



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
VASA YRKESHÖGSKOLA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sofia Forstén

Leena Hemminki

Riikka Sepponen

VÄHÄNKYRÖN TERVEYSKESKUKSEN  
VUODEOSASTON KIRJAAMISEN  
KUVAUS JA KEHITTÄMINEN

Sosiaali- ja terveysala  
2010

## TIIVISTELMÄ

Tekijät	Sofia Forstén, Leena Hemminki, Riikka Sepponen
Opinnäytetyön nimi	Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston kirjaamisen kuvaus ja kehittäminen
Vuosi	2010
Kieli	Suomi
Sivumäärä	57+3 liitettä
Ohjaaja	Terhi Pekkinen

---

Opinnäytetyö on osa eNNI (Electronic Documentation of Nursing Care – the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life) -hanketta, joka käynnistyi helmikuussa 2007 säädetyistä sähköistä potilastietojärjestelmää koskevasta lakimuutoksesta. eNNI-hankkeen päämääränä on yhtenäistää hoitotyön rakenteinen kirjaaminen sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Kansallisesti yhtenäinen kirjaamismalli perustuu FinCC (Finnish Care Classification) -luokitukseen, joka on suomalainen hoidon luokitus. Kirjaamisen yhtenäistäminen mahdollistaa potilastietojen tallentamisen KELAn ylläpitämään KanTa-arkistoon. KanTa-arkisto on kansallinen terveystietokanto, johon tallennetaan tulevaisuudessa kaikki potilasasiakirjat.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston kirjaamisen tilaa ja tuoda osaston kirjaamista koskeva hiljainen tieto esiin hoitohenkilökunnalle suunnatuin kyselylomakkein. Tavoitteena oli raporttimaisesti kuvata meneillään olevaa hanketta ja kyselyn tulosten perusteella tehdä kehittämismalli yhdestä esille nousseesta kirjaamisen ongelmakohtasta. Kehittämismalli tehtiin potilaan tulotilanteesta osastolle tullessa ja mallissa kuvattiin myös hoitosuunnitelman rakentamista kirjallisesti.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisesti eli laadullisesti ja kyselyn tulokset analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

---

Avainsanat hoitotyö, kirjaaminen, kehittäminen, eNNI

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma

## ABSTRACT

Authors	Sofia Forstén, Leena Hemminki, Riikka Sepponen
Title	Describing and developing the state of documentation at the ward of Vähäkyrö's health center
Year	2010
Language	Finnish
Pages	57+3 Appendices
Name of Supervisor	Terhi Pekkinen

---

This bachelor's thesis is a part of the eNNI (Electronic Documentation of Nursing Care – the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life) -project which started of the amendment regarding the electrical patient information system in February 2007. The aim of the eNNI-project was to unify the structured nursing documentation in electronic patient information systems. The national uniform documentation model is based on the FinCC-classification which is the finnish clinical care classification. Structured documentation makes it possible to store patient information to KanTa-archive. The KanTa-archive is a national health archive where all patient documentations are stored in the future.

The purpose of the thesis was to survey the state of documentation in the ward of Vähäkyrö's health center and bring the nurses silent knowledge out with questionnaires. The aim was to describe the ongoing project and based on the results make a developing model of one documentation problem. The development model was made of the situation when the patients come to the ward and it also includes the creation of a care plan.

The study was analyzed with qualitative methods and content analysis.

---

Keywords	Nursing, documentation, developing, eNNI
----------	--

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ .....	2
ABSTRACT .....	3
1 JOHDANTO .....	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	7
3 HANKKEEN TAUSTA .....	8
4 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN .....	11
4.1 Rakenteinen kirjaaminen .....	11
4.2 FinCC-luokitus .....	12
4.3 Hyvä hoitotyön kirjaaminen .....	16
4.4 Näyttöön perustuva hoitotyö .....	18
4.5 Hoitosuunnitelma .....	19
4.6 Hoitotyön kirjaamista koskeva lainsäädäntö .....	20
5 HOITOTYÖN PROSESSI .....	23
5.1 Tarpeen määrittäminen .....	23
5.2 Hoitotyön suunnittelu .....	24
5.3 Hoitotyön toteutus .....	24
5.4 Hoitotyön arviointi .....	25
6 KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT .....	26
6.1 Juurruttaminen .....	26
6.2 Tutkimusmenetelmät .....	27
6.3 Aineiston keruu ja analyysi .....	28
7 TIEDONHAKUPROSESSI .....	30
8 YKSIKÖN KUVAUS .....	31
9 KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS JA KYSELYN TULOKSET .....	32
9.1 Taustatiedot .....	32
9.2 Tulotilanteen kirjaaminen .....	34
9.3 Hoidon suunnittelu .....	37
9.4 Hoidon toteutus .....	40
9.5 Hoidon arviointi .....	41
10 HANKERAPORTTI .....	44
11 ARVIOINTI .....	47
11.1 Opinnäytetyön prosessin arviointi .....	47

11.2 Kehittämismallin arviointi .....	49
11.3 Arviointia omasta työskentelystä .....	50
LÄHTEET .....	52
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyö on osa eNNI (Electronic Documentation of Nursing Care – the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life) -hanketta, joka käynnistyi helmikuussa 2007 säädetyistä sähköistä potilastietojärjestelmää koskevasta lakimuutoksesta. eNNI-hankkeen päämääränä on yhtenäistää hoitotyön rakenteinen kirjaaminen sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Kansallisesti yhtenäinen kirjaamismalli perustuu FinCC (Finnish Care Classification) -luokitukseen, joka on suomalainen hoidon luokitus. Luokitus tulee käyttöön valtakunnallisesti kaikkiin potilastietojärjestelmiin.

Kelan on määrä avata kansallinen terveystietojärjestelmä KanTa-arkisto vuoteen 2011 mennessä. KanTa-arkisto on sähköinen terveystietojärjestelmä, johon arkistoituvat kaikki potilasasiakirjat. Tietojen tallentamisen mahdollistamisen vuoksi hoitotyön kirjaamisen yhtenäistäminen ja rakenteistaminen potilastietojärjestelmissä on ehdotonta ja lailla velvoitettua. KanTa-arkisto palvelee kaikkia terveydenhuollon palveluja tarjoavia organisaatioita. (KanTa 2009.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston kirjaamisen tilaa ja tehdä saatujen tulosten perusteella osastolle kirjaamista koskeva kehittämismalli. Menetelmänä käytetään hoitohenkilökunnalle suunnattuja kyselylomakkeita.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston kirjaamisen nykytilanne ja tuoda hoitohenkilökunnan kirjaamista koskeva hiljainen tieto esiin. Menetelmänä käytetään hoitohenkilökunnalle suunnattuja kyselylomakkeita. Opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisesti eli laadullisesti ja tulokset analysoidaan sisällönanalyysin avulla. Tavoitteena on raporttimaisesti kuvata meneillään olevaa hanketta ja luoda kehittämismalli yhdestä esille tulleesta kirjaamisen ongelmakohdasta yhteistyössä Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnan kanssa.

Opinnäytetyön aloitusvaiheessa opiskelijat tekivät opinnäytetyösuunnitelman, jonka yhtenä tärkeänä osana olivat opinnäytetyötä koskevat kysymykset. Kysymyksiä huolellisesti tarkastelemalla opinnäytetyö tehtäisiin parhain mahdollisin edellytyksin. Vastauksia haettiin seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaisella menetelmällä kyselylomake analysoidaan?
2. Minkälainen malli kyselylomakkeen pohjalta kehitetään?
3. Minkälainen on hyvä hankeraportti?
4. Minkälainen on hyvä kyselylomake?

### 3 HANKKEEN TAUSTA

eNNI (Electronic Documentation of Nursing Care – the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life) -hanke (www.enni.fi) on vuosina 2008-2012 käynnissä oleva valtakunnallinen hoitotyön sähköistä kirjaamista koskeva kansallinen hanke, jonka tarkoituksena on yhtenäistää hoitotyön rakenteinen kirjaaminen sähköisissä potilastietojärjestelmissä. (Ikonen 2009.) Hankkeen käynnistymisen taustalla on lakimuutos, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. (L159/2007.) Rakenteisen kirjaamisen mallia juurrutetaan työelämään terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen välisenä yhteistyönä. Juurruttaminen on kehittämistoiminnan menetelmä, joka on vaiheittain etenevä prosessi. Juurruttamisen avulla kehitetään ja luodaan uutta tietoa sekä toimintatapoja käytännön hoitotyöhön. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4.)

eNNI-hankkeeseen kuuluu osahankkeita. Ensimmäinen osahanke on toteutettu vuosina 2008-2009. Ensimmäisen osahankkeen tavoitteina olivat uudenlaisen kehittämissyhteistyön muodostaminen terveydenhuollon työyksiköiden kanssa ja pedagogisen toimintamallin käyttöönotto. Toimintamalliin kuuluvat uuden tiedon ja osaamisen tuottaminen hoitajien, hoitotyön opiskelijoiden ja opettajien kesken sekä uudistetun kirjaamisen käyttöönotto työyksiköissä. (eNNI 2008a.)

Vaasan ammattikorkeakoulu on tullut mukaan eNNIn toiseen osahankkeeseen, joka on käynnissä vuosina 2009-2010. eNNIn toisen osahankkeen tavoitteina jatkuvat edelleen kaikki ensimmäisen osahankkeen tavoitteet, joidenka lisäksi on asetettu kolme uutta tavoitetta. Uudet tavoitteet ovat vaikuttavuuden arviointi ja ammattikorkeakoulukirjastojen toiminnan selkeyttäminen osana pedagogista toimintamallia sekä alueellisen vaikuttavuuden arvioinnin kehittäminen tuottamaan kumulatiivista näyttöä. (eNNI 2008b.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään lähinnä kahteen työtä ohjaavaan tavoitteeseen. Ensimmäinen tavoite on uudenlaisen kehittämissyhteistyön muodostaminen terveydenhuollon työyksiköiden kanssa ja toisena tavoitteena on pedagogisen toimintamallin käyttöönotto.



Potilasasiakirjoja koskevia lakeja on useita. eNNI-hanke käynnistyi helmikuussa 2007 säädetyistä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevasta lakimuutoksesta. ”Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi”. Julkisten terveydenhuollon organisaatioiden tulee liittyä samaan sähköiseen arkistojärjestelmään viimeistään vuoteen 2011 mennessä. (eNNI 2007c; L159/2007.)

Toinen tärkeä lakimuutos koskien eNNI-hanketta käsitteli Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetusta potilasasiakirjoista. Uusi asetus tuli voimaan elokuussa 2009 ja kumosi samalla tammikuussa 2001 annetun Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksen potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. (L298/2009.)

Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston kirjaamisen nykytilanne ja tuodaan hoitohenkilökunnan kirjaamista koskeva hiljainen tieto esiin. Tavoitteena on raporttimaisesti kuvata meneillään olevaa hanketta ja luoda kehittämismalli yhdestä esille tulleesta kirjaamisen ongelmakohtasta yhteistyössä Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnan kanssa. Lähtökohtana hoitotyölle ja kirjaamiselle on hoitotyön eteneminen hoitotyön prosessin mukaisesti sekä pohjautuminen näyttöön perustuvaan hoitotyöhön.

Seuraavassa esitellään opinnäytetyön keskeiset käsitteet:

*eNNI* (Electronic Documentation of Nursing Care – the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life). eNNI-hankkeen päämääränä on yhtenäistää hoitotyön rakenteinen kirjaaminen sähköisissä potilastietojärjestelmissä. (Ikonen 2009.)

*Hoitokertomus* on hoitohenkilökunnan ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden laatima potilaskertomuksen osa, joka sisältää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin sekä päivittäiset merkinnät. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 61.)

*Hoitotyö* on terveyden- ja sairaanhoidon työtä ihmisarvoa kunnioittaen, vastuullisesti ja oikeudenmukaisesti. (HUS 2007.)

*Hoitotyön kirjaaminen* on potilaan hoitoprosessin aikana tapahtuvaa yhtenäistä ja rakenteista kirjaamista heti ensimmäisestä hoitopäivästä alkaen. (Saranto & Sonninen 2008, 12.)

*Hoitotyön prosessi* on menetelmä, jonka tarkoituksena on ohjata hoitajan ajattelua ja luoda hoitotilanteille johdonmukaisesti etenevä rakenne. (Kassara ym. 2005, 47.)

*Hoitosuunnitelma* on potilasta koskeva kirjallinen suunnitelma, joka on kokonaiskuvaus potilaan hoitotyöstä. (Kassara ym. 2005, 57.)

*Näyttöön perustuva hoitotyö* tarkoittaa parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja harkittua käyttöä potilaan, potilasryhmän ja väestön terveyttä sekä hoitoa koskevissa päätöksissä ja hoidossa. (Kassara ym. 2005, 34.)

*Juurruttaminen* on kehittämistoiminnan menetelmä, joka on vaiheittain etenevä prosessi. Juurruttamisen avulla kehitetään ja luodaan uutta tietoa sekä toimintatapoja käytännön hoitotyöhön. (Ahonen ym. 2005, 4.)

*Kansallinen kirjaaminen* eli *systemaattinen kirjaaminen* eli yhtenäistäminen tarkoittaa sitä, että on sovittu mitä, mihin ja miten kirjataan. Tarkoituksena ei ole vakioida hoitoa, vaan edistää hoitotietojen käyttöä potilaan parhaaksi. Yhtenäisyys näkyy myös tiedon tallentamisessa ja säilyttämisessä. (Saranto & Sonninen 2008, 12; Sonninen 2008, 66.)

*Rakenteinen kirjaaminen* mahdollistaa oleellisen tiedon säilyttämisen ja uudelleen hyödyntämisen sähköisissä arkistoissa. Rakenteisuus tarkoittaa, että tietosisältö on määritelty vähintään otsikkotasolla ja kirjattavan tiedon muoto on määritelty valmiiksi. (Ensio 2008, 96.)

## **4 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN**

Hoitotyön kirjaaminen on hoitojakson aikana tapahtuvaa hoitotyön prosessin mu-  
kaista kirjaamista. Hoitotyön kirjaamisen ja dokumentoinnin tarkoituksena on  
luoda edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle. Kirjatulla tiedolla on  
erityinen merkitys potilaan päivittäisessä hoidossa, koska hoitotietojen tulee olla  
helposti ja nopeasti saatavilla. Hoitotyön kirjaamisen tulee myös turvata hoitoa  
koskeva tiedonsaanti, varmistaa hoitotyön toteutus ja seuranta, turvata hoidon  
jatkuvuus, parantaa potilasturvallisuutta ja kehittää henkilökunnan ammattitaitoa  
sekä säästää kustannuksissa. Rakenteinen kirjaaminen tulee näkymään lähivuosina  
kirjaamistottumusten muutoksena, kun olemassa oleviin potilastietojärjestelmiin  
liitetään FinCC -luokituksen mukainen rakenteisen kirjaamisen pohja. Valtakun-  
nallinen muutos koskien kirjaamista vaatii hoitohenkilökunnalta sähköisen kir-  
jaamisen yhtenäistämistä hoitotyön prosessin mukaiseksi ja hiljaisen tiedon esille  
tuontia. Hiljainen tieto selittää hoitajien toimintatapoja, tilanneratkaisuja ja kir-  
jaamistottumuksia. Yhtenäinen sähköinen kirjaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta  
koulutusta ja muutos näkyy niin kentillä kuin kouluissakin. Sosiaali- ja terveys-  
alan koulutusohjelmien uudet opetus suunnitelmat sisältävät enemmän rakenteisen  
kirjaamisen ja tietoteknillisten taitojen ohjausta ja opetusta, joka helpottaa opiske-  
lijöiden siirtymistä työelämään. (Saranto & Sonninen 2008, 12-16.)

### **4.1 Rakenteinen kirjaaminen**

Rakenteiseen, hoidon luokituksiin perustuvaan hoitotyön kirjaamiseen siirtyminen  
ja järjestelmien kehittyminen mahdollistaa hyvän hoitotyön kirjaamisen ja jatku-  
van kehittymisen (Mäkilä 2007, 38). Rakenteinen kirjaaminen yhtenäistää käytet-  
täviä käsitteitä, tukee hoitotyön kirjaamiseen perehtymistä ja parantaa kirjaamisen  
sekä hoitotyön laatua. Luokitusjärjestelmän avulla potilaan hoitotiedoista voidaan  
koota erilaisia tietokokonaisuuksia käyttämällä yhtenäisiä luokituksia, otsikoita ja  
koodistoja. Näin voidaan koota esimerkiksi kaikki haavanhoitoa koskevat tiedot  
samalle sivulle ja saada kattava kuva haavanhoidon etenemisestä ja hoitomuodois-  
ta. Tiedot voidaan myös yhdistää potilaaseen, aikaan, erikoisalaan tai ammatti-  
ryhmään tiedonhakijan tarpeen mukaan. Koottuja tietoja voidaan hyödyntää mo-

nessa eri tarkoituksessa, kuten läheteissä, tiivistelmissä, hoitopalautteissa tai yhteenvedoissa. Tiedon koonti yksinkertaisella hakumenetelmällä takaa yhtenäisen tiedon saatavuuden ja säästää hoitajilta huomattavasti aikaa. (Tanttu & Rusi 2007, 116.) Kun hoitotiedot kirjataan rakenteisesti potilastietojärjestelmiin, mahdollistuu tulevaisuudessa tietojen valtakunnallinen tallennus yhteen ainoaan paikkaan. Hoitotiedot tallennetaan Kansaneläkelaitoksen ylläpitämään sähköiseen eArkistoon, nimeltä KanTa-arkisto. Arkiston tavoitteena on muun muassa tehostaa hoitoa ja parantaa potilasturvallisuutta. Arkiston toimiessa hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus saada esille nopeasti tarvittavat potilastiedot potilaan hakeutuessa hoitoon missä päin Suomea tahansa. (Aaltonen 2010.)

Kehitettäessä kirjaamisrakennetta, tavoitteena on etenkin edistää potilaan hyvää hoitoa ja saada hyvän hoitamisen sisältö esille mahdollisimman selkeästi ja monipuolisesti. Selkeällä rakenteella tuodaan esille potilaan yksilöllinen tilanne hoitajan näkökulmasta ja potilaan itse kokema terveys ja sairaus. (Kärkkäinen 2007, 92.) Tärkeä osa kirjaamisrakennetta kehitettäessä on turvata potilaan ja hoitajan oikeudet. Oikeusturvan toteutumisen vuoksi on hoitajan tärkeä perustella kaikki päätökset kirjallisena potilasasiakirjoihin, vaikka toiminnan takana olisi osaston yleiset käytännöt tai itsestään selvät asiat. Mahdollisen ongelman/tapaturman sattuessa otetaan vanhat potilaspaperit esille ja ryhdytään niiden pohjalta tutkimaan, mikä kyseiseen sattuun/hoitotulokseen on johtanut. Ilman kattavaa kirjausta hoidosta voi jäädä paljon epäselvyyksiä ja tällöin voidaan joutua hankalaan asemaan, jossa potilaan sana on hoitajan sanaa vastaan. (Mäkilä 2007, 39.)

Rakenteinen kirjaaminen ei hyödytä ainoastaan tiettyä potilasta ja hoitohenkilökuntaa, vaan auttaa kehittämään hoitotyötä paljon suuremmalla asteikolla. Rakenteisen kirjaamisen avulla saadaan tehtyä tilastoja ja raportteja hoitotyön johtamisen, suunnittelun, toiminnanohjauksen ja laadun varmistamiseksi. (Tanttu & Rusi 2007, 116.)

## **4.2 FinCC-luokitus**

Lähtötulevaisuudessa terveydenhuollon eri ammattiryhmät käyttävät yhtenäistä sähköistä potilaskertomusta, joka mahdollistaa moniammatillisen tiedonsaannin

koko hoitoprosessin etenemisen ajan. (Tanttu & Rusi 2007, 113, 116.) Eri potilastietojärjestelmiin tulee valtakunnallisesti yhtenäiset luokitukset, jotka toimivat pohjana päivittäiselle, hoidon rakenteiselle kirjaamiselle. FinCC (Finnish Care Classification) on suomalainen hoidon luokitus. Se sisältää komponentteja, pää- ja alaluokkia, jotka ovat kehitetty tukemaan hoitotyön prosessimallin mukaista käytäntöä. Luokituksia on testattu ja kehitetty jo pidemmän aikaa. Yhdysvalloissa hoitotyöndiagnoosiluokitusta on käytetty ja kehitetty jo vuodesta 1972 lähtien. Amerikan sairaanhoitajien järjestö (American Nurses Association) on järjestänyt laajan toimintamallin luokitusten kehittämiseen ja käyttäjiltä tuleva palaute ohjaa kehityksen suuntaa muutoksilla, lisäyksillä tai poistoilla. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3; Saranto & Ensio 2007, 133.)

Suomalainen hoidon luokitus on syntynyt HoiDok ja HoiData hankkeista. HoiDok on valtakunnallinen sähköisen hoitotyön dokumentoinnin hanke, joka on toteutettu vuosina 2005–2007. Sen tarkoituksena oli kehittää uusi valtakunnallinen rakenteisen kirjaamisen malli. HoiData on kansallisesti yhtenäisen hoitotyön tiedot -hanke, joka on jatkoa HoiDok -hankkeelle. Hanke on toteutettu vuosina 2007–2009 ja sen tarkoituksena on kehitysmallin käyttöönoton tukeminen. FinCC perustuu kolmeen osa-alueeseen, jotka muodostavat yhdessä suomalaisen luokituksen. Suurimmat luokitukset ovat hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja hoitotyön toimintoluokitus (SHToL). Näiden kahden luokituksen lisäksi on hoidon tuloksen tila -luokitus (SHTuL), jonka tarkoituksena on arvioida hoidon tulosta. Nämä luokitukset puolestaan perustuvat 1990-luvun alussa kehitettyyn Yhdysvaltalaiseen Clinical Care Classification -luokitukseen. Vieraassa kulttuurissa laadittu luokitusjärjestelmä ei kuitenkaan sovellu suoraan käytettäväksi Suomessa, vaan vaatii aina kulttuurisen luotettavuusarvion, jonka tuloksena saadaan kehitettyä kansallisia hoitokäytäntöjä vastaava luokitus. Tämän vuoksi suomalainen hoitotyön toimintoluokitus on kehitetty ja testattu Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä. Lähtökohdina testaukselle on ollut selvittää komponenttien kattavuus, selkeys, konkreettisuus ja tärkeys. Kyseisiä luokituksia käytetään kirjaamisen apuvälineinä sähköisissä potilastietojärjestelmissä ja hoitotyön kirjaamisen kansallisessa kehityshankkeessa. Luokitusten tavoitteena on helpottaa kirjaamista kunkin luokan asia-

sisältöjä käyttäen. Luokituksia käytetään hoitotyön kirjaamisessa jokaisen potilaan kohdalla. (Stakes 2008; Saranto & Ensio 2007, 129-133.)

Seuraavissa kappaleissa esitetään käytännön esimerkki tarve-, toiminto- ja tulosluokitusten käytöstä liittyen potilaan lonkkaleikkauksesta aiheutuvan kivun hallintaan.

Tarveluokitus (SHTaL) määrittelee potilaan hoidon tarpeen. Hoitaja aloittaa valitsemalla hoidon tarveluokituksen komponentin, joka tässä tapauksessa on aistitoiminta. Pääluokaksi valitaan akuutti kipu ja jotta tietoa saadaan tarkennetuksi, valitaan alaluokaksi toimenpiteeseen liittyvä kipu. Valittuaan sopivat luokat hoitaja jatkaa tarpeen kuvailua kirjaamalla avoimeen tilaan, lonkkaleikkauksesta johtuva kivunhoito. Tarveluokitukseen voidaan vielä selventääkseen tilannetta kirjoittaa tavoitteeksi kivun lievittäminen. Tarpeen kirjaamisen jälkeen tieto jää näkyväksi kaikille hoitajille ja seuraavaan työvuoroon tullut hoitaja näkee potilaskertomuksesta heti, että potilas on ollut leikkauksessa ja tarvitsee täten kivunhoitoa. (Tanttu, 2009.)

<b>Komponentti</b>	<b>Pääluokka</b>	<b>Alaluokka</b>
Aistitoiminta →	Akuutti kipu →	Toimenpiteeseen liittyvä kipu
<i>Lonkkaleikkauksesta johtuva kivunhoito</i> → <i>Kivun lievittäminen</i>		

**Kuva 1** Esimerkki tarveluokituksen käytöstä.

Hoitotyön toteutus kirjataan toimintoluokitusta (SHToL) käyttäen. Sitä käytetään esimerkiksi kirjattaessa potilaalle annettu lääke. Ensin valitaan lääkehoidon komponentti, jonka jälkeen tietoja tarkennetaan valitsemalla pääluokasta lääkkeen antaminen ja alaluokkia käyttäen lääkkeen antaminen suun kautta. Tämän jälkeen hoitaja kirjaa avoimeen tilaan, milloin, miksi ja mitä lääkettä potilaalle on annettu. Esimerkiksi, saanut Panadol 1g per os lonkkakipuun kello 14.00. (Tanttu, 2009.)

<b>Komponentti</b>	<b>Pääloukka</b>	<b>Alaluokka</b>
Lääkehoito →	Lääkkeen antaminen →	Lääkkeen antaminen suun kautta
<i>Saanut Panadol 1g per os lonkkakipuun kello 14:00.</i>		

**Kuva 2** Esimerkki toimintoluokituksen käytöstä.

Halutessa tietoa hoitotyön toteutuksen tehokkuudesta, voidaan tuloksen tilan luokitusta (SHTul) käyttäen arvioida hoidon tulosta. Potilaan vointia, nykytilaa tai selviytymistä arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin tai toteutuneeseen hoitoon. Se tapahtuu valitsemalla yksi kolmesta vaihtoehdosta: ennallaan, huonontunut tai parantunut. Valitaan esimerkiksi komponentti parantunut ja kirjataan avoimeen tilaan, kello 15 potilas kertoo lääkkeen auttaneen, ei kipua. (Tanttu, 2009 ; Liljamo ym. 2008, 11.)

<b>Komponentti</b>	<b>Pääloukka</b>
Hoidon tuloksen tila →	Parantunut
<i>Kello 15 potilas kertoo lääkkeen auttaneen, ei kipua.</i>	

**Kuva 3** Esimerkki tuloksen tilan luokituksen käytöstä.

Käyttämällä kaikkia kolmea luokitusta saadaan kokonaisvaltainen kuva potilaan tarpeista, hoidon toteutuksesta ja saavutetusta tuloksesta. Mainittakoon vielä luokituksen laajuudesta ja kattavuudesta se, että luokitus koostuu 19 eri komponentista. Näistä komponenteista hoidon tarveluokitukseen lähteviä pääloukkia on 88 kappaletta ja näistä valittavia alaluokkia 179 kappaletta. Hoidon toimintaluokituksessa pääloukkia on 164 kappaletta ja näistä lähteviä alaluokkia 266 kappaletta. (Tanttu, 2009; Liljamo ym. 2008, 6.)

<b>Komponentit</b>	
Samat molemmissa (SHTaL, SHToL) luokituksissa, yhteensä 19	
<b>Pääluokat</b>	
Tarveluokitus (SHTaL) 88	Toimintoluokitus (SHToL) 164
<b>Alaluokat</b>	
Tarveluokitus (SHTaL) 179	Toimintoluokitus (SHToL) 266

Kuva 4 SHTaL ja SHToL luokkien rakenne ja lukumäärät.

### 4.3 Hyvä hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamista on viimeaikoina tutkittu runsaasti. Siihen mitä hoidosta kirjataan, vaikuttaa tutkimusten mukaan hoitajien asenne kirjaamiseen, henkilökunnan kyky analyttiseen ja kriittiseen ajatteluun sekä työyksikön toimintatavat ja työskentelyolosuhteet (Kärkkäinen 2007, 91). Huomiota kiinnitetään hoitosuunnitelmaan, joka tarkasti laadittuna on pohja hyvälle hoitotyön kirjaamiselle. Nimetyt tarpeet tai ongelmat suunnitelmiseen ja tavoitteineen helpottavat ja ohjaavat hoitajaa kirjaamaan oleelliset asiat koskien potilaan vointia ja hoitajan havaintoja. (Mäkilä 2007, 37-38.)

Hoitajan tulee kirjatessaan ajatella, mikä on olennaista tietoa ja mikä ei. Monessa tapauksessa kirjaaminen voi myös jäädä hyvin pelkistetyksi kuten, pikkupesut tehty, lounas syöty tai käynyt kahvilassa. Näin kirjattu tieto ei kerro potilaan terveyden- tai mielentilasta mitään. Kirjatusta tiedosta ei tule esille, miten hyvin asiat on tehty ja onko potilas tarvinnut apua tai neuvontaa näitä toimintoja tehdesään. Hoitajat ovat useassa paikassa tottuneet kirjaamaan kaikki potilaan tekemiset ja omat tehdyt työt. Vielä kuulee sanottavan ”se mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty”. Sanonta on hyvä siinä mielessä, että tärkeitä tietoja ei jää kirjaamatta. Hoitajan kirjatessa potilaan voinnin kannalta epäolennaisia asioita, kuten sänky pedattu potilaan käydessä suihkussa, vie hoitajalta turhaa aikaa ja energiaa. Kirjatessa



tulee omien havaintojen lisäksi huomioida potilaan näkökulma voinnista ja sairaudesta. (Mäkikä 2007, 37-38.)

Viimeaikoina esillä ollut hiljaisen tiedon esilletuominen on nostettu tärkeäksi osaksi kirjaamisen kehittämistä. Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan kokemuksen kautta syntyvää tietoa, jota on sanoin vaikea kuvailla ja kirjoittaa. Hiljainen tieto jakautuu kahteen ulottuvuuteen, kognitiiviseen ja tekniseen. Kognitiivinen ulottuvuus tarkoittaa niitä mentaalisia arvoja, malleja, uskomuksia ja ajatusrakennelmia, jotka ovat osa ihmisen toimintaa siten, että kyseinen henkilö pitää niitä itsestäänselvyytenä. Teknisiin ulottuvuuksiin kuuluvat puolestaan vapaamuotoiset tai hankalasti paikallistettavat tiedot ja taidot, kuten ammattitaito ja osaaminen. (Saranto 2008, 22.)

Hiljainen tieto vaikuttaa hoitajan käytökseen ja päätöksentekoon, mutta ei tule esille hoitokertomuksessa. Ajatuksena olisi alkaa siirtää hoitajien ajatukset sanoiksi potilaspapereihin, jotta saataisiin selville, miksi on toimittu tietyllä tavalla ja mihin toiminta perustuu. Kun perusteet hoidolle löytyy selkeästi kirjattuna, tietoa ei enää tarvitse tiedustella ja hoitajien luottamus kirjattuun tietoon kasvaa. Tämä on myös vahvana ajatuksena hiljaisen raportoinnin takana. Miksi käyttää aikaa asioiden kertomiseen suullisesti, kun tieto on jo kaikkien luettavissa? Työpaikoilla, joissa hiljainen raportti on käytössä, hoitajat lukevat itsenäisesti tietokoneelta edellisten vuorojen tapahtumat. Hiljainen raportti vaatii hoitohenkilökunnalta hyviä kirjaamistaitoja ja hoitajien tulee tunnistaa potilaan voinnin sekä hoidon kannalta oleelliset asiat ja kirjata ne ylös niin, että lukija ymmärtää, mitä tiedoilla tarkoitetaan. (Mäkikä 2007, 39.)

Kirjaamisessa tulee käyttää selkeää kieltä ja välttää lyhenteitä sekä osaston omaa työpaikkaslangia. Ilman kattavaa kirjausta seuraava vuoro ei saa potilaasta tarpeeksi tietoa, eikä potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen onnistu. Kirjaamisen ollessa puutteellista tai epäselvää hiljainen raportointi ei toimi. Ihanteellista olisi, jos valtakunnallinen kirjaamistaso olisi niin hyvä, että hiljainen raportti olisi vaihtoehto kaikilla työpaikoilla. (Mäkikä 2007, 39.)

#### 4.4 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä (evidence based nursing) tarkoietaan parhaan ajan tasalla olevan tutkimustiedon arvioimista ja käyttämistä järjestelmällisesti, kriittisesti ja harkitusti potilaan, potilasryhmän ja väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja toiminnassa. Sitä sovelletaan johtamiseen ja koulutukseen, mutta sen pääasiallinen ja hyödyttävien käyttömuoto käytännön hoitotyössä on soveltaa tutkimustietoa yksittäisten potilaiden ja heidän perheidensä sekä läheistensä hoitoon. Hoitamisen päätöksenteko ja väestölliset hoitolinjat saavat myös laadukasta pohjaa jo tutkitusta tiedosta. Ei tule kuitenkaan unohtaa, että näyttöä tarvitaan myös hoitohenkilökunnan arvokkaasta kokemustiedosta sekä havainnoista ja itse potilaan sekä hänen läheistensä hoitokokemuksista. Näytön ulottuvuuksia hoitotyössä ovatkin tieteellinen näyttö, hyväksi havaittu toimintanäyttö ja kokemukseen perustuva näyttö. Kaikki nämä kolme kategoriaa yhdessä toteuttavat sekä kehittävät näyttöön perustuvaa hoitotyötä mahdollisimman monipuolisesti ja laajasti. (Kassara ym. 2005, 34; Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2006, 118.)

Tutkitun tiedon avulla saadaan näyttöä siitä, millainen hoitotyö edistää parhaalla mahdollisella tavalla yksittäisen potilaan ja koko väestön terveyttä, hyvinvointia ja elämänkaaren kulkua yhteiskunnassa. Näyttöön perustuva hoitotyö ja sen kehittäminen vaatii hoitajien, johtajien, kouluttajien ja tutkijoiden tiivistä yhteistyötä laadukkaan ja kokonaisvaltaisen lopputuloksen saamiseksi muun muassa systemaattisen kirjallisuuskatsauksien tarkastelun ja niiden tekemisen avulla. (Eriksson ym. 2006, 118.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohtana on helpottaa ja parantaa konkreettista hoitotyötä niin hoitohenkilökunnan kuin potilaiden kannalta. Tärkeimpänä tehtävänä on hoidosta saatava hyöty ja todelliset terveyttä ja hyvinvointia edistävät vaikutukset. Hoitajan tulee perustella toimintaansa tutkimukseen perustuvan näytön avulla objektiivisesti ja siten löytää mahdollisimman hyviä ja mielekkäitä ratkaisuja hoitotyön tulokselliseen toteuttamiseen. Myös hoitotyöhön liittyvät päätökset ja kenties sovitusta toimintamallista poikkeavat ratkaisut ovat helppoja pe-

rustella näytön avulla. Konkreettinen hoito ja hiljainen tieto saadaan tuotua näkyväksi ja näin ollen hoitolinjaukset sekä yksilökohtainen hoito ovat helpompia suunnitella, sillä näyttöön perustuva hoitotyö tuo esiin hoitotyön eri menetelmät ja kokonaiskatsauksen henkilökunnan rooleista hoitokokonaisuudessa. Tämä helpottaa myös löytämään hoitotyön mahdollisia epäkohtia ja tuomaan esille uusia toimintamalleja tutkitun tiedon valossa. Tutkittu tieto kaikkine edistävine vaikutuksineen potilaan kannalta tuo suurta helpotusta myös hoitohenkilökunnan työhön ja tutkimustiedon hakuun. Koska näyttö on jo olemassa, kaikkea ei tarvitse etsiä alusta alkaen useista eri lähteistä. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiskohdassa mainitut kirjallisuuskatsaukset ovat oiva väline helpottamaan hoitajien työtä. (Kassara ym. 2005, 34; Eriksson ym. 2006, 120.)

Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ja erikoislääkärijärjestöt ovat luoneet 1990-luvulla toimintamallin, joka tunnetaan nimellä Käypä hoito -suositukset. Käypä hoito -suositukset ovat tunnetuin Suomessa käytettävä kirjallisuuskatsauksiin pohjautuva hoitosuositus. Suositukset pohjautuvat toimintamalliin, jonka avulla luodaan kansallisia hoitosuosituksia näyttöön perustuvan materiaalin avulla eri sairauksista. Käypä hoito -suositukset ovat suomalaisten asiantuntijoiden arvioimia, parhaaseen tieteelliseen tutkimusnäyttöön perustuvia ohjeistuksia niin lääketieteellisistä kuin kansanterveydellisestikin merkittävistä ongelmista. Käypä hoito -suositukset ovat koko kansan luettavissa osoitteessa [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi). (Kassara ym. 2005, 35.)

#### **4.5 Hoitosuunnitelma**

Hoitosuunnitelma on potilasta koskeva kirjallinen suunnitelma, joka on kokonaiskuvaus potilaan hoitotyöstä. Sairaanhoidaja vastaa potilaan hoitotyön suunnittelemisesta ja hoitosuunnitelmaa voidaan pitää myös tiedonsiirron välineenä. (Kassara ym. 2005, 56-57.)

Hyvin tehdystä hoitosuunnitelmasta ilmenee paljon asioita. Näitä ovat potilaan esitiedot sekä niiden vastaanottaminen, hoitotyön tavoitteiden asettaminen ja hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteutus ja käytetyt auttamismenetelmät, hoitotyön

arviointi, jatkohoidon suunnittelu ja potilaan kotiuttaminen sekä koko hoitajakso- ta tehtävä hoitotyön arviointi ja tiivistelmä. (Kassara ym. 2005, 57.)

Hoitosuunnitelman tehtävänä on taata potilaan hoidon jatkuva ja joustava etene- minen, varmistaa hoitoa koskeva tiedon saaminen sekä taata hoitotyön toteutus ja seuranta. Hyvästä hoitosuunnitelmasta hoitajan tulisi saada selkeä kuva potilaan saamasta hoidosta, hoidon ongelmista sekä hoidon tuloksellisuudesta. (Kassara ym. 2005, 56.)

#### **4.6 Hoitotyön kirjaamista koskeva lainsäädäntö**

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat useat lait, asetukset ja ohjeet. Laki potilaan ase- masta ja oikeuksista (2000) on potilaslähtöisen hoitotyön laillinen kulmakivi. Hoi- tajien ja potilaiden olisi hyvä tuntea kyseinen laki, jotta potilaan oikeudet toteutui- sivat ja hoitotyö olisi potilaslähtöistä sekä eettisesti toteutuvaa. Tässä työssä käsi- tellään kirjaamista oleellisesti koskevia lakeja. Lakeja ovat muun muassa Henkilö- tietolaki (1999), Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007) ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009).

Kirjaamista koskevan lainsäädännön pohjana toimii Henkilötietolaki. Sen tarkoi- tuksena on suojata yksityisyyttä henkilötietoja käsiteltäessä sekä noudattaa ja ke- hittää tietojenkäsittelytapoja. Henkilötietolaki edellyttää hoitohenkilökunnalta vaitiolovelvollisuutta. Hoitajan saamia tietoja potilaan ominaisuuksista, henkilö- kohtaisista tiedoista, potilaan elinolosuhteista ja taloudellisesta asemasta ei tule antaa sivullisille. Henkilötietolaki sisältää myös ohjeet henkilötietojen käsittelys- tä. Henkilötietojen hankkiminen, luovuttaminen tallentaminen, muuttaminen ja poistaminen tulee tapahtua säännönmukaisesti. (L523/1999.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan helmikuussa 2007 ja sen myötä käynnistyi sähköistä kirjaamista koskeva eNNI (Electronic Documentation of Nursing Care – the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and wor- king life) -hanke. Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon

asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuoltopalvelujen tuottamiseksi. Tuottaminen tulee tapahtua potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä edistämällä potilaan tiedonsaanti mahdollisuuksia. Asiakastietojen tulee säilyä muuttamattomina koko säilytyksen ajan. (L159/2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista on tullut voimaan elokuussa 2009. Tätä asetusta sovelletaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävien asiakirjojen laatimiseen ja hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämiseen. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus, potilastiedot tai -asiakirjat, kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat sekä potilaan hoitoon liittyvät muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (L298/2009.)

Potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt saavat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Opiskelijat saavat tehdä potilasasiakirjoihin merkintöjä toimiessaan laillistetun ammattihenkilön tehtävässä, muutoin opiskelijan tekemät merkinnät hyväksyy hänestä vastuussa oleva taho. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä, lyhenteet ja käsitteet tulee olla yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä. Potilaskertomus tulee laatia jatkuvaan muotoon aikajärjestyksessä. Potilaskertomusta tai sen osia ei saa kirjoittaa uudelleen eikä alkuperäistä sivua saa korvata. (L298/2009.)

Potilasasiakirjoihin tulee asetuksen mukaan merkitä seuraavat perustiedot potilaasta: potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot. Potilaan ja hoitajan oikeusturvan vuoksi, potilasasiakirjoihin merkitään merkinnän ajankohta ja tekijä sekä tekijän ammattinimike. Potilasasiakirjoihin merkitään saapumisajankohta sekä terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa potilasta hoidetaan. Alaikäisen tai holhouksen alla olevan potilaan kohdalla tulee ilmetä huoltajien tai laillisten edustajien nimet ja yhteystiedot. Potilasasiakirjoihin merkitään tarvittaessa potilaan lähiomaisen tai yhteyshenkilön nimi ja yhteystiedot sekä sukulaissuhde. Potilaalle pyritään järjestämään palvelut omalla äidinkielellään ja sen vuoksi potilasasiakirjoihin tulisi merkitä potilaan äidinkieli tai asiointikieli. Tapaturman sattuessa potilasasiakirjoihin merkitään hoidon maksava vakuutusyhtiö. Mikäli kyseessä on työtapaturma tai ammattitauti, tulee potilasasiakirjoihin merki-

tä potilaan ammatti ja työnantajan vakuutusyhtiö. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen tulisi potilasasiakirjoihin merkitä tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset. Hoitotiedoista potilaskertomukseen tulee merkitä kaikki potilasta koskevat palvelutapahtumat, tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystarve, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. (L298/2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriön potilaskirja asetuksessa ohjeistetaan potilasasiakirjojen oikeanlaisesta säilyttämisestä ja hävittämisestä. Potilasta hoitavan tahon tulee säilyttää potilasasiakirjoja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaisesti. Säilytysajan päätyttyä asiakirjat hävitetään välittömästi anonymiteetistä huolehtien. Kansaneläkelaitos puolestaan huolehtii arkistointipalveluun tallennettujen asiakirjojen teknisestä hävittämisestä. (L298/2009.)

## 5 HOITOTYÖN PROSESSI

Hoitotyön prosessi on menetelmä, joka tukee hoitajan ajattelua ja hoitotyön etenemistä loogisessa järjestyksessä. Se on yksilöllisyyttä tavoitteleva ja siinä potilas on kaiken toiminnan lähtökohtana. Hoitotyön prosessi sisältää hoitotyön tarpeen määrittämisen, suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. On tärkeää edetä hoitotyön kannalta oikeassa järjestyksessä alkaen hoitotyön tarpeen määrittämisestä hoitotyön arviointiin. Noudatettaessa hoitotyön prosessia kirjaamisesta tulee kokonaisvaltaista. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2008, 51.)

Hoitotyön prosessi etenee ongelmanratkaisuja ja päätöksentekoa sisältävinä toimintoina. Hoitotyön päätöksenteon perustana pidetään potilaan tuntemista. Mikäli hoitaja ei tunne potilastaan, on hänen vaikea ymmärtää tilannetta ja tehdä potilasta koskevia päätöksiä. Päätöksenteot liittyvät hoitotyössä potilaan tarpeiden määrittämiseen, hoidon suunnitteluun ja hoidon tulosten arviointiin. Hoitajan taito tehdä päätöksiä heijastuu myös kirjaamiseen. (Kassara ym. 2005, 56.)

### 5.1 Tarpeen määrittäminen

Hoitotyön prosessin ensimmäinen vaihe on potilaan tarpeen määrittäminen. Tarpeen määrittelyvaiheessa vastataan kysymyksiin: miksi potilas tuli sairaalahoitoon ja minkälainen on potilaan vointi? Tarpeen määrittämiseen kuuluu tarkoituksenmukaisten tietojen kerääminen, joita kerätään potilaan terveydentilasta ja elintavoista kysymällä häneltä itseltään, tarvittaessa lähiomaisilta tai lukemalla potilaan aikaisempia potilaskertomuksia. Haastattelun lisäksi hoitaja kerää tietoa potilaasta havainnoimalla häntä ja tekemällä erilaisia perusmittauksia. Tarpeen määrittämisessä pyritään tunnistamaan potilaan hoitotyön tarpeet ja ihanteellisinta olisi, jos hoitaja kykenisi löytämään yhdessä potilaan kanssa keskeisimmän hoitotyön tarpeen. (Kassara ym. 2005, 47-48.) Kaikkia hoitotyön tarpeita ei ole tarkoitus kirjata näkyviin, vaan kiinnittää huomio kaikkein oleellisimpaan tarpeeseen. Hoitotyön ongelmia kartoittaessa määritetään potilaan aktuaaliset ja potentiaaliset ongelmat. Aktuaalinen ongelma on esimerkiksi lonkkaleikkauksesta aiheutuva kipu ja potentiaalinen ongelma on esimerkiksi voimakkaasta kipulääkityksestä aiheutuva sekaavuus. (Anttila ym. 2008, 52.)

## 5.2 Hoitotyön suunnittelu

Hoitotyön tarpeen määrittämisen jälkeen seuraa hoitotyön suunnittelu. Hoitotyön suunnittelu vastaa kysymykseen: miten potilasta autetaan hoitotyön keinoin? Suunnittelu koostuu tarpeiden asettamisesta tärkeysjärjestykseen, tavoitteiden asettamisesta, auttamismenetelmien kuvaamisesta ja hoitotyön suunnitelman kirjoittamisesta. Hoitotyön suunnitelmaan kirjoitetulla tavoitteella tarkoitetaan sitä, mihin potilaan hoidossa pyritään. (Kassara ym. 2005, 57.) Tavoitteen tulee olla realistinen ja huomioivan sen, mitä potilas itse kokee haluavansa tilanteesta. Tavoitteet tulee ilmaista selkeästi ja ytimekkäästi, jotta tieto on helposti kaikkien ymmärrettävissä potilasasiakirjoissa. Tavoitteet voidaan jakaa koko hoitajaksoa koskeviin tavoitteisiin, päivittäisiin tavoitteisiin tai tämän hetken tavoitteisiin. Hoitotyön auttamismenetelmillä tarkoitetaan keinoja, joiden avulla potilasta autetaan edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja siihen liittyvien ongelmien kanssa sekä pääsemällä hoitotyön tavoitteisiin. Potilaan tullessa hoitoon esimerkiksi säärihaavan vuoksi, tavoitteena on säärihaavan paraneminen ja potilaan kotiutuminen. Auttamismenetelmät valitaan yksilöllisen tilanteen ja asetettujen tavoitteiden pohjalta. Potilas voi myös itse ehdottaa auttamismenetelmää, josta arvelee olevan apua. Auttamismenetelmät ovat hyvin konkreettisia ja helposti kirjattavissa, esimerkiksi haavan hoitotoimenpiteet. Kuunteleminen ja ajanvaraus taas puolestaan ovat vaikeasti kirjattavia asioita. (Anttila ym. 2008, 54-55).

## 5.3 Hoitotyön toteutus

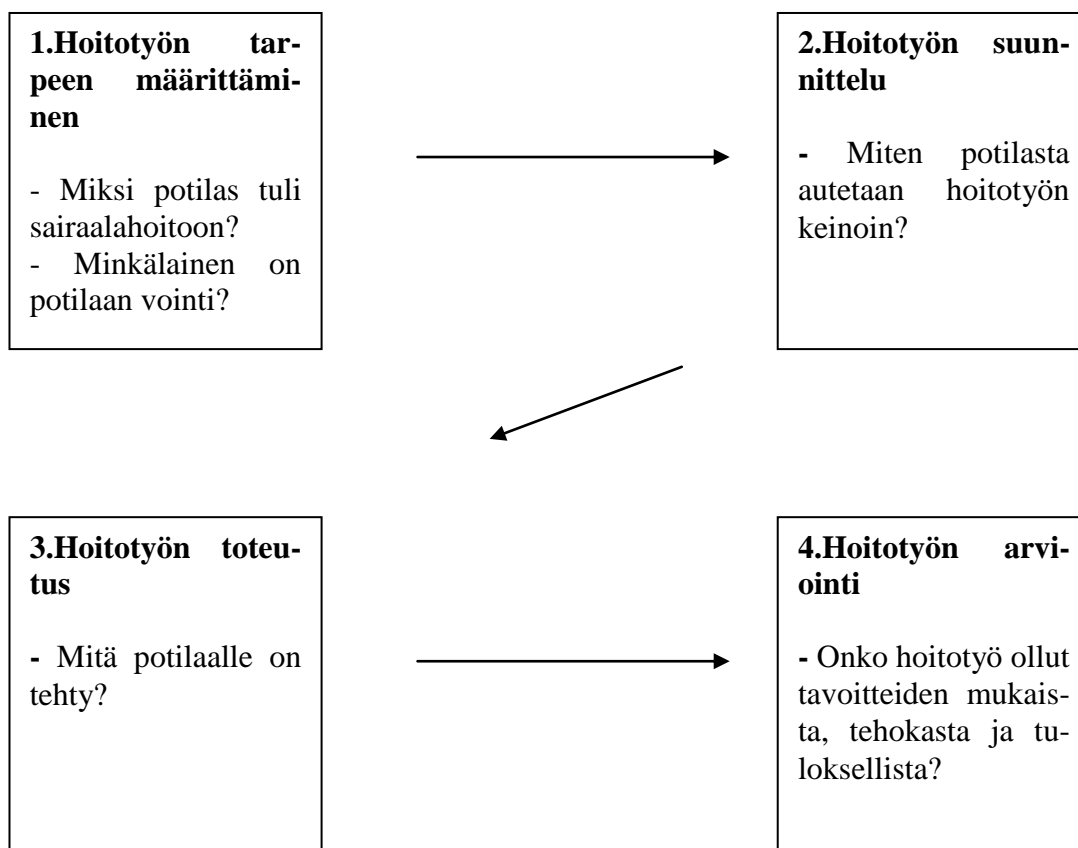
Hoitotyön toteutus kattaa suunnitellun hoitotyön laadittujen yksilöllisten auttamismenetelmien mukaan. Hoitotyön toteutus vastaa kysymykseen: mitä on tehty? (Kassara ym. 2005, 57.) Toteutukseen kuuluvat tavoitteiden suuntainen toiminta, tarkkailu, auttaminen, tukeminen ja ohjaaminen. Hoitotyön toteutus koostuu käytetyistä auttamismenetelmistä, näitä ovat esimerkiksi näkyvät auttamismenetelmät, kuten syöttäminen ja pukeminen sekä näkymättömät auttamismenetelmät kuten neuvonta ja tukeminen. Hoitotyön toteutuksessa pyritään saavuttamaan paras mahdollinen toimintakyky tilanteeseen nähden. (Anttila ym. 2008, 52.)



## 5.4 Hoitotyön arviointi

Hoitotyönprosessin arviointi alkaa jo hoidon alkuvaiheessa yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida vain, jos potilaalle on tehty riittävän hyvä ja tavoitteellinen hoitotyön suunnitelma. (Kassara ym. 2005, 59.) Arvioinnilla selvitetään, onko hoitotyö ollut tavoitteiden mukaista, tehokasta ja tuloksellista. Jatkuva tiedonkeruu ja arviointi mahdollistavat hoitotyön kehityksen toivottuun suuntaan ja kuvaa jo saavutettua tulosta. (Anttila ym. 2008, 52.)

Kaava 1 Hoitotyön prosessi.



## 6 KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT

### 6.1 Juurruttaminen

Juurruttaminen on kehittämistoiminnan menetelmä, joka on vaiheittain etenevä prosessi. Sen avulla kehitetään ja luodaan uutta tietoa sekä toimintatapoja käytännön hoitotyöhön. Juurruttamista käytetään kehittämistoiminnan menetelmänä opiskelijoiden ja Vähänkyrön terveystieteiden keskuksen vuodeosaston välillä rakenteiseen kirjaamiseen siirryttäessä. Juurruttaminen on oppimista, jossa yksilön oppimista ja yhteisön oppimista tarkastellaan yhteisenä uuden tiedon tuottamisena. (Ahonen ym. 2005, 4.)

Juurruttaminen voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa kehittämistoimintaan osallistuva työyhteisö kuvaa toinen toisilleen heidän nykyistä toimintaansa hoitotyössä, jolloin hoitajien välinen hiljainen tieto pyritään saamaan näkyväksi. Juurruttamisen toisessa vaiheessa kehittämistoimintaan osallistuvat opiskelijat kuvaavat työyhteisön nykyisen toimintatavan teoreettisesti. Kun työyhteisön sen hetkinen toimintatapa saadaan kuvattua selvästi, sitä on helpompi tarkastella ja tunnistaa kehittämistä kaipaavat kohdat. Kolmannessa vaiheessa työyhteisö tarkastelee teoreettiselle tasolle jäsenettyä toimintaa ja kehittää osaamistaan perehtymällä hoitotyön kirjaamista koskevaan uusimpaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Neljännessä vaiheessa työyhteisö asettaa esiin tulleet kehittämiskohteet tärkeysjärjestykseen ja valitsee niistä yhden kyseiseen projektiinsa. Kehittämiskohteeseen laaditaan uusi ehdotus toimintatavaksi, jota arvioidaan ja muokataan työyhteisölle hyödylliseksi. Uusi toimintamalli juurrutetaan työyhteisön hoitotyöhön ja hoitotyön opiskelijat raportoivat prosessin ja sen arvioinnin opinnäytetyönään. (Ahonen ym. 2005, 5-6.)

Kehittämistoiminnassa on tärkeää, että osallistujat arvostavat toistensa osaamista niin, että kaikkien osallistujien työ voidaan nähdä arvokkaana. Hoitajat omaavat työyhteisön sisällä olevaa osaamista, joka on sidoksissa päivittäiseen hoitotyöhön. Opiskelijat puolestaan tuovat omaa osaamistaan yhteiseen käyttöön ja heillä on mahdollisuus katsoa toimintaa ulkopuolisin silmin ja näin ollen tuoda uusia ideoita kirjaamiskäytäntöihin. Opettajilla ja opiskelijoilla on myös osaamista ja taitoa

teoreettisen tiedonhaun menetelmiin sekä tiedon luotettavuuden arviointiin. Työyhteisön osallistuminen yhteistyöhön ja sitoutuminen kehittämistoimintaan on tärkeää ja sitä voidaanakin pitää juurruttamisen yhtenä haasteena, sillä työyhteisössä pidetään usein tiukasti kiinni vanhoista ja tutuista kirjaamistavoista. (Ahonen ym. 2005, 5.)

## 6.2 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Kohdeyksikön otoksen ollessa hyvin pieni, ei määrällinen tutkimusmenetelmä ole luotettava, eikä vastausten ilmaiseminen prosenttein tai tilastomenetelmin ole mahdollinen. Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi peruskulmakivistä on havaintojen teoriapitoisuus. Teoriaosuus korostuu kvalitatiivisessa tutkimuksessa entisestään, sillä kyselyjen tuloksiin ei vaikuta vastausten määrä, vaan laatu. Tutkimus ei sisällä puhdasta objektiivista tietoa, vaan tutkijan luomalla tutkimusasetelmalla on vaikutusta tutkimukseen. Vastaajan subjektiivinen kokemus, tutkimukselle annettu merkitys ja tutkimuksessa käytetyt välineet vaikuttavat myös tuloksiin. Tutkimustulosten analysoinnissa käytetään menetelmänä sisällön analyysia, jota pidetään laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 19; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.)

Laadullisen tutkimuksen lähestymistavoille on yhtenäistä se, että pyritään löytämään tutkittavasta aineistosta toimintatapojen samanlaisuuksia tai eroja. Sisällönanalyysi tarkoittaa kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan informaatiota kadottamatta kuvata ytimekkäästi ja yleistävästi. Tutkimusaineisto laadullisessa sisällönanalyysissa jaotellaan osiin, määritellään ja järjestetään uudeksi kokonaisuudeksi. Aloitetaan aina aineiston pelkistämällä, jonka jälkeen aineisto ryhmitellään pelkistettyjen ilmausten erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien mukaan. Ideana on se, että samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan luokalle sen sisällön mukainen nimi. Viimeistä vaihetta kutsutaan abstrahoinniksi, jolla tarkoitetaan samansisältöisten luokkien yhdistämistä suuremmiksi luokiksi, jolloin saadaan muodostettua yläluokkia. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia. Käytettäessä sisällön analyysia, tulee olla looginen ja pyrkiä tarkastelemaan asioita objektiivisesti.

sesti ja systemaattisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 109-116; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23-29.)

Luotettavuuskysymykset laadullisessa tutkimuksessa liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta ja rehellinen selostus kaikista tutkimusvaiheista. Aineiston keruussa luotettavuus on riippuvainen siitä, kuinka tutkija on tavoittanut tutkimuksen kohteen. Analysointivaiheessa korostuvat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Luotettavuutta arvioidessa tarkastellaan myös tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta ja neutraaliutta. Sisällönanalyysiä käyttäessä tutkija kohtaa lisähaasteena aineiston pelkistämisen niin, että se kuvaa mahdollisimman hyvin tutkittavaa ilmiötä. Hänen tulee luotettavasti myös osoittaa yhteys aineiston ja saatujen tulosten välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232.)

### **6.3 Aineiston keruu ja analyysi**

Tutkimus menetelmäksi valittiin hoitohenkilökunnalle suunnattu kyselylomake. Kyselylomakkeen etuna on muun muassa se, että tutkimukseen voidaan saada mukaan paljon henkilöitä ja lomakkeella voidaan kysyä paljon kysymyksiä. Kyselyn täyttämiseen ei myöskään tarvitse sopia erillistä aikaa, vaan osallistujat voivat täyttää lomakkeet heille sopivana aikana, joka säästää aikaa niin kyselyn vastaajilta kuin itse tutkijaltakin. Kirjallinen kysely suojaa vastaajan anonymiteettiä, joka edesauttaa rehellisten vastausten antamista. Kyselyssä haittapuolena on tietämättömyys siitä, kuinka vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen, onko vastaajilla ylipäättään tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja vastaajien mahdolliset väärinymmärrykset. Joissakin tapauksissa kato voi myös nousta suureksi ja vääristää saatuja tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomakkeen pohjana on käytetty eNNI (Electronic Documentation of Nursing Care – the R&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life) -hankkeen kansallista mallia, jota on sovellettu kyseisen opinnäytetyön tavoitteisiin ja tutkimus yksikköön sopivaksi. Kirjaamistilan kartoitukseen laadittu kyselylomake koostuu viidestä osi-

osta: taustatiedot, tulotietojen kirjaaminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Taustatieto osiossa käytetään avoimia ja monivalintakysymyksiä, loput osiot koostuvat kysymysten luonteiden takia ainoastaan avoimista kysymyksistä. Monivalintakysymykset sopivat taustatietojen keräämiseen, sillä vastauksia on helppo verrata keskenään, kysymykset tuottavat vähemmän kirjavia vastauksia, analysoiminen ja vastausten käsittely on sujuvaa ja vastaaminen on vastaajille mielekästä ja nopeaa. Avoimiin kysymyksiin päädyttiin, sillä ne sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin ja vastaajaa ei johdatella vaihtoehdoin. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Tutkimusaineisto kerättiin kahden viikon aikana Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosastolta. Kyselylomakkeet lähetettiin kyseiseen yksikköön helmikuussa 2010. Vastauksia odotettiin 12 kappaletta, mutta niitä saatiin yhdeksän (N=9). Vastausten katoon vaikutti muun muassa hoitajien pitkät sairauslomat. Aineistoon tutustuttiin huolellisesti ajan kanssa ennen aineiston pelkistämistä. Kyselylomakkeen pelkistys tapahtui jokaisen kysymyksen kohdalla vastausten jaottelulla eri kategorioihin. Käytännössä tämä tapahtui sisällönanalyysin avulla, erittelemällä saadut vastaukset taulukoihin. Taulukoista laskimme vastausten määrän, jonka jälkeen tulokset yhdisteltiin suuremmiksi luokiksi ja kirjoitettiin sanalliseen muotoon. Tämän jälkeen tulokset analysoitiin teoriaan pohjautuen.

## 7 TIEDONHAKUPROSESSI

Opinnäytetyön teoriaosuuteen on haettu tietoa useista eri lähteistä. Työtä koskevaa materiaalia on löytynyt laajasti, mutta tarkasti rajatun aiheen vuoksi vain eniten aihetta palvelevat lähteet on valittu käyttöön. Suurin osa kirjallisuudesta on hankittu Vaasan ammattikorkeakoulun Tritonia kirjaston TRIA -tietokannasta ja ajankohtaisen aiheen vuoksi käytössä on ollut useita verkkolähteitä ja -sivustoja, jotka ovat löytyneet hakupalvelu Googlen kautta. Verkkolähteet ovat luotettavia, sillä ne kuuluvat suurempiin kokonaisuuksiin ja ovat päivitettyjä sekä yleisesti tunnettuja. Opinnäytetyön työelämälähtöisyyden vuoksi tietoa on saatu myös yhteistyökumppanilta Vähänkyrön terveystieteiden vuodeosastolta. Koulun opiskelijaportaali on myös käytössä sivusto, josta löytyy hanketta koskevia linkkejä. Sivusto osoittautui työtä tehdessä hyvin hyödylliseksi. Kaikki työssä käytetyt lähteet ovat peräisin vuosilta 2001-2010, mikä on luonnollista aiheen ajankohtaisuuden vuoksi.

Tietokantoja ja verkkoa käytettäessä hakusanoja ovat olleet hoitotyö, kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, näyttöön perustuva hoitotyö, hoitotyön prosessi, juurruttaminen, sisällön analyysi, laadullinen tutkimus, FinCC, eNNI ja KanTa-arkisto.

Aihe on uusi, joten tietoa aiheesta on vielä suhteellisen rajallisesti, kaikki tarvittava tieto löytyi kuitenkin edellä mainituin hakumenetelmin. Kattavien hakutulosten vuoksi, tietoa ei tarvinnut etsiä toisista tietokannoista.

## 8 YKSIKÖN KUVAUS

Kohderyhmänä opinnäytetyössä on Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen alaisuuteen kuuluva Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunta. Vähäkyrö ja Laihia muodostavat oman yhteistoiminta alueen, joka yhdessä Vaasan kaupungin kanssa järjestävät sosiaali- ja terveystoimen palveluita, johon sisältyy kaikki perusterveydenhuollon palvelut. Vähänkyrön vuodeosasto toimii kunnan vuokratiloissa yhdessä kotipalvelun, hoivaosaston ja vanhainkodin kanssa. Yksikköä ja koko organisaatiota meille kuvasi Vähänkyrön terveyskeskuksen apulaisosastonhoitaja. (Suhonen 2010.)

Osastolla työskentelee kuusi sairaanhoitajaa ja kuusi perus-/ lähihoitajaa, osastosihteeri ja laitosapulainen. Sairaanhoitajiin lasketaan myös osaston- ja apulaisosastonhoitaja. Osastolla työskennellään kolmessa eri vuorossa. Vuodeosastolla on oma henkilökunta, mutta öisin valvotaan yhdessä hoivaosaston työntekijän kanssa, myös iltavuoroissa tehdään tarvittaessa yhteistyötä. (Suhonen 2010.)

Vuodeosastolla on 16 potilaspaikkaa seitsemässä eri potilashuoneessa. Suurin osa potilaista on iältään 75-84-vuotiaita. Kuukausittain hoidetaan 24-36 eri potilasta ja hoitoaika vaihtelee keskimäärin 19:stä päivästä 69:ään päivään. Osaston potilasmateriaaliin kuuluu pitkäaikaispotilaita, joiden hoitoaika saattaa kestää jopa vuosia. Potilaiden yleisimpiä hoitoon tulon syitä ovat muun muassa yleistilan lasku, leikkauksista kuntoutuminen ja jatkohoito, lääkemuutosten tekeminen, halvaus, aivoverenvuoto sekä muualla tehtävien toimenpiteiden esivalmistelut. Osastolle siirrytään myös vuodeosaston yhteydessä olevalta hoivaosastolta esimerkiksi IV-lääkityksen ja nesteytyksen vuoksi. (Suhonen 2010.)

## 9 KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUS JA KYSELYN TULOKSET

Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan kyselyn tuloksia. Ne sisältävät kyselylomakkeen kysymysten ja hoitohenkilökunnan niihin kirjoittamien vastausten lisäksi opinnäytetyön tekijöiden tulosten analysoinnin sekä teoriaan pohjautuvien ratkaisujen esittämisen. Kaikista kysymyksistä tehtiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen erilliset kaaviot, mutta vain eniten tarkastelua vaativat liitettiin opinnäytetyöhön. Kehittämistoiminnan toteutuksen loppuun liitettiin taulukko, joka sisältää tiivistettynä kaikki kyselyssä kysytyt kysymykset ja hoitohenkilökunnan vastaukset.

### 9.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeen ensimmäinen osio käsitteli hoitohenkilökunnan taustatietoja. Taustatiedoissa kysyttiin hoitajien ikää, ammattia, työsuhteen laatua, työkokemusta, tietotekniikkataitoja, käytössä olevaa potilastietojärjestelmää ja hoitohenkilökunnan saamaa koulutusta sähköiseen kirjaamiseen. Taustatiedoilla haluttiin tuoda esiin, millaisesta yksiköstä on kyse. Kysymykset taustatiedoista muodostuivat avoimista ja monivalintakysymyksistä. Kysymyksiä oli yhteensä 16.

Kyselylomakkeen ensimmäinen kysymys koski työntekijöiden ikää. Työntekijöiden ikähaarukka oli 31 ja 63 vuoden välillä. Hoitohenkilökunnan (N=9) keski-ikä laskettiin kyselylomakkeisiin vastanneiden ikien keskiarvolla ja keski-ikäksi saatiin 47 vuotta (n=8). Yksi vastaus hylättiin, koska ikää ei oltu ilmaistu tarkasti. Kyselyihin vastasi seitsemän sairaan-/terveydenhoitajaa ja kaksi lähi-/perushoitajaa. Heistä kahdeksan oli vakituisessa työsuhteessa ja yksi toimi sijaisena. Vastanneet olivat työskennelleet osastolla kolmesta ja puolesta vuodesta yli 25 vuoteen. Yksi vastaus hylättiin, koska vastaus puuttui.

Henkilökunta (N=9) arvioi tietotekniikkaitonsa asteikolla erinomaiset, hyvät, kohtalaiset ja heikot. Kaksi vastanneista arvioi tietotekniikkaitonsa hyväksi, kuusi kohtalaiseksi ja yksi heikoksi. Kahdeksalla vastaajista oli tietokone käytössä kotona ja yhdellä ei ollut. Osastolla käytetään Pegasos -potilastietojärjestelmää ja



kahdeksan hoitajaa kertoi saaneensa koulutusta sen käyttöön. Sähköiseen kirjaamiseen koulutusta oli saanut seitsemän hoitajaa. Yksi vastaus hylättiin, koska vastaus puuttui. Vastanneista neljä hoitajaa oli saanut koulutusta sähköiseen kirjaamiseen vuonna 2008 ja yksi vuonna 2009. Yksi vastanneista kertoi saaneensa koulutusta Pegasoksen tullessa käyttöön ja yksi edellisellä työpaikallaan 90-luvulla. Kaksi hoitajaa ei ollut saanut koulutusta sähköiseen kirjaamiseen lainkaan. Rakenteisesta kirjaamisesta oli kuullut viisi hoitajaa. Yksi vastaus hylättiin, koska vastaus puuttui. Hoitohenkilökuntaa pyydettiin arvioimaan, onko kirjaaminen käytössä olevalla potilastietojärjestelmällä helppoa, keskinkertaista vai vaikeaa. Seitsemän hoitajaa koki potilastietojärjestelmän vaikeustason keskinkertaisena ja kaksi vaikeana. Potilastietojärjestelmän käytön vaikeudeksi osoittautuivat koneongelmat, kirjaamisen hitaus ja vaikeus, tietojen kirjaus useaan paikkaan, kiire, puutteelliset taidot ja potilastietojärjestelmän vaikea käyttö. Pegasoksen käytön vaikeuteen vaikuttivat kyselyn mukaan useat yksittäin avattavat lehdet ja mahdollisuus nähdä vain yksi lehti kerrallaan kirjattaessa. Vastanneet arvioivat kirjaamiseen kuluvan aikaa vaihtelevasti 20 minuutista puoleentoista tuntiin päivässä. Hoitajat kirjasivat hoitotietoja päivittäin.

Näyttöön perustuvan hoitotyön termiä kysyttiin avoimella kysymyksellä. Vastaukseksi haettiin määritelmää: tutkittuun ajankohtaiseen tietoon perustuva hoitotyö. (Kassara ym. 2005, 34.) Kuusi vastanneista tiesi, mitä termi tarkoittaa ja kolmelle hoitajalle termi oli täysin vieras. Myös hoitotyön prosessia pyydettiin kuvaamaan lyhyesti. Vastauksen tuli sisältää hoitotyön prosessin neljä eri vaihetta, jotka ovat hoitotyön tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Kassara ym. 2005, 47.) Täydellisesti hoitotyön prosessin kuvasi neljä vastanneista ja vastauksesta osan tiesi kaksi hoitajaa. Kolme vastanneista ei tiennyt, mitä termi tarkoittaa.

Tietokantojen käyttöä työssä kartoitettiin monivalintakysymysten avulla. Kuusi vastanneista käytti tietokantoja työssään. Käytetyt tietokantoja olivat Terveysportti, Duodecim, Pharmaca Fennica, Therapia Fennica ja Sairaanhoidajan käsikirja. Lisätietoja haluttiin kaikista kyselyssä esitetyistä tietokannoista, jotka olivat Terveysportti, Medic, Medline, PubMed, Duodecim.

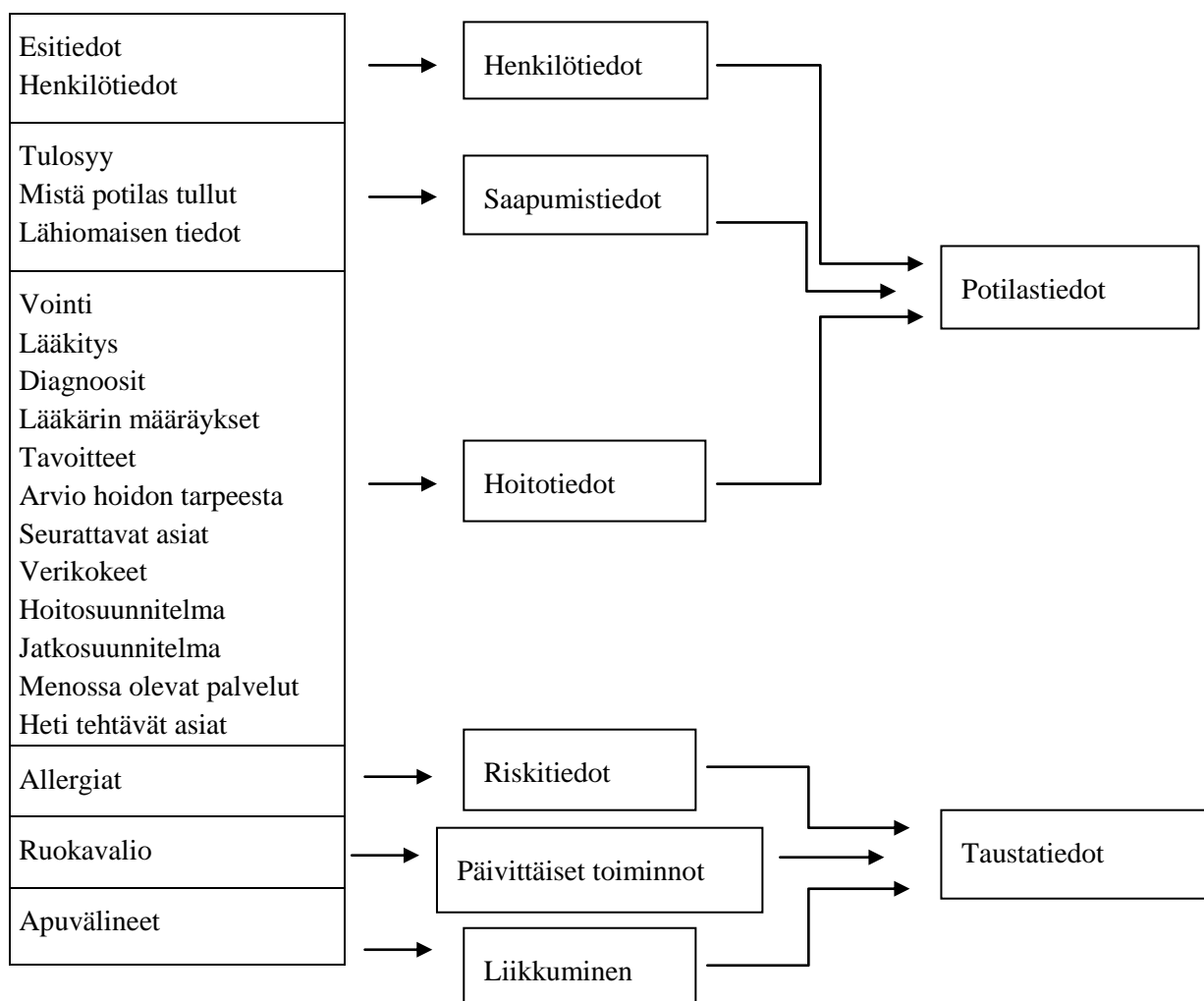
## 9.2 Tulotilanteen kirjaaminen

Kyselylomakkeen toinen osio käsitteli potilaan tulotilanteen kirjaamista. Kysymyksiä oli neljä ja ne olivat avoimia. Avoimet kysymykset valittiin kyselylomakkeeseen, koska haluttiin mahdollisimman totuudenmukaiset vastaukset ilman johdattelua. Kysymykset koskivat kirjaamista potilaan saapuessa osastolle, tulotiedon lähdettä, minne tieto kirjataan ja miten tietoja hyödynnetään.

Potilaan tulotietojen kirjaamisessa ilmeni suuria eroavaisuuksia. Seitsemän vastanneista kirjasi tulotietoihin tulosityn ja/tai potilaan sen hetkisen voinnin. Kuusi vastanneista kertoi kirjaavansa tulotietoihin lääkityksen. Viisi vastanneista kirjasi diagnoosit ja viisi lääkärin määräykset. Kolme kirjasi, mistä potilas tuli ja/tai lähiomaisten antamat tiedot. Kaksi vastanneista kertoi kirjaavansa henkilötiedot, kaksi puolestaan esitiedot, kaksi vastanneista kirjasi arvion hoidon tarpeesta ja kaksi ruokavalion. Muita kirjattavia asioita olivat allergiat, apuvälineet, avun tarpeet, hoitosuunnitelma, jatkosuunnitelma, verikokeet, menossa olevat palvelut ja mahdollisesti heti tehtävät asiat. Vastaukset potilaan tulotietojen kirjaamisesta on esitetty kaavassa 2.

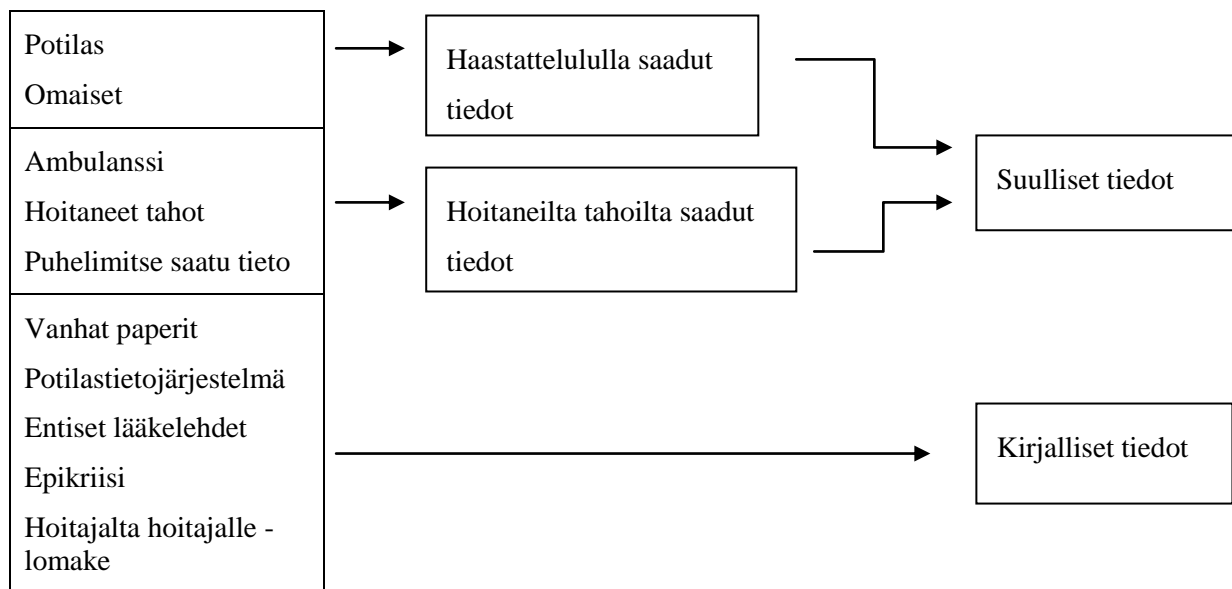
Tulohaastattelu voi jokaisessa yksikössä olla erilainen, mutta on tärkeää kerätä tietoa, joka on tarkoituksenmukaista juuri kyseisen yksikön kannalta. Jokainen potilas tulee kuitenkin huomioida yksilönä hyvän hoidon saavuttamiseksi. Kyseilyn mukaan tulotilanteessa kirjattiin oikeita asioita, mutta kirjaamisen helpottamiseksi ja tarkentamiseksi tulisi vuodeosastolla olla yhtenäinen linja tulotilanteen kirjaamisessa. Potilaan tullessa hoitoon tulee aina kirjata seuraavat asiat: hoitopaikka ja aika (päiväys ja kellonaika), potilaan henkilötiedot (nimi ja henkilötunnus), yhteyshenkilö ja hänen yhteystiedot, mistä ja miksi potilas tulee hoitoon, potilaan vointi hänen ja omaisten sekä hoitohenkilökunnan näkökulmasta, aikaisemmat sairaudet, allergiat, nykyinen terveydentila, meneillään olevat hoidot, kuka tiedot keräsi ja ammattinimike. Tarvittaessa tulotilanteessa kirjataan myös seuraavat asiat: ravitsemus ja ruokavalio sekä eritystoiminta, uni ja lepo, liikkuminen, hygienia, elämäntavat (kulttuuri, uskonto, nautintoaineiden käyttö, luontaislääkkeet, riippuvuus), ammatti ja harrastukset. (Kassara ym. 2005, 58; Anttila ym. 2008, 52.)

Kaava 2 Potilaan tulotilanteessa kirjatut tiedot.



Kysyttäessä mistä kirjattavat tulotiedot ovat peräisin, selvisi, että hoitajien käyttämät lähteet koostuivat pääasiassa epikriiseistä, potilaalta itseltään tai/ja omaisilta saaduista tiedoista, muilta hoitaneilta tahoilta, kuten hoitajalta hoitajalle -lomakkeesta, potilastietojärjestelmästä tai ambulanssin henkilökunnalta. Tulosten perusteella hoitajat tietävät, mistä kirjattavat tulotiedot tulee hakea. Kyselyssä selvisi, että osa vastanneista haki potilaan tietoja myös vanhoista papereista ja entisistä lääkelehdistä. Potilaan aikaisempia hoitotietoja tulee kuitenkin tarkastella kriittisesti, sillä tilanne ja lääkitys ovat voineet muuttua. Tulotietojen tulee koostua ajankohtaisista tiedoista, jotta voidaan taata potilaan hyvä ja tarkoituksenmukainen jatkuva hoito sekä potilasturvallisuus. (Kassara ym. 2005, 58.)

Kaava 3 Potilaan tulotilanteessa kirjattujen tietojen lähteet.



Tulotietojen kirjauspaikkaa selvitettyä ilmeni, että vastanneet kirjasivat tiedot Pegasokseen. Tarkkaa tulotietojen kirjaamiskohtaa ei kyselyn avulla selvinnyt. Osa mainitsi kirjaavansa tulotiedot pääasiassa hoitotyöhön ja/tai hoitosuunnitelmaan, mutta selkeä yhtenäinen linja ei tullut selväksi. Muita mainittuja tulotietojen kirjaamispaikkoja olivat muun muassa lääkelehti, lääkekaapissa oleva muistilista lääkkeistä ja Pegasoksen perustiedot -kohta. Kirjaamiskohtien määrä ei myöskään selvinnyt kyselyn avulla, sillä vastaajat eivät olleet maininneet paikkojen määrää, vastaukset olivat epäselviä tai toisistaan poikkeavia. Dokumentaation tehtävä on tärkeä, jotta voidaan turvata hoitoa koskeva tiedon saaminen. Tulotiedot tulisi kirjata yhteen koko hoitohenkilökunnalle selvään paikkaan, jotta ne olisivat helposti kirjattavissa ja saatavilla. (Kassara ym. 2005, 56.)

Kyselyn mukaan tulotietoja hyödynnetään pääasiassa raportin yhteydessä. Hoidon alussa tulotietojen hyödyntäminen raporteilla on loogista, mutta raportin tulisi perustua potilaan sen hetkiseen tietoon ja tilanteeseen. Kolmasosa vastanneista hyödynsi tulotietoja hoidon arvioinnissa. Tulotiedot ovat pohja arvioinnille ja verrattaessa tulotilannetta nykytilanteeseen voidaan arvioida hoidon tuloksellisuutta. Arviointia suoritetaan koko hoitoprosessin ajan ja sitä tehdään tarkastelemalla tavoitteiden toteutumista. Potilaan hoidon tavoitteet voivat muuttua hoidon aika-

na, joten arviointi ja tavoitteet eivät voi perustua yksinomaan tulotilanteeseen, vaan tavoitteet asetetaan aina uudelleen hoidon edetessä. Tulotilannetta hyödynnetään myös hyvän ja joustavan yhteistyösuhteen luomiseksi. (Kassara ym. 2005, 57.)

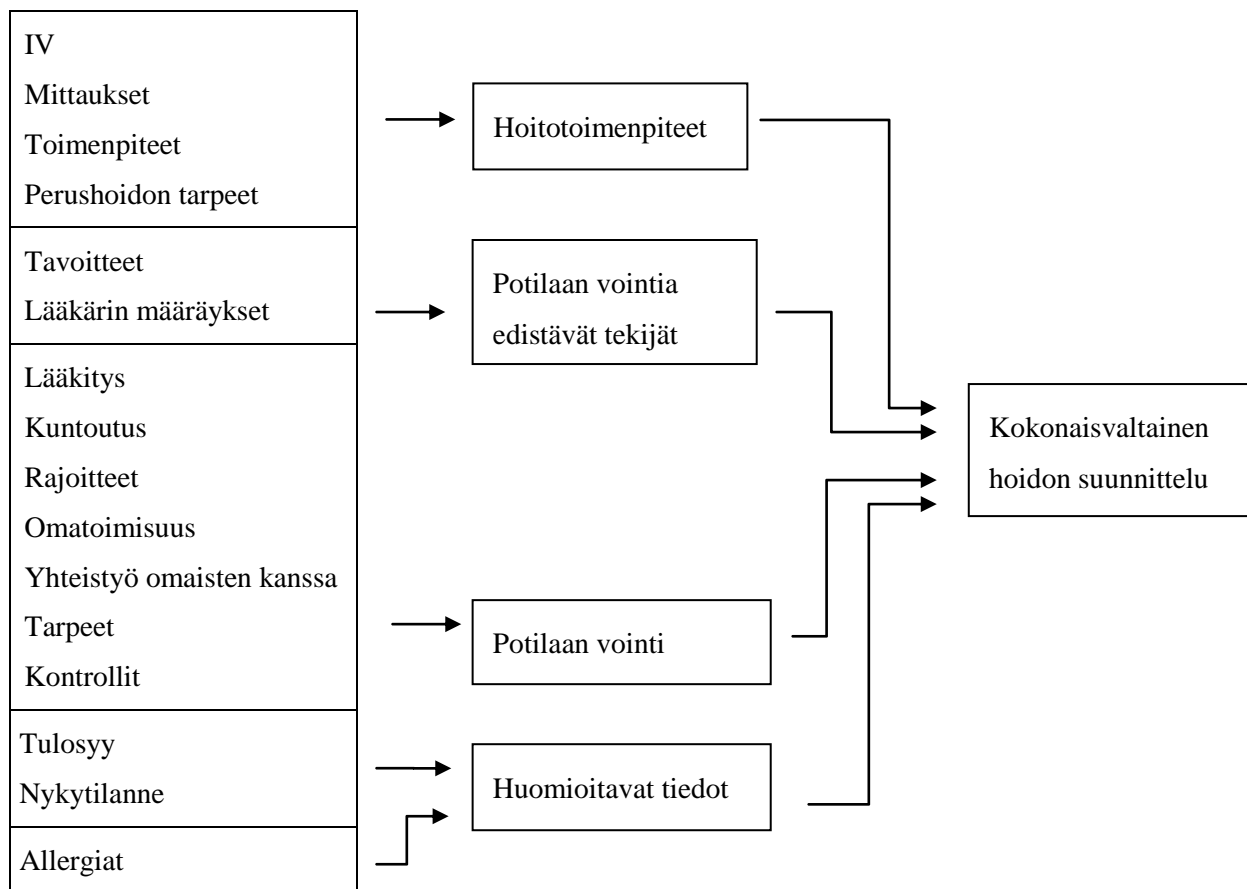
### **9.3 Hoidon suunnittelu**

Kyselylomakkeen kolmas osio käsitteli hoidon suunnittelun kirjaamista. Hoitohenkilökunnalta tiedusteltiin avoimien kysymysten avulla, mitä potilaan hoidon suunnitelmaan kirjataan ja mistä kirjattava tieto on peräisin, minne ja moneenko paikkaan hoidon suunnittelun tiedot kirjataan sekä miten suunnittelua hyödynnetään hoitotyössä.

Kyselyn mukaan hoidon suunnittelun kirjaamisessa oli laajoja eroavaisuuksia. Vastajaat mainitsivat kirjaavansa useita asioita hoitoa suunnitellessa. Neljä vastanneista kirjasi lääkärin määräykset ja/tai laaditut hoidon tavoitteet hoitoa suunniteltaessa. Kolme vastanneista kirjasi hoitoa suunnitellessa toimenpiteet ja/tai lääkityksen. Kaksi vastanneista mainitsi kirjoittavansa perushoidon- ja/tai kuntoutuksen tarpeet, hoidon tarpeet, yhteistyön omaisten kanssa, verenpaineen ja pulsin sekä painon mittaukset. Kyselyssä ilmeni, että hoidon suunnitteluun kirjattiin tietoja myös nukkumisesta, peseytymisestä, liikkumisesta, rajoitteista, kontrolloista, omatoimisuudesta, IV-lääkityksestä, allergioista ja tulosyystä. Vastaukset hoidon suunnittelun kirjaamisesta on esitetty kaavassa 4.

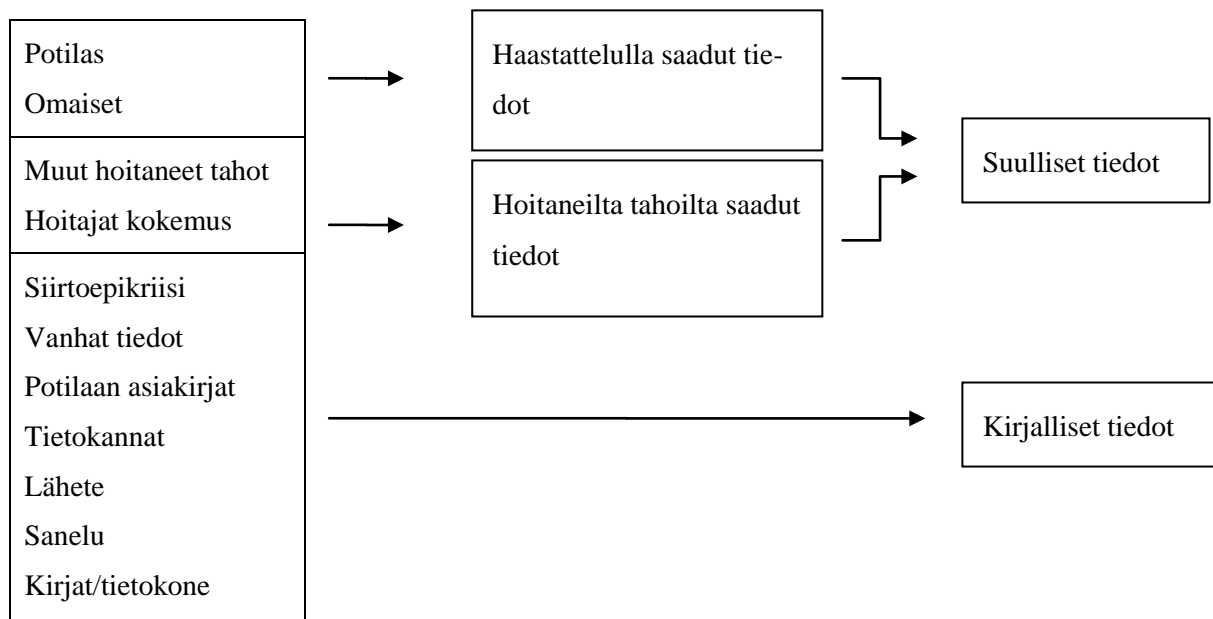
Suunnittelun tulee sisältää hoitotyön tarpeiden määrittämisen tärkeysjärjestyksessä, tavoitteiden asettamisen ja käytettävät auttamismenetelmät (Anttila ym. 2008, 52). Esimerkki hoidon suunnittelusta aliravitun potilaan kohdalla: tarpeen eli hoitotyön ongelman määrittäminen on potilaan aliravitsemus. Tavoitteeksi voidaan asettaa potilaan parempi vointi ja painon nousu. Auttamismenetelminä käytetään potilaan motivoimista itsenäiseen syömiseen, tarvittaessa potilasta syötetään tai ravitaan nenämahaletkun avulla.

Kaava 4 Hoidon suunnittelussa kirjatut tiedot.



Kysyttäessä hoitohenkilökunnalta heidän käyttämiään lähteitä hoidon suunnittelussa ilmeni, että viisi vastanneista käytti lähteinään siirtoepikriisiä ja/tai potilaalta tai omaisilta saatuja tietoja. Kolme kertoi käyttävänsä muilta hoitavilta tahoilta saatuja tietoja. Kaksi vastanneista kertoi käyttävänsä lähteenä potilaan vanhoja tietoja, potilaan asiakirjoja ja/tai tietokantoja. Muita mainittuja lähteitä hoidon suunnittelussa olivat lääkärin sanelut, lähetteet, kirjat ja tietokone sekä oma pitkäaikainen kokemus hoitotyöstä. Hoidon suunnittelussa olisi tärkeää muistaa, mitkä ovat oleellisia ja erityisesti luotettavia tiedon lähteitä hyvän hoidon ja pätevän suunnitelman kannalta. Hoitotyön suunnittelu tulee kirjata siihen tarkoitettuun ja yhteisesti sovittuun paikkaan, useimmiten hoitosuunnitelmaan. Suunnitelmaa tehdessä hoitotyön tarpeet priorisoidaan, hoitotyön tavoitteet laaditaan ja auttamismenetelmät suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa, jotta tavoitteisiin päästäisiin. (Kassara ym. 2005, 48.)

**Kaava 5 Potilaan hoidon suunnittelussa kirjattujen tietojen lähteet.**



Kaikki vastanneet kirjasivat hoidon suunnittelun pääasiassa hoitotyön lehdelle. Tämän lisäksi ilmeni, että hoidon suunnittelua kirjattiin myös kanslian kalenteriin, suihkulistaan, vatsantoimituslistaan, mittauslistaan (verenpaine, verensokeri ja paino) ja yövuorolaisen tehtävälistaan. Työntekijöille on kyselyn mukaan selvää, mihin hoidon suunnittelu kirjataan. Kaikkien kirjatessa samaan paikkaan, hoidon suunnittelu pysyy ajan tasalla ja se on helposti saatavilla jokapäiväisessä hoitotyössä.

Kysyttäessä hoidon suunnittelun hyödyntämisestä selvisi, ettei suunnitelmaa hyödynnetä parhaalla mahdollisella tavalla. Viisi vastanneista hyödynsi hoidon suunnittelua seuraamalla suunnitelmaa. Kaksi mainitsi hyödyntävänsä suunnittelua hoidon arviointiin ja tavoitteiden tarkistamiseen. Yksi hyödynsi suunnitelmaa jatkosuunnitelman laatimisessa. Kaksi vastausta hylättiin vastaamatta jättämisen vuoksi. Kirjallinen suunnittelu ohjaa ja tukee hoitajan ajattelua ja toimintaa. Suunnittelun pohjalta voidaan tarkistaa ja asettaa tavoitteet, tehdä uutta suunnitelmaa, toteuttaa hoitotyötä ja valita auttamismenetelmiä hoidon toteutuksessa, arvioida hoitoa sekä suunnitella jatkohoitoa. (Kassara ym. 2005, 57.)

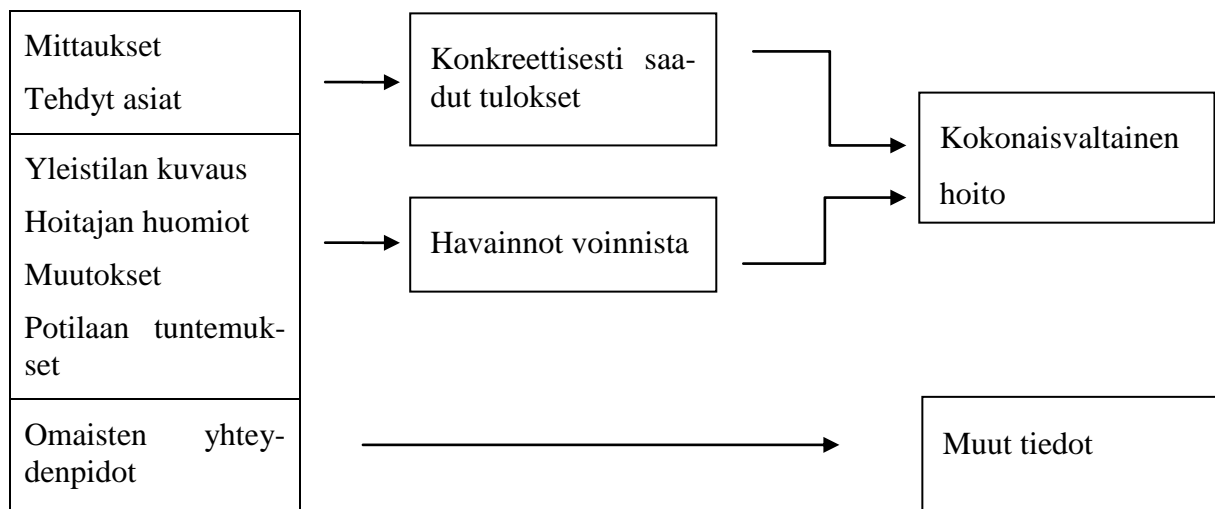
#### **9.4 Hoidon toteutus**

Neljännessä osiossa kartoitettiin kolmella avoimella kysymyksellä hoitohenkilökunnan kirjaamista hoidon toteutuksessa. Kysymykset käsittelivät mitä, minne ja moneenko paikkaan hoidon toteutus kirjattiin ja miten hoidon toteutuksen kirjaamista hyödynnettiin.

Viisi vastanneista kirjasi hoidon toteutuksesta potilaan tilan muutokset ja kaikki toimenpiteet, joita potilaalle oli tehty. Kolme vastanneista kertoi kirjaavansa omat huomionsa ja näkemyksensä potilaan tilasta. Kaksi vastanneista mainitsi kirjaavansa potilaan yleisilasta. Muita kyselyssä esiin tulleita kirjattavia asioita olivat potilaan omat tuntemukset voinnistaan, mittaukset ja omaisten yhteydenotot. Kyselyn perusteella käytäntö hoidon toteutuksen kirjaamisesta ei ole yhtenäinen. Hoidon toteutukseen tulisi kirjata kaikki tehdyt hoitotoimenpiteet ja kuvata niiden tuloksellisuutta. Kirjataan myös hoitajan omat näkemykset ja potilaan omat tuntemukset. Hoitotyön toteutus on potilaan ja hoitajan yhteistyötä, joka etenee suunniteltujen tavoitteiden mukaisesti. Tarkoitus on kirjata asioita hoidon toteutukseen potilaan voinnista ja hänen omista kokemuksistaan sekä hoitotyön kokonaisuudesta ytimekkäästi ja selkeästi. (Anttila ym. 2008, 55-56.)



Kaava 6 Hoidon toteutukseen kirjatut tiedot.



Kysyttäessä paikkaa, mihin hoidon toteutus kirjataan selvisi, että seitsemän vastanneista kirjasi toteutuksen hoitotyön lehdelle. Kolme vastanneista kertoi lisäksi kirjaavansa tietoja mittauksiin. Muita kirjaamiskohtia olivat lääkelehti ja tarvittavat kohdat Pegasoksessa. Kyselyn mukaan lähes kaikille vastaajista oli selvää, että hoidon toteutus kirjataan hoitotyön lehdelle. Lisäksi mittaukset ja muut hoitotyön lehdestä erilleen kirjattavat asiat kirjataan niille soveltuihin paikkoihin.

Hoidon toteutuksesta kirjattuja tietoja hyödynnetään viiden vastanneen mukaan pääasiassa raporteilla. Kaksi vastanneista kertoi hyödyntävänsä hoidosta kirjattua tietoa arvioidessaan hoitoa, toiset kaksi toteuttaessaan hoitoa. Kirjatut tiedot hoidon toteutuksesta ovat hyvä lähde ajankohtaiselle raportille, joka edistää potilasturvallisuutta ja hoidon sujuvaa jatkuvuutta. Kirjatut tiedot toimivat myös hoitajan oikeusturvana. Tiedot tulee kirjata tarkasti ja selkeästi, jotta hoitotyön oikeanlaisesta toteutuksesta on näyttöä dokumentein. Hoitotyöstä kirjatut tiedot ovat lisäksi tärkeä tietolähde hoitotyön arvioita tehdessä. (Kassara ym. 2005, 55.)

## 9.5 Hoidon arviointi

Kyselyn viimeisessä osiossa selvitettiin neljällä avoimella kysymyksellä hoidon arviointia. Kysymyksillä haluttiin selvittää, kuinka usein ja missä vaiheessa hoitoa arvioidaan, mitä arviointiin kirjataan, millä perusteella arviointi tehdään ja minne hoidon arviointi kirjataan.

Kyselyn mukaan kuusi vastanneista arvioi hoitoa päivittäin, kaksi puolestaan epä-säännöllisesti ja yksi tarvittaessa. Hoitotyön arviointi liittyy kaikkeen hoitotyön toimintaan eikä se ole erillinen tapahtuma. Arviointia tulee tapahtua jatkuvasti, jotta potilaalle voidaan taata mahdollisimman hyvä hoito. Hoidon arvioinnilla varmistetaan hoidon suunnitelman ajantasaisuus. Potilaan kotiutuessa tehdään loppuarviointi hoitajaksosta. (Anttila ym. 2008, 55-56.)

Kyselyn mukaan hoidon arviointiin kirjattiin hoidon vaikutuksesta ja potilaan voinnin muutoksista. Kuusi vastanneista kertoi kirjaavansa arviointiin potilaan voinnin muutoksista ja viisi vastanneista kertoi kirjaavansa hoidon vaikutuksista. Kirjattavat asiat ovat oleellisia, mutta kumpaankin edellä mainittuun asiaan tulisi kaikkien kiinnittää huomiota päivittäin. Potilaan hoidon päivittäisessä arvioinnissa tulisi kirjata, onko hoidosta ollut apua ja millainen vointi on sekä hoitajan että potilaan näkökulmasta (Kassara ym. 2005, 59).

Kyselyn mukaan hoidon arviointia tehdään hoitajan havainnoilla, potilaan omalla arvioinnilla, moniammatillisen yhteistyön avulla ja mittauksilla. Kuusi vastanneista mainitsi ottavansa huomioon potilaan kokemukset. Viisi vastanneista hyödynsi moniammatillista yhteistyötä muun muassa keskustelemalla lääkärin ja muiden hoitotahojen kanssa. Neljä vastanneista hyödynsi omia havaintojaan ja kaksi käytti hyväkseen erilaisia mittauksia arviointia tehdessään. Yksi vastanneista kertoi tekevänsä arvioinnin näytön perusteella. Kyselyn mukaan arviointi tehtiin oikeiden lähteiden perusteella. Täytyy kuitenkin muistaa, että arviointia kirjattaessa täytyy ottaa huomioon kaikki edellä mainitut asiat, jotta arvioinnista saadaan kaikin puolin kattava ja totuudenmukainen. (Kassara ym. 2005, 59.)

Kaikki vastanneista kertoivat kirjaavansa hoitotyön arvioinnin hoitotyön lehdelle. On hyvä, että henkilökunnalla on yksi selkeä paikka, minne arviointi kirjataan. Tämä helpottaa hoitotyön arvioinnin kirjaamista, säästää aikaa ja on helposti luettavissa.

Taulukko 1 Kyselystä saadut vastaukset taulukoituna

Hoito-prosessin vaihe:	Mitä tietoja kirja-taan?	Mistä lähteistä kirjattava tieto on peräisin?	Minne ja moneenko paikkaan tiedot kirjataan?	Miten tietoa hyödyn-netään?
Tulo-tilanne	Tulosyy Vointi Lääkitys Diagnoosit Lääkärin määräykset Mistä potilas tullut Lähiomaisen tiedot Esitiedot Henkilötiedot Tavoitteet Ruokavalio Arvio hoidon tarpeesta Seurattavat asiat Allergiat Apuvälineet Verikokeet Hoitosuunnitelma Jatkosuunnitelma Menossa olevat palvelut Heti tehtävät asiat	Epikriisi Potilas Omaiset Hoitaneet tahot Hoitajalta-hoitajalle lomake Potilastietojärjes-telmä Ambulanssi Puhelimitse saatu tieto Vanhat paperit Entiset lääkeleh-det	Hoitotyön lomake Hoitosuunnitelma Pegasoksen lääkelehti Läkelista	Raportti Arviointi Suunnittelu Hoitotilanne Tavoitteet Jatkuvuus
Hoidon suunnit-telu	Tavoitteet Lääkärin määräykset Lääkitys Toimenpiteet Perushoidon tarpeet Mittaukset Kuntoutus tarpeet Yhteistyö omaisten kanssa Tarpeet Tulosyy Allergiat IV Omatoimisuus Nykytilanne Kontrollit Rajoitteet	Siirtoepikriisi Potilas Omaiset Muut hoitaneet tahot Vanhat tiedot Potilaan asiakir-jat Tietokannat Lähetet Sanelu Hoitajan koke-mus Kirjat/tietokone	Hoitotyön lehti Kansion kalenteri Suihkulista Vatsantoimitukset Mittauslista Yövuorolaisen tehtävä-lista	Seurataan suunnitelmaa Tavoitteet Arviointi Jatkosuunni-telma
Hoidon toteutus	Muutokset Tehdyt asiat Hoitajan huomiot Mittaukset Yleistilan kuvaus Potilaan tuntemukset Omaisten yhteydenpi-dot		Hoitotyön lehti Mittaukset Lääkelehti Pegasos	Raportti Arviointi Toteutus
Hoidon arviointi	Voinnan muutokset Hoidon vaikutukset	Hoitajan havain-not Potilaalta Moniammatilli-nen yhteistyö Mittaukset	Hoitotyön lehti	

## 10 HANKERAPORTTI

Hankeraportti on raporttimainen kuvaus opinnäytetyön koko prosessista aikatauluineen. Raportissa kuvataan ajallisessa järjestyksessä kehittämismenetelmänä käytetyn juurruttamisen neljä vaihetta sekä opiskelijoiden ja yhteistyökumppanin etenemistä eNNI-hankkeessa.

Vähänkyrön terveystieteiden keskuksen vuodeosasto ja Vaasan ammattikorkeakoulu sekä opiskelijat aloittivat yhteistyön syksyllä 2009 eNNI-hankkeen parissa. Opinnäytetyön prosessi alkoi opiskelijoiden osalta syksyllä 2009 pidetyssä opinnäytetöiden aloitusseminaarissa. Aloitusseminaarissa valittiin opiskelijat, joiden tavoite oli opinnäytetyönään kuvata ja raportoida kirjaamisen nykytilannetta valitussa kohdeyksikössä. eNNI-hankkeen syysseminääri pidettiin joulukuussa 2009 Laurean ammattikorkeakoulun Tikkurilan yksikössä, johon Vaasan ammattikorkeakoulun eNNI-hankkeessa mukana olevat opiskelijat, opettajat ja yhteistyökumppanit osallistuivat videoneuvottelun avulla. Videoneuvottelu käytiin Vaasan Technobothnialla. Videoneuvottelussa käytiin läpi eNNI-hankkeen ensimmäisen osahankkeen tulosta ja toisen osahankkeen tavoitteita.

Tammikuussa 2010 pidettiin ensimmäinen aluetyöryhmäkokous, jossa opiskelijat ja Vähänkyrön terveystieteiden keskuksen vuodeosaston eNNI-hankkeen vastuuhenkilöt tapasivat ensimmäistä kertaa toisensa. Kokouksessa käytiin läpi meneillään olevaa hanketta, aluetyöryhmäsuunnitelmaa ja opiskelijat kertoivat opinnäytetyön roolista hankkeessa. Tammikuussa opiskelijat tekivät opinnäytetyösuunnitelman ja toteuttivat tiedonhakuprosessia opinnäytetyön teoriaosuuteen. Rakenteisen kirjaamisen juurruttamisen ensimmäisessä vaiheessa, kehittämistoimintaan osallistunut Vähänkyrön terveystieteiden keskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunta kuvasi toinen toisilleen heidän nykyistä toimintaansa hoitotyössä. Pohtimalla nykyisiä käytäntöjä pyrittiin saamaan hoitajien hiljainen tieto esille. Tammikuun lopulla pidetyllä osastotunnilla käytiin läpi tutkimussuunnitelma, tuleva aikataulu ja lupanomukset allekirjoitettiin.

Vähänkyrön terveystieteiden keskuksen vuodeosaston kirjaamisen nykytilannetta selvitetiin kyselyllä, joka pohjautui eNNI-hankkeen valtakunnalliseen kyselylomakepoh-

jaan, kysely toteutettiin helmikuussa 2010. Juurruttamisen toisessa vaiheessa opiskelijat aloittivat kyselyn analysoinnin sisällön analyysin avulla ja työyhteisön sen hetkisen kirjaamistavan kuvaamisen teoreettisesti.

Juuruttamisen kolmannessa vaiheessa työyhteisö tarkasteli teoreettiselle tasolle jäsenettyä toimintaa ja kehittivät omaa osaamistaan perehtymällä hoitotyön kirjaamista koskevaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Tämä tapahtui eNNI -hankkeeseen sisältyvässä kirjaamiskoulutuksessa, joka järjestettiin kolmella eri kerralla. Koulutukset järjestettiin Vaasan ammattikorkeakoulun toimesta ja niihin osallistuivat opinnäytetyöntekijät sekä Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökuntaa. Ensimmäiseen koulutuskertaan opiskelijat osallistuivat helmikuussa 2010. Koulutuksessa käytiin läpi eNNI-hanketta, rakenteista kirjaamista, FinnCC -luokitusta ja hoitotyön prosessia. Helmikuussa pidettiin väliseminaari, jossa opiskelijat esittelivät opinnäytetöitään ja kertoivat, missä vaiheessa kukin on omassa työssään.

Maaliskuussa 2010 opiskelijat osallistuivat toiseen kirjaamiskoulutukseen, jossa rakenteista kirjaamista harjoiteltiin konkreettisesti paperiversion avulla. Opiskelijoiden toinen väliseminaari pidettiin maaliskuussa. Seminaari sisälsi tilannekatsauksen opinnäytetöiden osalta. Maaliskuussa opiskelijat kirjoittivat opinnäytetyön teoriaosuutta ja jatkoivat kyselyn tulosten analysointia sekä aloittivat hankeraportin kirjoittamisen.

Huhtikuussa 2010 pidettiin viimeinen kirjaamiskoulutus liittyen eNNI-hankkeeseen. Osallistujille näytettiin, miltä uusi rakenteinen kirjaaminen näyttää potilastietojärjestelmästä käsin. Opiskelijat viimeistelivät kyselyn analysoinnin ja jatkoivat sekä opinnäytetyön teoriaosuuden että hankeraportin kirjoittamista. Huhtikuun lopulla Vähänkyrön terveyskeskuksessa pidettiin osastotunti, jolloin opiskelijat esittivät kyselyn tulokset hoitohenkilökunnalle. Juurruttamisen neljännessä vaiheessa kyselyn tulosten perusteella yhteistyökumppani ja opiskelijat asettivat esiin tulleet kehittämiskohteet tärkeysjärjestykseen ja valitsivat niistä kirjaamisen kehittämismallin. Yhteisymmärryksessä päädyttiin tekemään malli potilaan tulotilanteesta ja hoitosuunnitelmasta.

Toukokuussa 2010 aloitettiin kehittämismallin työstäminen. Kehittämismalli esiteltiin, luovutettiin ja aloitettiin uuden toimintamallin juurruttaminen Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosastolle toukokuun lopulla pidetyllä osastotunnilla. Opinnäytetyön tekemisessä pidettiin taukoa kesä-, heinä- ja elokuu.

Syyskuussa opinnäytetyön teoriaosuutta viimeisteltiin ja hankeraportti sekä arviointi kirjoitettiin valmiiksi. Syyskuussa yhteistyökumppanille lähetettiin kysely kehittämismallin arviointia sekä opiskelijoiden ja Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston yhteistyötä koskien. Saadut vastaukset analysoitiin ja niiden avulla täydennettiin kehitysmallia ja opinnäytetyön arviointia.

Lokakuussa opinnäytetyön teoriaosuus valmistui ja alkuperäinen kehittämismalli viimeisteltiin teoreettisesti ja ulkonäöllisesti. Liitteet liitettiin ja opinnäytetyön sisältö tarkastettiin.

## 11 ARVIOINTI

Projektin aikataulu on alusta lähtien ollut täsmällisesti suunniteltu ja se on edennyt hankkeen mukaisesti tiukassa aikataulussa niin opiskelijoiden kuin Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston osalta. Heti alussa tiedossamme olivat päivämäärät, jolloin hankkeen tuli olla tietyssä pisteessä Vaasan ammattikorkeakoulun asettamien tavoitteiden mukaisesti. Projekti eteni sujuvasti ammattikorkeakoulun ja yhteistyökumppanin välisen alueellisen kehittämissuunnitelman mukaisesti. Suunnittelemamme opinnäytetyön aikataulu oli melko tiukka, mutta realistisesti toteutettavissa. Hyvin sujuneen alkutaipaleen vuoksi kiirettä ei ilmaantunut, joten opinnäytetyö eteni tasaiseen tahtiin. Kesän lähestyessä päätimme muuttaa suunnitelmaa töiden ja opiskelun kannalta joustavammaksi ja jatkaa opinnäytetyön työstämistä uudella innolla tulevana syksynä.

### 11.1 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Koko opinnäytetyöprosessi alkoi opinnäytetyösuunnitelman teolla, johon sisältyi opinnäytetyökysymysten laatiminen ja kysymyksiin sopivien vastausten löytäminen. Opinnäytesuunnitelma tehtiin reippaaseen tahtiin ja se valmistui tavoitteiden mukaisesti. Yhteistyö Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnan kanssa sujui alusta asti helposti ja luontevasti, olimme aina tervetulleita siellä järjestettävillä osastotunneilla. Vuorovaikutus yhteistyökumppanin kanssa toimi moitteettomasti molemmin puolin ja heillä oli aina aikaa meille kiireestä huolimatta.

Opinnäytetyön teoriaosuuden rakentaminen oli sujuvaa, sillä olimme jo opinnäytesuunnitelmaa tehdessä tutustuneet kirjallisuuteen laajasti. Kattavasta kirjallisuuskatsauksesta huolimatta, valitsimme käytettäväksi vain työtä parhaiten palvelevat lähteet. Halusimme, että teoriaosuus sisältäisi kaiken tarvittavan tiedon hyvin rajattuna pakettina kadottamatta laadullisia vaatimuksiamme ja mielestämme onnistuimme siinä hyvin.

Hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn tekeminen oli haastavaa, sillä halusimme kyselystä helposti ymmärrettävän ja lyhyen. Kysymykset tuli muodostaa niin,

että ne antoivat meille kattavan katsauksen kirjaamisen nykytilasta ja mahdollisista ongelmakohdista. Laatimamme kysely kirjaamisentilan kartoittaminen tehtiin hankkeen valtakunnallisen pohjan mukaan. Kysymykset sovellettiin yksikköön ja opinnäytetyön tarkoitukseen sopiviksi, jolloin kysymyksistä saatiin hankkeen kannalta oikeanlaiset. Taustatieto-osuus antoi meille yleiskatsauksen hoitohenkilökunnan luonteesta ja kirjaamistottumuksista, joka helpotti meitä ymmärtämään kirjaamisen lähtökohdat. Hoitohenkilökuntaan kuuluu 12 työntekijää ja vastauksia saimme yhdeksän kappaletta, joten otoskoko on työhömmе nähden kattava. Mielestämme kyselylomakkeiden laatiminen onnistui hyvin, sillä hoitajat olivat vastanneet kysymyksiin perusteellisesti, mikä heloittaa tulosten käsittelyä huomattavasti ja onnistuimme saamaan kyselylomakkeiden avulla opinnäytetyöhön tarvittavan konkreettisen tiedon.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, koska kohdeyksikkö on pieni ja haluttiin painottaa vastausten laatua, ei määrää. Käytimme kyselylomakkeiden analysoinnin menetelmänä sisällönanalyysiä, joka on laadullisen tutkimuksen perusprosessi. Sisällönanalyysin koimme alkuun melko vaikeaksi asian ollessa meille uusi. Taulukoimme tulokset tarkasti jokaisesta kysymyksestä selventääksemme niiden todellisuutta. Ymmärsimme hoitajien antamat vastaukset hyvin, mutta niitä oli haastavaa siirtää sisällönanalyysin avulla kirjallisena paperille. Tähän vaikutti vastausten ajoittaiset laajat poikkeavuudet toisistaan, mikä sinänsä oli odotettavissakin kyselyn käsitellessä vastaajan subjektiivisia kokemuksia kysyttävistä asioista (Tuomi & Sarajärvi 2002, 19). Sisällönanalyysi onnistui loppujen lopuksi melko hyvin ja löysimme ehdotuksia kehittämiskohteista tulevaan kehittämismalliin. Arvioimme luotettavuuden hyväksi pieneen vastaajamäärään ja vastausten suureen hajontaan nähden.

Kyselyjen tulokset esitettiin yksikössä suullisesti ja ehdotimme saatujen tulosten perusteella kirjaamiselle kehittämiskohdetta. Yksikön hoitohenkilökunta oli samaa mieltä kanssamme ongelmakohdasta, ja yhteisymmärryksessä päädyimme tekemään kehittämismallin potilaan tulotilanteen ja hoitosuunnitelman kirjaamisesta. Tulosten luotettavuuden vahvisti se, että hoitajat tunnistivat tulkitsemamme kirjaamisen ongelmakohdat.



Opiskelijoiden omien mielipiteiden ei pitäisi vaikuttaa tuloksiin tai niiden analysointiin, joten tulosten esille tuominen oli neutraalia. Laadullisen tutkimuksen aineisto koostuu yksilöllisistä kokemuksista ja ajatuksista, joten tutkimustuloksia ei voida siirtää tai yleistää toisiin yksiköihin, mutta itse kysely ja koko tutkimus voidaan toistaa samanlaisena toiseen yksikköön. (Janhonen & Latvala 2001, 198.)

Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunta on osallistunut hankkeeseen omasta tahdostaan ja suostuneet kirjaamisen nykytilan kartoitukseen kyselylomakkeiden avulla. Opinnäytetyö ei itsessään ole eettinen, mutta työn eettisyys näkyy vastaajien anonymiteetin kunnioituksena ja vastaamisen vapaaehtoisuutena. (Janhonen & Latvala 2001, 199.)

## **11.2 Kehittämismallin arviointi**

Yhteistyökumppanimme Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosasto pääsi mukaan projektiluonteiseen ja tärkeään kehittämishankkeeseen. Yksikkö on alusta asti suhtautunut työhön positiivisesti ja mielenkiinnolla, vaikka kirjaamiseen liittyviä muutoksia on viime aikoina heidän kohdallaan ollut paljon. Sähköinen potilastietojärjestelmä ja sähköisesti kirjaaminen ovat tulleet yksikön käyttöön vasta jokin aika sitten. Kyselylomakkeiden perusteella ilmeni, että edellä mainitut asiat vaativat uuden asian lomassa vielä paljon huomiota. Hanke ja yhteistyö Vaasan ammattikorkeakoulun kanssa ovat valmistaneet yksikköä rakenteiseen kirjaamiseen, joka tulee väistämättä koskettamaan heidän yksikköään.

Kyselylomakkeista ilmenneiden ongelmakohtien pohjalta valitsimme yhteistyössä yhteistyökumppanin kanssa yhden kehittämiskohteen, josta yksikölle tehtiin kehittämismalli. Malli koski potilaan tulotilanteen ja hoitosuunnitelman rakenteista kirjaamista. Kehittämismallista halusimme helppolukuisen ja teoriaosuudesta lyhyen ja ytimekkään. Teimme potilascasen, joka havainnollistaisi, kuinka rakenteinen kirjaaminen tulisi jatkossa luokitusten avulla tapahtumaan.

Kehittämismallin esityspäivän lähestyessä aikataulu pääsi yllättämään koko ryhmän jäsenet, ja kehittämismallin viimeistely jäi viime tippaan. Mielestämme kehittämismallin sisältö oli melko hyvä, mutta se vaati vielä muokkausta lopulliseen

muotoon. Halusimme vielä parantaa kehittämismallin ulkomuotoa ja saada siitä lukijalle mieluisan. Olimme tyytyväisiä, että saimme palautettua viimeistelyä vaille valmiin työn sovittuna ajankohtana. Kehittämismalli esitettiin Vähässäkyrössä toukokuun viimeisellä viikolla.

Vähänkyrön terveystieteiden keskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle annettiin mahdollisuus perehtyä kehittämismalliin kesän aikana. Syksyllä lähetimme yksikköön kyselylomakkeet koskien palautetta kehittämismallista ja mahdollisista parantamisehdotuksista. Palautelomakkeeseen oli vastannut yhteensä kahdeksan hoitajaa, ja kaikki vastanneet olivat tutustuneet kehittämismalliin, mutta vastausten perusteella ilmeni, että sitä oli käytetty käytännön hoitotyössä vain satunnaisia kertoja. Eniten kehittämismallin käyttöä hankaloitti se, ettei varsinaista sähköistä ohjelmaa ollut vielä käytössä ja sen vuoksi myös kehittämismallin parannusehdotusten esille tuominen oli vaikeaa. Hoitohenkilökunta olisi halunnut päästä kokeilemaan uutta ohjelmaa käytännössä, mutta siihen ei koulutuksissa ollut vielä mahdollisuutta, jonka vuoksi he kokivat käytännön läheisyyden hieman puutteelliseksi.

Kehittämismallia paranneltiin kyselyn tulosten perusteella. Mallia elävöitettiin visuaalisesti lisäämällä siihen muun muassa värejä, kuvia ja taulukoita sekä hoitosuunnitelman teoriaosuutta laajennettiin. Mallista tuli mielestämme helposti käytettävä ja mielenkiintoinen sekä teorian että ulkoasun osalta.

### **11.3 Arviointia omasta työskentelystä**

Oppimisprosessina opinnäytetyön tekeminen ja ryhmätyötaitojen käyttäminen ovat olleet opettavaisia. Heittäydyimme projektinomaiseen työskentelytapaan, jossa etenimme hankkeen mukaan opinnäytetyötä tehden ja noudattaen aikataulua osallistumalla yhteistyöpalaveriin, koulutuksiin ja muihin hankkeen tuomiin tilaisuuksiin. Uusi työskentelytapa tuntui alussa mielenkiintoiselta ja jännittävältä, sillä ryhmämme jäsenistä kukaan ei ollut aikaisemmin työskennellyt projektinomaisesti.

Yhteistyö ryhmämme välillä on toiminut erinomaisesti. Ryhmädynamiikkamme ansiosta työskentely on ollut luontevaa, antoisaa ja laadullisesti tuloksellista. Tä-

män ansiosta opinnäytetyön tekeminen yhdessä on ollut kaikin puolin mukavaa, eikä stressistä ole muodostunut työn etenemisen kannalta mainittavaa seikkaa. Haasteena opinnäytetyölle oli ryhmän jäsenten asuminen ja työharjoittelut eri paikkakunnilla sekä koulutuksen eriävät suuntautumisvalinnat, jotka toivat päällekkäisyyksiä aikataulujen yhteensovittamisessa. Hyvän ryhmähengen ansiosta edellä mainitut haasteet on saatu organisoitua toimiviksi, eivätkä ne ole hankaloittaneet tai estäneet opinnäytetyön etenemistä. Pääasiassa olemme työskennelleet ryhmänä, mutta hyvien organisaatiotaitojemme vuoksi myös yksilötyöskentely on ollut mahdollista.

Olemme tyytyväisiä työskentelyymme hankkeen parissa. Työ eteni sujuvasti, noudatimme aikatauluja ja saavutimme haluamamme lopputuloksen. Olemme viimeisen vuoden aikana löytäneet itsestämme uusia puolia, kuten järjestelmällisyyttä ja pitkäjänteisyyttä. Hanke on tuonut opinnäytetyöntekijöille uutta tietoa kirjaamisesta ja kiinnittänyt huomiomme omaan kirjaamistapaamme ja sen tärkeyteen hoitotyössä. Työ on valmistanut meitä työelämään antamalla meille hyvän peruspohjan tulevaa rakenteista kirjaamista ajatellen, ja projektimainen työskentely on antanut meille erittäin positiivisen kokemuksen koko prosessista.

## LÄHTEET

Aaltonen, Erkki 2010. Kansallinen terveystietokanta KanTa. [viitattu: 21.2.2010.] Saatavilla [www-muodossa: <URLhttp://www.laaketietokeskus.fi/page.php?page\\_id=401>](http://www.laaketietokeskus.fi/page.php?page_id=401).

Ahonen Outi, Ora-Hyytiäinen Elina & Silvennoinen Pirjo 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro Terveys. Nro 6, 4-6.

Anttila Kyllikki, Kaila-Mattila Tuulikki, Kan Suvi, Puska Eeva-Liisa & Vihunen Riitta 2008. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki. WSOY.

eNNI 2008a Hankekuvaus. eNNI osahanke 1. [viitattu 9.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.amk.fi/enni/hankekuvaus\\_4/enniosahanke1.html>](http://www.amk.fi/enni/hankekuvaus_4/enniosahanke1.html).

eNNI 2008b Hankekuvaus. eNNI osahanke 2. [viitattu 9.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.amk.fi/enni/hankekuvaus\\_4/enniosahanke2.html>](http://www.amk.fi/enni/hankekuvaus_4/enniosahanke2.html).

eNNI 2007c Osaamisen kehittäminen. Hoitotyön sähköinen kirjaaminen, tausta ja lähtökohdat. [viitattu 10.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://amk.fi/enni/osaamisenkehittaminen\\_6.html>](http://amk.fi/enni/osaamisenkehittaminen_6.html).

Ensio, Anneli 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina & Sonninen Anna Liisa, Millainen on rakenteinen, elektroninen potilaskertomus?, 95-96. Porvoo. WSOY.

Eriksson Katie, Isola Arja, Kyngäs Helvi, Leino-Kilpi Helena, Lindström Unni Å, Paavilainen Eija, Pietilä Anna-Maija, Salanterä Sanna, Vehviläinen-Julkunen Katri & Åstedt-Kurki Päivi 2006. Hoitotiede. Helsinki. WSOY.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Tammi.

HUS, 2007. Hoitotyö. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 17.1.2007 [viitattu 19.1.2010] Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,2058,16536>](http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,2058,16536).

Ikonen, Helena 2009. eNNI toisen osahankkeen tavoitteet. Laurea-ammattikorkeakoulu. Päivitetty 9.12.2009 [viitattu: 19.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):

<URL:[http://www.lamk.fi/material/ahonen\\_ja\\_huovila\\_14\\_10\\_kever\\_2009\\_2pptx.pdf](http://www.lamk.fi/material/ahonen_ja_huovila_14_10_kever_2009_2pptx.pdf)>.

Janhonen, Sirpa & Latvala, Eila 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.), Hoitaminen sosiaalisessa yhteydessään: Grounded theory, 165-207. Juva. WSOY.

KanTa 2009. Sähköinen potilastiedon arkisto. Päivitetty 24.6.2009 [viitattu 18.1.2010]. Saatavilla [www-muodossa](https://www.kanta.fi/web/fi/sahkoinen-potilastiedon-arkisto):

<URL:<https://www.kanta.fi/web/fi/sahkoinen-potilastiedon-arkisto>>.

Kassara Heidi, Paloposki Sanna, Holmia Silja, Murtonen Irja, Lipponen Varpu, Ketola Marja-Leena & Hietanen Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki. WSOY

Kärkkäinen Oili, 2007. Hoitotyön kirjaaminen. (Hoitotyön vuosikirja 2007) Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena (toim.?), Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen, 89-96. Jyväskylä. Gummerrus.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.), Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi, 21-43. Juva. WSOY.

Liljamo Pia, Kaakinen Pirjo & Ensio Anneli 2008. Opas FinCC – luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Päivitetty 12.11.2008 [viitattu 21.9.2010]. Saatavilla [www-muodossa](http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf): <URL:[http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC\\_OHJEKIRJA\\_VERSION\\_1\\_0\\_final\\_a.pdf](http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf)>.

L523/1999. Henkilötietolaki. 1.6.1999.

L653/2000. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1.8.2000.

L159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 1.7.2007.

L298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 1.8.2009.

Mäkilä Minna, 2007. Hoitotyön kirjaaminen. (Hoitotyön vuosikirja 2007) Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena (toim.), Puheenvuoro: Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei?, 35-40. Jyväskylä. Gummerrus.

Saranto, Kaija 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttua Kaarina & Sonninen Anna Liisa, Tiedon muodostuminen hoitoprosessissa, 19-33. Porvoo. WSOY.

Saranto Kaija & Ensio Anneli, 2007. Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja 2007. Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena (toim.), Hoitotyön kirjaamisen arviointi, 123-138. Jyväskylä. Gummerrus.

Saranto, Kaija & Sonninen, Anna Liisa 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttua Kaarina & Sonninen Anna Liisa, Miksi systemaattista kirjausta tarvitaan?, 11-16. Porvoo. WSOY.

Sonninen, Anna Liisa 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttua Kaarina & Sonninen Anna Liisa, Miten hoitotietoa kirjataan systemaattisesti?, 65-66. Porvoo. WSOY.

Stakes 2008. FinCC Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL 2.0.1.

Suhonen, Marita, apulaisosastonhoitaja 8.9.2010. Vähänkyrön terveyskeskus, Vähänkyrö. Haastattelu.

Tanttua, Kaarina 2009. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto [viitattu: 21.2.2010]. Saatavilla [www.muodossa.fi](http://www.muodossa.fi/fi/dokumentit/15157/Hoitotyön-systemaattinen-kirjaaminen-ja-sen-käyttönotto.pdf+SHTuL&hl=fi&gl=fi&pid=bl&srcid=ADGEESihycSLqZHmM6ho_qxirm): <URL:http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:aYtKPF9D5c4J:www.vsshp.fi/fi/dokumentit/15157/Hoitotyön-systemaattinen-kirjaaminen-ja-sen-käyttönotto.pdf+SHTuL&hl=fi&gl=fi&pid=bl&srcid=ADGEESihycSLqZHmM6ho\_qxirm

MRpviQljYcB-  
rss0TaJIVTL2qqcsu0H0\_M9N5PyxJ5UdnORq65liB0ne0quqIjFWfPgpIrZdGX7y  
S5We-  
4toUKjLm4eQIRgwkdXsQkL39LcFUgumC&sig=AHIEtbQSTmiEA5QNR6UI  
Yk4peqt9QXnx1g>.

Tanttu, Kaarina & Rusi, Reetta 2007. Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja 2007. Teoksessa Hopia, Hanna & Koponen, Leena (toim.), Kansallisesti yhteinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt, 113-122. Jyväskylä. Gummerrus.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä. Tammi







## KYSELYLOMAKE

Vastaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä oikea vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

### Taustatiedot

1. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta
2. Oletko ammatiltasi
  - a) Sairaanhoitaja/ Terveystenhoitaja
  - b) Lähihoitaja/Perushoitaja
3. Työsuhteesi laatu
  - a) Vakituinen
  - b) Sijainen
4. Kuinka kauan olet työskennellyt Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosastolla? \_\_\_\_\_
5. Ovatko tietotekniikkataitosi mielestäsi
  - a) Erinomaiset
  - b) Hyvät
  - c) Kohtalaiset
  - d) Heikot
6. Onko kotona käytössäsi tietokone?
  - a) Kyllä
  - b) Ei
7. Mikä potilastietojärjestelmä osastollanne on käytössä? \_\_\_\_\_
8. Oletko saanut koulutusta käyttämäne sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön?
  - a) Kyllä
  - b) En
9. Oletko saanut minkäänlaista koulutusta sähköiseen kirjaamiseen?
  - a) Kyllä
  - b) En



## KYSELYLOMAKE

10. Jos vastasit edelliseen kysymykseen Kyllä, niin missä ja milloin?

---

11. Oletko kuullut rakenteisesta kirjaamisesta?

- a) Kyllä
- b) En

12. Onko kirjaaminen käyttämälläne potilastietojärjestelmällä

- a) Helppoa
- b) Keskinäkertaista
- c) Vaikeaa

Miksi? \_\_\_\_\_

---

13. Paljonko arvioit aikaa kuluvan kirjaamiseen päivittäin? \_\_\_\_\_

14. Mitä tarkoittaa näyttöön perustuva hoitotyö?

---

---

---

15. Kuvaa lyhyesti hoitotyön prosessi

---

---

---

16. Mitä tietokantoja käytät työssäsi?

- a) Terveysportti
- b) Medic
- c) Medline
- d) PubMed
- e) Duodecim

f) Muut, mitkä? \_\_\_\_\_



## KYSELYLOMAKE

### **Tulotilanteen kirjaaminen**

17. Mitä tietoja kirjaat potilaan saapuessa osastolle?

---

---

---

18. Mistä kirjattava tulotieto on peräisin?

---

---

---

19. Minne ja moneenko paikkaan tulotiedot kirjataan?

---

---

---

20. Miten potilaan tulotilanteesta kirjattuja tietoja hyödynnetään?

---

---

---

### **Hoidon suunnittelu**

21. Mitä tietoja kirjaat potilaan hoidon suunnittelussa?

---

---

---

22. Mitä lähteitä käytät potilaan hoidon suunnittelussa?

---

---

---

**KYSELYLOMAKE**

23. Minne ja moneenko paikkaan hoidon suunnittelun tiedot kirjataan?

---

---

---

24. Miten potilaan hoidon suunnittelua hyödynnetään?

---

---

---

**Hoidon toteutus**

25. Mitä tietoja potilaan hoidosta kirjataan?

---

---

---

26. Minne ja moneenko paikkaan tieto potilaan hoidosta kirjataan?

---

---

---

27. Miten potilaan hoidosta kirjattua tietoa hyödynnetään?

---

---

---



## KYSELYLOMAKE

### **Hoidon arviointi**

28. Kuinka usein ja missä vaiheessa potilaan hoitoa arvioidaan?

---

---

---

29. Mitä potilaan hoidon arvioinnista kirjataan?

---

---

---

30. Millä perusteella potilaan hoidon arviointi tehdään?

---

---

---

31. Minne ja moneenko paikkaan potilaan hoidon arviointi kirjataan?

---

---

---

**SUURI KIITOS VASTAUKSESTASI!**

KEHITTÄMISMALLI

**KEHITTÄMISMALLI**  
**POTILAAN TULOTILANTEESTA**  
**JA**  
**HOITOSUUNNITELMASTA**



Sofia Forstén, Leena Hemminki, Riikka Sepponen

## KEHITTÄMISMALLI

### KEHITTÄMISMALLI

Opinnäytetyön yhtenä osana on luoda työyhteisölle käytännöllinen malli yhdestä kirjaamisesta esiin tulleesta ongelmakohdasta. Ongelmakohta kartoitettiin kyselylomakkeiden avulla, jotka käsittelivät kirjaamisen eri osa-alueita. Suurimmat eroavaisuudet kirjaamiskäytännöissä ilmenivät potilaan tulotilanteen ja hoidon suunnittelun yhteydessä. Näistä kohdista valittiin yhdessä työyhteisön kanssa heitä eniten hyödyttävä kehittämisalue. Kyseinen alue käsittelee potilaan tulotilanteen kirjaamista. Kehittämismallin toivotaan toimivan työyhteisön apuvälineenä ja nopeuttava sekä yhtenäistää kirjaamislinjaa uuden potilaan saapuessa osastolle.

Tulotilanteen kirjaamisessa ei ole valtakunnallisesti yhtenäistä kirjaamislinjaa, vaan yksikkökohtaisesti voi olla suuriakin eroavaisuuksia. Tulotilanteen kirjaamisen tulisi olla tarkoituksenmukaista ja oleellista kyseisen yksikön sekä hoidon kannalta. Tulotiedot voidaan selvittää usealla eri tavalla, potilaalta, saattajalta, omaisilta ja muilta hoitaneilta tahoilta suullisesti tai kirjallisesti. Tietoja saadaan myös kattavasti potilasasiakirjoista ja tulotilanteessa tehdyistä havainnoista sekä mittauksista.

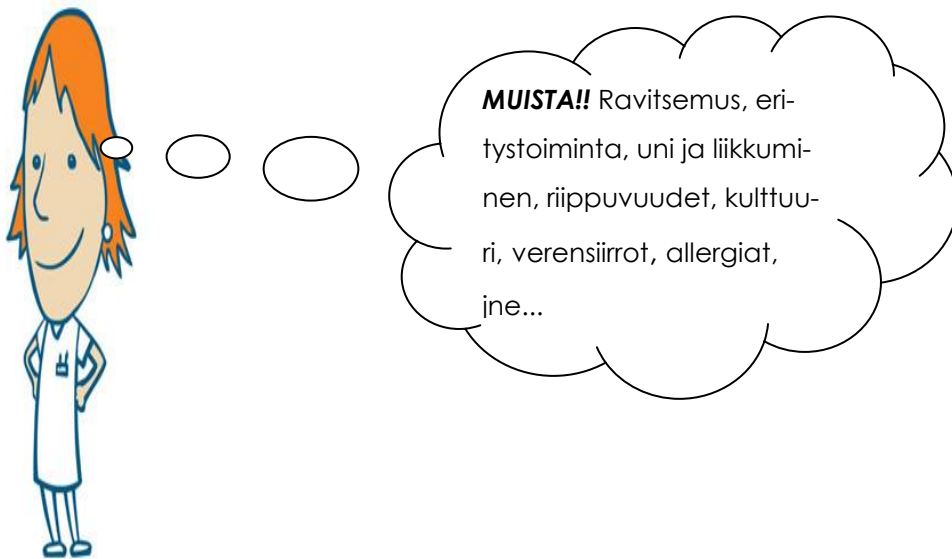
Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosaston kirjaamisen kehittämissuunnittelussa on käytetty lähteenä rakenteisen kirjaamisen kansallista mallia ja FINCC -luokitusta sekä kirjoja Hoitamalla hyvää oloa ja Hoitotyön osaaminen.

Tulotilanteen kirjaamisessa tulee selkeästi ilmetä potilaan henkilötiedot, hoitopaikka ja saapumisaika. Hoidossa tapahtuvien muutosten varalta tulee tulotietoihin merkitä potilaan yhteyshenkilö ja hänen yhteystietonsa. Tulotiedoissa tulee ilmetä, minkä vuoksi ja mistä potilas tulee hoitoyksikköön, millainen potilaan vointi on osastolle tullessa ja mitkä ovat potilaan diagnoosit, jotta hoitohenkilökunta saisi selkeän kuvan potilaan tilanteesta. Allergiat ja meneillään olevat hoidot ovat tärkeitä kirjata hoidon turvallisuuden vuoksi. Oikeusturvan ja potilasturvallisuuden vuoksi tietoihin merkitään tietojen kerääjän nimi ja ammattinimike. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola, Hietanen. 2005, 58; Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska, Vihunen 2008, 52.)

Tarvittaessa tulotietoihin kirjataan seuraavia asioita, jos ne ovat olennaisia hoidon kannalta. Tulotietoihin kirjataan ravitsemus, ruokavalio ja eritystoiminta, mikäli näissä on poikkeavuuksia. Unen, levon ja hygieniasta huolehtimisen poikkeavuudet on hyvä kirjata, jotta niihin osataan kiinnittää

## KEHITTÄMISMALLI

riittävää huomiota. Mikäli potilaan liikkuminen ei ole täysin omatoimista, mahdollinen avuntarve tai apuvälineet tulee kirjata tulotietoihin. Elämäntavat, ennen kaikkea kulttuuri, uskonto, nautintoaineiden käyttö, luontaislääkkeet ja riippuvuudet merkataan tulotietoihin, mikäli ne vaikuttavat meneillään olevaan hoitoon. Kulttuuri ja uskonto voivat sisältää tiettyjä periaatteita, joita tulee kunnioittaa ja tiedostaa esimerkiksi hoitavan henkilön sukupuoli, verensiirrot ja tiettyjen ruoka-aineiden välttäminen. Riippuvuudet ja nautintoaineiden sekä luontaistuotteiden käyttö tulee ottaa huomioon lääkehoitoa koskevissa asioissa. Potilaan ammatti ja harrastukset voidaan myös mainita tulotiedoissa. (Kassara ym. 2005, 58; Anttila ym. 2008, 52.)

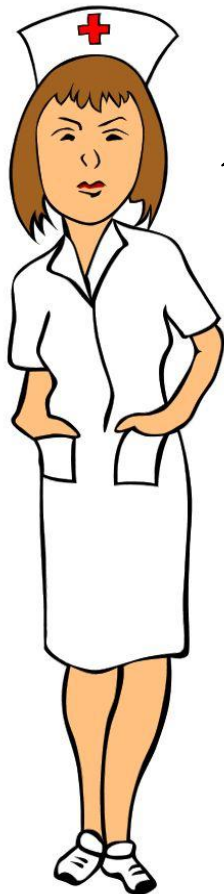




## KEHITTÄMISMALLI

**KUINKA KEHITTÄMISMALLIA VOIDAAN HYÖDYNTÄÄ?**

- Kehittämismalli on laadittu vuodeosaston hoitohenkilökunnalle
- Kehittämismallia voidaan hyödyntää uuden potilaan tulotilanteenkirjaamisessa ja hoitokertomuksen aloituksessa



*Kehittämismallia voin hyödyntää, kun potilas tulee osastolle ja laatiessani hoitosuunnitelmaa! Kivaa, se helpottaa ja nopeuttaa työtäni!!*

## KEHITTÄMISMALLI

**POTILAAN TULOTILANTEEN KIRJAAMINEN**

## HENKILÖTIEDOT →

Nimi  
Sotu  
Osoite  
Puhelinnumero  
Lähiomainen → Yhteystiedot

## SAAPUMISTIEDOT →

Hoitoyksikkö  
Saapumisaika → Päivämäärä  
ja kellonaika

Tulosyy  
Mistä tulee

## HOITOTIEDOT →

Diagnoosit  
Lääkitys  
Vointi saapumishetkellä

## RISKITIEDOT →

Allergiat  
Meneillään olevat hoidot

**MUUT KIRJATTAVAT TIEDOT**

## PÄIVITTÄISET TOIMINNOT →

Ravitsemus  
Ruokavalio  
Eritystoiminta  
Hygienia  
Uni ja lepo

## LIKKUMINEN →

Apuvälineet  
Liikkumisen tukeminen

## ELÄMÄNTAVAT →

Kulttuuri  
Uskonto  
Riippuvuudet  
Nautintoaineiden käyttö  
Luontaistuotteet

## MUUTA MAINITTAVAA →

Ammatti  
Harrastukset

## KEHITTÄMISMALLI

Potilascase esimerkki tulotilanteen kirjaaminen

Aino Maija Nieminen

110438-652P

Einonkuja 16

66500 Vähäkyrö

72- vuotias nainen tulee terveyskeskuslääkärin läheteellä Vähänkyrön terveyskeskuksen vuodeosastolle 23.5.2010 kello 12:30 hengenhdistuksen, muistihäiriöiden, kovien jalkakipujen ja turvotusten vuoksi. Perussairauksina sydämen vajaatoiminta (-01), verenpainetauti (-06) ja 2-tyypin diabetes (-06).

Potilaan hengitys osastolle tullessa raskasta, saapuu pyörätuolilla, vuoteeseen siirtyminen onnistuu itsenäisesti, valittelee jalkojen kipua. Potilas liikkuu normaali olosuhteissa rollaattorin avulla. Vastailee kysymyksiin asiallisesti, ei kuitenkaan ole aivan varma, miksi hän on osastolla. Osastolle tullessa tytär lida Nieminen mukana, ilmoittaa olevansa Ainin yhdyshenkilö.

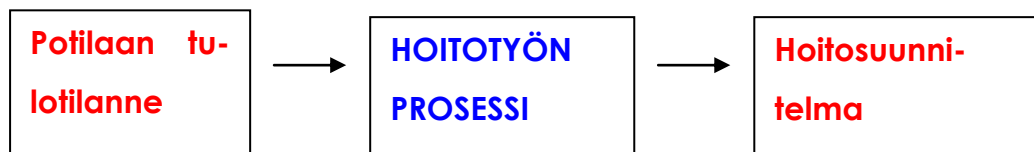


**Hengenhdistus-  
ta.....en jaksaisi  
kävellä, jalkoihini  
sattuu!**

## KEHITTÄMISMALLI

Potilascase esimerkki hoitosuunnitelmaan

- Hoitosuunnitelma on potilasta koskeva kirjallinen suunnitelma, joka on kokonaiskuvaus potilaan saamasta hoitotyöstä. (Kassara ym. 2005, 56-57.)
- Tulotilanteessa tehty hyvä kirjaaminen on hyvä alku hoitotyönprosessille, joka päättyy sairaanhoitajan tekemään hoitosuunnitelmaan.



- Hoitosuunnitelmasta tulee ilmetä potilaan esitiedot, niiden vastaanottaminen, tavoitteiden asettaminen, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteutus, käytetyt auttamismenetelmät, hoitotyön arvioinnin, jatkohoidon suunnittelun, potilaan kotiuttamisen sekä hoitajaksoista tehtävän arvioinnin ja tiivistelmän. (Kassara ym.2005, 57.)
- Hyvästä hoitosuunnitelmasta hoitajan tulisi saada selkeä kuva potilaan saamasta hoidosta, hoidon ongelmista sekä hoidon tuloksellisuudesta. (Kassara ym.2005, 56.)
- Hoitosuunnitelma muodostaa pohjan päivittäiselle hoitotyön kirjaamiselle. Komponentti ja pää- tai alaluokka ovat pakollisia tietoja, luokitte-luja tarkennetaan aina vapaalla tekstillä.
- Hoidon tarpeita voidaan lisätä hoitajakson myötä, ja hoitosuunnitelmaa voidaan muuttaa ja päivittää tarvittaessa.

## KEHITTÄMISMALLI

**HOITOSUUNNITELMAN MALLI**

(Huom! Hoitotyön keinot ovat tehty vain tätä esimerkkiä varten, eivätkä välttämättä sovi ainoaksi keinoiksi hoitotyössä)

Hoitotyön tarve	Hoitotyön tavoite	Suunniteltu hoitotyön keino
<p><b>KOMPONENTTI</b> Hengitys</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Hengitysvajaus</p> <p><b>ALALUOKKA</b> Hengenahdistus Sydämen vajaatoiminnan pahenemisesta johtuva hengenahdistus</p>	<p><b>Hengenahdistus helpottuu</b></p>	<p><b>KOMPONENTTI</b> Hengitys</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Hengityksen seuranta</p> <p><b>ALALUOKKA</b> Happisaturaation seuranta x 3/vrk</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Hengityksen ja keuhkojen toiminnan ylläpito</p> <p><b>ALALUOKKA</b> Hapen antaminen Tarv. Lisähappi happiviikillä tai maskilla</p>

## KEHITTÄMISMALLI

<p><b>KOMPONENTTI</b> Nestetasapaino</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Lisääntynyt nestevolyymi</p> <p><b>ALALUOKKA</b> Turvotus Turvotusta ja kipua sääris- sä sekä nilkoissa</p>	<p><b>Turvotus laskee</b></p>	<p><b>KOMPONENTTI</b> Nestetasapaino</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Nestetasapainon seuranta</p> <p><b>ALALUOKKA</b> Turvotusten tarkkailu Painon seuranta x1/vrk, Nesterajoitus</p>
<p><b>KOMPONENTTI</b> Aistitoiminta</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Akuutti kipu Sydämen vajaatoiminnan aiheuttama kipu turvon- neissa jaloissa</p>	<p><b>Jalkojen kipu lievittyy</b></p>	<p><b>KOMPONENTTI</b> Aistitoiminta</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Kivun hoito Jalkojen pitäminen ko- hoasennossa</p> <p><b>KOMPONENTTI</b> Lääkehoito</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Lääkkeen antaminen</p> <p><b>ALALUOKKA</b> Lääkkeen antaminen suun kautta Tarv. Parasetamol 1g x 3/vrk</p>

## KEHITTÄMISMALLI

<p><b>KOMPONENTTI</b> Aktiviteetti</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Aktiviteetin muutos</p> <p><b>ALALUOKKA</b> Aktiviteetin heikkeminen Liikkuminen hankalaa kipujen ja turvotusten vuoksi.</p>	<p><b>Liikkuminen paranee, pääsee liikkumaan rollaattorin avulla.</b></p>	<p><b>KOMPONENTTI</b> Aktiviteetti</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Aktiviteettia edistävä toiminta Kannustetaan liikkumaan kivun sallimissa rajoissa</p>
<p><b>KOMPONENTTI</b> Verenkierto</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Verenkiertohäiriö <b>Verenpainetauti</b></p>	<p><b>Verenpainearvot pysyvät tavoitealueella</b></p>	<p><b>KOMPONENTTI</b> Verenkierto</p> <p><b>PÄÄLUOKKA</b> Verenkierron seuranta</p> <p><b>ALALUOKKA</b> Verenpaineen seuranta <b>Verenpaineen mittaus x1/vrk</b></p>

## PALAUTELOMAKE

Vastaathan kysymyksiin parhaasi mukaan ja jatka tarvittaessa paperin kääntöpuolelle.

1. Oletko tutustunut potilaan tulotilanteesta ja hoitosuunnitelmasta tehtyyn kehittämismalliin?

---

---

2. Oletko käyttänyt kehittämismallia työssäsi?

---

---

3. Mielipiteitä, arviointia ja mahdollisia parannusehdotuksia kehittämismallista

---

---

---

---

4. Ajatuksia yhteistyöstä hankkeen aikana, koulutuksista, omasta oppimisesta tms.

---

---

---

---

**SUURI KIITOS VASTAUKSESTASI!!!**