vähiten pitkäai- kaissairaanhoito (11,76 %). Ihon rikkoutumisen riski oli kirjausten mukaan suu- rin pitkäaikaissairaanhoidossa ja pienin vanhainkodeissa. Kaiken kaikkiaan ot-

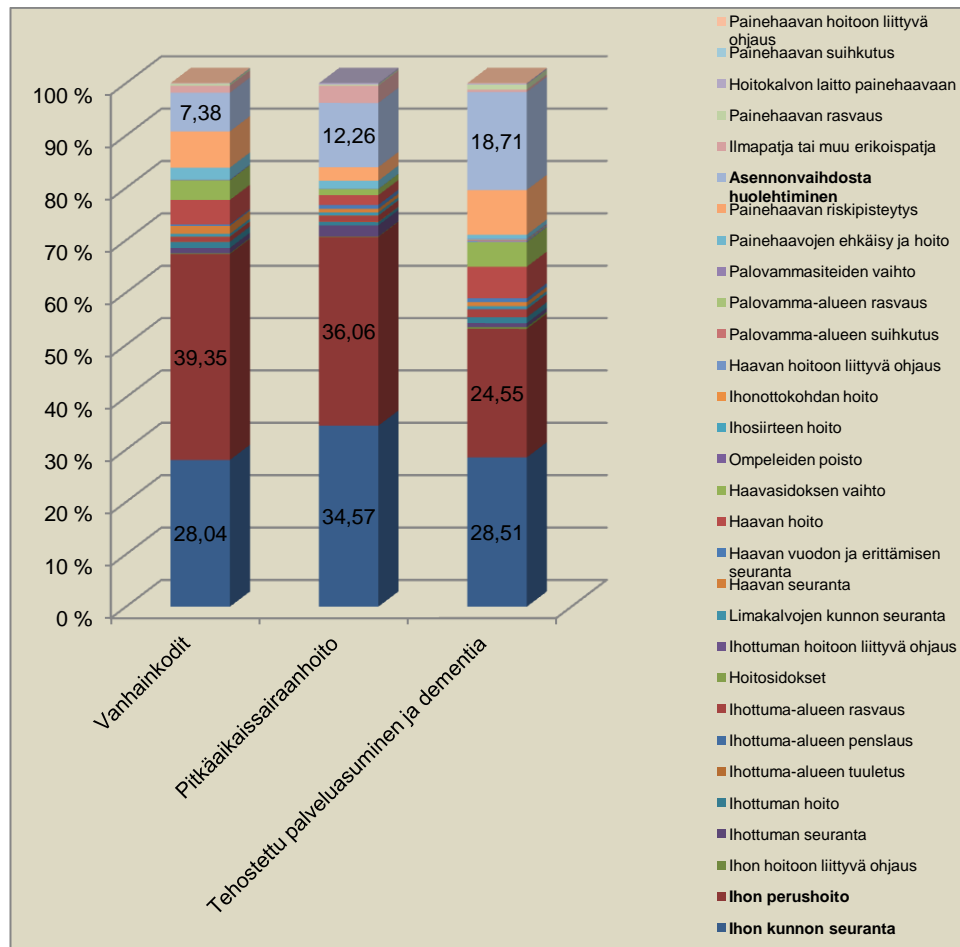
saketta käytettiin hyvin paljon. Otsakkeen käyttö on suoraan yhteydessä Braden- arvoihin. Pitkäaikaissairaanhoidossa on huomattavasti matalimmat Braden- arvot ja myös eniten käytetty kyseessä olevaa otsaketta. Ihorikkoja oli kirjausten mukaan vähän eniten tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yhteydessä. Kirjauksen tarpeena painehaava ei ole juurikaan näkyvillä ympärivuorokautisessa hoidossa ja sen yksiköissä. "Haavan paranemisen häiriö"-otsakkeen käyttö oli myös hyvin vähäistä. Haavan paranemisen häiriöitä ei myöskään ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä kirjausten mukaan ole. Eniten tälle otsakkeelle oli kirjannut pitkäaikaissairaanhoito. Ihottumaa tarpeena oli myös käytetty vähän, eniten pitkäaikaissairaanhoidossa. Säärihaavoja oli kirjausten mukaan vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yhteydessä. Ihon kudოსvaurioita oli pitkäaikaissairaanhoidossa vähän ja muissa palvelumuodoissa ei kudოსvaurioita kirjausten mukaan ollut. Ihon kudოსvaurion riskejä oli kirjausten mukaan hyvin vähän kaikilla palvelumuodoilla, joka viittaa siihen, että painehaavoja ei juuri ole ympärivuorokautisessa hoidossa.



Kuvio 15. Kudoseheyden tarpeet palvelumuodoittain

Kudoseheyden toimintojen profiilit ovat melko samanlaiset vanhainkotien ja pitkäaikaissairaanhoidon yksiköiden kesken. Tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköiden toimintojen kirjaukset eroavat jonkin verran muista palvelumuodoista. (Kuvio 16.) Kuviossa on tummennetulla tekstillä kolme eniten käytettyä otsaketta. Ihon kuntoa seurattiin eniten pitkäaikaissairaanhoidon yksiköissä (34, 57 %). Vanhainkodit ja tehostettu palveluasuminen sekä dementiakodit seurasivat ihon kuntoa prosentuaalisesti lähes yhtä paljon. Ihon perushoito oli kaikilla palvelumuodoilla huomioitu kirjausten toiminnoissa, eniten "ihon perushoito"-otsaketta käyttivät vanhainkodin yksiköt. Kaikissa palvelumuodoissa korostuu myös asennonvaihdosta huolehtimisen otsake. Tehostettu palveluasuminen ja dementiakoti käyttivät otsaketta eniten (18,71%) vastaava prosenttiosuus on pitkäaikaissairaanhoidossa (12,26 %). Braden - arvojen erot ovat näiden palvelumuotojen kesken melko suuret. Pitkäaikaissairaanhoidossa Bradenarvojen keskiarvo oli 13,71 ja tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä 19,24. Painehaavan riskipisteytys on Sotessa ohjeistettu tehtäväksi kerran kuussa kaikille potilaille kaikissa yksiköissä. Painehaavan riskipisteytys näkyy profiileissa jonkin verran, eniten kuitenkin tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköissä. "Painehaavojen ehkäisy ja hoito"-otsaketta on käytetty kaikissa palvelumuodoissa vähän kuten myös "haavan hoito"-otsaketta. "Ihon hoidon ohjaukseen" liittyvää otsaketta ei mikään palvelumuodoista käyttänyt.

Tämän tutkimuksen liitteenä( Liite 7-9) on kaikkien eri palvelumuotojen yksiköiden kudoseheyden tarpeiden ja toimintojen profiilit. Profiilit ovat suurelta osin samankaltaisia kuin palvelumuodoille tehdyt profiilit. Yksiköiden tarve- ja toimintojen profiilit varioivat melko runsaasti huolimatta oletetusti samanlaisesta toimintaympäristöstä.



Kuvio 16. Kudoseheyden toiminnot palvelumuodoittain

## 6.5 Johtopäätökset ja pohdinta

Lönnqvist on määritellyt, että johtaminen on monimuotoisten ja joustavien keinojen käyttämistä. Näin varmistetaan organisaation kyky suoriutua tehokkaasti perustehtävästä ja sen toteuttamisesta. (Lönnqvist 2002, 9-12.) Turun sosiaali- ja terveystoimessa on sovittu rakenteisen kirjaamisen mallista ja sen käyttöön otosta. Kirjaamisen kliiniset asiantuntijat ovat opastaneet ja auttaneet henkilöitä kirjaamisessa, jotta kaikilla käyttäjillä olisi samanlaiset lähtökohdat. Kirjaamisen myötä henkilöstötarpeen arviointi on mahdollista suorittaa aiempaa luotetta-



vammin (Turku 2011). Tämän tutkimuksen mukaan hoitotyön kirjaamisen määrällä/ potilaspaikka on yhteys sairauspoissaoloprosentteihin, sijaistusprosenttiin ja henkilöstömitoitukseen. Vanhuskeskus viidessä oli pienin sairauspoissaoloprosentti ja vastaavasti suurin sijaisuusprosentti. Tällä keskuksella on eniten kirjauksia tämän tutkimuksen mukaan kuin muilla keskuksilla. Keskusten välillä on kirjausten määrässä paljon variaatiota. Johtajien kannalta olisi ihanteellisinta, että pylvääät olisivat kaikki lähes samoissa luvuissa. Tällä tavoin hoitotyön johtajat voisivat olla varmoja, että kirjausten määrä ja laatu on kaikkialla sama, sekä hoitotyön laatu on kaikissa keskuksissa yhtä laadukasta. Vanhuskeskus viiden kirjausten suurta määrää suhteessa muihin on vaikea selittää. Yksinkertaisena selityksenä saattaa tämän tutkimuksen tulosten mukaan olla henkilöstöhallinnon tiedot, mutta toisaalta voidaan ajatella, että tähän keskukseseen ovat valikoituneet kirjaamisesta kiinnostuneet työntekijät. Onpa kirjausten erojen syy mikä tahansa on tämä tulos kuitenkin hoitotyön johtajien näkökulmasta mielenkiintoinen ja ajatuksia herättävä.

Palvelumuodoittain tuloksia tarkasteltaessa on myös suurta variaatiota kirjausten määrässä, mutta ei kuitenkaan niin suurta kuin vanhuskeskusten välillä. Kaikissa ympärivuorokautisen hoidon keskuksissa on pääsääntöisesti kaikkia kolmea palvelumuotoa "tarjottavana". Vanhuskeskus viidessä on keskuksista eniten pitkäaikaissairaanhoidon yksiköjä ja kirjausten määrä on suurin. Myös palvelumuodoittain tarkasteltuna kirjausten määrä on suurin pitkäaikaissairaanhoidon yksiköissä. Nämä edellä mainitut asiat viittaavat siihen, että pitkäaikaissairaanhoidon yksiköissä on eniten hoitotyön tarpeita ja toimintoja tarvitsevia potilaita. Sijaistusprosentteissa on suuri ero keskusten ja palvelumuotojen kuvioiden välillä. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että keskustasolla prosentin laskennassa on otettu huomioon kaikki työntekijät, kun taas palvelumuotojen samaisessa keskiarvossa ovat mukana vain hoitotyötä tekevät työntekijät. Pitkäaikaissairaanhoidossa on rakenteinen kirjaamismalli otettu käyttöön, jonkin verran aiemmin kuin muissa palvelumuodoissa. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, että kirjausten määrä on korkeampi kuin muilla palvelumuodoilla. Tämä johtopäätöksen mukaan voidaan ajatella, että itse kirjaaminen lisääntyy ja mitä kauem-

min rakenteista kirjaamistapaa on käytetty. Itse hoitotyön laatuun tämä ei kuitenkaan vaikuta.

Tietojohtamista kuvaavia asioita ovat systeemisyys, yhdistävyys, hallinta ja oppiminen ja edistävyys. Myös aineettoman pääoman johtaminen, organisatorinen oppiminen ja tiedonhallinta ovat tieto johtamisen piirteitä. Tiedolla johtaminen on tiukasti sidoksissa johdettavan organisaation tuloksiin. (Kivinen 2008.) Tämän tutkimuksen tulosta voidaan pitää ympärivuorokautisen kirjaamisen tuloksena. Tuloksena on kirjaamisen laadun ja itse hoitotyön laadun kehittämisen työväline. Tässä työssä hyödyntämisprofiilit ja niiden muodostamissäännöt toimivat tietojohtamisen työvälineenä. Hyödyntämisprofiilien avulla hoitotyön johtajat pystyvät hyödyntämään uutta kirjattua tietoa hoitotyön kirjaamisen laadusta ympärivuorokautisen hoidon osastoilla. Hyödyntämisprofiileista pystyy myös saamaan suuntaa antavan kokonaiskuvan hoitotyön laadusta rakenteisen kirjaamisen avulla edellyttäen, että kirjattu tieto on yhdenmukainen toteutuneen hoidon kanssa ja kirjaukset on tehty riittävän luotettavasti samoja periaatteita noudattaen.

Palvelumuodoittain tarkasteltuna pitkäaikaissairaanhoidossa on eniten kirjauksia. Kuvion mukaan voidaan olettaa, että pitkäaikaissairaanhoidossa tehty työ on fyysisempää kuin muilla palvelumuodoilla. Sairauspoissaoloprosentti on kuitenkin palvelumuodoista toiseksi pienin ja sijaisuusprosentti on tilaston mukaan pienin. Johtopäätöksenä voidaan ajatella, että sairauslomat ovat pitkäaikaissairaanhoidon yksiköissä pitkiä ja sijaisten pysyvyys samassa toimintaympäristössä on parempi. Tällöin myös sijaisten kirjaamiseen perehdyttäminen on pitkäjänteisempää ja -kestoisempaa. He oppivat pitkällä aikavälillä kirjaamaan samojen "kriteerien" mukaan kuin vakinainenkin henkilökunta. Tämän väitteen tueksi olisi tärkeää saada yksikkökohtaista tietoa sairauslomien määrästä ja yksittäisen sairausloman kestosta.

Kirjaaminen on tämän tutkimuksen mukaan hyvin erilaista keskusten, palvelumuotojen ja jopa yksittäisten yksiköiden välillä. Yksiköiden väliset erot ovat vielä merkittävämpiä tämän tutkimuksen mukaan. Tutkimustulos on hämmentävä ottaen huomioon, että sosiaali- ja terveystoimessa on nimettyjä klinisiä hoito-

työn kirjaamisen asiantuntijasairaanhoitajia ja jokaisella yksiköllä on nimettynä kirjaamisvastaava-sairaanhoitajia (Turku 2011). Wangin ym. (2011) tutkimuksen mukaan puutteellisen kirjaamisen syynä on muun muassa ohjauksen puute. Kirjaamisten erojen määriä on helppo selittää sillä, että yksittäinen hoitotyön kirjaaja ei kirjaa annettujen ohjeiden mukaan. Toisaalta johtopäätöksenä voi olla kirjaamisen asiantuntijasairaanhoitajien roolin ja tehtävänkuvan tarkistamisen tarve. Onko kirjaamisen asiantuntijoille mahdollistettu oman tehtävänkuvan mukainen aika hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi?

Hoitosuunnitelmat olivat puutteellisia useiden aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan (Orasmaa-Kasslin 2000; Voutilainen 2004, 71.; Voutilainen ym. 2004, 76-79). Kun tarve-luokituksessa on paljon toiminto-luokituksen komponenttitason kirjauksia, ei kirjaaminen tapahdu hoitosuunnitelman kautta. Kaikilla komponenteilla kirjaaminen tapahtui sekä hoitosuunnitelman kautta että sen ulkopuolelta. Kirjaamisten prosenttiosuuden mukaan eniten hoitosuunnitelman ulkopuolelta kirjattiin ravitsemuskomponentin alle. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan, jos hoitotyön kirjauksia oli runsaasti hoitosuunnitelman ulkopuolelta, oli hoitotyön toimintoja käytetty laaja-alaisemmin ja toiminto-luokitus oli monimuotoisempi ja näin ollen potilaslähtöisempi kuin hoitosuunnitelman kautta kirjatessa. Hoitosuunnitelmia laadittaessa tulisi huomioida potilaan yksilöllisyys ja tarvelähtöisyys. Joissakin yksiköissä kirjaaminen tapahtui pääsääntöisesti luokituksen eikä hoitosuunnitelman kautta. Syy siihen, miksi luokituksen kautta tehtyjen kirjausten määrä oli suuri, saattaa olla se, etteivät hoitosuunnitelmat olleet ajan tasalla tai ne olivat puutteellisia.

### 6.5.1 Johtopäätöksiä käytetyistä komponenteista

Hoitotyön palvelumuotojen ja yksiköidenkin tarpeiden ja toimintojen kirjaamisten välillä on suurta variaatiota ravitsemuksen, kivun ja kudoseheyden aihealueilla. Kirjaamiskäytännöt eivät näyttäisi olevan yhtenäisiä, jos oletetaan että potilaat/asukkaat ovat samantyyppisissä hoitoympäristöissä ja samankuntoisia, lähes

samanlaisien ongelmien/tarpeiden kanssa. Näiden hoitotyön tarpeiden profiilien tarkkailusta on paljon hyötyä hoitotyön johtajille. Näitä tarkkailemalla saadaan selvillä eri hoitoympäristöjen hoitokulttuuri. Yksiköissä kiinnitetään huomiota varsin erilaisiin asioihin. Kertooko tämä hoitotyö laadusta, kirjaamisen laadusta vai kulttuurillisista eroista? Kun tarpeiden ja toimintojen välillä on suurta variaatiota, on hoitotyön johtajan vaikea muodostaa selkeää kuvaa hoitotyön laadusta eri toimintaympäristöissä. Hoitotyön johtajan tulee omissa johtopäätöksissään luottaa kirjattuun tietoon hoidon laadusta. Tällöin tulee kaikilla hoitotyön kirjaajilla ovat samanlaiset kriteerit kirjaamiselle.

Ravitsemuksen toiminnoissa ei näkynyt lainkaan Mna- ravitsemuskartoituksen tekoa. Silti erillisen tilaston mukaan suurin osa oli tehnyt kartoituksen. Hoitajat eivät siis kirjanneet tekemiään toimintoja potilas asiakirjoihin vaikka olivat ne tehneet. Mna:n teossa on välttämätöntä käyttää ajantasaisia potilaan tietoja kuten esimerkiksi painoa, mutta myöskään painon mittaaminen ei näkynyt hoitajien toimintojen kirjauksissa. Mikäli hoitajat ovat kirjanneet tekemänsä toiminnot väärän otsakkeen alle, ei tämäntyyppisellä tilastollisella tutkimuksella ole sitä mahdollista selvittää ilman laadullista osiota.

Kivun kirjaamisen tarpeet ja toiminnot olivat tämän tutkimuksen mukaan huolestuttavimmat. Potilailla/asukkailla oli kaikilla palvelumuodoilla ja kaikissa yksiköissä runsaasti kipua tarpeena. Tämän tutkimuksen mukaan kroonisesta kivusta kärsii 73 % ympärivuorokautisen hoidon potilaista/asukkaista. Aiempien tutkimusten mukaan lähes joka neljäs pitkäaikaisella laitospaikalla oleva ikäännytynyt kärsii kivuista päivittäin. Kansanvälisten tutkimusten mukaan kipua esiintyy vielä useammin. Erilaisilla kipumittareilla voidaan mitata ikäänntyneiden kipua. (Björkman ym. 2007.; Ylinen ym. 2011. ) Kirjausten toimintojen profiileista ei tule lainkaan ilmi kivun voimakkuuden mittaaminen, vaikka sosiaali- ja terveyden huollossa on ohjeistettu Painad- mittarin käyttö. Kipu on kirjattu useimmin hoitosuunnitelman kautta. Kivun osa- alueella on potilaiden hoitosuunnitelma ajantasainen. Kivun hoitoa oli eniten käytetty toimintojen luokituksesta. Kivun arviointia tai ohjausta ei juuri ollut kirjattu. Akuuttia kipua oli kirjattu tarpeena runsaasti yhdellä pitkäaikaissairaanhoidon yksikössä. Millään muulla yksiköllä ei

ollut merkittävää määrää akuutti kivun kirjauksia. Kroonisen kivun paremmin arvioimiseksi olisi jatkossa hyvä pyytää sairaalasta kipulääkkeiden kulutusraportit ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä erikseen. Kipua on paljon ja hoitajilla hyvin vähän toimintoja tämän hoitamiseksi. Pitkäaikaissairaanhoidossa on eniten tutkimuksen mukaan kivuliaita potilaita ja vastaavasti vähemmän hoitotyön toimintoja vastaamaan potilaiden tarpeita. Johtopäätöksenä voisi olla, että lääkkeellinen hoito on pitkäaikaissairaanhoidon tärkein toiminto vastamaan potilaan tarpeisiin. Kipulääkkeiden annot yms. kirjataan pääsääntöisesti lääkehoito komponentin alle, mutta ennen kirjaamista ne tulisi "kiinnittää" kivun hoito otsakkeen alle. Joko kivunhoitoa ei kirjattu tai sitten kipua ei hoidettu ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä riittävästi.

Tutkimuksin on pystytty osoittamaan, että lääkkeettömillä kivunhoitomenetelmillä yhdessä lääkehoidon kanssa voidaan saavuttaa merkittäviä tuloksia. Näitä tulisikin hyödyntää entistä enemmän. Ei lääkkeellisten kivunhoitomenetelmien tulisikin olla osa hyvän kivunhoidon käytäntöä. ( Tse ym. 2005, Cunningham 2006). Kivun lääkkeettömiä hoitomenetelmiä käytettiin muodostettujen profiilien mukaan vähän. Kivun hoito oli tämän tutkimuksen mukaan pääsääntöisesti lääkkeellistä kivun hoitoa.

Kudoseheyteen kiinnitettiin eniten huomiota pitkäaikaissairaanhoidossa, jossa potilaat ovat myös oletetusti huonokuntoisempia näistä kolmesta muodostetusta palvelumuodosta. Pitkäaikaissairaanhoidon yksiköiden Braden- pisteet olivat myös matalimmat. Kaiken kaikkiaan voidaan tämän tutkimuksen mukaan sanoa, että kudoseheyteen kiinnitettiin huomiota ja huomiot myös kirjattiin potilastietojärjestelmään.

Turun sosiaali- ja terveystoimessa tehtiin keväällä 2012 haavakartoitus. Ympärivuorokautisessa hoidossa raportoitiin tuolloin olevan 64 haavaa. Puolet näistä oli kartoituksen mukaan painehaavoja. Tämän tutkimuksen tulos vahvistaa tätä tietoa, ihon kudosevaurion riski- komponenttia oli käytetty yleisesti ottaen hyvin vähän. Painehaava-otsaketta ei myös mainittavasti käytetty. Ihon eheyden muutoksia kirjattiin, jonkin verran kuten myös ihon rikkoutumisen riski-otsaketta oli käytetty palvelumuodoittain tarkasteltuna eniten. Johtopäätöksenä voidaan sa-

noa, että potilaiden/asukkaiden iho-ongelmia oli vähän. Sen sijaan suurella osalla potilaista on riski saada kudosehyyteen liittyvä ongelma.

Kinnusen (2007) mukaan Suomessa ei ole yhtenäistä valtakunnallista haavanhoidon kirjaamiskäytäntöä ja kirjaamiskäytännöt ovat hyvin kirjavia. Hän toteaa, että yhdenmukaista kirjaamista tarvitaan, jotta potilastiedot välittyisivät turvallisesti ja virheettömästi eri toimintayksiköidenkin välillä. (Kinnunen 2007, 77–78.) Tämän tutkimuksen mukaan kirjauksissa on suuresti eroja varsinkin yksikkötasolla tarkasteltuna. Samojen palvelumuotojen profiilit ovat ajoittain hyvinkin poikkeavat keskenään. Onko kyse kirjaamiskäytäntöjen erilaisuudesta vai onko potilailla/asukkailla niin erilaiset tarpeet kudosehyyden alueella.

## 6.6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusten luotettavuuteen, eettiseen hyväksyttävyyteen ja tulosten uskottavuuteen liittyy hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Tutkijan omien arvioiden lisäksi myös hänen vertaistensa ja ohjaajien arviointi kuuluu osana hyvään tieteelliseen käytännön arviointiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

Tutkimuksen luotettavuus on tutkimuksen keskeisiä asioita ja kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Tärkeää on saada tietoa tutkittavasta asiasta. Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida mittaamisen ja aineiston keruun suhteen sekä tulosten luotettavuutena. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Määrällisesti tutkimus kertoo hoitotyön tilanteen kirjausten pohjalta. Tutkimuskysymykseen saatiin selkeä vastaus. Vastaus siihen minkälaisen kuvan käytettävissä olevat tietovarannot antavat hoitotyö prosessin toteutumisesta kivun, kudosehyyden ja ravitsemuksen alueilla. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että tietojen keruun suoritti tietopalvelujen ja käytettyjen ohjelmien asiantuntija.

Ennen hoitotyön kirjaamisten tarkastelua tulee laatia hoitotyön kirjaamisen kriteerit. Kriteereiden ollessa pysyviä ja kaikille yhteisiä analyysi voi olla systemaattista ja luotettavaa. Kun kriteerit on ennalta sovittu, ei tutkija voi tarkoituksellisesti vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. (Hallila 2005, 115.) Tämän tutkimuksen toteutuksen kriteerit ovat analysointiprosessi, joka on kuvattu kappaleessa 6.3. Tutkimuksen tekijän on tutkimusprosessin eri vaiheissa ratkaistava monia valintoja ja tehtävä päätöksiään tutkimuseettisesti. Tutkimuksen tekijän on analyysiprosessin aikana pitänyt tehdä monia eri ratkaisuja analyysin luotettavuuden varmistamiseksi. Tutkija on ennen analysointia tutustunut huolellisesti aineistonsa ja tämän jälkeen on päätösten ja ratkaisujen jälkeen tehty toistettavissa oleva analyysisuunnitelma. (Kylmä & Juvakka 2007, 137–138.) Analyysivaiheessa tutkija on perustellut johtopäätöksensä ja kirjoittanut ne näkyville, tutkimus on täten helposti toistettavissa.

Tämän tutkimuksen luotettavuusongelmat liittyivät myös tietokombinaatioista tehtävien johtopäätösten luotettavuuteen, sillä tulkintaan vaikuttavat monet tekijät, esimerkiksi laaditaanko "Disco- raportit" hoitosuunnitelman vai toteutuksen pohjalta, sisältyvätkö pää- ja alaluokat komponenttiin ja vastaavasti alaluokat pääluokkaan, koko Pegasos-potilastietojärjestelmän toimintalogiikka, sekä se milloin tai millä periaatteella tiettyjä mittauksia on sovittu tehtäväksi yksikoissa sekä yksiköiden erilainen koko. Näistä asioista tutkijalla täytyy olla selvä käsitys, ennen kuin hän alkaa tarkastella aineistoaan. Projektipäälliköllä oli käytettävissään organisaatiossa laadittu ohje koskien "Disco-raporttien" tulkintaa. Tutkimuksesta tehtyjä johtopäätöksiä ja tietokombinaatioita on tulkittu kyseessä olevan ohjeen mukaan. Projektipäälliköllä oli käytössään myös suomalainen hoidon tarveluokitus sekä toimintoluokitus versiosta 2.0.1, josta tiedot komponenteista sekä ala- ja pääluokista tarkistettiin ennen lopullisten johtopäätösten tekoa. Sovitut käytänteet erilaisten hoidon mittausten käytänteistä varmistettiin organisaation edustajalta ennen johtopäätöksiä. Ympäri vuorokautisen hoidon johtajalta saatiin tiedot yksiköiden koosta sekä esimerkiksi henkilöstömitoitukset.

Tässä tutkimuksessa tutkittiin hoitotyön laatua, kirjatun tiedon välityksellä. Tämän tutkimuksen luotettavuuteen hoitotyön laadusta vaikuttaa myös itse kirjaamisen luotettavuus. Kirjaavatko hoitajat oikeita asioita oikean komponentin alle? Kirjataanko yleisesti kuinka paljon ja kuinka totuudenmukaisesti.

Tutkimuksen eettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy toimimaan rehellisesti ja objektiivisesti (Valli 2002, 92). Tutkimus toteutettiin eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimustulokset esitettiin muuttamatta sieltä mitään ja tulokset esitettiin rehellisesti. Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa Turun sosiaali- ja terveystoimelta. Tutkijaa sitoo salassapitovelvollisuus tutkimusaineistosta ja tulokset raportoidaan julkisesti Turun Ammattikoulussa ja Sote:ssa.

Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset on otettava huomioon tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tässä tutkimuksessa käytettävä aineisto ei koske yksittäisiä henkilöitä, vaan se on normaalia potilaskirjauksista saatavaa raportointitietoa, jota hoitotyön johtamisessa muutenkin käytetään. Tutkimuksen tuloksia käytettiin tutkijan johtamassa projektiryhmässä tiedon hyödyntämisprofiiileja suunniteltaessa. Tulokset esitettiin koko ympärivuorokautisen hoidon tasolla mutta myös yksiköittäin. Tutkimustulokset on esitetty siten, että yksittäisiä yksiköitä ei pystytty erottamaan vaan yksiköt numeroitiin tietyin kriteerein. Aineisto säilytettiin muilta tahoilta suojattuna ja hävitettiin asianmukaisesti työn valmistuttua.

Tutkimuslupa saatiin vastaavalta tulosaluejohtajalta. Disco-ohjelmaa käytettäessä ei tule esiin potilaiden nimiä, joten potilaiden lupaa ei tarvitse tässä tapauksessa erikseen kysyä. Organisaation kanssa on sovittu, että sen nimi saa näkyä valmiissa työssä. Tutkimuksen valmistuttua työ luovutetaan kohdeorganisaation käyttöön.



## 7 HYÖDYNTÄMISPROFIILIEN MUODOSTAMISSÄÄNNÖT JA TOIMINTAMALLI PROFIILIEN HYÖDYNNETTÄVYYDESTÄ

Tämän työn tuotoksena ovat hyödyntämisprofiilien muodostamissäännöt ja toimintamalli profiilien hyödyntämisestä.

Hyödyntämisprofiilit ovat täysin uusi tapa Turun sosiaali- ja terveystoimessa arvioida ja kehittää hoitotyön laatua. Hyödyntämisprofiileista tehdään itse hoitotyön laadun seurannan ja kehittämisen mallinnus hoitotyön kirjaamisen kautta, eri hoitotyöntekijöille ja ennen kaikkea hoitotyön johdolle.

Tätä alla olevaa hyödyntämisprofiilien muodostamissääntöä voivat hyödyntää kaikki, jotka haluavat parantaa kirjaamisen laatua ja kehittää itse kirjaamista. Tai niille, jotka haluavat hyödyntää kirjattua tietoa hoitotyön laadun mittarina. Hoitotyön kirjaaminen on osa itse hoitotyötä, kirjaaminen liittyy vahvasti itse hoitotyön laatuun, jota tässä tutkimuksessa tutkittiin. Hyödyntämisprofiilien muodostamissäännöt sopivat kaikille ja kaiken tasoisille yksiköille, joissa on käytössä Pegasos-potilastietojärjestelmä.

### **Hyödyntämisprofiilien muodostamissäännöt:**

1. Disco-raportit ajetaan organisaatiossa keskitetysti yksiköiden käyttöön, toiminta koordinoidaan virastossa. Rajaa raporteista haluamasi yksikön kirjaukset, "Disco-ajot" toimitetaan yleensä koko Turun sosiaali- ja terveystoimen alueelta.
2. Ratkaise mitä hyödynnät aineistosta. Käytätkö esim. kudoseheyden komponenteista kaikki vai jätätkö pois jonkin osa-alueen tarkastelun ulkopuolelle.
3. Selvitä ensimmäiseksi kirjausten kokonaismäärä, luokittelemalla kumpikin aineisto vanhuskeskusten/palvelumuotojen/suorituspaikkojen mukaan ja jaa kirjausten kokonaismäärä potilaspaiikkojen määrällä. Tällä tavoin eritasoiset paikat saadaan vertailukelpoisiksi. Analysoi molemmat taulukot erikseen (tarve- ja toiminnot taulukko). Piirrä rinnakkaiset pylväsdiagrammit esimerkiksi Excel taulukkolaskentaohjelmalla sekä tarpeista että toiminnoista ja yhdistä kuvioon haluamasi henkilöstöhallinnon tieto: sijaistusprosentti, sairauspoissaoloprosentti, henki-

**löstömitoitus yms. (tarvittaessa laske näiden keskiarvo valitsemastasi toimintaympäristöstä). Kuvioista on esimerkki, tässä raportissa kuviot 3-7.**

- Profiilista voi tehdä johtopäätöksiä kirjausten kokonaismäärästä/asukas tai potilas. Lisäksi voit vertailla mm. yhteyksiä henkilöstöhallinnon tietoihin tai vertailla esim. eri toimintaympäristöjen kirjausten määriä/eroja ja tehdä näin johtopäätöksiä kirjaamisen tasosta eri toimintaympäristöissä.
- 

4. Valitse haluamasi komponentit, joita haluat hyödyntää (esim. ravitsemus, kudoseheys) tai komponentin osaan (aistitoiminta/kipu) liittyvät tarve- ja toimintoluokitusten kirjaukset.

5. **Luokittele koko aineisto valitsemiesi komponenttien ja vanhuskeskusten/ palvelumuotojen/ suorituspaikkojen mukaan, molemmat taulukot erikseen. Palvelumuotoja on tässä työssä kolme: vanhainkodit, pitkäaikaissairaanhoido ja tehostettu palveluasumisen yhdistettynä dementiaikodeilla. Selvitä komponentin kirjausten osuus kokonaiskirjausten määrästä (%-osuus) ja jaa kirjausten määrät (komponentti, kokonaismäärä), (molemmat erikseen) potilaspaikkojen määrällä. Analysoi molemmat taulukot samalla tavalla. Piirrä rinnakkaiset pylväskuviot tarpeista ja toiminnoista ja yhdistä kuvioon haluamasi hoidon tunnusluku: Braden, Mna yms. (laske tarvittaessa näiden keskiarvo valitsemastasi toimintaympäristöstä).**

- Profiilista voi tehdä johtopäätöksiä komponentin osuudesta kokonaiskirjausten määrään/asukas tai potilas, sekä hoidon tunnusluvun välisestä yhteydestä.
- Jos ei valitsemallasi komponentilla ole ns. pätevää hoidon tunnuslukua, voi profiilista päätellä komponentin kirjaamisen osuutta kokonaiskirjauksista ja tehdä siitä erilaisia johtopäätöksiä, kuten esimerkiksi eri toimintaympäristöjen kirjaamisten painopistealueista.

6. Jatka valitsemiesi komponenttien työstämistä.

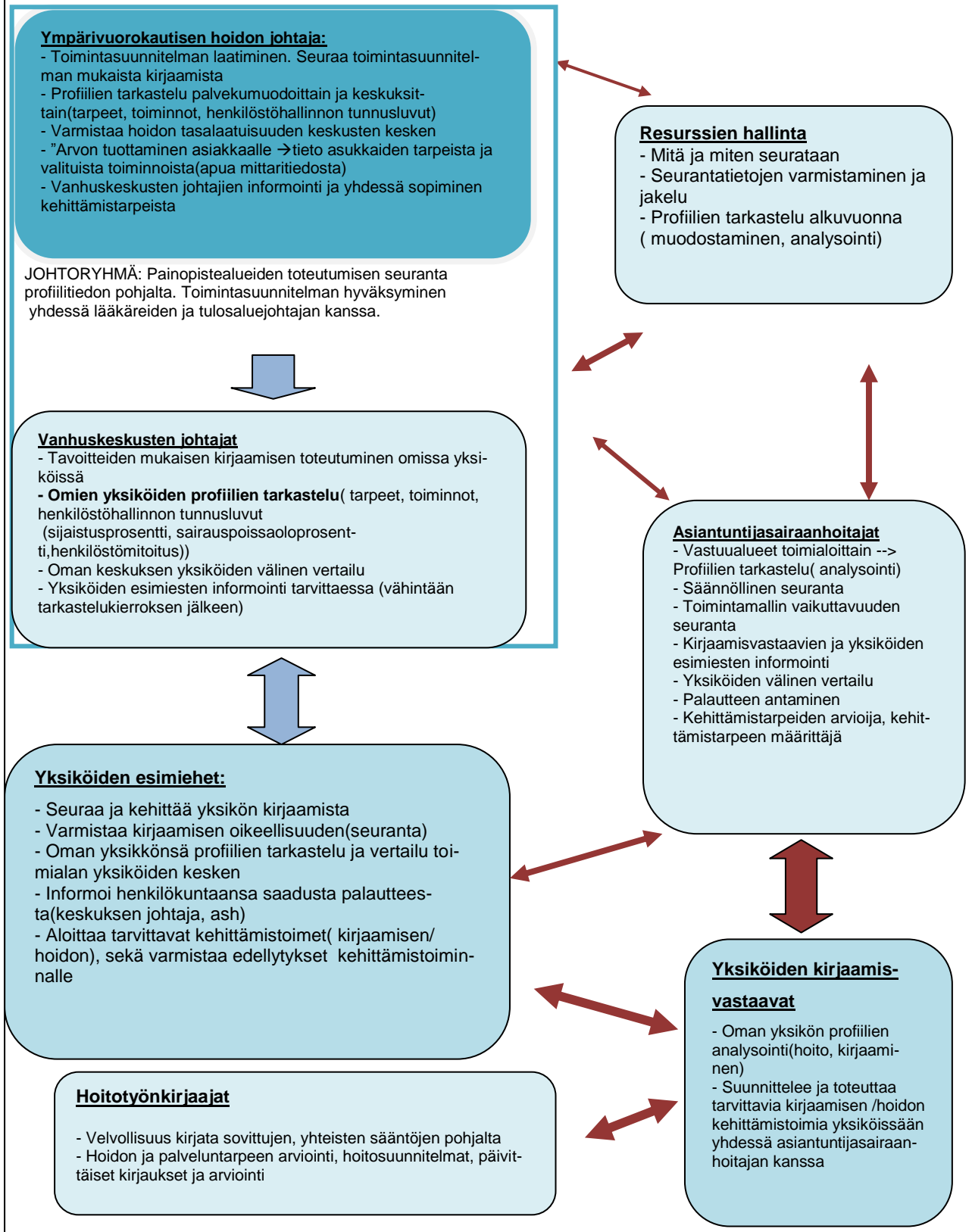
7. **Luokittele komponentin kirjaukset komponentin omia luokkia hyödyntämällä ja vanhuskeskusten/ palvelumuotojen/ suorituspaikkojen mukaan. Laske eri luokkien % -osuus koko komponentin kirjausten määrästä. Molemmat taulukot työstetään erikseen edellä mainitulla tavalla. Vanhuskeskusten/ palvelumuotojen/ suorituspaikkojen luokkien kokonaisosuuksien yhteissumma tulee olla 100 %. Piirrä kolmiulotteinen pinottu pylväskuvio 100 %, tarpeista ja toiminnoista erikseen. Profiilista voi tehdä:**

- Johtopäätöksiä eri toimintaympäristöjen hoitotyön laadusta, painopistealueista, potilaan/asukkaan hoitoisuudesta.

- Johtopäätöksiä eri toimintaympäristöjen kirjausten eroavaisuuksista, tai vastaavasti samankaltaisuuksista.
- Johtopäätös siitä, miten paljon kirjataan Hoitosuunnitelman ja miten paljon suoraan luokituksen kautta. Johtopäätöksiä itse hoitosuunnitelmista; laadusta, ajantasaisuudesta jne.

Hoitotyön tarve- ja toimintoprofiilit sekä hoitotyön tunnusluvut ympärivuorokautisen hoidon toimintaprosessien johtamisen tukena –toimintamalli, on malli hyödyntämisprofiilien käytöstä ja hyödynnettävyydestä. Kuviossa on malli siitä, miten hoitotyön laatua, ja hoitotyön kirjaamista voisi kehittää Turun sosiaali- ja terveystoimessa ympärivuorokautisen hoidon alueella. Toimintamalli on tämän tutkimuksen ehdotus, mutta sitä voi tarpeen mukaan muuttaa.

## Hoitotyön tarve- ja toimintoprofiilit sekä hoitotyön tunnusluvut ympärivuorokautisen hoidon toimintaprosessien johtamisen tukena



## 8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli selvittää rakenteisen ja luokitellun kirjatun tiedon hyödyntämismahdollisuuksia hoitotyön johtamisessa ja samalla kehittää apuvälineitä hoitotyön johdolle hoitotyön laadun seuraamiseksi ja kehittämiseksi. Hoitotyön johtajat pystyvät hyödyntämään kirjattua tietoa esimerkiksi laadun tarkkailussa, kehittämisessä ja seurannassa. Hyödyntämisprofiilien avulla hoitotyön johto pystyy paremmin seuraamaan kirjausten laatua ja sitä kautta kehittää yksiköissä tapahtuvaa hoitotyötä. Projektin tarkoitukseen saatiin selkeä vastaus.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli suunnitella käyttökelpoisia hyödyntämisprofiileja kirjatusta tiedosta. Hyödyntämisprofiilit on selvitetty kappaleessa 7. Hyödyntämisprofiileja pystyy käyttämään moni eri johtajuuden taso. Profiilit eivät ole siis vain lähijohtamiselle tarkoitettuja apuvälineitä, vaan ne toimivat kirjaamisen ja hoitotyön laadun kehittämisen apuvälineenä kaikilla johtajuuden tasoilla.

Projektin empiirisen osion tarkoituksena oli saadun tiedon pohjalta tehdä johtopäätöksiä erilaisten tietokombinaatioiden käyttökelpoisuudesta hoitotyön laadun seurassa ja kehittämisessä. Saadun tiedon pohjalta tehtiin johtopäätöksiä projektipäällikön ja ohjausryhmän toimesta. Molemmat osapuolet olivat johtopäätöksissään samaa mieltä. Erilaisia tietokombinaatioita pystyy kirjatusta tiedosta muodostamaan, ja erilaisten johtopäätösten perusteella pystyy muodostamaan kuvan hoitotyöstä eri hoitoympäristöissä.

Empiirisen osion tavoitteena oli selvittää ravitsemuksen, kivun ja kudoseheyden aihealueilla tarve- ja toimintakomponenttien sekä joidenkin henkilöstöhallinnon tunnuslukujen ja mittariarvojen antamaa kuvaa hoitotyöstä ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Tutkimus antaa selkeän, tulkittavissa olevan kuvan ympärivuorokautisen hoidon hoitotyöstä sellaisena kuin se näyttäytyy kirjausten perusteella, ja sen laadusta ravitsemuksen, kivun ja kudoseheyden aihealueilla ja samalla kokonaiskuvan hoitotyön kirjaamisen laadusta. Tutkimuskysymykseen saatiin vastaus.

Lähtökohdat tälle projektille olivat hyvät, valtakunnallinen HoiDok- hanke ja sen alahankkeena toiminut Turun sosiaali- ja terveystoimen käytäntöön implementointihanke. Kolme komponenttia (ravitsemus, kipu ja kudoseheys) ovat sosiaali- ja terveystoimen painopistealueina. Kaiken kaikkiaan kehittämissuunnitelma onnistui hyvin, toteutus viivästyi lähinnä projektipäällikön ajan puutteen vuoksi. Projektin suunnitteluvaiheessa sisäisten ja ulkoisten riskien kartoitus. Rakenteinen kirjaaminen on ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä eri vaiheissa, tätä pidettiin ulkoisena uhkana projektille. Kirjaamisen ollessa eri vaiheissa yksiköissä, muodostui tästä luotettavuusuhka. Kirjaamisen arviointi ja kehittäminen perustuu samaan lähtötasoon; nyt yksiköt olivat kirjaamisissa hivenen eri tasoilla ja yksiköiden vertailussa tämä tulee huomioida. Projektin toisena ulkoisena uhkana pidettiin itse kirjausten luotettavuutta, kirjataanko sitä, mitä pitää, ja kirjataanko oikealla tavalla. Tähän on projektipäällikkö pyrkinyt ottamaan kantaa johtopäätöksissä. Jotta hoitotyön kirjaamista pystyy arvioimaan ja kehittämään, tulee kirjaamiselle olla asetettu selkeät ohjeet ja raamit.

### 8.1 Arvio tuotoksesta

Projektin tuotoksena syntyivät hyödyntämisprofiilit. Profiileja pystyvät hyödyntämään kaikki johtajuuden tasot. Yksikön esimies ja esimerkiksi ympärivuorokautisen hoidon johtajat hyödyntävät profiilia eri näkökulmiin perustuen ja tarkastelevat kirjaamista omien intressiensä mukaan. Hyödyntämisprofiilit ovat käyttökelpoisia ja ne ovat sovellettavissa monelle eri hoitotyön alueelle. Nämä profiilit on suunniteltu käytettäväksi ympärivuorokautisessa hoidossa, mutta hivenen sovellettuna ja painopistealueita muutettaessa ne ovat sovellettavissa lähes kaikille hoitotyön alueille. Hyödyntämisprofiilien muodostamisesta on tehty muodostussäännöt, joita noudattamalla jokainen kirjauksia tekevä pystyy muodostamaan profiileja.

Hyödyntämisprofiileja voi hyödyntää yksityiskohtaisemmin/ yksikkötasolla tai laajemmin esimerkiksi hoitotyön laatua tarkasteltaessa kirjausten mukaan. Hyö-

dyntämisprofiilia voi käyttää hoitotyön kirjaamisen laadun mittarina ja kirjaamisen kehittämisen apuvälineenä.

Laatujohtamisessa kiinnitetään erityistä huomiota perusprosessien eli tekemisen tunnistamiseen ja kuvaamiseen (Surakka ym. 2008). Tässä projektissa tehdyt hyödyntämisprofiilit toimivat hyvänä laadun mittarina hoitotyön johtajille. Mitareita voi hyödyntää hoitotyön toiminnan ohjaamisessa lyhyellä aikavälillä, pitkän aikavälin suunnittelussa sekä kehittämistä vaativien asioiden tunnistamisessa (Kujansivu ym. 2007). Hyödyntämisprofiileja voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisessa, joko lyhyellä tai pitkällä aikavälillä. Samantyyppinen kirjausten analysointi yhdistettynä henkilöstöhallinnon tiedoilla on toistettavissa tietyn ajan kuluttua, jolloin saadaan selville, onko edistystä kirjaamisissa tapahtunut. Laaduntarkkailu liittyy oleellisesti laatujohtamiseen.

Toimintamallia pystyy jokainen hoitotyöntekijä ja hoitotyön johtaja hyödyntämään. Mallissa on jokaiselle "tasolle" oma paikkansa. Hyödyntämisprofiilien käytettävyyden vuoksi oli tärkeää, että toimintamalli tehtiin. Toimintamallin laatiminen varmistaa profiilien hyödyntämisen ja mallista on jokaisen tekijän helppo löytää oma paikkansa. johtajat pystyvät toimintamallin mukaan seuraamaan ja kehittämään hoitotyön kirjaamista, asiantuntijasairaanhoidajia hyödyntämällä. Kuitenkin tulee muistaa, että jotta hoitotyön kirjaamisen laatua voidaan kehittää ja seurata, tulee kaikkien toimintamallin tasojen toimia yhteistyössä toistensa kanssa.

## 8.2 Kehittämismenetelmän arviointi

Tietokombinaatioiden suunnittelu ja analyysisuunnitelman tekeminen olivat tämän projektin kehittämismenetelmä. Menetelmät olivat toimivat juuri tällaiseen tilastolliseen kirjausten analysointiin. Tietokombinaatioista saadaan oikeanlaista tietoa hoitotyön johtajien käyttöön. Hoitotyön tunnuslukuja olisi voinut käyttää enemmän ja laajemmin. Kirjauksien määrää olisi voinut suhteuttaa esimerkiksi

sairaanhoidajien lukumäärään tai yksiköissä olevien kirjaamisvastaavien määrään. Tällöin olisi saanut esille sairaanhoidajien yhteyden kirjaamisen määriin ja tietoa kirjaamisvastaavien merkityksestä yksiköissä. Analyysisuunnitelma oli tälle projektille hyvä ja toimiva. Toisaalta suunnitelmaan olisi saanut lisätä useampia vaihteita, jotta olisi saatu kattavampi kuva hoitotyön kirjaamisen laadusta.

Loppujen lopuksi molemmat kehittämismenetelmät olivat tämän kokoiselle tutkimukselle hyvät ja riittävät antamaan vastauksen asetettuun tutkimuskysymykseen eli tietoa siitä, mitä tietovarannot kertoivat hoitotyön prosessin toteutuksesta.

### 8.3 Projektioorganisaation toimivuuden arviointi

Projektioorganisaatio toimi projektin aikana hyvin. Projektipäällikkö sai tuen sekä ohjausta projektiryhmältä. Projektipäällikkö sai projektin johtamisesta kokemusta ja rohkeutta. Projektin onnistumisen edellytyksenä oli projektipäällikön mielenkiinto ja kiinnostus tutkittavaan asiaan. Projektipäällikkö sai hoitotyön johtamisesta ja hoitotyön kirjaamisesta paljon uutta tietoa itselleen.

Ohjausryhmä kokoontui koko projektin aikana kahteen kertaan. Tämän lisäksi yhteydenpito tapahtui myös sähköpostin ja puhelin välityksellä. Ohjausryhmä toimi hyvin, aineiston toimittamisessa oli viiveitä. Tänä päivänä kaikilla on omat kiireensä työelämässä, mikä asetti haasteita projektin aikana. Projektipäällikölle oli haasteellista koota koko ohjausryhmä saman pöydän ääreen ja sovittaa päivämääriä kaikille sopiviksi. Palaverit saatiin pidettyä ja ennen palaveria asianomaisille lähetettiin kutsukirjeet, joissa oli asialista palaverin kulusta.

Projektiryhmä koottiin ennen varsinaisen projektin aloitusta. Varsinaiseen projektiryhmään kuului kaksi silloista kirjaamisen asiantuntijasairaanhoidajaa. Toinen asiantuntija toimi projektipäällikön työelämämentorina. Mentorin kanssa käytiin useita keskusteluja ja tämä oli riittävää ja merkityksellistä projektin onnistumisen kannalta.



Projektipäällikön kokemattomuus näkyi projektin toteutuksessa jonkin verran. Projektipäällikkö ei ollut varautunut riittävästi aikaan, jonka projektin läpivieminen vei. Projektipäällikkö on saanut tästä kokemusta ja runsaasti rohkeutta. Projektipäällikölle oli vaikeinta projektin toteutumisen prosessissa ohjausryhmän kokousten pito ja tilasto-ohjelman käyttö. Näistä kuitenkin selvittiin ja kehittämisprojekti sujui näiltä osin hyvin.

#### 8.4 Kehittämisprojektin jatkotoimenpiteet

Kaikista hoitotyön rakenteisen kirjaamisen komponenteista tulisi tehdä samantyyppiset profiilit kuin tässä projektissa on tehty ravitsemuksen, kivun ja kurdoseheyden komponenteista. Tällä tavoin saataisiin selville yksittäisten hoitoyksiköiden hoitokulttuuri ja painopistealueet. Tällä tavoin saataisiin uutta laadullista ja faktoihin perustuvaa tietoa hoitotyön kirjaamisesta. Näitä profiileja hyödyntämällä laaditaan toimintamalli siitä, miten johtopäätöksin tehtyjä hyödyntämisprofiileja tullaan eri organisaation tasoilla hyödyntämään.

## LÄHTEET

Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Anttila, K.; Kaila-Mattila, T.; Kan, S.; Puska, E-L. & Vihunen, R. 2003. Hoitamalla hyvää oloa. WSOY. Porvoo.

Björkman, M.; Palviainen, J.; Laurila, J & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi, kahden kipumittarin vertailu. Suomen Lääkärilehti 2007(26), 2547–2553.

Bostrom, AM.; Van Soest, D.; Kolewaski, B.; Milke, DL. & Estabrooks, CA. 2011. Nutrition status among residents living in a veterans' long-term care facility in Western Canada: a pilos study. Journal of the American Medical Directors Association 12(2), 217-225.

Boufhillier, F. & Shearer, K. 2002. Understanding knowledge organizational learning information management: the need for an empirical perspective. Information Research 8(1), paper no.141. Viitattu 29.11.2011 <http://InformationR.net/ir/8-1/paper141.html>

Bowling, A. 2003. Research methods in health: investigating health and health services. 2.nd edition. Open University Press. Buckingham.

Brown, D. & McCormack, B. 2006. Determing factors that have an impact upon effective evidence-based pain management with older people, following colorectal surgery: an ethnographic study. Journal of Clinical Nursing 15(10), 1287-1298.

Carr, E.C.J. 2002. Refusing analgesics: using continuous improvement to improve pain management on a surgical ward. Journal on Clinical Nursing 11(6), 743-752.

Comfort, E-H. 2008. Reducing pressure ulcer incidence through Braden scale risk assessment and support surface use. Adv Skin Wound Care 2008(21), 330–334

Cunningham, C. 2006. Managing pain in patients with dementia in hospital. Nursing Standard 40. Viitattu 26.10.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16898198>

De Marinis, MG.; Piredda, M.; Pascarella, MC.; Vincenzi, B; Spiga, F.; Tartaglini, D.; Alvaro, R & Matarese, M. 2010. `If it is not recorded, it has not been done!` consistency nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. Journal if Clinical Nursing 19(11-12), 1544-1552.

Donabedian, A. 1996, evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly 44, 166-206.

Ensio, A. 2008. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa: Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.uudistettu paino. WSOY oppimateriaalit Oy. Helsinki, 56–64.

EPUAP. 2004. Painehaavojen ehkäisy. Viitattu 22.11.2011 <http://www.epuap.org/guidelines.html>

Ferrell, K. 2007. Documentation, Part 2: The Best Evidence of Care. The American Journal of Nursing 107(7), 61 – 64.

Finne-Soveri H. 2002. Päivittäinen kipu pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Viitattu 29.9.2012 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=kipul%C3%A4%C3%A4kitys%20laitoshoidoss](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=kipul%C3%A4%C3%A4kitys%20laitoshoidoss)

- Gunningberg, L. 2004. Are patient with or at risk of pressure ulcers allocated appropriate prevention measures? *International Journal of Nursing Practice* 2005(11), 58-67.
- Halimaa, S. 2003. Pain management in nursing procedures on premature babies. *Journal of Advanced Nursing* 42(6), 587–597.
- Hallila, L. 2005. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelu- nursing audit. Teoksessa Hallila, L.(toim.). Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi. Helsinki.
- Hietanen, H.; Iivanainen, A.; Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- Huttunen, M. 2008. Hoitosuunnitelma ja – mahdollisuudet, lääkkeet mielen hoidossa. Kustannus Oy Duodecim.
- Hwang, U.; Richardson, L.D.; Sonuyi, T.O. & Morrison R.S. 2006. The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *American Geriatrics Society* 52(2), 270-275.
- Idvall, E. & Ehrenberg, A. 2002. Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*; 11, 734 – 742.
- Isosaari, U. 2006. Vallankäyttö terveydenhuollon yksiköissä: Lähijohtaminen organisaation valtajärjestelmän näkökulmasta. *Premissi* 1, 45- 50.
- Kaakinen, P. 2002. Kirjaamisen arvioinnilla näyttöä hoitotyön tueksi. Hoitotyön kirjaamisen nykytila lasten ja nuorten vuodeosastoilla. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto.
- Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa: Kalso, E.; Haanpää, M. & Vainio, A.(toimi.) Kipu. Kustannut Oy Duodecim. Helsinki.
- Kankkunen, P. 2008. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa: Vuottilainen, P & Tiikkanen, P.(toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY. Helsinki.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.
- Kinnunen, U-M. 2007. Rakenteinen tieto haavahoidon kirjaamisesta. Pro gradu-tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto.
- Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteet. Kuopion Yliopisto.
- Kokkinen, L. 2007. Henkilöstön johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteen laitos. Tampereen Yliopisto.
- Kujansivu, P., Lönnqvist, A., Jääskeläinen, A. & Sillanpää, V. 2007. Liiketoiminnan aineettomat menestystekijät. Talentum, Helsinki.
- Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollilla, S. & Risku, A., 2005 Lähijohtamisen perusteet. Edita, Helsinki.
- Laine, J. 2006. Laatu ja tuotannollisuutta tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. *Stakes tutkimuksia* 151. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY. Vantaa
- Leino-Kilpi, H. 2003. Potilas hoitotieteessä. *Virkaanastujaisesitys* 12.3.2003. *Hoitotiede* 15(6), 292–294.

Lorensen, M.; Sinkkonen, S.; Lichtenberg, A.; Jensdottir, AB.; Hamran, G.; Johansson, B & Engfeldt, L. 2001. Knowledge and skill requirements for nurse leaders on the primary health care services in the Nordic countries. Osloon yliopisto. Norja.

Lönnqvist, J. 2002. Johtajan ja johtamisen psykologiasta. Edita. Helsinki

McCaffery, Margo - Meinhart, Noreen 1983. Pain, a nursing approach to assessment and analysis. Appleton-Century-Crofts.

Nihtilä, EK.; Martikainen, PT.& Koskinen, SV. ym. 2008. Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. Eur J Public Health 2008(18), 77-84

Nonaka, Ikujiro. 2005. Managing Organizational Knowledge: Theoretical and Methodological Foundations. Teoksessa Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöskirja. Kuopion Yliopisto.

Northouse, P-G. 2007. Leadership. Theory and practice. Sage, Thousand Oaks.

Nykänen, P.; Viitanen, J & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Julkaisusarja D -verkkójulkaisut. Tampereen yliopisto.

Orasmaa-Kasslin, K. 2000. Elektroninen hoitotyön dokumentointi saumattoman palveluketjun näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Paasivaara, L.; Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Tietosanoma. Helsinki.

Peltonen, H.; Lepistö, M. & Vihersaari, M. 2010. Painehaavapatjainvestoinnin kustannushyödyt terveyskeskuksen vuodeosastolla. Suomen Lääkärilehti 2010(45), 3705–3710.

Pusa, A-K. 2007. The right nurse in the right place: nursing productivity and utilisation of the RAFAELA Patient Classification System in nursing management. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteet no. 147. Kuopion yliopiston julkaisu.

Ravitsemustiede. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 312- 324.

Rintala T. 2003. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Tutkimuksia 132. Stakes. Saarijärvi.

Ruohotie, P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. WS Bookwell Oy. Juva.

Salminen, J. 2006. Uuden esimiehen kirja. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, AL. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. Helsinki.

Silfverberg, P. 2011. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy, Työministeriö.

Soini, T & Ylönen, M. 2009. Hoitotyön kirjaamisen käsittekartta. Turun sosiaali- ja terveystoimi.

Sonninen, A. & Ikonen, H. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A.(toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit Oy. Porvoo.76–114.

Soppi, E. 2010. Painehaavojen- esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126(3), 261- 268.

Sormunen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Andersson, S. 2008. (toim.) Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiaapalvelut. Opas kunnille. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä, 126.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004- 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2003:18. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:6. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Ikääntyneiden palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:18. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Lainsäädäntö ohjaa asiakas- ja potilastietojen hallintaa. Viitattu 14.8.2011 [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/tietohallinto/lainsaadanto](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/tietohallinto/lainsaadanto).

Stratton, R.; Ek, A-C.; Engfer, M.; Moore, Z.; Rigby, P.; Wolfe, R. & Elia, M. 2005. Enteral nutrition support on prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing* 4(3), 422- 450.

Suominen, M. 2010 Vanhusten ravitsemushäiriöt. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim 2011

Suominen, M.; Finne-Soveri, H.; Hakala, P.; Hakala-Lahtinen, P.; Männistö, S.; Pitkälä, K.; Sarlio-Lähteenkorva, S & Soini, H. 2009. Ravitsemussuosituksot ikääntyneille. Viitattu 23.10.2012 [http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Suositus\\_ikaantyneet\\_080909.pdf](http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Suositus_ikaantyneet_080909.pdf)

Surakka, T.; Kiikkala, I.; Lahti, T.; Laitinen, H. ja Rantala, T. 2008. Osastonhoitaja ja johtaminen. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.

Syväjärvi, A. 2005. Inhimillinen pääoma ja informaatioteknologia organisaatio- toiminnassa sekä strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi.

Tanttu, K. 2007. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. Vaihe 1. Loppuraportti. VSSHP.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L.(toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä, 114.

Tehtäväkuvat 2012. Asiantuntijasairaanhoitajan ja kirjaamisvastaavien tehtäväkuvat. Turku-sisäinen Intranet. Viitattu 8.11.2012 <http://netku/Public/default.aspx?contentid=121895>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2008. Yksityisen sektorin osuus- Sosiaalipalvelut. Viitattu 9.7.2012 <http://info.stakes.fi/yksityinenpalvelutuotanto/FI/yksityisenosuus/sosiaalipalvelut/index.htm>

Turku. 2012. Hoitotyön toimintakertomus. Turku.

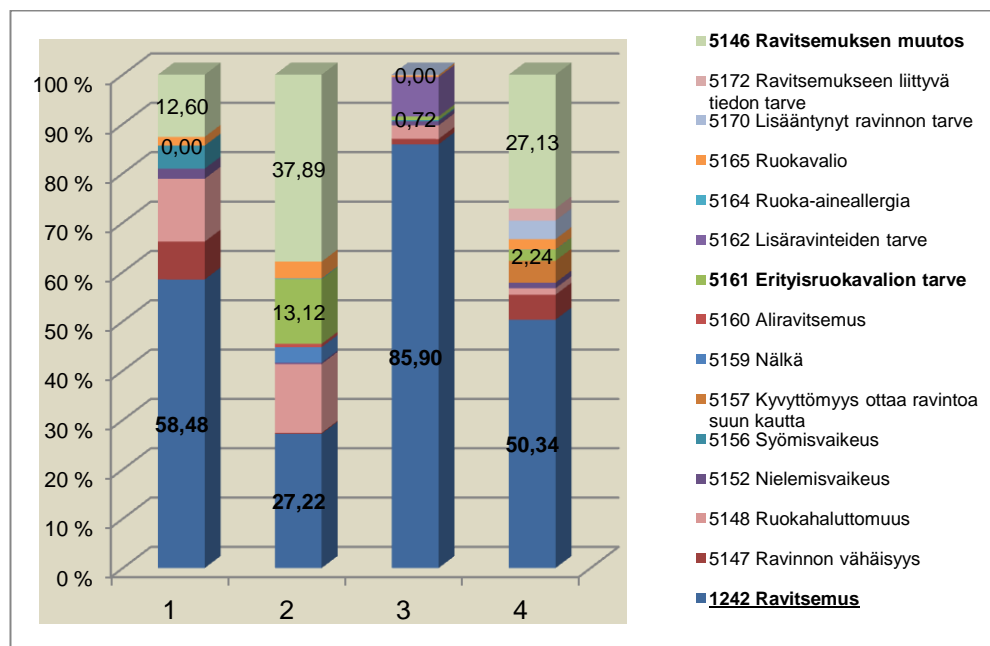
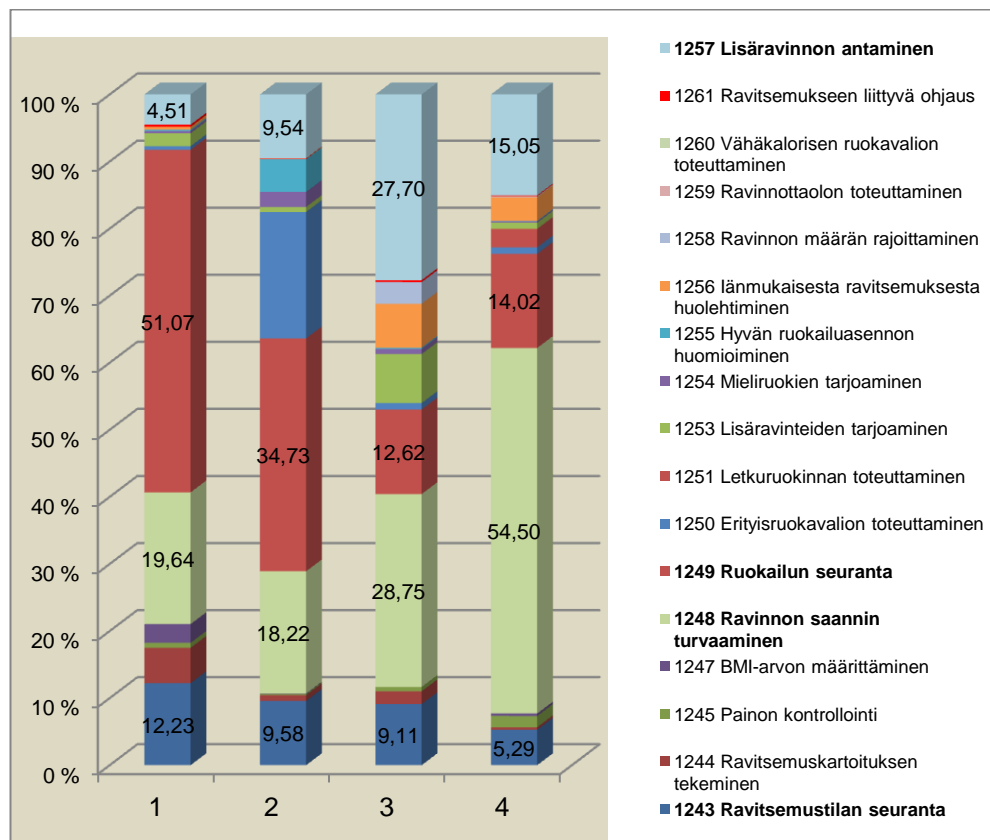
Turku. 2012. Ympäri vuorokautinen hoito. Viitattu 10.8.2012 <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=14668&culture=fi-FI&contentlan=1>

Turku-sopimus – asukkaiden hyvinvointiohjelma 2009–2013. Senioriohjelma 2009–2013. Turku.

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2011. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 30.9.2012 [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/kaytanto.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html)
- Tse; Mimi; Pun; Sandra; Benzie & Iris 2005. *Journal of Clinical Nursing* 2005/ 14 vol.
- Vaarama, M.; Luoma, ML. & Ylönen L. 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa: Kautto, M. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi*. Stakes, 104–36
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005–2008. Viitattu.8.4.2011 [www.vsshp.fi/.../HoiDok-I-vaiheen-Loppuraportti-150307.pdf](http://www.vsshp.fi/.../HoiDok-I-vaiheen-Loppuraportti-150307.pdf)
- Virtanen, K. 2008. Kirjaamisen sisältö hoito- ja palvelusuunnitelmissa vanhusten palvelukeskuksessa. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos. Turun Yliopisto.
- Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus raportteja 142. Helsinki: Stakes
- Voutilainen, P.; Isola, A. & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes- state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18(1), 72- 81.
- Vuori, J(toim.). 2005. Terveys ja johtaminen. *Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä*. Werner Söderström Oy. Porvoo, 10 -77.
- 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* 2011(9), 1858-1875.
- Wild, T.; Rahbarnia, A.; Kellner, M.; Sobotka, L. & Eberlein, T. 2010. Basics in nutrition and wound healing. *Geriatric Nursing* 26(9), 862-866.
- Wong Frankei, W.H. 2009. Strategies to Improve Quality of Nursing Documentation. *Journal for nurses in staff development* 25(2), E1-E6.
- Ylinen, E-R. 2010. Potilaan kivun arviointi ja hoito lääkkeettömän kolonoskopian aikana. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.



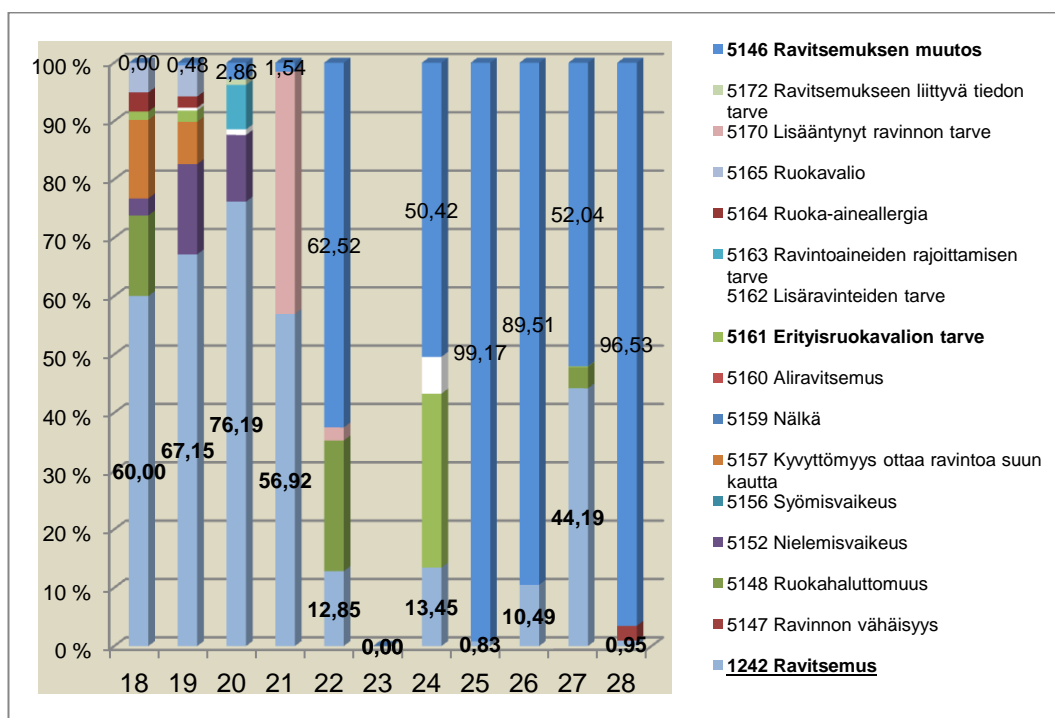
## Vanhainkotien ravitsemuksen kirjausten tarpeet ja toiminnot

TarpeetToiminnot

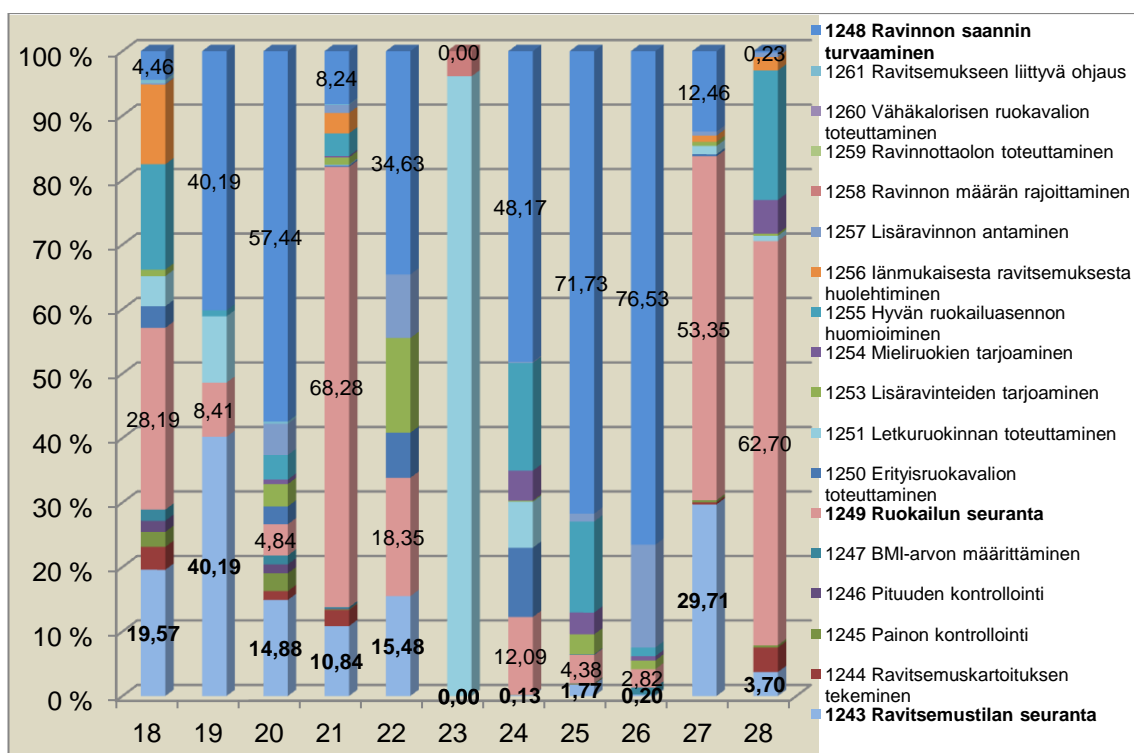


## Pitkäaikaissairaanhoidon ravitsemuksen kirjausten tarpeet ja toiminnot

### Tarpeet

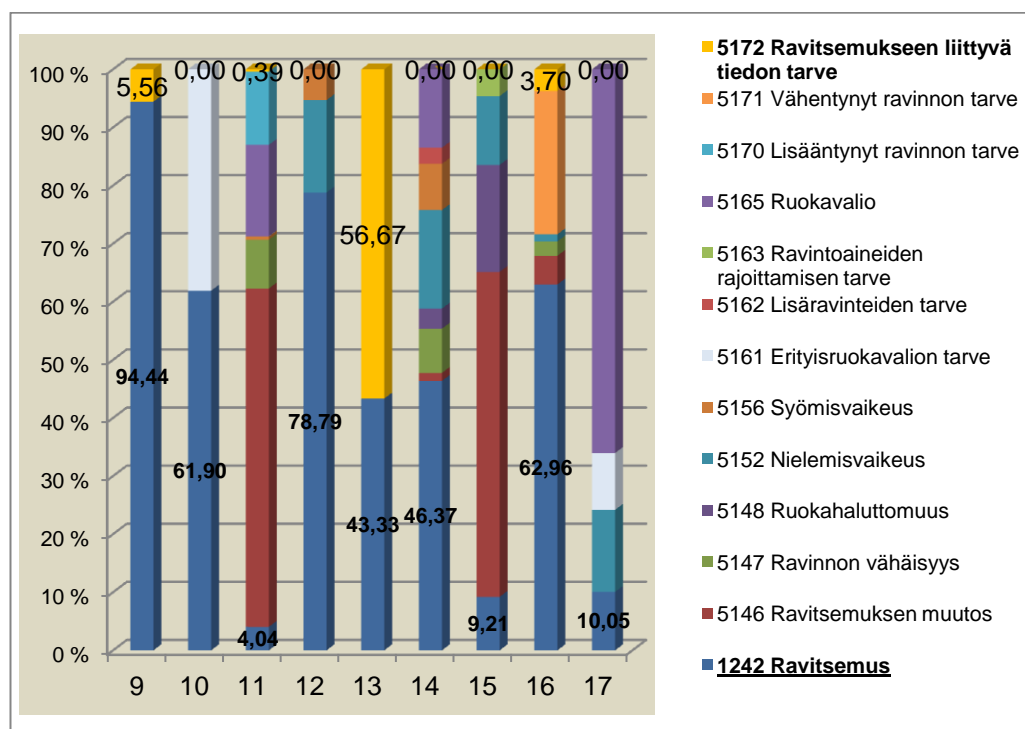


### Toiminnot

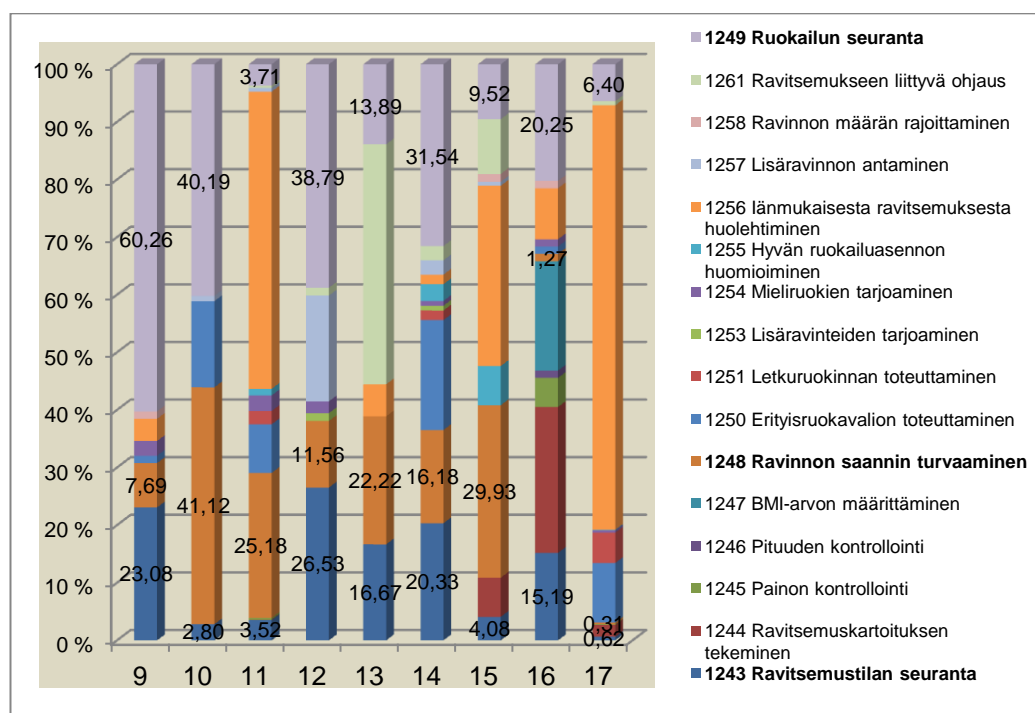


## Tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien ravitsemuksen kirjausten tarpeet ja toiminnot

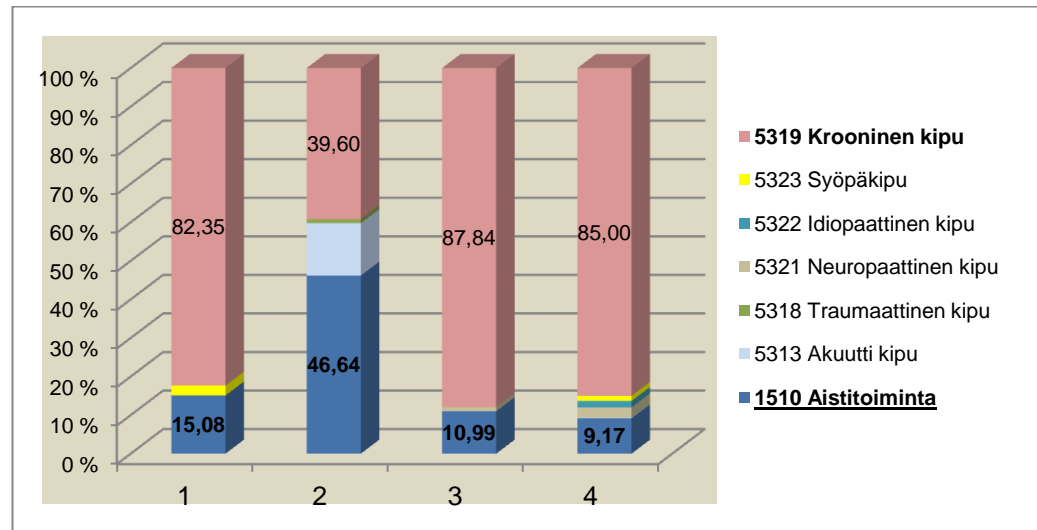
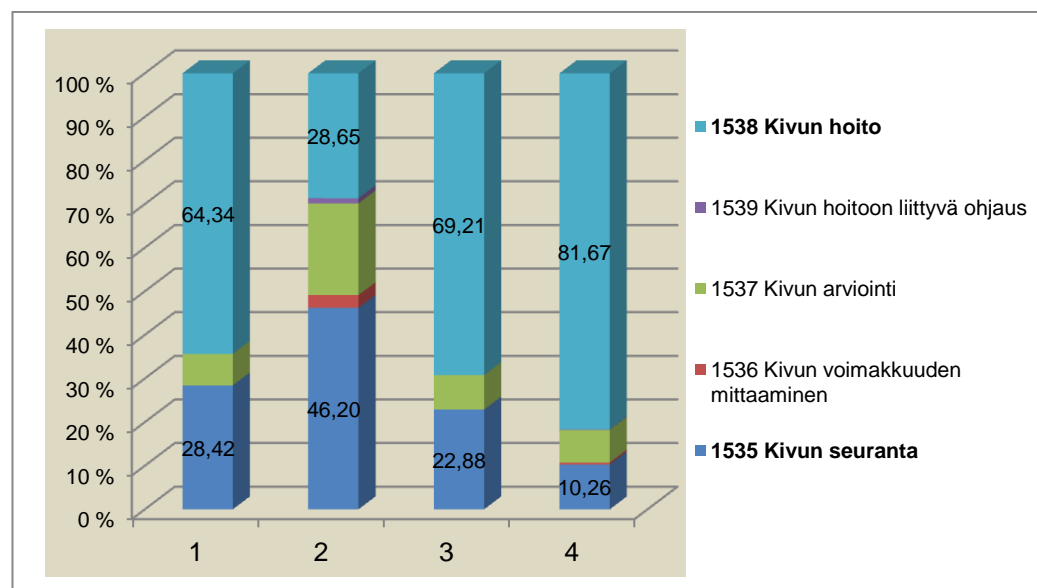
### Tarpeet



### Toiminnot

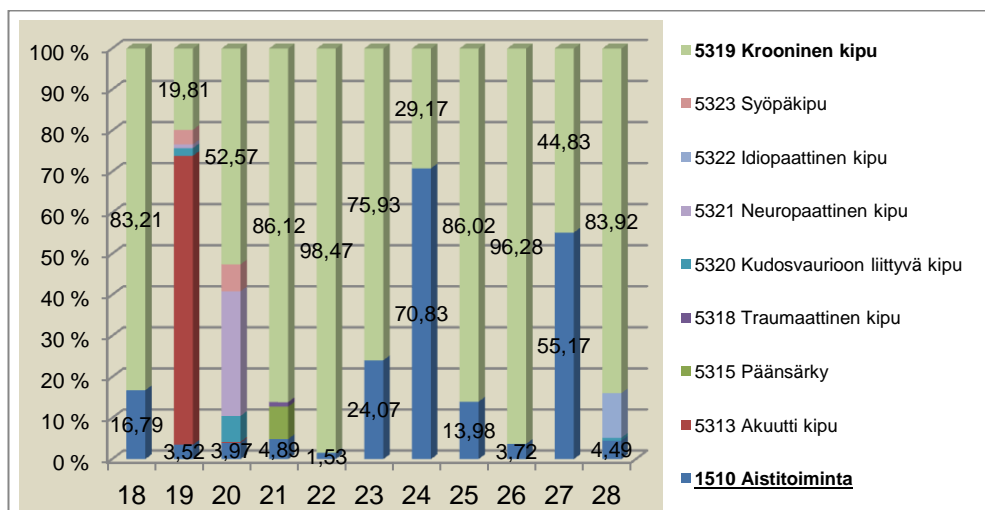


## Vanhainkotien kivun kirjausten tarpeet ja toiminnot

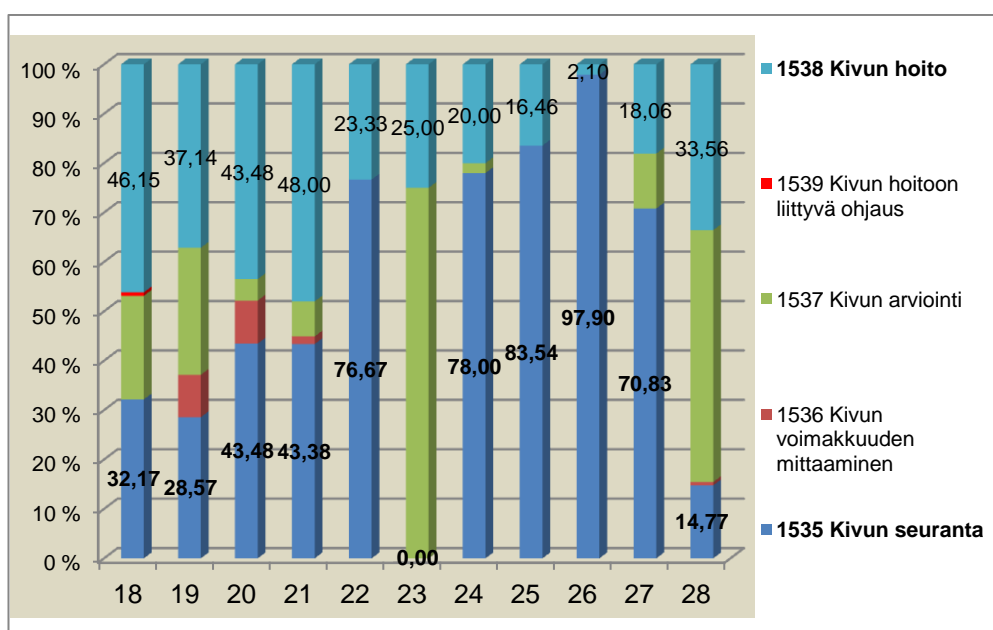
TarpeetToiminnot

## Pitkäaikaissairaanhoidon kivun kirjausten tarpeet ja toiminnot

## Tarpeet

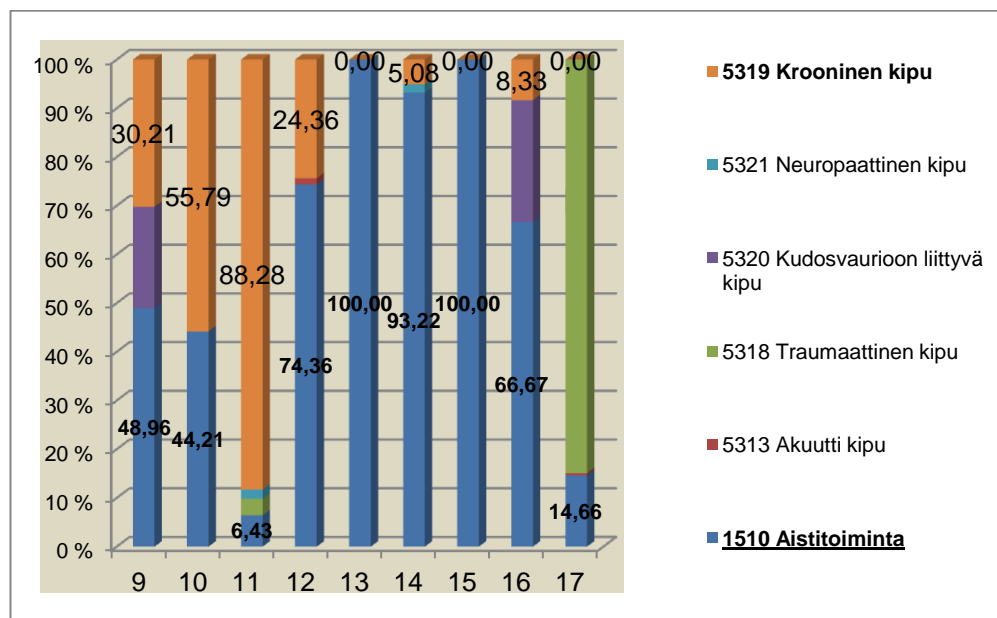


## Toiminnot

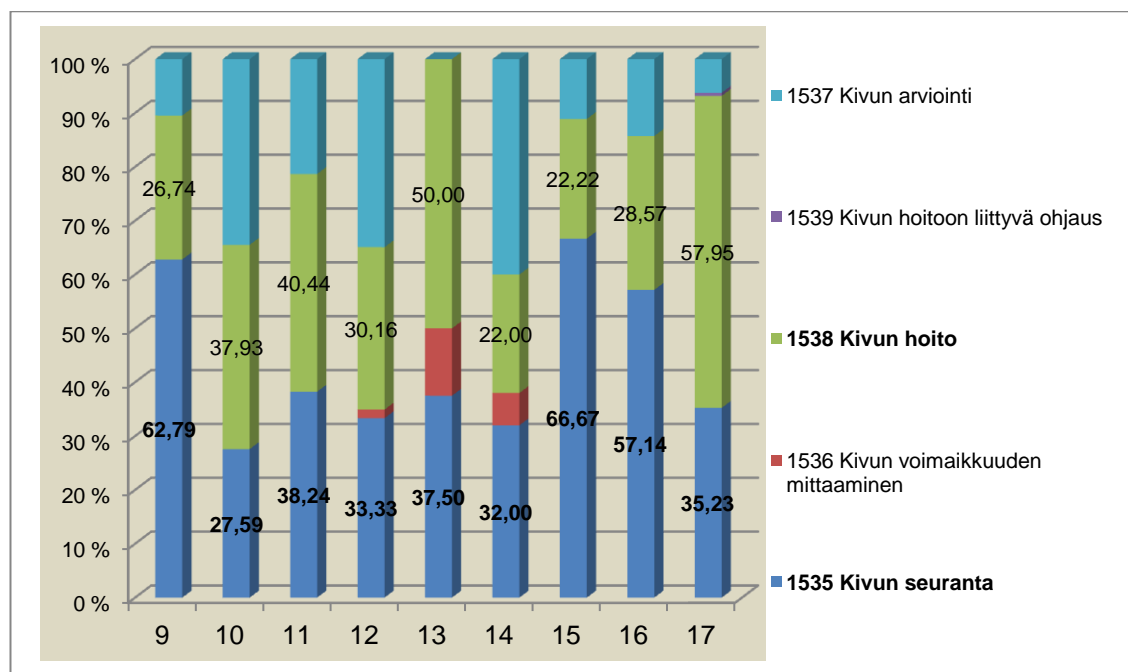


## Tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköiden kivun kirjausten tarpeet ja toiminnot

### Tarpeet

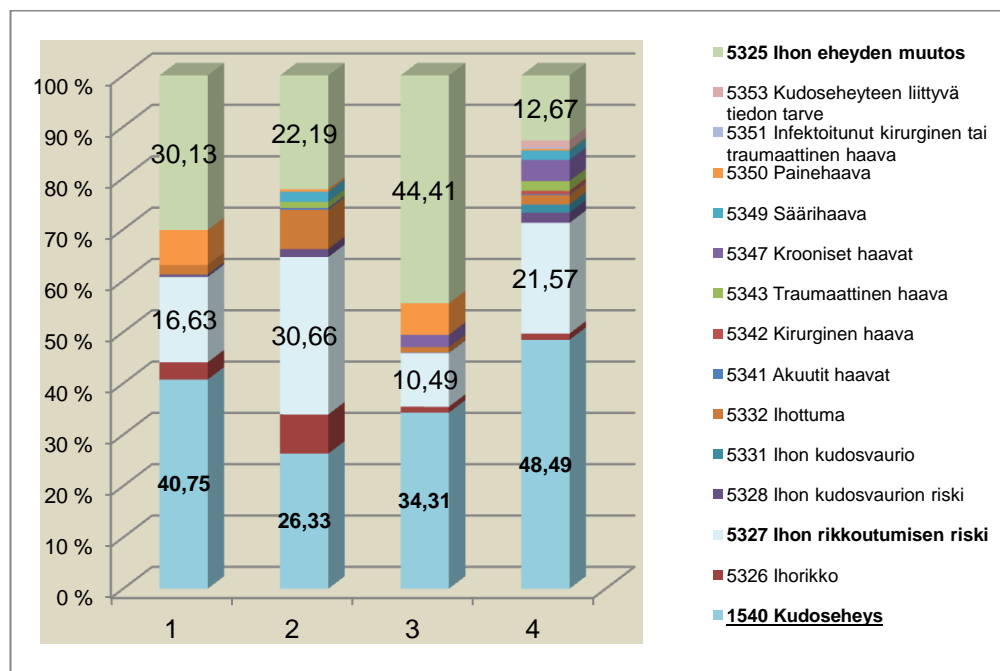


### Toiminnot

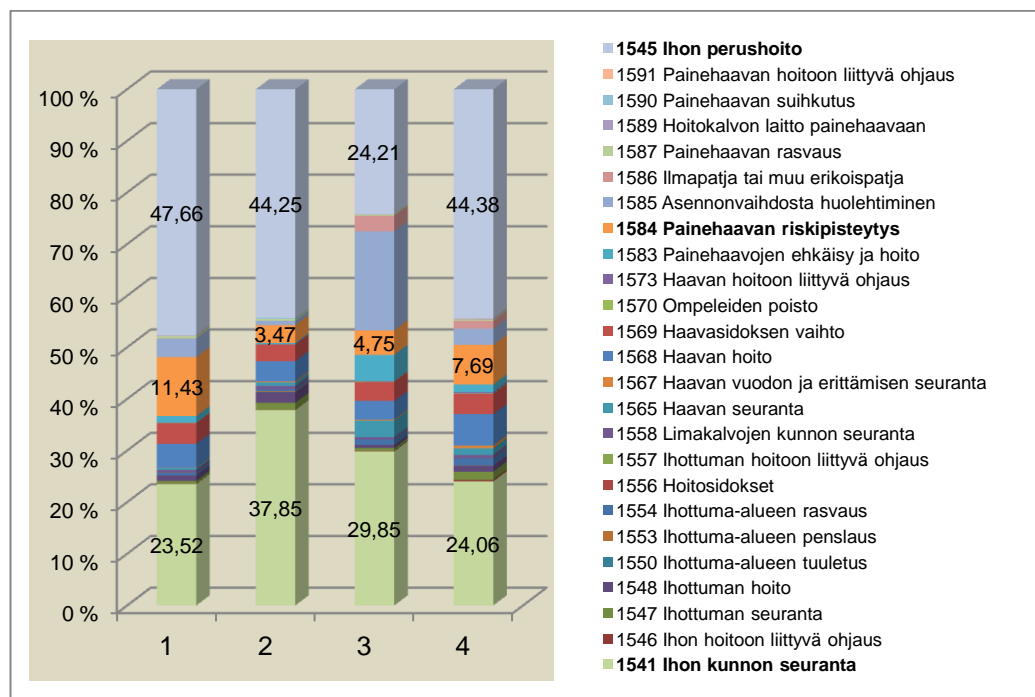


## Vanhainkotien kudoseheyden kirjausten tarpeet ja toiminnot

### Tarpeet

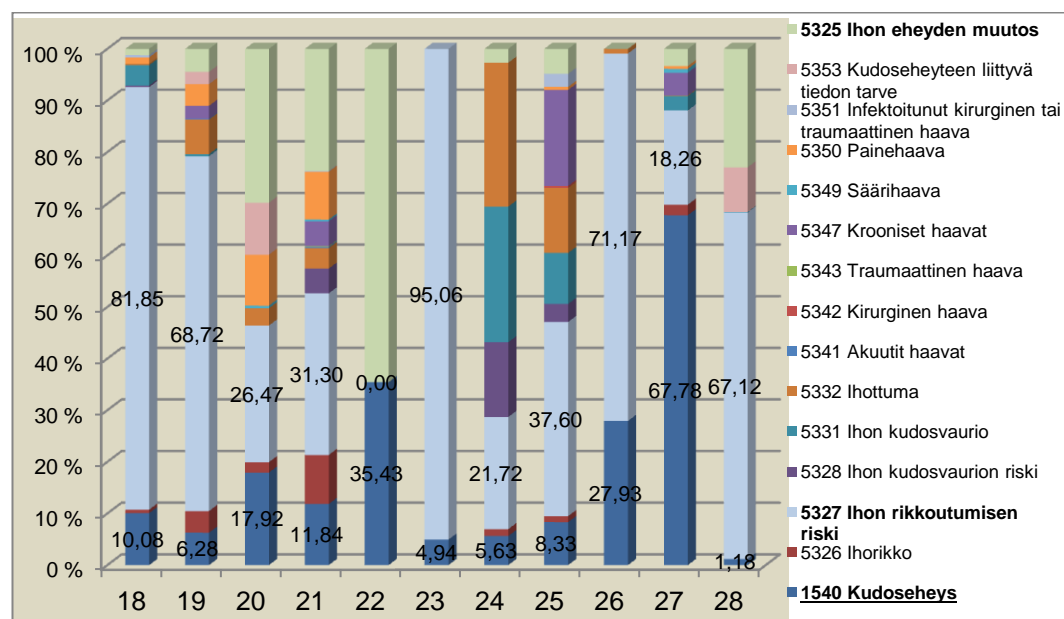


### Toiminnot

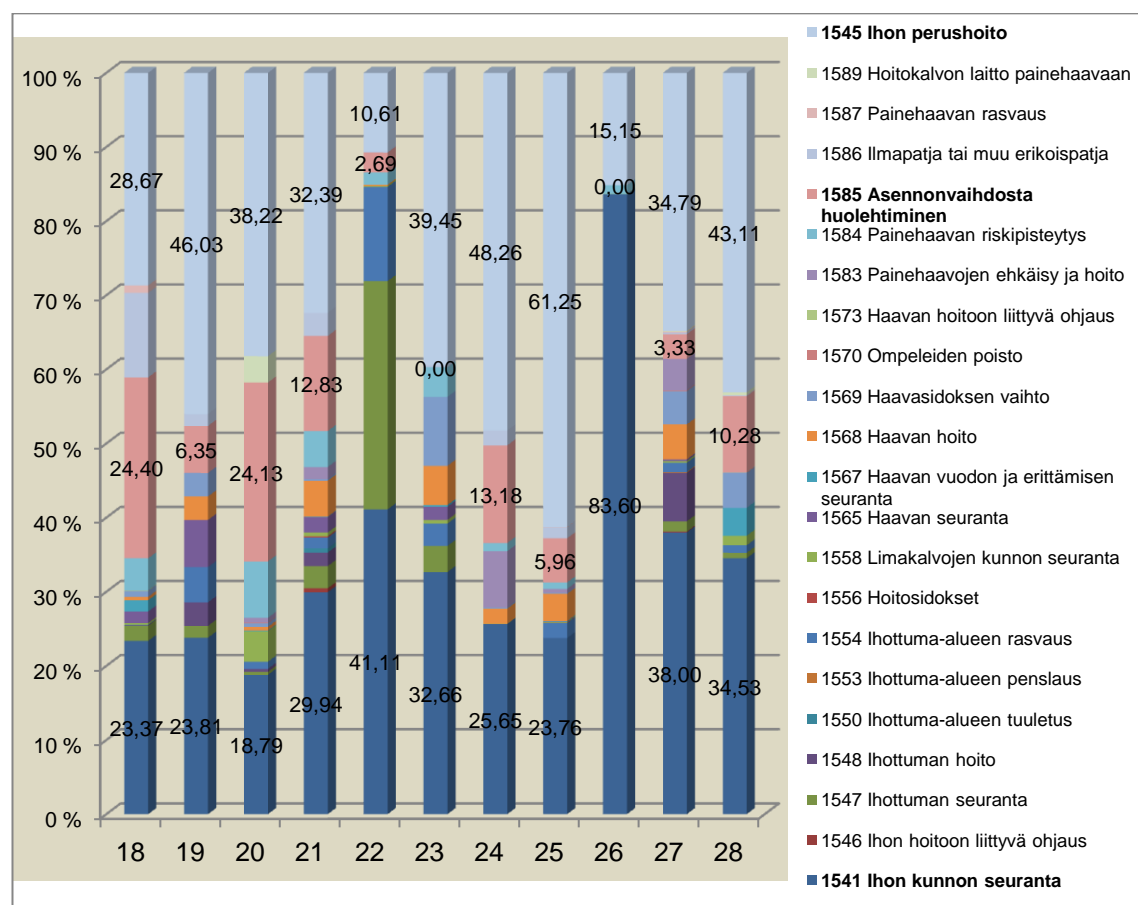


## Pitkäaikaissairaanhoidon kudoseheyden kirjausten tarpeet ja toiminnot

### Tarpeet

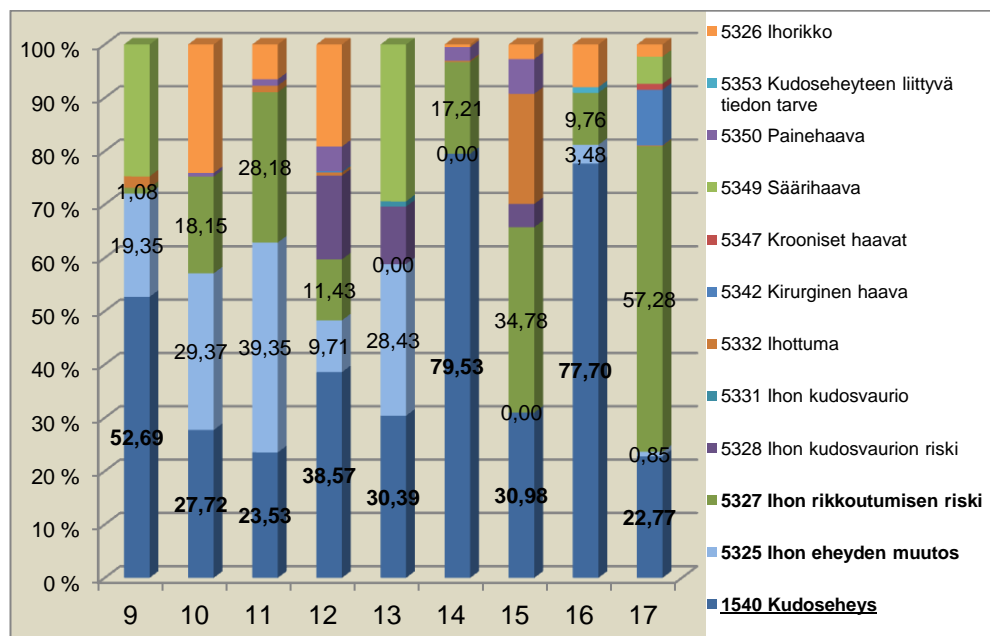


### Toiminnot



## Tehostetun palveluasumisen ja dementiakotien yksiköiden kudoseheyden kirjausten tarpeet ja toiminnot

### Tarpeet





Toiminnot

