



LAUREA

Potilaslähtöisen hoidon ja kuntoutuksen  
suunnittelun kirjaamisen kehittäminen  
Espoon sairaalan osasto 2 D:n kanssa



Håkans, Tarja

Rudnäs, Anne

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Laurea Lohja

Potilaslähtöisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun  
kirjaamisen kehittäminen Espoon sairaalan  
osasto 2 D:n kanssa

Häkans Tarja  
Rudnäs Anne  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2009

Häkans Tarja & Rudnäs Anne

Potilaslähtöisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun kirjaamisen kehittäminen  
Espoon sairaalan osasto 2 D:n kanssa

Vuosi 2009

Sivumäärä 45

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää potilaslähtöisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun kirjaamista Espoon sairaalan osasto 2 D:llä. Opinnäytetyö toteutettiin Lohjan Laurean ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan osasto 2 D:n kanssa yhteistyönä. Työyhteisöstä kaksi sairaanhoitajaa ja kaksi hoitotyönopiskelijaa Laureasta muodostivat työryhmän, jonka tarkoituksena oli tukea työyhteisöä kehittämistyössä.

Opinnäytetyö kuuluu Espoon kirjaamisen kehittämisprojektiin, jossa mukana on kuusi vuodeosastoa ja kotisairaala. Projektin tarkoituksena on kehittää rakenteisen kirjaamisen osaamista työyhteisössä sekä heidän toiminnan muuttaminen hoitotyön kirjaamisessa. Espoon kirjaamisen kehittämisprojektia ohjaa valtakunnallinen eNNi-hanke. Hankkeen tavoitteena on tuottaa hoitotyön kirjaamisesta uutta tietoa ja osaamista sekä viedä ne käytäntöön. Hanke toteutetaan yhteistyössä ammattikorkeakoulujen hoitotyön opiskelijoiden sekä opettajien ja terveydenhuollon organisaatioiden kanssa.

Kehittämistyön menetelmänä käytettiin juurruttamista. Juurruttaminen on yhteisöllinen oppimisprosessi, joka etenee tiedonkäsittelyn vaiheiden mukaisesti. Nykytilanne kartoitettiin haastattelun avulla. Hiljainen tieto tuotiin näkyväksi ja uusinta teoreettista tietoa hyödyntäen muodostettiin uusi toimintamalli juurtumaan osaksi työyhteisön päivittäistä tapaa toimia. Juurruttamisen menetelmän avulla pyrimme sitouttamaan koko työyhteisön mukaan kehittämään osaston toimintaa rakenteellisen kirjaamisen osalta.

Oppimisprosessin tuloksena syntyi uusi toimintatapa potilaslähtöisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun kirjaamisesta. Toimintatapa sisältää potilaslähtöisen hoidon ja kuntoutuksen ja edellyttää potilaan sitoutumista/sitouttamista hoitoonsa. Päivittäinen hoitotyön kirjaaminen on potilaslähtöistä ja arvioivaa ja on osa tulevaisuudessa toteutuvaa sähköistä hoitotyön rakenteista kirjaamista kansallisen mallin mukaan.

Työyhteisö arvioi kehittämistoimintaa, työryhmän työskentelyä ja uutta toimintatapaa. Vastauksista tuli esille, että tarvitaan vielä harjoitusta ja aikaa kirjaamisen sujuvuudelle. Työyhteisö jatkaa kehittämistyötä sitouttamalla henkilökuntaa kirjaamisen kehittämiseen, jonka tulisi olla arvioivaa, kuvailevaa ja potilaslähtöistä. Tätä kehittämistyötä toteutetaan osastokokousten, case esimerkkien avulla ja avoimella keskustelulla.

Asiasanat: juurruttaminen, rakenteinen kirjaaminen, potilaslähtöisyys, sitouttaminen.

Håkans Tarja & Rudnäs Anne

Developing ways of documentation the planning of patient-centered care and rehabilitation in Espoo hospital in co-operation with Espoo Hospital ward D 2

Year 2009

The number of pages 45

---

The aim of this study was to develop ways of documentation the planning of patient-centered care and rehabilitation in Espoo hospital ward 2 D. The study is part of Espoo's development of documentation, which is in turn part of the nationwide Enni project. The project was carried out in co-operation with Laurea Lohja and Espoo hospital ward 2 D. Two nurses from the working community and two student nurses from Laurea formed a team. Their aim was to support the work community in the development work.

The development method used was dissemination. Dissemination is a communal learning process that proceeds with information transformation. The present situation was surveyed with an interview. Tacit knowledge was derived and the latest theoretical knowledge was used to form a new operating process to instill as part of the daily way of working. With the help of dissemination we aim to commit the whole work community to develop the ward regarding structural documentation. The learning process led to a new practice.

As a result of the teams work, new suggested activities emerged documentation in patient-centered care and rehabilitation process. In the new practice the objectives are determined by the multiprofessional team and the patient. The new development plan demands that the patient is committed/commits to his/her treatment. The new practice is part of a new approach to electronic documentation in nursing according to national standards in the future.

The work community evaluated the development process, how the team worked and the new practice. It emerged that more training and time to master the documentation are needed to ensure efficiency.

The working community continues developing the method through committing staff to develop documentation, which should be evaluative, descriptive and patient-centered. This development work will be carried out in ward meetings, with the help of example cases and through open discussion.

Key words: dissemination, structured documentation, patient-centered care, commitment

## SISÄLLYS

1	Johdanto .....	6
2	Kehittämistoiminnan menetelmät .....	8
2.1	Juurruttaminen .....	9
2.2	Hiljainen tieto ja eksplisiittinen tieto .....	10
2.3	Tiedon käsittelyn kierrokset .....	11
2.4	Haastattelu ja litterointi .....	12
2.5	Sisällön analyysi .....	13
3	Kehittämistoiminnan ympäristö .....	14
3.1	Osasto 2 D .....	14
3.2	Espoon sosiaali- ja terveystoimen menestysuunnitelma .....	14
3.3	Muutos työyhteisössä .....	15
4	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut .....	15
4.1	Rakenteinen potilaskertomus .....	16
4.1.1	Hoitotyön prosessi .....	17
4.1.2	Hoidon tarve .....	18
4.1.3	Hoidon tavoitteet .....	18
4.1.4	Hoitotyön suunnitellut toiminnot .....	19
4.1.5	Toteutuneet hoitotyön toiminnot .....	19
4.1.6	Hoidon arviointi ja hoitotyön yhteenveto .....	20
4.2	Hoitoon sitoutuminen .....	20
4.2.1	Hoitoon sitoutumisen ohjaus .....	22
4.2.2	Voimaantuminen .....	23
4.2.3	Voimavaralähtöisyys .....	24
4.2.4	Yksilövastuinen hoitotyö .....	24
5	Kehittämistoiminnan toteutus .....	25
5.1	Nykytilanteen kuvaus osastolla .....	26
5.2	Kirjaamisen käytäntö käsitteelliselle tasolle .....	27
5.3	Teoreettisen ja tutkitun tiedon vertaaminen .....	27
5.4	Uuden toimintatavan juurruttaminen osastolle .....	27
6	Tuotos .....	29
7	Kehittämistoiminnan arviointi .....	30
	Lähteet .....	35
	Liitteet .....	38

## 1 Johdanto

Lain 159/2007 tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi. (Finlex 2008.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) määrittelee sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille. 2008-2011. Kaste ohjelman pää tavoitteena on lisätä osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta ja kaventaa alueellisia eroja. (Stm 2008.)

Valtakunnallisessa hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeessa (Hoidok) vuosina 2005-2008 tavoitteena oli kehittää kansallisesti yhtenäinen rakenteinen hoitotyön kirjaamistapa yhtenäisten hoitotyön ydintietojen mukaan. HoiDok-hankkeen rinnakkaishanke HoiData-hanke hyödynsi HoiDok-hankkeen tuloksia ja tuki kirjaamismallin käyttöönoton suunnittelua ja koulutusta. (Varsinais-Suomen Kuntayhtymä 2007.)

Terveydenhuollon organisaatiot ja ammattikorkeakoulut aloittivat kehittämissyhteistyön eNNI hankkeessa. Tässä valtakunnallisessa hankkeessa sairaanhoitajat, hoitotyön opettajat ja opiskelijat kehittävät käytännössä hoitotyön kirjaamista, jonka sairaanhoitajat ottavat ensimmäisenä käyttöön. (eNNI-hanke 2007.)

Espoon sairaalan kirjaamiskehittämissyhteistyöhön on osallistunut kuusi vuodeosastoa ja kotisairaala. Hankkeen tarkoituksena on kehittää työyhteisöjen osaamista rakenteissa kirjaamisessa sekä osaston oman toiminnan muuttaminen hoitotyön kirjaamisessa. Hankkeen jokaisessa työyhteisössä on oma työryhmä hoitotyön kirjaamisen tukemiseksi työyhteisössä. Yhteistyökumppanimme on Espoon sairaalan osasto 2D. Työryhmämme on koostunut osaston kahdesta sairaanhoitajasta ja varahenkilöstä. Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan toimipisteestä kehittämisprojektissa on ollut mukana kaksi ohjaavaa lehtoria ja kaksi sairaanhoidon opiskelijaa. Työyhteisön tarkoituksena oli kehittää potilaslähtöisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun kirjaamista osastolla sekä potilaan sitoutumista hoitoonsa.

Työryhmän tavoitteeksi asetettiin työyhteisön tukeminen kehittämisprosessissa. Opiskelijat ovat kartoittaneet osaston nykytilanteen ja etsineet teoria tietoa kehittämiskohteesta uuden toimintatavan pohjaksi. Teoriatiedon avulla autetaan työyhteisöä ymmärtämään, rakentamaan, kokeilemaan ja ottamaan käyttöön uusi toimintatapa. Kehittämisprojektin tarkoituksena on saada aikaan osastolle muutosprosessi, jossa juurruttamisen menetelmällä saadaan uusi toimintatapa jokapäiväiseen työhön. Toimintatapa sisältää potilaslähtöisen hoidon ja kuntou-

tuksen ja edellyttää potilaan sitoutumista/sitouttamista hoitoonsa. Päivittäinen hoitotyön kirjaaminen on potilaslähtöistä ja arvioivaa ja on osa tulevaisuudessa toteutuvaa sähköistä hoitotyön rakenteista kirjaamista kansallisen mallin mukaan.

## 2 Kehittämistoiminnan menetelmät

Tässä projektissa kehittämistoiminnan menetelmänä käytämme juurruttamista, joka toteutetaan kumppanuudessa. Alueellisella tasolla kumppanuuden muodostaa kolme eri tasoa. Terveydenhuollon ja ammattikorkeakoulutuksen organisaatioiden välinen tasavertainen kumppanuudessa tunnistetaan terveydenhuollon koulutuksen ja kehittämistyön tarpeita. Toisella tasolla on terveydenhuolto työyhteisön johtamisen ja ammattikorkeakoulu opiskelijoiden pedagogisen ohjauksen välinen kumppanuus. Tämä yhteistyö mahdollistaa koulutuksen ja ohjauksen sekä riittävästi aikaa näille. Kolmas kumppanuuden taso on työyhteisön kehittämistyötä edistävien hoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden välinen kumppanuus. Tällä tasolla työyhteisön hoitotyöhön luodaan ja rakennetaan uutta tietoa sekä uusia toimintatapoja ja -malleja yhteistyössä opiskelijoiden ja työyhteisön edustajien kanssa mm. tekemällä näkyväksi hiljaisen tiedon ja keräämällä tutkittua tietoa kehittämiskohteesta sekä arvioimalla koko prosessin ajan eri työvaiheita. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4-7.)

Juuruttaminen on oppimisprosessi, jossa työyhteisön toiminnassa olevan hiljaisen tiedon ja opiskelijoiden keräämän eksplisiittisen eli tutkitun ja teoreettisen tiedon välisessä vertailussa tuotetaan uutta tietoa, jota kehitetään käytännön osaamiseksi. Juurruttamisen menetelmän avulla pyrimme sitouttamaan koko työyhteisön mukaan kehittämään heidän toimintaansa muun muassa rakenteellisen kirjaamisen osalta. Sitoutuminen kehittämissuunnitelmaan, ja yhteiset tavoitteet mahdollistavat vuorovaikutukseen. Vuorovaikutus tuottaa kehittämisen kohteesta uutta tietoa ja johtaa myös henkilökunnan ajattelun muutokseen. (Ahonen ym. 2005, 4-7.)

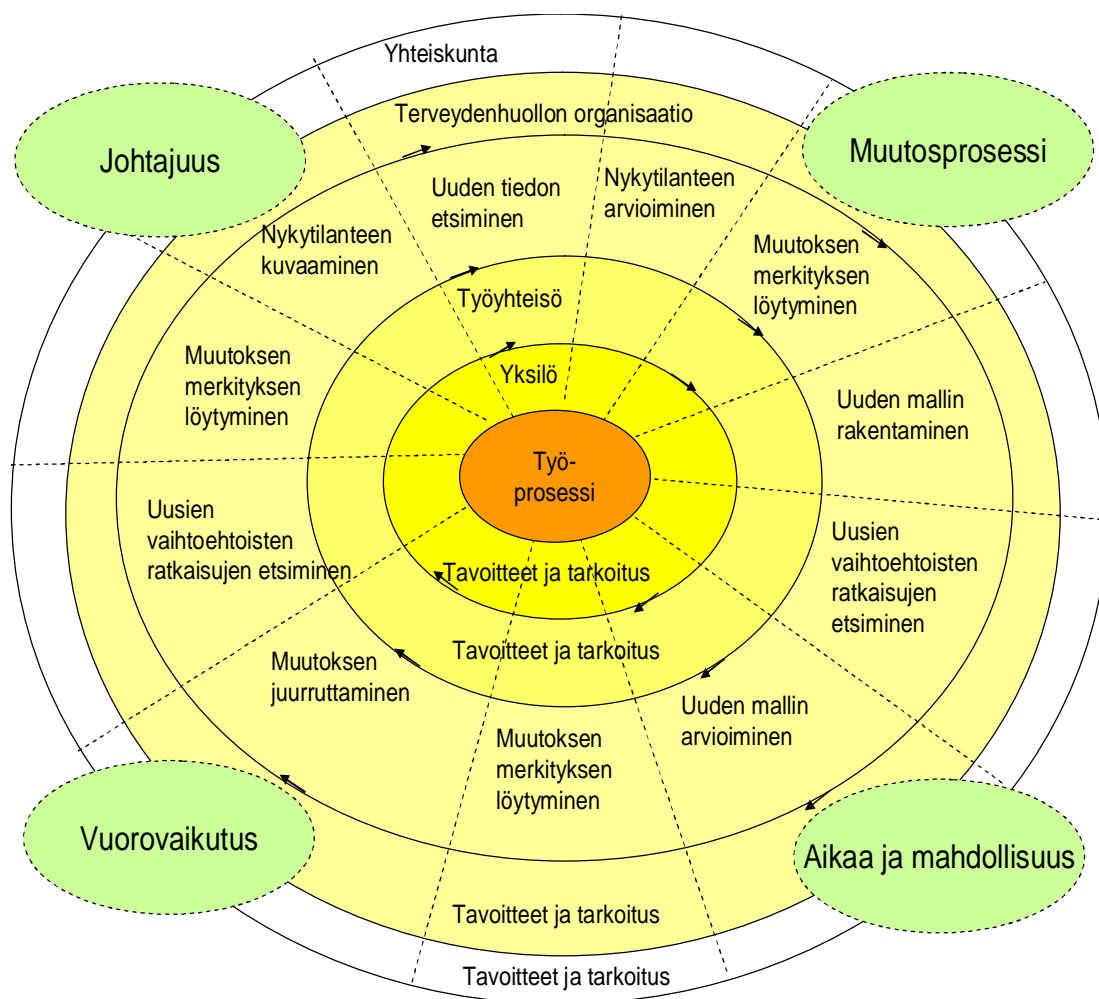
Esimiesten odotetaan olevan toimintaedellytysten luoja ja mahdollistajia. Heidän keskeisiä tehtäviä ovat henkilöstöhallinto, osaamisen ja toiminnan johtaminen sekä kehittämistyö. Kehittämistyössä osastonhoitaja voidaan nähdä mahdollistajan, kannustajan ja tukijan roolissa. Kehittämistyön perustana on osastonhoitajan usko ja luottamus onnistumiseen. Palkitseminen ja palaute - sekä hyvä että huono edistävät kehittämistoiminnan jatkumista ja lisäävät sitoutumista. Osastonhoitajan kyky palkita ja antaa oikeudenmukaista palautetta vie kehittämishanketta eteenpäin - jatkuva arviointi. Osastonhoitaja järjestää aikaa kehittämistyölle ja luo edellytykset henkilöstön toiminnalle ja tavoitteiden saavuttamiselle resurssien puitteissa. Mahdollistava osastonhoitaja pystyy innostamaan ja saa henkilöstön uskomaan itseensä ja kehittämishankkeen onnistumiseen. Jos henkilökunta kokee, että kehittämistyöstä on hyötyä työssä tai potilaan kannalta, motivoi se enemmän kehittämistyöhön ja uuteen käytäntöön sitoudutaan paremmin. (Salomaa 2009.)



## 2.1 Juurruttaminen

Juurruttaminen on kehittämisen menetelmänä järjestelmällinen menettelytapa. Joka perustuu siihen olettamukseen, että se on toimintaan kytkeytyvää tietoa ja toisaalta toiminnassa olevaa hiljaista tietoa käytetään työvälineenä. Jotta hiljaista tietoa voidaan käyttää, pitää muuttaa se näkyväksi, esimerkiksi sanoiksi ja numeroiksi. Juurruttaminen on tietynlaista oppimista, joka sisältää sekä yksilön, että yhteisön oppimisen. Oppimista tarkastellaan uuden tiedon tuottamisena, joka tapahtuu vuorovaikutuksen kautta yksilön ja yhteisön välillä (kuvio 1). Juurrutusmenetelmä käsittää erilaisia kierroksia, sekä auttavia kysymyksiä joiden mukaan prosessi etenee (kuvio 2). Toiminta tapahtuu terveysalan ympäristössä yhdessä ammattikorkeakoulun kanssa. Toimintaympäristön ja koko työyhteisön arvostaminen ja prosessiin mukaan ottaminen kehittämistoimintaan edistää kehittämistoiminnan mieltämistä koko työyhteisön tehtävänä. Juurruttamismenetelmää arvioidaan sille asetettujen tavoitteiden suuntaisesti. (Ahonen ym. 2005, 4-7.)

Juurruttamisen malli (kuvio 1) mukaan työyhteisö muuttaa toimintatapaansa ja esimies mahdollistaa muutoksen. Työyhteisön edustajat ja ammattikorkeakoulun opiskelijat yhdessä kehittämistyöryhmänä edistävät muutosta. Yhteisen oppimisen tarkoituksena on kartoittaa nykytilanne osastolla. Opiskelija jäsenet keräävät teoria tietoa osaston valitsemasta kehittämis-kohteesta jonka he tuovat osaston käyttöön, ja sen seurauksena vaikuttavat henkilökunnan ajattelun muuttumiseen. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)



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

## 2.2 Hiljainen tieto ja eksplisiittinen tieto

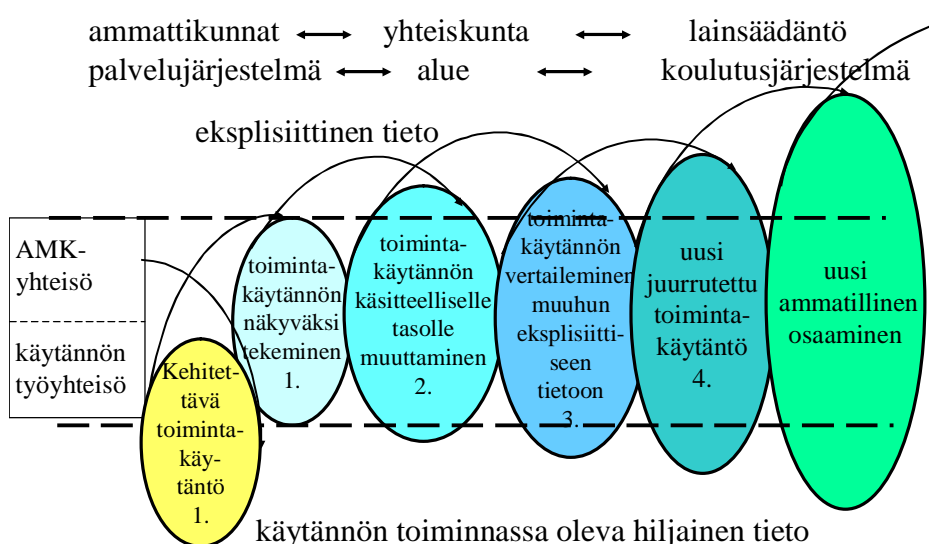
On olemassa kahdenlaista eli eksplisiittistä ja hiljaista tietoa. Eksplisiittinen tieto voidaan ilmaista sanoina ja numeroina. Sitä voidaan jakaa esimerkiksi data:n muodossa, tieteellisinä kaavoina, työselostuksina ja käyttöohjeina. Tällainen tieto voidaan helposti välittää muodollisesti ja järjestelmällisesti eri yksilöiden välillä. Tämän kaltaista tietokäsitystä on korostettu länsimaissa. Useat japanilaiset kuitenkin näkevät tiedon ensisijaisesti luonteeltaan hiljaiseksi ja äänettömäksi. Tällöin tietoa ei ole helppoa havaita ja sitä on vaikeaa ilmaista. (Rasumaa 2007.)

Yliruka (2005) mukaan Altheide ja Johnson (1994), Schön (1983) on todennut, että taitava teko paljastaa tiedon tason paremmin, kuin mitä sanat voivat selittää. Hiljainen tieto on olemassa silloin, kun toimitaan ilman, että sitä ajatellaan. Silloin kun ymmärretään asia ilman, että se sanotaan ääneen ja silloin kun lopputulokset hyväksytään ilman erityisiä todisteita.

Hiljaisella tiedolla on merkittävä asema hoitotyössä. Hoitotyössä hiljaisen tiedon pääoma kertyy vähitellen yhteisössä työskentelyssä. Se on hoitoyhteisöjen keskeinen henkinen pääoma. Se muodostuu yhteisön yhteisestä ja sen jäsenten yksilöllisestä osaamisesta, tiedoista ja taidoista. Hoitotyössä uuden tiedon luominen ei ole tietoaineksen siirtoa vaan monien asioiden kokemuksellista yhdistämistä. Hiljainen tieto ja intuitio tuottavat käsityksen olennaisesta, siksi se on merkittävää hoitotyössä. Hiljaisessa tiedossa on myös kysymys kyvystä havaita monivaihtaisia ei-sanallisia merkkejä, ihmisten käyttäytymistä tai oman yhteisön sosiaalisia käytäntöjä. (Nurminen 2000, 11.)

### 2.3 Tiedon käsittelyn kierrokset

Kehittämisen prosessissa on viisi tiedon käsittelyn kierrosta (kuviot 2). Ensimmäisellä kierroksella muodostetaan yhteiselle kehittämiskohteelle yhteinen merkitys, johon vaikuttavat molempien kehittämistoimintaan osallistuvien organisaatioiden kulttuurit. Kehittämistoiminnan onnistumisen edellytykset on yhteinen päämäärä. (Ahonen ym. 2006, 3.) Kun tavoitellaan näkyvää hoitotyön muutosta, on yhteiselle kehittämistoiminnalle asetettava tavoite. Tavoitetta määriteltäessä, olisi hyvä tiedostaa, että tavoitteena on näkyvä toiminnan muutos, ei ainoastaan taustalla oleva hoitajien toiminnan muutos. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 17.)



Kuvio 2: Tiedon käsittelyn kierrokset (Ahonen ym. 2005a; Nonaka & Takeuchi 1995; Kivisaari 2001.)

Juuruttamisen ensimmäisellä kierroksella kuvataan nykykäytäntö. Nykytoiminnan kuvauksen tarkoituksena on tuoda hiljainen tieto näkyväksi. Ensimmäisen kierroksen tehtävä on myös aloittaa prosessi, jossa työryhmän jäsenet omaksuvat passiivisen roolin sijasta aktiivisen vastuun oman työpaikkansa kehittämistoiminnasta. (Ahonen ym. 2006, 18.)

Toisen kierroksen tarkoituksena on nostaa esille kehittämiskohteet ja sitouttaa koko työyhteisö yhteiseen muutosprosessiin, jonka toteuttamisesta on vastuu työyhteisöllä. Tällä kierroksella luodaan merkitys muutokselle osana työyhteisön toimintaa. (Ahonen ym. 2006, 18.)

Kolmannella kierroksella työryhmän opiskelijajäsenillä on tehtävänä kerätä kehittämisen kohteesta tutkittua ja teoreettista tietoa, jota peilataan nykykäytäntöön. Teoreettista tietoa käytetään uuden toimintamalliehdotuksen tukena. (Ahonen ym. 2006, 19.)

Neljännellä kierroksen aikana idea uudesta toimintamallista siirtyy työyhteisön toimintatavaksi auttavien kysymysten ja arvioinnin avulla, jossa työryhmä ja työyhteisö tarkastelevat uutta toimintamallia suhteessa vanhaan toimintamalliin (Ahonen ym. 2006, 19). Pohjana on uusi ehdotettu toimintamalli. Uusi toimintamalli on kuvattu teoreettisin käsittein ja muutettu toimintaa vastaaviksi käsitteiksi, eli eksplisiittisestä tiedosta hiljaiseksi tiedoksi. Uusi toimintamalli juurruttamisen avulla saadaan käytännötoimintatavaksi. (Ahonen ym. 2005, 2.)

Viidennellä kierroksella juurruttamisen tuloksena syntynyt uusi toimintatapa siirtyy näkyvästä tiedosta jälleen hiljaiseksi tiedoksi ja uudeksi käytännöksi työyhteisöön (Ahonen ym. 2005, 5).

#### 2.4 Haastattelu ja litterointi

Haastattelun suurena etuna muihin tiedonkeruumuotoihin verrattuna on se, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Haastattelu valitaan usein siksi, että halutaan syventää saatavia tietoja. Voidaan esimerkiksi pyytää perusteluja esitetyille mielipiteille. Lisäkysymyksiä voidaan käyttää tarpeen mukaan. Haastattelujen teko edellyttää huolellista suunnittelua ja kouluttautumista haastattelijan rooliin ja tehtäviin. Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää se, että haastattelussa on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Haastattelulla on tavoitteet, ja sen avulla pyritään saamaan mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 200-203.)

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Tässä haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 2007, 203.) Teemahaastattelussa pyritään huomioimaan ihmisten tulkinnat ja heidän merkityksenänsä. Tämä haastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa käydään läpi ennalta

suunniteltuja teemoja. Kysymykset ovat joka sisältää sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Teemahaastatteluisa käsitellään samat aiheet kaikkien haastateltavien kanssa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-48.)

Kysymysten muotoiluun tulisi kiinnittää erityistä huomiota, sillä tärkeätä on minimoida haastattelijan vaikutus vastauksiin. Kysymykset tulisi muodostaa siten, että ne liittyvät edeltäviin kysymyksiin aihealueittain. Olennaista on kysymyksien muotoilu niin, että ne jättävät tilaa haastateltavien omille tavoille kuvata puheena olevaa asiaa. Tutkimushaastattelu rakentuu olennaisesti kysymysten ja vastausten varaan. Kysymykset toimivat veloitteena vastaajille. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 27-55.)

Analyysejä varten nauhoitetut haastattelut on muutettava kirjoitettuun muotoon eli litteroitava. Litteroinnin tarkkuus on riippuvainen kysymyksistä ja käytetystä metodista. Mitä enemmän aineistoa analysoidaan vuorovaikutuksena, sitä tärkeämpää on litteroinnin tarkkuus. Litteraatioihin on mahdollista merkitä myös muuta kuin puhuttua toimintaa ja äänenkäytön tapoja. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 16.)

## 2.5 Sisällön analyysi

Sisällön analyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällön analyysi on tekstianalyysiä, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Tutkittavat tekstit voivat olla melkein mitä vain: kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluita, puheita ja keskusteluita. Sisällön analyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Tiivistettyyn ja yleisessä muodossa olevaan kuvaukseen tutkittavasta ilmiöstä tähdätään sisällön analyysillä josta saadaan lopputuloksena tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. Analyysi on määritelty prosessina, jossa tuotetut kategoriat kvantifioidaan eli analyysiä jatketaan sanallisesti kuvatusta aineistosta josta saadaan määrällisiä tuloksia. Voidaan edetä kahdella tavalla joko aineistolähtöisesti induktiivisella otteella tai deduktiivisesti käyttäen aineiston luokitteluun jotain aikaisempaa käsitejärjestelmää, koska yksityiskohtaisia sääntöjä ei ole olemassa. (Tanskanen 1999.)

### 3 Kehittämistoiminnan ympäristö

Espoon perusterveydenhuollon vuodeosastoja ovat Espoon sairaala, Jorvin terveystieteiden keskuksen vuodeosastot, Espoon kotisairaala ja Muuralan päiväsairaala. Potilaan sairauden niin vaatiessa käytetään erikoissairaanhoidon palveluja, joita tarjoavat Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriin (HUS) sairaalat. (Espoon Kaupunki 2006.) Tässä työssä keskitymme Espoon sairaalan osastoon 2 D.

#### 3.1 Osasto 2 D

Osastolla 2 D hoidetaan aikuisikäisiä espoolaisia potilaita, jotka tulevat osastolle tutkimuksiin, hoitoon ja kuntoutukseen terveystieteiden keskuksen lääkärin lähettämänä tai jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta. Osastolle on keskitetty ortopedis-traumatologisten potilaiden hoito- ja kuntoutus. Osastolla on 38 sairaansijaa. Osasto on jaettu kahteen soluun, ja yhdessä solussa työskentelee viisi hoitajaa aamuvuorossa, kolme iltavuorossa ja kaksi yövuorossa, joka vuorossa on aina yksi sairaanhoitaja. Hoitoajat osastolla ovat keskimäärin 20-30 vrk. Potilaiden keski-ikä on yli 70 vuotta. (P. Kolehmainen & T. Zenuni, henkilökohtainen tiedonanto 17.11.2008.)

Osastolla työskentelee kaksi lääkäriä, osastonhoitaja, 15 sairaanhoitajaa, 13 perus/lähihoitajaa, viisi laitosapulaista, neljä fysioterapeuttia. Toimintaterapeutti, ravitsemusterapeutti, jalkojenhoitaja, sosiaalityöntekijä ja sairaalapastori tulevat tarvittaessa osastolle. Hoito ja kuntoutus suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisissa tiimissä. (P. Kolehmainen & T. Zenuni, henkilökohtainen tiedonanto 17.11.2008.)

Jatkohoidon ja kotona selviytymisen turvaamiseksi tehdään jatkuvaa yhteistyötä kotihoidon ja omaisten sekä muiden hoitolaitosten kanssa. Tarvittaessa potilaalle tehdään kotikäynti, jolla kartoitetaan mahdollisten apuvälineiden ja kodinmuutostöiden tarve. (Espoon Kaupunki 2006.)

#### 3.2 Espoon sosiaali- ja terveystoimen menestyssuunnitelma

Espoon sosiaali- ja terveystoimen menestyssuunnitelman ytimenä on "päivä paremmaksi palvelulla". Nelikentän kohdat ovat asiakaskeskeisyys, osaava ja innovatiivinen henkilöstö, terve talous sekä toimivat rakenteet ja prosessit. Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan että asiakastyytyväisyys on hyvällä tasolla, palveluista saadaan hyvin tietoa ja palveluihin pääsy on sujuvaa ja ne vastaavat asiakkaiden tarpeita. Tavoitteena on myös kaventaa hyvinvoinnin- ja terveydeneroja. Sosiaali- ja terveystoimi on houkutteleva työnantaja, jossa osaaminen vastaa niin nykyisiä kuin tuleviakin tarpeita. Henkilöstön työtapoja parannetaan ja ihmisten väliset kohtaamiset ovat vuorovaikutteisia. Käytettävissä olevilla resursseilla tuotetaan mahdollisim-

man paljon arvoa ja vaikuttavuutta ja tuottavuutta lisätään jatkuvasti. Palvelut pyritään tekemään kokonaisuuksiksi, toimintatavat painottuvat ennaltaehkäisyyn ja pyrkivät vaikuttamaan. (Espoon Kaupunki 2006.)

### 3.3 Muutos työyhteisössä

Siirtyminen sähköiseen, hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen on suuri muutos yksilöille, työyhteisölle, organisaatioille ja järjestelmille. Siirtyminen ei muuta vain kirjaamista, vaan myös toimintakulttuuria ja rakenteita eri tavoin. Muutos ei onnistu itsestään, vaan onnistuminen edellyttää, että muutosta johdetaan riittävän ennakoivalla otteella ja myönteisessä hengessä, esimiehet palkitsevat ja kannustavat tavoitteen suuntaista toimintaa. (Hopia & Koponen 2007, 7.)

Hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen saa organisaatiossa aikaan voimakkaan muutosprosessin. Koko organisaation sitoutumista tarvitaan muutosprosessiin. Muutos vaatii aikaa ja henkilökunnan määrän ja laadun tulee olla asianmukaiset. Tämä koskee kaikkia niitä ammattiryhmiä, jotka työssään käyttävät potilaskertomuksia. Myös Suomalaisen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitusten käyttäminen ja niiden sisällöllinen oppiminen ovat hoitohenkilökunnalle haasteellista. (Ala-Hiiri & Kettunen 2008, 47.)

Viimeisen kymmenen vuoden aikana on pyritty suomalaisessa terveydenhuollossa kehittämään toiminnan tehokkuutta, taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Toiminnan kehittämisen kautta pyritään pysyvään muutokseen, joka vaatii pitkäjänteisyyttä ja kykyä nähdä muutoksen merkitys. Muutoksen vaiheet alkavat tilanteen kyseenalaistamisesta ja tiedostamisesta. Seuraavaksi mietitään yhdessä muutoshalukkuutta ja sitoutumista, uudenlaisen toimintatavan tavoitteita sekä menetelmiä. Uudeksi toimintatavaksi vakiinnutetaan toteutuksen ja arvioinnin jälkeen. (Lauri 2006, 114-115.)

## 4 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

Valtioneuvoston 31.1.2008 hyväksymässä ohjelmassa yksi kehittämiskohta on terveydenhuollon sähköinen kirjaaminen ja siihen liittyvät lait (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Lakeja ovat mm. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (298/2009) joka on tullut voimaan 1.8.2009, Henkilötietolaki(523/1999), Laki sähköisestä asioinnista viranomais-toiminnassa (13/2003), Laki sähköisistä allekirjoituksista(14/2003), Arkistolaki(831/1994), Sähköisen viestinnän tietosuojalaki(516/2004), Laki sähköisestä asioinnista sosiaali- ja tervey-

denhuollossa (2007/159), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista(785/1992, muutos 653/2000). (Finlex 2008.)

KASTE-ohjelma on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen strateginen ohjausväline sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen. Tässä ohjelmassa määritellään Suomen vuosien 2008-2011 sosiaali- ja terveystoiminnan tavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Sähköinen, rakenteinen kirjaaminen vaatii yhtenäisen, systemaattisen kirjaamisen mallin ja tätä mallia on kehitetty Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeessa(HoiDok). Hankkeessa kehitettyä Finnish Care Classification- luokituskokonaisuutta (FinCC) käyttäen hoitotyön ydintiedot (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus) kirjataan rakenteisesti. (Varsinais-Suomen kuntayhtymä 2007.)

Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hankkeessa (HoiData) tavoitteena oli mm. testata kansallisesti yhtenäistä mallia sekä luokituksia yhteistyössä eri järjestelmätoimittajien kanssa sekä kouluttaa henkilöstöä mallin käyttöönottoa varten. Hankkeessa hyödynnettiin HoiDok-hankkeen raporttia. (Varsinais-Suomen kuntayhtymä 2007.)

Terveydenhuollon organisaatiot ja ammattikorkeakoulut aloittivat kehittämissyhteistyön eNNI hankkeessa. Tässä valtakunnallisessa hankkeessa sairaanhoitajat, hoitotyön opettajat ja opiskelijat kehittävät käytännössä yhtenäistä hoitotyön kirjaamista, jonka sairaanhoitajat ottavat ensimmäisenä käyttöön ja juurruttavat mallin käytäntöön. (eNNI-hanke 2007.)

Kaikkien julkisen sektorin terveydenhuollon palvelujen antajien tulee liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi. Yksityisten terveydenhuollon palvelujen antajien tulee liittyä tähän tietojärjestelmäkokonaisuuteen, jos he haluavat arkistoida potilastiedot sähköisesti. Yksityisen sektorin toimijat voivat siten valita, haluavatko pitää paperiarkistoa. (Finlex 2008; Salo 2007, 19.)

#### 4.1 Rakenteinen potilaskertomus

Kansallisessa hoitotyön systemaattisen kirjaamisen mallissa potilaskertomustietojen siirrossa, tietojen haussa ja niiden hyödyntämisessä, edellytyksenä on rakenteisesti kirjattu hoitotieto. Rakenteinen hoitokertomus kirjataan ydintietojen perusteella joiden on oltava samalla tavalla



kaikissa kertomusjärjestelmissä. Kansallisesti määritellyillä ydintiedoilla tarkoitetaan potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja. (Tanttu & Ikonen 2007, 114.)

Eritasoille rakenteistetun potilaskertomustekstin ylimmäntason muodostavat moniammatillisen hoitoprosessin vaiheiden otsikot, tulotilanteen, hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Luokitusten avulla rakenteistettavat hoitotyön ydintiedot, hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto, kytkeytyvät moniammatillisen hoitoprosessin otsikoihin. (Tanttu & Ikonen 2007, 114.) Luokitukset muodostuvat komponenteista sekä pääluokista ja alaluokista. Komponenteista valitaan asiakokonaisuus josta halutaan kirjata. Komponentit jakautuvat pääluokkiin, näiden alta löytyvät tarkemmin kirjattavat alaluokat (suomalainen hoitotyön tarveluokitus SHTaL versio 2.0.1 ja suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL versio 2.0.1). Vapaa teksti kirjataan joko pääluokan tai alaluokan alle, paitsi tavoitteissa ja arvioinnissa vapaa teksti kirjataan komponenttiotsakkeen alle suoraan. (Tanttu & Ikonen 2007, 114-115.)

Hartikainen (2008) tutkimuksessa sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaa toteaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat tietoja potilaasta joko hoitokertomukseen tai ammattiryhmäkohtaisille näkymille (Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa 2009). Ammattiryhmäkohtaisille näkymille tiedot kirjataan hoitoprosessin vaiheita käyttäen. Hoitoprosessin vaiheet ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Hoitoprosessin vaiheen lisäksi teksti jäsennellään otsikoiden avulla. Otsikoiden alle kirjataan vapaamuotoisena tekstinä sekä hyödyntäen kansallisesti määriteltyjä ydintietoja. (STM 2009.) Ydintiedoilla tarkoitetaan tärkeimpiä potilaan terveyden- ja sairaanhoidtoa kuvaavia tietoja, jotka on sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä kuvattu yhdenmukaisella, määrämuotoisella tavalla. Ydintiedot ovat osa potilaan hoidon dokumentaatiota ja niiden tarkoituksena on antaa kokonaiskuva kyseisen henkilön terveys- ja sairaushistoriasta. (Häyrinen, Porrasmäe, Komulainen & Hartikainen 2004; STM 2004.) Hoitotyön ydintietojen avulla saadaan riittävä kuva potilaan hoidon etenemisestä (Hartikainen 2008).

#### 4.1.1 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön prosessi on potilaan tulotilanteesta hoitajakson päättymiseen tapahtuva hoitotyö. Potilaan hoitoon liittyvät tiedot ja päätökset kirjataan. Hoitotyön prosessiin kuuluu: hoitotyön tarpeet /potilaan ongelmat (SHTaL), hoitotyön tavoitteet, hoitotyön toiminnot (SHToL), toteutuneet hoitotyön toiminnot (SHToL), hoidon arviointi, hoitotyön yhteenveto. (Iivanainen 2008, 650, Ydintieto-opas 3.0 2009.) Jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa tiedot voidaan kirjata otsikoiden alle hyödyntäen ydintietoja ja niille määriteltyjä luokituksia, nimikkeistöjä ja

koodistoja sekä vapaamuotoista tekstiä. Otsikot auttavat hahmottamaan mitä asioita tekstissä käsitellään. (Ydintieto-opas 3.0 2009.)

#### 4.1.2 Hoidon tarve

Tulotilanteessa arvioidaan potilaan hoidon tarve, mikä on lääketieteellinen diagnoosi, ongelmat, potilaan voimavarat ja nämä asetetaan tärkeys järjestykseen. Hoidon tarpeita kartoitettaessa kerätään tietoa potilaasta haastattelemalla, havainnoimalla sekä mittaamalla. Potilaan mahdolliset riskitiedot huomioidaan tulotilanteessa. Potilaan suostumus tietojen luovuttamiselle kirjataan lain säädännön edellyttämällä tavalla. Potilaan haastattelun ohella havainnoidaan potilasta, jotta oireet ja merkit potilaan tilasta voidaan hyödyntää hoidon tarpeen arvioimisessa. (Ensio & Saranto 2004, 39-41.) Potilaskertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet (Ydintieto-opas 3.0 2009). Tarpeen määrittämisen apuna käytetään hoidon tarveluokituksen pää- tai alaluokkia. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008.)

Esitietoja kerätään potilaan näkökulmasta, mutta potilasta hoivalla yksiköllä on päävastuu oikeiden ja ajantasaisten tietojen hankinnasta. Oikealla ja asianmukaisella tiedonkeruulla varmistetaan potilasturvallisuus ja hoitotyön jatkuvuus. Potilaan tietojen keruun tulisi tapahtua kumulatiivisesti, jolloin jokainen yksikkö, jossa potilas asioi, saa muiden keräämät esitiedot ja voi tarvittaessa täydentää niitä itse tarvitsemillaan tiedoilla. (Hallila 2005, 61.)

Tietoa saadaan myös läheisiä/omaisia haastattelemalla sekä aikaisemmista potilaskertomuksista. Saatujen tietojen perusteella määritellään potilaan voimavarat, terveydentilaan liittyvät jo olevat ongelmat tai mahdollisesti tulevat ongelmat, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimien avulla. (Ydintieto-opas 3.0). Potilaan potentiaaliset eli mahdollisesti uhkaavat ongelmat tulisi tunnistaa jotta ne voitaisiin ennaltaehkäistä. Potilaan ongelma voi olla subjektiivinen eli potilaan oma kokemus ja yleensä potilas kykenee kuvaamaan sen itse tai objektiivinen ongelma eli hoitajan havaitsema. Fyysiset ongelmat, esimerkiksi sydämen tykytys ja huimaus, on helppo tunnistaa, mutta psyykkiset ongelmat esimerkiksi nukahtamisvaikeudet ovat vaikeammin tunnistettavissa. Sosiaalisena ongelmana voi olla yksinäisyys. (Iivainen 2008, 651-652; Ydintieto-opas 3.0 2009.)

#### 4.1.3 Hoidon tavoitteet

Potilaalle voidaan asettaa kokonaistavoite joka ilmaisee potilaan lopullisen tilan ja johon hoidolla ja hoitotyöllä pyritään. Kokonaistavoite tehdään hoidon alussa tai kun potilaan tila sen sallii. Välitavoitteita voi olla yksi tai useampi. Ongelmien poistamiseksi tai vähentämiseksi

tietyn ajan kuluessa asetetut tavoitteet ovat potilaskeskeisiä eivätkä siis kuvaa hoitajien toimintaa tai toimenpiteitä. Tavoitteena voi olla potilaan tilan pysyminen ennallaan tai kuvailtuna täsmällisesti miten potilas selviytyy itsenäisesti tai autettuna. Tavoitteet alkavat verbillä joka ilmaisee potilaan toimintaa tai kognitiivista toimintaa esimerkiksi potilas osaa, ymmärtää, hallitsee jne. Tavoitteet eivät saa perustua toiveisiin, vaan niiden tulee olla realistisia ja oikeassa suhteessa potilaan elämäntilanteeseen, voimavaroihin ja persoonallisuuteen. Tavoitteiden tulee olla oikeassa suhteessa hoidon tarpeisiin ja siihen minkälaisia muutoksia potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan ja/tai mitä potilas itse odottaa. Tavoitteiden tulee olla lyhyitä, esimerkiksi potilas nukkuu yöllä ainakin kuusi tuntia, potilas kävelee päivittäin jne. (Iivanainen 2008, 652-653.) Hoidon suunnitteluvaiheessa asetetaan tarpeille tavoitteet ja valitaan hoitotyön toiminnot käyttämällä hoitotyön toimintoluokituksen pää- ja alaluokkia. (Liljamo ym. 2008.)

#### 4.1.4 Hoitotyön suunnitellut toiminnot

Hoitotyön periaatteet ohjaavat auttamismenetelmien valintaa ja käyttöä. Näillä pyritään potilaan omatoimisuuteen, turvallisuuteen, kokonaisvaltaiseen hoitoon, hoitajan ammatillisuuteen, huomioidaan potilaan yksilöllisyys ja varmistetaan hoidon jatkuvuus. Auttamismenetelmien (esimerkiksi ohjaaminen, tukeminen, avustaminen, seuraaminen jne.) valintaan vaikuttaa mm. potilaan itsehoitoisuus, henkilökunnan määrän ja toimenpidevälineiden saataavuus. Hoitotoiminnot valitaan tavoitteiden mukaan. (Iivanainen 2008, 653.) Hoitotyöntoiminnot kuvaavat potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen ja potilaskertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät hoitotyön toiminnot (Ydintieto-opas 3.0 2009). Suunnitellut toiminnot nimetään SHToL pää- ja alaluokkien avulla (Liljamo ym. 2008).

#### 4.1.5 Toteutuneet hoitotyön toiminnot

Hoitotyön arvioivan kirjaamisen toteutuksen lähtökohtana ovat hoitotyön toiminnot (SHToL)(Liljamo ym. 2008). Hoitotyön toteutus on puolesta tekemistä, silloin kun potilas ei itse kykene. Hoitotyön toteutukseen kuuluu myös potilaan tukeminen esimerkiksi kannustamalla, kuuntelemalla ja keskustelemalla. Näillä pyritään tukemaan potilaan voimavaroja, jotta potilas selviytyisi mahdollisimman itsenäisesti. Potilaalle ja hänen omaisilleen pyritään siirtämään vastuu ohjauksella, jotta potilas olisi mahdollisimman itsenäinen. Ohjausta annetaan suullisesti ja kirjallisesti ja opetuksessa otetaan huomioon potilaan halu ja elämäntilanne. Varmistetaan että potilas ja omaiset ovat ymmärtäneet tilanteen sekä ottavat vastuun hoidosta tai potilas on mukautunut sairauden tuomiin rajoituksiin. Potilaan voinnin ja tunteusten seuranta sekä niiden huomioon ottaminen on varmistamista. (Iivanainen 2008, 653-

654.) Hoidon toteutus vaiheessa kirjataan toteutunut hoito hoitotyön toimintoluokituksen avulla (Liljamo ym. 2008).

Tieto ja käden taidot korostuvat hoitotoimenpiteissä ja ne ovat lääkärin määräämiä tai hoitajan asiantuntemukseen perustuvia toimia. Hoidon toteuttajana voi olla kuitenkin potilas itse tai omainen terveydenhuoltohenkilön sijaan. Kirjaamishetkellä hoitotoimet on jo tehty, niinpä ne kirjataan hoitokertomukseen menneessä muodossa. (Iivanainen 2008, 653-654.)

#### 4.1.6 Hoidon arviointi ja hoitotyön yhteenveto

Hoidon arvioinnissa arvioidaan hoidon tulosta suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen, tavoitteeseen ja toteutuneeseen hoitoon ja valitaan hoidon luokituksen tila (Liljamo ym. 2007). Tavoitteet arvioidaan olivatko ne realistisia ja sopivia ja tarvittaessa vastausten perusteella etsitään uusia tarpeita, ongelmia, tavoitteita ja keinoja. Prosessi jatkuu niin kauan, kunnes kaikki tavoitteet on saavutettu eli arviointi on tarvittaessa uuden tarpeenmäärityksen alku. Potilaan oma kokemus hoitotyön vaikuttavuudesta on hyvä arvioida: Onko hänen ongelmansa lievittänyt tai poistunut. Potilaan hoitajakson päättyessä tai potilaan siirtyessä toiseen hoitopaikkaan tehdään yhteenveto, jossa arvioidaan sen hetkinen tila ja verrataan sitä tulotilanteeseen. Yhteenvetoon kirjataan annettu hoito ja hoidossa tapahtuneet keskeiset asiat. (Iivanainen 2008, 654.) Hoitotyön yhteenveto koostetaan ydintietojen avulla ja täydennetään hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokkien ja vapaamuotoisella tekstillä sekä hoitoisuustiedoilla (Liljamo ym. 2008).

#### 4.2 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutumisen taustalla on käsitys jokaisesta ihmisestä arvokkaana ja oppivana bio-psykoosialis-hengellisenä yksilönä. Potilas mielletään aktiivisena ja vastuullisena, joka on vastuussa omasta elämästään ja terveydestään. Sitoutuminen ei kuitenkaan merkitse, että hän yksin voi vaikuttaa elämäänsä ja terveyteensä. (Kyngäs & Hentinen 2008, 20.)

Pitkälä ja Savikko (2007) esittävät Haynesin ym. (2004) viitaten että, totunnaisesti on puhuttu hoitomyöntyvyydestä eli komplianssista, joka tarkoittaa sitä, että potilas tekee, mitä lääkäri määrää. Hoitosuhteen tasavertaistuttua on alettu puhua hoitoon sitoutumisesta (adherence), joka tarkoittaa potilaan osallistumista omaan hoitoonsa aktiivisesti.

Kyngäs ja Hentinen (2008, 17) ovatkin kirjassaan määritelleet hoitoon sitoutumisen olevan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Varsinkin pitkäaikaisissa tai pysyvissä tilanteissa hoidon tulisi olla mielekäästä ja joustavaa päätöksentekoa ja toimintaa, eikä kaavamaisista tai annettujen ohjeiden noudattamista. Hoitoon sitoutuminen on noussut entistäkin tärkeämmäksi huolenaiheeksi terveydenhuollossa, koska Suomessa pitkäaikaissairaiden määrä ja sairauksien kirjo on lisääntynyt. Minkään muun yksittäisen hoidon kehittyminen ei ole esitetty vaikuttavan kansanterveyteen, niin kuin hoitoon sitoutumista parantavat toiminnot. (Kyngäs & Hentinen 2008, 22.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet tekijät ja karkeasti ne voidaan jakaa asiakkaasta johtuviin ja asiakkaan ympäristöstä johtuviin tekijöihin. Se miten asiakas hoitaa itseään, on yhteys fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin voimavaroihin. Asiakkaan omia voimavaroja voidaan tukea hyvällä ohjauksella ja muilla hoitotoimilla. Asetettujen tavoitteiden saavuttamisen tärkeys ja kyky saavuttaa ne, vaikuttaa motivaatioon. (Kyngäs & Hentinen 2008, 26-29.)

Se että henkilö tulee ymmärretyksi ja hyväksytyksi, sekä tuntee ilmapiirin positiiviseksi ja turvalliseksi, on havaittu edistävän yhteistyötä ja hoitoon sitoutumista. Myös itsemääräämisoikeus vaikuttaa edistävästi hoitoon sitoutumiseen. Jos hoitoa ei ole perusteltu tai siitä ei ole päätetty yhdessä, asiakkaan puutteelliset taloudelliset voimavarat saattavat heikentää hoidon toteuttamista. Potilaan kulttuurinen tausta, ikä, sukupuoli ja kotitilanne tulee huomioida yksilöllisesti. Pelkät kirjalliset ohjeet eivät takaa viestin perille menoa. (Torkkola 2002, 22.)

Tiedon hankinta on ikääntyvän hoidon suunnittelulle ja toteutukselle lähtökohtana. Keskustelemalla asiakkaan ja omaisten kanssa, itsenäisen selviytymisen havainnointi hoitotilanteissa sekä toimintakykymittareita hyväksikäyttäen, saadaan asiakkaasta kerättyä tietoa, jota voi käyttää hoitotyön suunnittelussa. Kirjallinen hoitosuunnitelma perustuu tarpeiden arvioimiseen sekä voimavarojen ja toimintakykyä heikentävien tekijöiden määrittelyyn. Hoitosuunnitelma tulisi sisältää tavoitteet ikääntyvän hoidolle, niin pitkä kuin lyhytaikaisetkin, sekä toiminnot ja menetelmät hoidollisten ongelmien ratkaisemiseksi sekä toimintakyvyn ylläpitämiseksi tai lisäämiseksi. Hoidon tavoitteet jotka on sovittu yhdessä ikääntyvän kanssa, annetaan hänelle kirjallisena. Tavoitteiden jatkuva arviointi kuuluu myös suunnitelmaan ja jokapäiväisessä hoitotyön dokumentoinnissa tulisikin näkyä hoitotyön arviointia. Hoitotyönsä laadun arvioinnissa asiakas on osallisena ja se kirjataan hoitotyön suunnitelmaan. Tärkeää on kirjata asiakkaan ongelmien lisäksi saavutetut tulokset hoitotyön auttamismenetelmillä. Edellytys onnistuneelle hoitoon sitoutumiselle on ikääntyvän erityispiirteet huomioonottava vuorovaikutuksellinen ohjaussuhde. Ohjauksen onnistuminen lisää ikääntyvän elämänlaatua ja voi torjua sairaalahoidon jälkeen uhkaavaa fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien kasaantumista. Ohjaustilanteessa korostuu ikääntyvän kunnioittaminen, tiedonannon rehellisyys,

yksilöllisyys, huumorinkäyttö ja aito kuunteleminen. Ammattihenkilöiden tulisi tukea ikääntyvää etsimään sopivia ratkaisuja sekä sisäistämään oma tilanteensa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 181-185.)

#### 4.2.1 Hoitoon sitoutumisen ohjaus

Asiakasohjaus on osa hoitotyön ammatillista toimintaa ja hoitoprosessia. Ohjaus tulee olla tasavertaista kahden asiantuntijan välistä keskustelua, jossa asiakas on oman elämänsä asiantuntija, kun taas ohjaaja edustaa terveyttä koskevan teoreettisen tiedon asiantuntemusta. Tutkimuksissa on todettu jopa keskeisimmäksi oppimiseen ja sitä kautta hoitoon sitoutumiseen vaikuttavaksi tekijäksi olevan ohjattavan ja ohjaajan välinen suhde ja vuorovaikutus, joka sisältää myös ohjattavan emotionaalisen tukemisen. (Kyngäs, Hentinen 2008, 30-34.)

Laadukas asiakasohjaus sisältää tiedollisen tuen eli miten hyvin ja ymmärrettävästi asiakkaalle on kerrottu tiedot sekä sairaudesta että hoidosta, jotka ovat välttämättömiä hoidon kannalta. Lisäksi se sisältää arviointia miten hyvin potilas on sisäistänyt tiedon käyttöönsä ja saanut valmiudet, joita itsensä hoitamiseen tarvitaan. Konkreettinen tuki on välineellistä tukea, jonka avulla potilas edistää hoitoon sitoutumistaan. Konkreettista tukea järjestää usein moniammatillinen työryhmä mm. sosiaalityöntekijä taloudellisen tuen, fysioterapeutti apuvälineet. (Kyngäs & Hentinen 2008, 76.) Perheen ja muiden läheisten tuki voi olla konkreettista, emotionaalista tai tiedollista ja voi olla ratkaisevaa hoitoon sitoutumisessa. Potilaan hoitoon sitoutumista arvioidaan aktiivisesti ja pyritään vaikuttamaan tietoisesti sitoutumiseen vaikuttaviin asioihin. (Kyngäs & Hentinen 2008, 30-34, 77.)

Hoidon sitoutumisen arviointiin on vaikeaa, ellei mahdotonta saada luotettavaa ja täsmällistä tietoa, mutta erilaisten menetelmien avulla saadaan tietoa eri näkökulmista ja näin ne täydentävät toisiaan. Asiakkaan toiminnan havainnointi on suora arviointimenetelmä. Potilaan oma arviointi voidaan tehdä kyselylomakkeilla, näin arvioimalla saadaan enemmän luotettavaa tietoa kuin keskustelemalla asiakkaan kanssa. Keskustelu täydentää kyselylomakkeiden tietoja, mutta myös kartoittaa asiakkaan omaa käsitystä tilanteestaan. Omaan hoitoonsa sitoutumistaan potilas voi arvioida eri mittareiden avulla. Edellä mainittujen lisäksi epäsuoria arviointimenetelmiä ovat asiakkaan hoitotuloksen ja kliinisen tilan arviointi. Hoitoon sitoutumisen arviointiin voivat osallistua asiakkaan lisäksi moniammatillinen työryhmä sekä omaiset tai muut läheiset. Hyvä hoitosuhde luo edellytykset rehellisen ja luotettavan tiedon saannille, mikä on välttämätöntä jatkotyöskentelyn sekä tavoitteiden asettamisen ja saavuttamisen kannalta. (Kyngäs & Hentinen 2008, 36-39.)

#### 4.2.2 Voimaantuminen

Hoitoon sitoutumisen edellytys on voimaantuminen (empowerment). Vaikka voimaantuminen ei ole varsinainen teoria, on se vakiintunut viime vuosina yhdeksi hoitoon sitoutumista koskevan tutkimuksen ja ohjauksen lähtökohdaksi ja sen avulla voidaan kuvata ja ymmärtää hoitoon sitoutumista ja seuraamuksia prosessina. (Kynge & Hentinen 2008, 59-60.)

Ihmisen tulee saada vaikuttaa omaan elämäänsä, tämä vaatii kuitenkin omien voimavarojen ja rajoitusten tunnistamista. Tämä vahvuuksien ja heikkouksien tunnistaminen on voimaantumista. Voimaantunut ihminen haluaa toimia tavalla joka kehittää häntä itseään ja hän kantaa vastuun kehittämisestään. Voimaantuminen ei ole pysyvä tila, vaan sitä voivat estää tai heikentää puutteet vapaudessa, vastuussa, arvostuksessa, luottamuksessa, myönteisyydessä tai ilmapiirissä. Kun ihminen voimaantuu, se näkyy hänessä ennen kaikkea parantuneena itsetuntona. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2008, 14-15.)

Torkkola (2002, 16-17) mukaan Miettinen ja Pelkonen (2000) kuvaavat voimaantumista yksilölliseksi ja yhteisölliseksi prosessiksi, jossa tunnistetaan ihmisen kyky tyydyttää omat tarpeensa, ratkaista ongelmiaan sekä saada tarvittavia voimavaroja. Tavoitteena on elämänhallinnan lisääntyminen. Voimaantumisteoria antaa tarkastelukulman potilaan kohtaamiseen. Työntekijällä on enemmänkin mahdollistajan ja kannattelijan rooli kuin asiantuntijan tai toisen puolesta tekijän rooli. Edellytyksenä kuitenkin on, että potilas jaksaa ja haluaa voimaantua. Työntekijä on tarvittaessa tukena ja kannattelijana. Hän antaa tietoa ymmärrettävällä tavalla, antaa valinnan mahdollisuuksia ja tukee asiakkaan päätöksiä. Työntekijä tukee asiakkaan ja tilanteen myönteisiä ominaisuuksia. Positiivisten asioiden korostaminen auttaa jaksamaan vaikeidenkin tilanteissa. Toiveikkuus vapauttaa voimavaroja eikä toiveikas ihminen luovuta helposti vaikeidenkaan elämänhaasteiden edessä.

Torkkola (2002, 17) kirjoittaa että, voimaantumiseen liittyy myös eettisiä ongelmia. Pohdittavaksi ensin, kenen tarpeista voimaantuminen nousee ja annetaanko potilaalle mahdollisuus luovuttaa tai vetäytyä. Vaikeasti sairas potilas voi pysyvästi tai tilapäisesti olla tilanteessa, jossa voimavarat eivät riitä omatoimisuuteen tai riittävät siihen vain osittain. Työntekijällä on luonnollisesti aina ammatillinen vastuu omasta työstään.

On hyvä, että asiakas otetaan mukaan häntä koskeviin ryhmäneuvotteluihin, täytyy kuitenkin huomioida, ettei potilas joudu altavastaajaksi ja tunne olevansa yksin moniammatillisen tiimin edessä. Työntekijät haluavat potilaan osallistumista, mutta potilaan näkökulman esiintuominen ei voi olla yksin potilaan vastuulla. Henkilökunta saattaa holhoavasti päättää potilaan puolesta siitä, mikä on tälle tarpeellista ja suotavaa. (Torkkola 2002, 19.)

#### 4.2.3 Voimavaralähtöisyys

Voimavaralla tarkoitetaan usein myös samaa kuin esimerkiksi sanoilla vahvuus, keino tai selviytymisstrategia, selviytymiskeino tai selviytymistaito. Ihmisen voimavarat voivat löytyä joko ihmisestä itsestään tai ympäristöstä. Potilaan voimavaroja voivat vähentää monenlaiset tekijät, esimerkiksi kipu, pahoinvointi tai vaikeus liikkua. Myös tunnetasolla erilaiset psyykkiset tekijät voivat vähentää voimavaroja. Tietämättömyys sairauden tuomista haasteista tai sairauden aiheuttama psyykkinen ahdistus voivat kuluttaa voimavaroja. (Anttila 2008, 17-18.)

Pitkäaikaisella kivulla on todettu olevan itsenäisenä tekijänä merkitsevä vaikutus ihmisen koettuun terveydentilaan. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivillä esiintyy muuta väestöä enemmän masennusta, ahdistusta, toimintojen rajoituksia sekä epäsuotuisia terveystaustimuksia. (Kankunen, Nousiainen & Kylmä 2009, 13.)

Hägg (2007) toteaa Heikkiseen (2002) viitaten että, toimintakyky mittarit eivät anna tietoa psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä, jolloin näihin ei myöskään puututa ennaltaehkäisevästä ja kuntoutumista edistävästä näkökulmasta. Häggin (2007) mukaan Kivelä (2001) puolestaan huomauttaa, että depressiosta kärsivät asiakkaat voivat kokea itsensä fyysisesti avuttomiksi ja toimintakyvyttömyyden tunteet saattavat olla voimakkaita. Mikäli tällöin ei tehdä tarkkaa fyysisen toimintakyvyn arviointia, voidaan avuttomuutta pitää fyysisistä syistä johtuvina ja näin samalla jopa heikentää depression paranemisen mahdollisuuksia. Depression hoidon keskeisiä periaatteita Kivelän mukaan ovat surun salliminen sekä rohkaiseminen, kannustaminen ja tukeminen suoriutumaan.

#### 4.2.4 Yksilövastuinen hoitotyö

Asiakaslähtöisyys on hyvän hoidon lähtökohta. Hoito- ja palveluprosessin suunnittelu ja toteutus perustuvat asiakkaan tarpeiden, voimavarojen ja toimintaympäristön arviointiin. Vanhainkotihoidossa arvioidaan, ylläpidetään ja edistetään asiakkaiden toimintakykyä ja kuntoutumista. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008.)

Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaan potilaalle nimetään omahoitaja, joka henkilökohtaisesti vastuussa potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Omahoitajan tehtäviin kuuluu päätöksentekoon osallistuminen, päätöksistä tiedottaminen, potilaan toiveiden ja tarpeiden selvittäminen, yhteyksien pitäminen omaisiin ja muihin potilasta hoitaviin tahoihin. Hänellä tulee olla myös korvaava hoitaja, joka vastaa potilaasta oman hoitajan poissa ollessa. Omahoitaja pyrkii tapaamaan potilaansa joka työvuoron aikana. Omahoitaja huolehtii myös muista potilaan elämästä ja hyvinvointia koskevista asioista. (Anttila ym. 2008, 83-84.)



Työskentely vuodeosastoilla on usein ryhmätyötä, johon yksilövastuisuus on yhdistetty. Työryhmä vastaa sovittujen alueiden potilaiden päivittäisestä perushoidosta ja heidän tarpeistaan. Jokainen henkilökunnan jäsen tietää, miten kunkin potilaan hoito etenee. Työryhmä tuo hoitajille turvallisuutta ja varmuutta yksilövastuisen hoitotyön toteuttamisessa. Työryhmä voi myös olla itsenäisesti hoitotyötä tekevä yksikkö. Työryhmän jäsenet vastaavat silloin yhdessä vastuualueensa potilaiden hyvinvoinnista ja huolenpidosta. Tiedottaminen ja kirjaaminen tehdään oman tiimin sisällä yhteisesti sovituin pelisäännöin. (Anttila ym. 2008, 83-84.)

Potilaan näkökulmasta yksilövastuinen hoitotyö luo perustan luottamukselliselle ja kiinteälle vuorovaikutukselle. Potilas tietää keneen hän voi ottaa yhteyttä tarvitessaan apua ongelmiinsa tai yhteydenpitoon hoitopaikan ulkopuolelle ja halutessaan luottamuksellisesti keskustella asioistaan. Potilas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Potilas on itse avainasemassa. (Anttila ym. 2008, 84.)

Ahon (2006) laadullisen pro gradu - tutkielman kuntoutuksen asiakaslähtöiset palveluketjut tarkoituksena oli kuvata asiakasnäkökulmasta kuntoutuksen palveluketjua. Tutkimuksessa tarkasteltiin suunnitelmallista, yksilöllistä ja organisaatorajat ylittävää palveluprosessien kokonaisuutta. Tutkimuksen mukaan nousi keskeiseksi ominaisuudeksi saumattomuus, jota edistävät tiedonkulku ja tiedonsaanti sekä vastuuhenkilön nimeäminen asiakkaalle. Fysioterapeuteilta asiakkaat saivat tämän tutkimuksen mukaan parhaiten tietoa.

## 5 Kehittämistoiminnan toteutus

Ohjaavat opettajat esittelivät opinnäytetöiden aiheet 23.9.2008. Kuulimme Espoon sairaalan kirjaamiskehittämishankkeesta, sen taustasta ja tarkoituksesta. Aihe oli kiinnostava ja pääsimme tutustumaan rakenteiseen kirjaamiseen ennen sairaanhoitajaksi valmistumista. Työyhteisö valittiin sattumanvaraisesti, koska emme tunteneet osastoja entuudestaan. Yhteistyökumppaniksi saimme Espoon sairaala osasto 2D:n, josta työryhmään kuului kaksi sairaanhoitajaa ja varahenkilö. Työskentely rakenteista kirjaamista kehittävässä hankkeessa tapahtui työpajoissa. Työpajoihin osallistui koko työryhmä ja mahdollisuuksien mukaan myös muita työyhteisön jäseniä.

Ensimmäinen tapaaminen oli Espoon sairaalassa 17.11.2008 työryhmien jäsenten sekä ohjaajien kesken. Tilaisuudessa kerrottiin Espoon sairaalan kirjaamiskehittämisprojektista, hankkeen taustasta, tavoitteista sekä projektin osapuolet. Tilaisuuden jälkeen sovimme ensimmäisen oman työryhmän tapaamisen joulukuun 2008 alkuun. Tapaamiselle veimme neurohoitotyöstä rakenteisesti kirjatun hoitosuunnitelma posterin. Toivoimme tämän auttavan hoitajia hahmottamaan rakenteista kirjaamista. Tällä tapaamisella saimme tietoa heidän kirjaamiskulttuuristaan ja saimme tutustua osaston toimintaympäristöön sekä kävimme sähköisen oppimisympäristön läpi. Tapaamisella sovimme tulevan aikataulun, haastattelu ajankohdaksi valitsimme

tammikuun lopun 2009 ja lupasimme lähettää kysymykset (liite 1) ennakkoon heille. Tämän jälkeen aloitimme haastattelu kysymysten työstämisen.

Ensimmäinen työpaja oli Espoon sairaalassa 21.1.2009. Työpajassa käytiin läpi hoitotyön prosessin kirjoittamisen ja juridiikan perusteet. Työpajaan osallistui työryhmän jäsenet osastolta sekä opiskelija jäsenet.

## 5.1 Nykytilanteen kuvaus osastolla

Tiedonkäsittelyn ensimmäisellä kierroksella kuvasimme osaston nykykäytännön. Halusimme tehdä hiljaisen tiedon näkyväksi haastattelun avulla, jonka toteutimme 30.1.2009. Kysymykset olimme lähettäneet ennakkoon työyhteisön jäsenille kirjaamisen nykykäytännön selvittämiseksi (Liite 1). Haastattelun tavoitteena ja tarkoituksena oli selvittää Espoon sairaalan osasto 2 D:n kirjaamisen menetelmiä ja löytää kehittämiskohteita. Haastattelun nauhoitimme ja litteroimme eli purimme haastattelun. Nykytilanteen kuvasimme analyysi taulukolla (Liite 2), jonka pohjalta kävi ilmi että tietoja kirjattiin moneen paikkaan ja ettei potilas ollut mukana hoitonsa suunnittelussa tai tavoitteiden asettamisessa eikä niiden arvioinnissa.

Tulotilanteesta potilaasta kirjataan tulosy ja diagnoosit, jotka on saatu epikriisistä, kirjataan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Potilaan vointi, hoidon ja avun tarve kirjataan hoitaja lehdelle (hoi -lehti). Kirjattavat tiedot on saatu potilasta ja hänen omaisiaan haastattelemalla, mittaamalla ja sairaanhoitajan läheteestä. Tulo tilanteesta saatujen tietojen perusteella potilaalle asetetaan tavoitteet. Tavoitteet asettaa pääosin terveydenhuollon moniammatillinen tiimi viikottaisissa tavoitekokouksessa ja tiedot kirjataan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien edustajat kirjaavat tapaamiset potilaan kanssa omille erikoislehdilleen esim. KIR, FYS, YLE. Potilaan kokemukset ja toiveet sekä oma arviointitulee ilmi lähinnä hoitotilanteissa ja niistä kirjataan Hoi -lehdelle.

Hoitavan hoitajan hoitotapahtuma ja keskustelut potilaan kanssa kirjataan hoi -lehdelle. Eri ammattiryhmien edustajien tapaamiset potilaan kanssa kirjataan erikoislehdille. Viikoittaisissa tavoitekokouksissa eriammattiryhmät arvioivat potilaan kuntoutumista ja tavoitteiden saavuttamista, jotka kirjataan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Arvioinnin perusteella moniammatillinen tiimi tekee jatkohoitosuunnitelman tai uudet tavoitteen. Hoitajat arvioivat päivittäin potilaan edistymistä hoitotilanteissa, mutta arviot perustuvat lähinnä hoitajien havainnointiin. Potilaiden kanssa keskustellaan, jos potilas tuo omia mielipiteitään hoidostaan esiin pyritään nekin kirjaamaan. Tiedot kirjataan hoi -lehdelle.

## 5.2 Kirjaamisen käytäntö käsitteelliselle tasolle

Tiedonkäsittelyn toisella kierroksella osaston käytäntö tuli käsitteelliselle tasolle esitellessämme osastotunnilla nykytilanteesta tekemämme analyysitaulukon (Liite 2). Osastolla syntyneen keskustelun tuloksena työyhteisö valitsi kehittämiskohteeksi potilaan mukaan ottaminen hoitosuunnitelman tekoon ja arviointiin sekä omien tavoitteiden laatimiseen. Kehittämiskohde tarkentui teoriatietoa etsiessämme sekä tavatessamme työyhteisön jäsenet uudelleen. Kehittämiskohteeksi muodostui lopulta: potilaslähtöisen hoito ja kuntoutuksen suunnittelun kirjaamisen kehittäminen. Teoriaa etsiessämme potilaslähtöisyydestä, havaitsimme potilaan sitoutumisen hoitoonsa olevan lähtökohta onnistuneeseen potilaslähtöiseen hoidon toteutukselle. Menetelmä-pajoissa saimme kehittämiskohteen tiedonhakuun ohjeita. Espoon sairaalassa järjestettiin 11.3.2009 työpaja, pajaan osallistui työyhteisön edustajat ja opiskelijat. Pajassa työstimme työyhteisön tekemää case esimerkkiä rakenteisen kirjaamisen mallin mukaan. Samana päivänä allekirjoitimme sopimuksen, muistion tutkimus- ja kehittämistyötä koskevasta neuvottelusta. Sopimuksessa kuvattiin kehittämiskohde, sovittiin aikataulut ja raportointi. Mietittiin miten tuloksia tullaan hyödyntämään sekä sovittiin resurssien ja kustannusten jako. Molemmat osapuolet sitoutuivat noudattamaan hankkeen aikataulua. Sopimuksen allekirjoittivat työelämän edustajat, hoitotyön opiskelijat ja ohjaava opettaja.

## 5.3 Teoreettisen ja tutkitun tiedon vertaaminen

Kolmannella kierroksella etsimme teoriatietoa kehitettävästä kehittämiskohteesta eli potilaan sitouttamisesta /sitoutumisesta omaan hoitoonsa. Työryhmän tapaamisella 23.4.2009 työstimme yhdessä kehittämiskohteen nelikenttäkaavion. Nelikentän avulla, olemme konkreettisesti avanneet uuden toiminta mallin vaikutuksia ja hyötyjä työyhteisölle eri osa-alueilla (liite 3). Espoon sairaalan työpajassa 13.5.2009 työstimme työryhmässä uuden mallin rakentamista ja teimme siitä uuden vuokaavion (Liite 4). Työpajassa käytiin läpi, miten uusi malli otetaan käyttöön ja tätä työyhteisössä alettiin työstää. Teoreettista/ tutkittua tietoa, käytimme uuden toimintamalliehdotuksen tukena.

## 5.4 Uuden toimintatavan juurruttaminen osastolle

Tiedon käsittelyn neljännellä kierroksella, esitimme uuden vuokaavion osastotunnilla 28.5.2009 Espoon sairaala osasto 2 D:llä. Vertailimme sitä vanhaan käytäntöön eli edelliseen vuokaavioon ja kävimme keskustelua näistä kaavioista. Uutta toimintatapaa oli alettu kokeilla osastolla ja ongelmia aiheutti mm. tilan puute. Potilaan haastattelu potilashuoneessa muiden potilaiden ollessa läsnä ei ole hyvä vaihtoehto, vaan oli löydettävä huone johon voidaan siir-

tää potilas vaikka sängyllä. Henkilökunnan ajan puute ja oman työnsä uudelleen organisointi, aiheutti pohdintaa osastolla.

Espoon sairaalassa 23.9.2009 olleessa koulutuksessa kävimme läpi, miten uusi toimintatapa on sujunut käytännössä osastolla. Uutta toimintatapaa oli työstetty osastolla case esimerkkien avulla ja harjoiteltu pienryhmissä. Osastolla oli myös kehitetty kirjaamisen laatua. Koulutuksessa olivat mukana työyhteisön edustajat ja opiskelijat.

Loppuseminaari järjestettiin Espoon valtuustosalilla 7.10.2009 (liite 6). Seminaarissa olivat mukana kirjaamiskehittämisprojektissa toimineet Espoon sairaalan henkilökunnan edustajat ja Lohjan Laurea ammattikorkeakoulun edustajat. Seminaarissa käsiteltiin: Espoon kirjaamiskehittämishanketta, hoitotyön kansallisen kirjaamisen mallia, toimintaprosessien kehittämistä, osastonhoitajan roolia työryhmän tukena, työryhmän sitouttamista kehittämistyöhön, työryhmän tukemista työyhteisön uuden toimintatavan juurruttamiseksi, kehittämistyön merkitystä työyhteisöille ja miten tästä eteenpäin Espoon kaupunki jatkaa kirjaamisen kehittämistä. Työryhmät esittelivät oman projektinsa tuloksia postereiden avulla.

Seminaarin ohjelman mukaisesti työryhmänä kerroimme kuinka työryhmä sitouttaa työyhteisön kehittämistyöhön. Opiskelija jäsenenä kerroimme teoriaa sitouttamisesta ja työyhteisön jäsenet kertoivat miten käytännössä työyhteisö sitoutetaan, mitä osastolla jo tehty ja mitä tullaan tekemään. Työryhmä kokosi asioita, jotka vaikuttavat työyhteisön sitouttamiseen muutosprosessissa. Yksilön ja ryhmän innostuneisuus vaikuttaa kehittämishankkeeseen sitoutumiseen. Osataanko innostaa ja osallistaa muutokseen? Tunne siitä, että minun osallistumisellani on merkitystä koko työyhteisön kannalta. Etenemisen ja vaikuttavuuden kannalta parasta olisi, jos mahdollisimman monet innostuvat ja sitoutuvat hankkeeseen. ".(P. Kolehmainen & T. Zenuni, henkilökohtainen tiedonanto 5.10.2009.)

Selkeät työjärjestelyt ovat tärkeitä. Työyhteisön jäsenet tietävät mitä heiltä odotetaan ja mitä pitäisi saada aikaan. Luodaan työyhteisössä ilmapiiri, jossa kaikkia tarvitaan ja tarjotaan kaikille mahdollisuutta osallistua. Olisi toivottavaa, että työyhteisössä kaikilla jäsenillä olisi yhteinen näkemys siitä, että oppiminen on tärkeä osa jokapäiväistä elämää. Sisäiset palkkiot (kuten itsenäinen, haasteellinen ja monipuolinen työ) liittyvät itse työsuoritukseen ja ovat tästä syystä tärkeimpiä työhalukkuutta, sitoutumista ja työtyytyväisyyttä määrääviä tekijöitä. Hyvä työilmapiiri työyhteisössä rohkaisee ammatilliseen kehittymiseen ja auttaa yksittäistä työntekijää sitoutumaan työyhteisön yhteisiin kehittämistoimenpiteisiin. ".(P. Kolehmainen & T. Zenuni, henkilökohtainen tiedonanto 5.10.2009.)

Tarvitaan erilaisia menetelmiä osaamisen kehittämisessä, koska yksilöt oppivat eri tavoin ja eri nopeudella. Pitkäjänteisyyttä ja määrätietoisuutta tarvitaan. Menetelmiä ovat esim. koulutukset, osallistuva työssä oppiminen, tiimityöskentely, tiedon ja kokemusten jakaminen, onnistumisten ja ongelmatilanteiden pohtiminen yhdessä, työparityöskentely ja toimiva viestintä. Avaimia kehittämisen onnistumiseen ovat mm. pitkäjänteisyys, kaikkien osallistuminen, johdon ja työntekijöiden sitoutuminen muutosprosessiin ja kaikkien tiedossa olevat realistiset tavoitteet. Hyviä lähtökohtia motivaatiolle ja sitoutumiselle ovat: mielekäs työ ja työympäristö, mahdollisuus kokea arvostuksen ja pätevyyden tunteita sekä mahdollisuus vaikuttaa työhönsä ja kehittyä siinä. Sosiaaliset palkkiot (esim. kiitos, tunnustus, rohkaisu, huomaavaisuuden osoitus) auttavat sitoutumaan. Suorituksesta saatu palaute on tärkeä ja tehokas kannustin. Aikaisemmat positiiviset kokemukset kehittämistoiminnasta helpottavat sitoutumista uusiin hankkeisiin". (P. Kolehmainen & T. Zenuni, henkilökohtainen tiedonanto 5.10.2009.)

## 6 Tuotos

Työyhteisö aloitti sitoutumisen uuteen toimintatapaan ja on ottanut uuden toimintatavan käytäntöön kesän 2009 aikana keräämämme teoria tiedon pohjalta. Uudessa toimintatavassa potilas on mukana hoidon suunnittelussa ja tavoitteiden, tarpeiden asettamisessa. Tavoitteena on sitouttaa potilas omaan hoitoonsa. Kehittämiprojektin tarkoituksena on saada kehitettävä toiminta jatkuvaksi osaksi arjen toimintaa.

Potilaan tullessa osastolle tehdään moniammatillisen tiimin (lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti) ja potilaan kanssa yhdessä hoitosuunnitelma. Tavoitteiden ollessa potilaan omia, sitoutuu hän paremmin hoitoonsa. Määritellään hoidontarpeet ja tavoitteet (kokonaistavoite ja osatavoitteet) yhdessä potilaan kanssa kolmen arkipäivän sisällä. Nämä kirjoitetaan Geriatria-lehdelle (GER-lehti).

Hoidon tarpeen määrittämiseksi kerätään ja analysoidaan potilasta koskevia tietoja. Tietoa saadaan potilaalta itseltä ja hänen omaisiltaan. Aiemmistä potilaskertomuksista saadaan diagnoosi ja hoitoon tulo syy. Potilas on mukana hoidon suunnittelussa ja tavoitteiden asettamisessa. Tavoitteiden saavuttamiseksi moniammatillinen tiimi ja potilas tekevät yhdessä päätöksen hoidon toteutuksesta, joka kirjataan GER-lehdelle. Hoidon toteutus kohti tavoitteita arvioidaan yhdessä potilaan kanssa päivittäin hoitotoimien yhteydessä. Hoitaja tekee havainnointia ja potilas antaa sanallista palautetta omasta kuntoutumisestaan ja voinnistaan. Hoidon toteutuksesta hoitaja kirjaa havainnointinsa arvioivasti ja ottaa potilaan arvioinnin omasta kuntoutumisestaan huomioon. Arviointi kirjataan GER-lehdelle ja hoito-lehdelle (hoi-lehti), fysioterapeutti kirjaa fysiatria-lehdelle (fys-lehti). Kirjaamisen tulisi olla potilaslähtöistä, arvioivaa ja kuvailevaa. Kirjaamisessa tulisi näkyä myös potilaan omat arviot ja mielipiteet hoidon toteutuksesta. Osastolla käytetään kuntouttavaa työtettä. Potilaille ja omaisille on

kerrottu tulotilanteessa kuntouttavan osaston toiminta-ajatus, jonka tarkoituksena on potilaan turvallinen kotiutuminen tai siirtyminen jatkohoitopaikkaan.

Osastolla potilas saa ohjausta sen mukaan kuinka paljon hän sitä tarvitsee, pääasiassa potilas, apuvälineitä käyttäen, tekee kaiken sen itse minkä voi ja mihin potilaan voimavarat riittävät. Ohjaus on sanallista esimerkiksi kehotuksia tai ohjaus voi olla mallin näyttämistä, mutta ohjaus on aina potilaslähtöistä, yksilöllistä ja kannustavaa kohti tavoitteita. Potilasta muistutetaan oman aktiivisuuden merkityksestä kuntoutumisessa kunnioittaen hänen itsemääräämisoikeuttaan, unohtamatta kuitenkaan positiivista palautetta yrittämisestä ja kehittämisestä.

Kahden viikon kuluttua ensimmäisestä tapaamisesta tai potilaan kotiutuessa moniammatillinen tiimi tekee yhdessä potilaan kanssa arvioinnin kokonaistavoitteista, onko hoito onnistunut, onko päästy tavoitteisiin. Jos tavoitteita ei ole saavutettu, moniammatillinen tiimi yhdessä potilaan kanssa tekee uuden hoitosuunnitelman ja asettavat uudestaan hoidon tarpeet ja tavoitteet. Tavoitteisiin päästyä potilas uloskirjoitetaan tai lähetetään jatkohoitoon, jolloin järjestetään kotiutuspalaveri. Palaveriin kutsutaan potilaan ja osaston moniammatillisen tiimin lisäksi mahdollisen jatkohoidon edustajat.

Osastolla pyritty panostamaan jokapäiväisen kirjaamisen laatuun, jonka tulisi olla kuvailevaa, arvioivaa ja ennen kaikkea potilaslähtöistä. Osastolla on toimintakyky mittareita avattu hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Osastolla on aloitettu strukturoidut kirjaamisen harjoittelut potilaskertomusten ja case esimerkkien avulla pienryhmissä. (P. Kolehmainen & T. Zenuni henkilökohtainen tiedonanto 5.10.2009.) Uudessa toimintatavassa kirjataan vielä useammalle lehdelle, joka ei noudata kertakirjaamisen periaatetta. Potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi tulisi kirjata vain yhdelle lehdelle ja siihen voisivat hoitohenkilökunnan lisäksi kirjat myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt. (Liljamo ym. 2008.)

## 7 Kehittämistoiminnan arviointi

Arviointi on kaikkiin työvaiheisiin liittyvä jatkuva prosessi. Arviointivaiheessa arvioidaan tavoitteen saavuttamista. Siinä myös arvioidaan missä on parantamisen varaa ja mihin tulee jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Olisiko tarvittu enemmän yhteistyötä eri osapuolien kanssa, vai onko tiedoissa tai taidoissa mahdollisesti puutteita. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén, Välimäki. 2004, 136-138.) Rehellisyys, henkilökohtaiset ja sosiaaliset kyvyt joihin kuuluu herkkyys ja hienotunteisuus, ovat tärkeitä arvioinnin toteuttamisessa. Arvioitaessa ja arvioinneissa joudutaan lähes väistämättä eettisiin ongelmiin ja valtataisteluihin. (Robson 2001, 17.)

Arvioinnin käytännön tapoja ovat havainnointi, henkilökunnan ja hallinnon haastattelut, sekä asiakirjojen ja dokumenttien tutkiminen. Arvioijan tapana kyetä eläytymään erilaisissa tilanteissa antaa perustan laadukkaaseen prosessiarviointiin. Tavallisimmin arvioinnissa on käytetty kyseilyä, koska kyselylomakkeen täyttämässä ei mene kauan aikaa. Käytännön arvioinnissa on yleensä kyse pienestä tutkittavasta ryhmästä. (Robson 2001, 106-129.) Keskeinen osa suunnitelman rakentamisprosessia ovat arviointikysymykset. Tarkoituksenmukaiset kysymykset syntyvät joskus itsestään arviointiprosessin aikana. Arvioinnin tarkoitus pääasiassa määrittää sen, millaisia arviointikysymyksiä esitetään. Arviointikysymykset myös määrittävät sen, mitä menetelmiä arvioinnissa käytetään tiedon hankintaan. (Robson 2001, 122-123.)

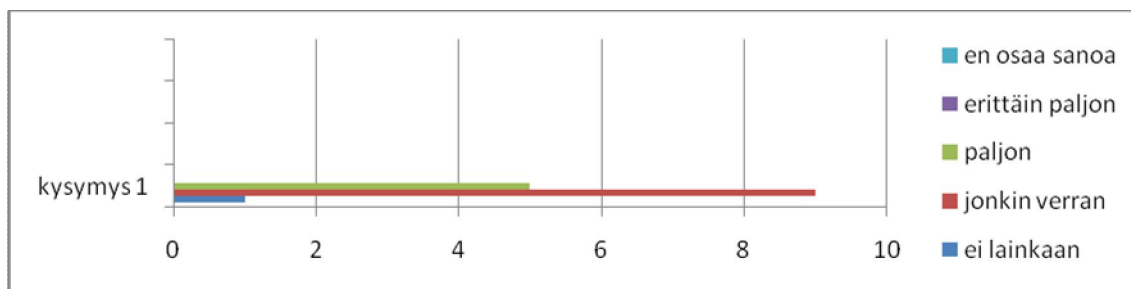
Arviointia tulisi tehdä toiminnan kehittämiseksi ja siinä oppimiseksi. Kehittämistoiminnan tärkeä ominaisuus on kriittisyys ja luotettavuus. Johdon sitoutuminen arviointiin, antaa mahdollisuuden vaikuttaa toiminnan muutosten aikaansaamiseksi nopeammin ja todelliseksi. Arvioinnissa ei voida kovin hyvin vielä arvioida vaikutuksia, koska se on osa opiskelijan opinnäytetyötä ja aikajänne arvioinnille tulee liian nopeasti. Opinnäytetyö kuvaa raporttina työryhmän toimintaa. (Ahonen, Makkonen & Pihkala 2009.)

Yhteistyömme alkoi alusta asti hyvin. Saimme sovittua tapaamisajat lähes kaikille työryhmän jäsenille sopiviksi, tapaamisissa työstimme yhdessä kehittämiskohdetta eteenpäin. Työryhmän jäsenet ja opiskelijat ovat osallistuneet Espoon sairaalassa järjestettyihin työpajoihin. Osastonhoitaja on mahdollistanut työyhteisön edustajien ajankäytön projektissa ja on ollut tapaamisilla mukana mahdollisuuksien mukaan. Kehittämiskohteesta löytyi hyvin teoretietoa ja tutkimuksia aivan viimevuosilta, joten tämäkään ei tuottanut ongelmia.

Espoon sairaalan, osasto 2 D:lle jaettiin hoitotyön kirjaamisen kehittämisen työryhmän toiminnan arviointi lomakkeita (liite 5). Arviointi lomakkeen oli tehnyt Lohjan Laurea ammattikorkeakoulun yliopettaja. Arviointilomakkeessa oli kuusi määrällistä kysymystä joista vastausvaihtoehdot olivat, 1. ei lainkaan, 2. jonkin verran, 3. paljon, 4. erittäin paljon ja 5. en osaa sanoa. Avoimia kysymyksiä oli kolme. Arviointi kysymyksiin vastasi 15 työyhteisön työntekijää. Palautetuista lomakkeista tehtiin yhteenveto ja tulokset kirjoitettiin auki.

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallaan alueella?

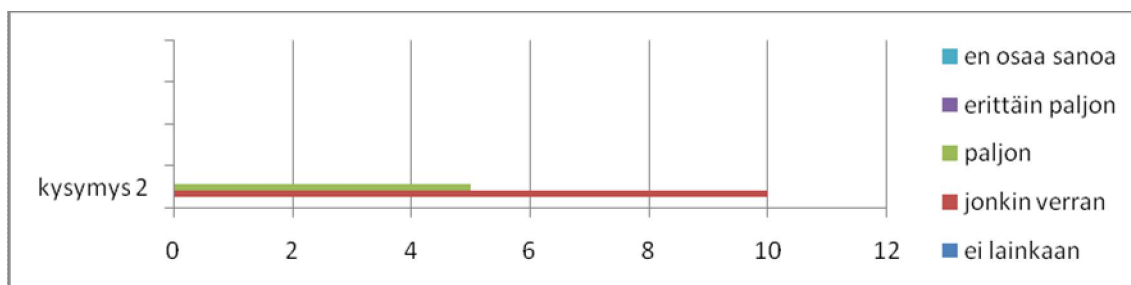
Työyhteisöstä yksi oli vastannut, ei lainkaan, yhdeksän vastasi jonkin verran ja viisi oli vastannut paljon (kuvio 3).



Kuvio 3: Työyhteisön mielipide työryhmän edistämiseksi hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi valitulla alueella

Toisessa kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsittekarttojen ja uuden toimintamallin tuottamiseen?

Työyhteisöstä kymmenen oli vastannut että jonkin verran ja viisi että paljon (kuvio 4).

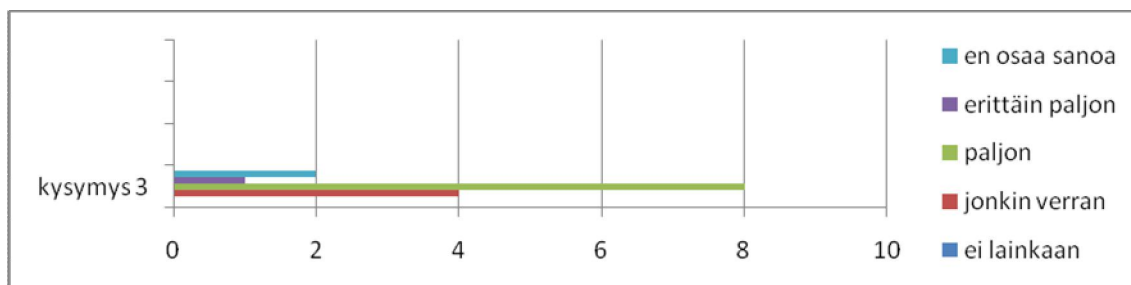


Kuvio 4: Mielipide työyhteisön osallistumisesta työryhmän tuottamien käsittekarttojen ja uuden toimintamallin tuottamiseen

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?

Työyhteisöstä neljä oli vastannut että jonkin verran. Kahdeksan oli sitä mieltä että paljon.

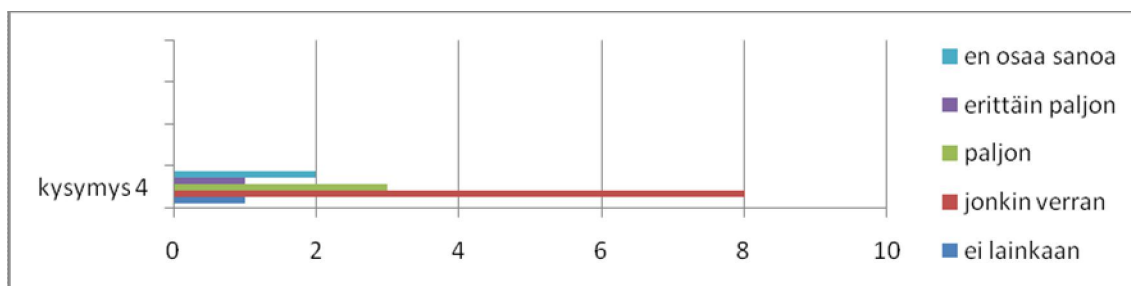
Yksi vastasi kysymykseen erittäin paljon ja yksi ei osannut sanoa (kuvio 5).



Kuvio 5: Miten paljon uutta toimintamallia voidaan hyödyntää ja käyttää työyhteisössä?



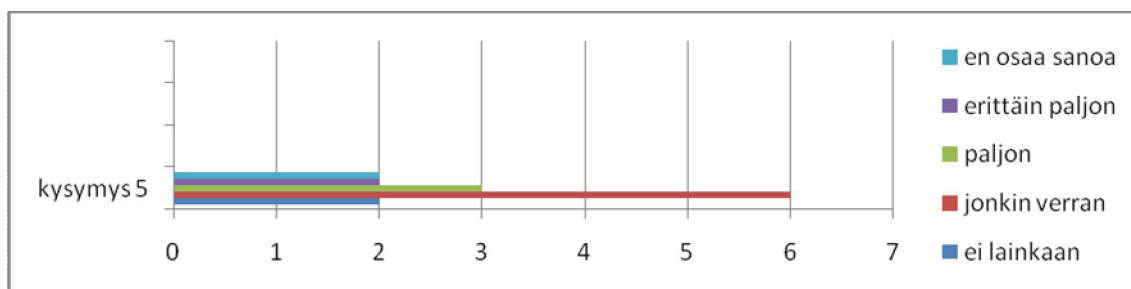
Neljännessä kysymyksessä kysyttiin minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää? Yksi vastaajista oli sitä mieltä että ei lainkaan. Kahdeksan vastasi että jonkin verran. Kolme vastasi kysymykseen että paljon. Yksi vastasi että erittäin paljon ja kaksi ei osannut vastata (kuvio 6).



Kuvio 6: Työryhmä on tuottanut uusia ajatuksia ja ideoita hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen

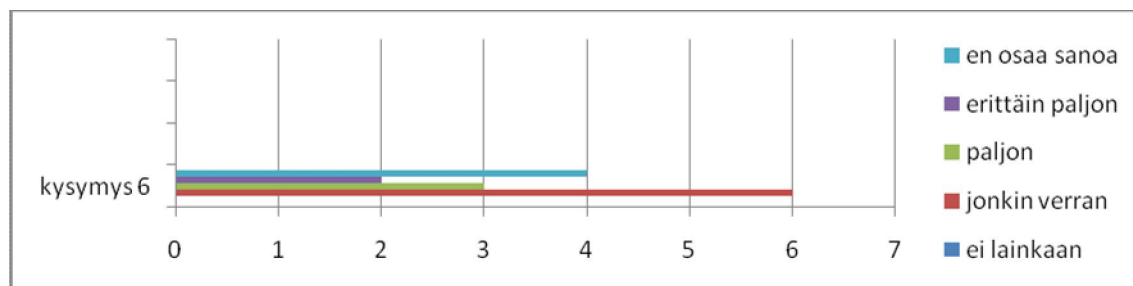
Viidennessä kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon kehittämistoiminta on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

Työyhteisöstä kaksi oli vastannut kysymykseen että ei lainkaan. Kuusi vastaajista oli sitä mieltä että jonkin verran. Kolme oli vastannut että paljon. Kaksi oli vastannut että erittäin paljon ja kaksi ei osannut sanoa (kuvio 7).



Kuvio 7: Kuinka paljon kehittämistoiminta on parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä? Työyhteisöstä kuusi vastasi että jonkin verran. Kolme oli sitä mieltä että paljon. Kaksi vastasi että erittäin paljon ja neljä ei osannut sanoa (kuvio 8).



Kuvio 8: Kuinka paljon uskot muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?

Avoimeen kysymykseen seitsemän, jossa pyydettiin perustelemaan vastausvaihtoehtoja kysymyksiin yksi-kuusi. Kysymykseen vastasi kuusi. Vastaajista kolme oli sitä mieltä, että asioita työstetään vielä työyhteisössä. Vastaajista kaksi oli sitä mieltä, että hoitoprosessimalli syventynyt ja tullut entistä tutummaksi. Viidessä vastauksessa todettiin, että tarvitaan vielä paljon aikaa ja harjoittelua ja yhdessä ideointia.

Avoimien kysymysten kohdassa kahdeksan pyydettiin kertomaan mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen? Vastauksia kysymykseen tuli yhdeksän. Kaikissa yhdeksässä vastauksessa toivottiin käytännön harjoittelua. Pienryhmissä ja case esimerkkien avulla harjoittelua toivoi kuusi vastaajaa. Yksi oli toivonut parityöskentelyä. Koulutusta toivottiin myös yhdessä vastauksessa koska vastuu henkilöt ovat osaston työntekijöitä. Yhdessä vastauksessa oli huomioitu motivointi ja toisten kannustaminen sekä positiivisen palautteen antaminen. Kolmessa vastauksessa toivottiin osastotunneilla/kahvitauoilla keskustelua asiasta.

Yhdeksännessä avoimessa kysymyksessä kysyttiin mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta? Kysymykseen oli vastannut viisi 15:sta vastaajasta. Kaikissa viidessä vastauksessa todettiin että, tarvitaan aikaa perehtyä uuteen toimintamalliin ennen sen käyttöön ottoa. Yhdessä vastauksessa todettiin että, hyvä perehtyminen luo hyvät edellytykset oikealle kirjaamiselle. Yksi oli vastannut että, koulutuksen ja ohjelman käyttöönotto on liian kaukana toisistaan. Kahdessa vastauksessa myös ajateltiin että kehittämisprosessi kokonaisuus liian hajanainen. Yhdessä vastauksessa ajateltiin että, hyvä että olemme ajoissa oppimassa hoitoprosessi ajattelua.

Vastauksista kävi ilmi että uuden toimintatavan käyttöönotto on haasteellista. Työyhteisön mielestä kehittäminen vaatii aikaa, ohjeistusta ja lisäkoulutusta. Työryhmän yhteistyö sujui hyvin ja yhteistä aikaa löytyi yllättävän helposti. Espoon kirjaamisen kehittämisprojektissa mukana olleille on ollut hyötyä kun tulevaisuudessa sähköinen rakenteinen kirjaaminen otetaan käyttöön. Valmiina sairaanhoitajina voimme edistää työyhteisön jäsenenä osaston hoitotyön kirjaamista käytännössä.

## Lähteet

### Kirjat

Anttila, K., Hirvelä M., Jaatinen T., Polviander M. & Puska E.-L. 2008. Saitaanhoito ja huolenpito. Helsinki: WSOY.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme H. (2001) Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hopia, K. & Koponen, L. Hoitotyön vuosikirja 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Sairaanhoidtajaliitto. Jyväskylä: Gummerus.

Iivanainen A., Syväoja P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitoyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2004. Opi ja ohjaa. Helsinki: WSOY.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydiosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY.

Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitoyössä. Helsinki: Tammi.

Ruusuvuori, J, & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tampere: Vastapaino.

Saranto, K. & Sonninen, A.-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, k., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Tantt, K. & Ikonen, E-R. Hoitotyön vuosikirja 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Sairaanhoidtajaliitto. Jyväskylä: Gummerus.

Torkkola, S (toim.) 2002. Terveystietä. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

### Artikkelit

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. Pro terveys 6.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Pro terveys 2.

Ala-Hiiri, T. & Kettunen, P. 2008. Efficacy. Sairaanhoidtaja, 9, 47.

Kankkunen, P., Nousiainen, H. & Kylmä, J. 2009. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavarat. Tutkiva Hoitotyö Vol. 7 (2).

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2006. Tabu Lääketietoa Lääkelaitokselta.

Pitkälä, K. & Savikko, N. 2007. Pääkirjoitus. Duodecim, 123(5):501-2.

Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2007. Yksilöllisellä hoidolla tyytyväisyyttä ja elämänlaatua ortopedisille potilaille. Hoitotiede vol 19 no 6/-7.

Tanttu, K. 2008. Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli. Sairaanhoitaja 6-7/ 2008,16.

#### Internet-lähteet

Espoon Kaupunki. 2006. Viitattu 21.2.2009. <https://espoo.fi>

Finlex. 2008. Viitattu 4.12.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Hägg, T. 2007. Kuntoutumista edistävän työtavan kehittäminen Vantaan hoitokodissa. Viitattu 23.1.2009. [https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/3\\_2007/muut\\_artikkelit/kuntoutumista\\_edistavan\\_tyotavan/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/3_2007/muut_artikkelit/kuntoutumista_edistavan_tyotavan/)

Kääriäinen, M. & Kaakinen, P. 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. Viitattu 6.1.2009. [https://sairaanhoitajaliitto-fi.directo.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/1\\_2008/muut\\_artikkelit/potilasohjauksen\\_rakenteinen\\_kir/](https://sairaanhoitajaliitto-fi.directo.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/1_2008/muut_artikkelit/potilasohjauksen_rakenteinen_kir/)

Laurea. 2008. Viitattu. 1.12.2008.

[http://www.amk.fi/eni/attachments/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/Files/CurrentFile/eeNNI-hankkeen\\_kuvaus.pdf](http://www.amk.fi/eni/attachments/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/Files/CurrentFile/eeNNI-hankkeen_kuvaus.pdf)

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa.

[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)

Rasumaa, V. 2007. Tiedon luominen ja Ba-konsepti (versio 1.0). Viitattu 20.10.2009.

[http://www.metodix.com/fi/sisallys/ajankohtaista\\_avoin/20060115\\_ba](http://www.metodix.com/fi/sisallys/ajankohtaista_avoin/20060115_ba)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Viitattu 30.11.2008.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/sote/index.htxhttp://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Tanskanen, A. 1999. Sisällön analyysi hoitotieteessä. Viitattu 14.1.2009

<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html>

Varsinais-suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2007. viitattu 4.5.2009

<http://www.vsshp.fi/fi/4519>

VSSHPP kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot-hanke (hoidata). Viitattu 4.11.2008

<http://www.vsshp.fi/fi/4395/24853/>

Yliruka, L. 2005. Sosiaalityön käytäntötutkimus ja hiljainen tieto. Viitattu 20.4.2009.

[www.talentia.fi/files/2069\\_LauraYliruka24.11.2005.ppt](http://www.talentia.fi/files/2069_LauraYliruka24.11.2005.ppt)

## Muut lähteet

Ahonen, O., Makkonen, A. & Pihkala, L. 2009. Espoon kirjaamishankkeen tilanne katsaus ja arviointia 23.9.2009. Espoon sairaala.

Aho, L. 2006. Kuntoutuksen asiakaslähtöiset palveluketjut. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos. Pro gradu - tutkielma.

Ensio, A., Kaakinen, P. & Liljamo, P. 2008. Opas FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kuopion Yliopisto.

Kolehmainen, P. & Zenuni, T. Henkilökohtainen haastattelu 17.11.2008. Espoon sairaala. Osasto 2 D. Espoo.

Kolehmainen, P & Zenuni, T. Henkilökohtainen tiedonanto 5.10.2009. Espoon sairaala. Osasto 2D. Espoo.

Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Opas, versio 3.0.2009.

Salomaa, E. 2009. Osastonhoitajan rooli työryhmän tukena. Espoon kirjaamisen kehittämisshanke. Loppuseminaari 7.10.2009. Espoo.

## Liitteet

Liite 1 Haastattelu kysymykset työyhteisölle nykytilanteen kartoittamiseksi

Liite 2 Nykytilanteen kuvaus

Liite 3 Kehittämiskohteiden nelikenttäkaavio

Liite 4 Vuokaavio

Liite 5 Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi kysymykset

Haastattelu kysymykset osastolle 2D nykytilanteesta

1. Minkälainen on osaston henkilökunta rakenne?
2. Minkälaisia potilaita osastollanne hoidetaan?
3. Mitä asioita kirjaatte tulotilanteesta?
4. Mitä tapahtumia tietoon liittyy?
5. Mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin?
6. Miten tätä tietoa hyödynnetään?
7. Mitä tietoja kirjaatte hoidon suunnittelusta ja mihin?
8. Mihin tätä tietoa hyödynnetään?
9. Mitä tietoja kirjaatte hoidon toteutuksesta ja mihin?
10. Mistä lähteestä tieto on peräisin?
11. Miten hyödynnätte tätä tietoa?
12. Mitä tietoja kirjaatte hoidon arvioinnista?
13. Mitä tapahtumia tietoon liittyy?
14. Mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin?
15. Miten tätä tietoa hyödynnetään?
16. Mitä asioita kirjoitatte potilastietojärjestelmään ja mitä paperille?
17. Minkälaista on moniammatillisen työryhmän kirjaaminen?
18. Minne he kirjaavat? Onko tieto käytettävissä helposti?
19. Haluatteko vielä kertoa jotakin osastolle kirjaamisesta?

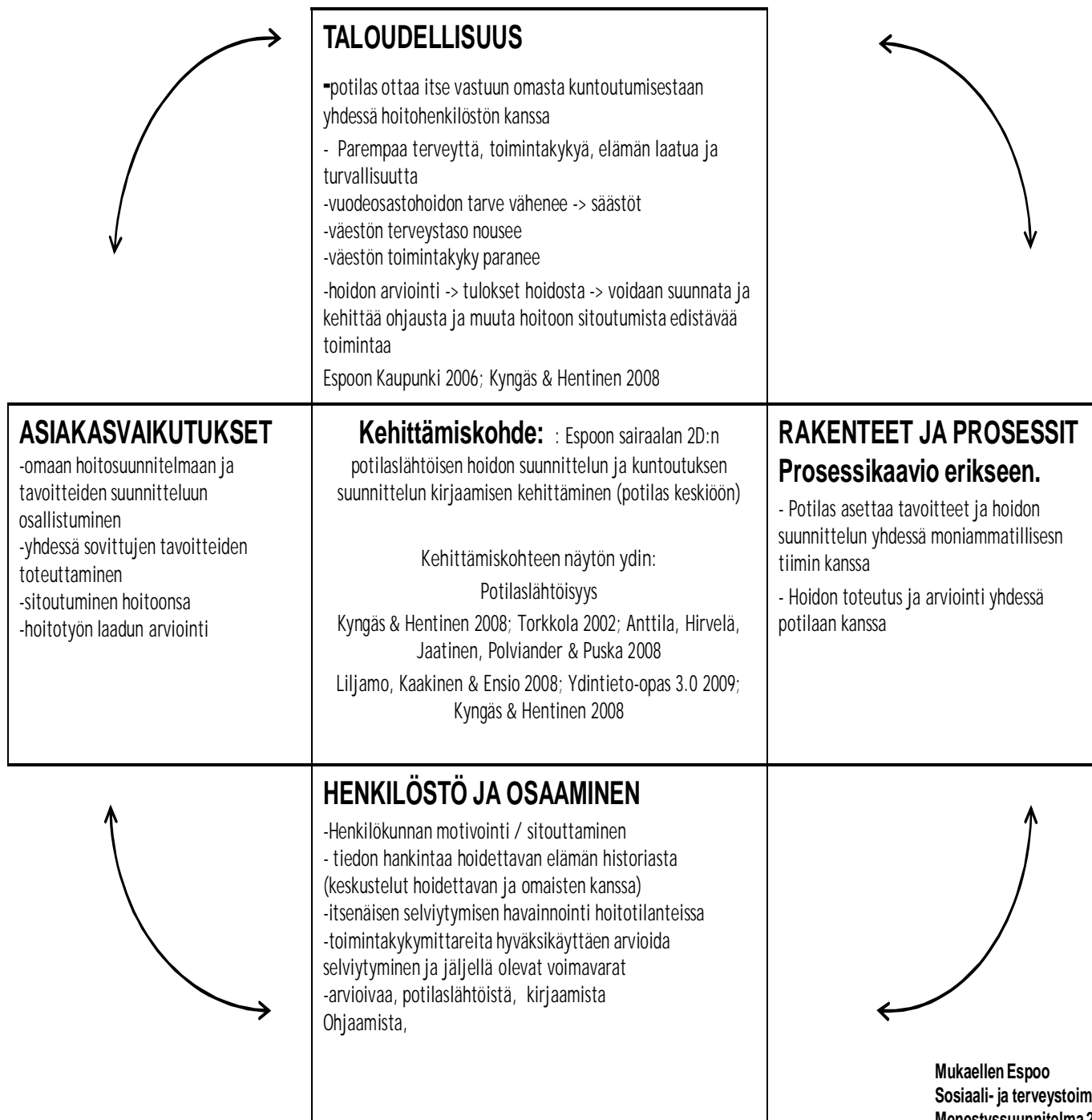
## Nykytilanteen kuvauksen analyysitaulukko:

Hoito-prosessin vaihe:	Mitä tietoja kirjataan?	Mitä tapahtumia tietoon liittyy? (edellyttääkö se toimintaa ennen kirjaamista)	Mistä lähteestä kirjattava tieto on peräisin?	Minne ja moneenko paikkaan tieto mahdollisiin järjestelmiin/paikkoihin järjestelmässä/papereihin kirjaataan?	Miten tätä tietoa hyödynnetään?
tulotilanne	<p>Tulofraasit: tulopäivä, diagnoosit, edeltävä hoitojakso.</p> <p>Potilaan vointi, vitaalit?</p> <p>Potilaan taustatiedot.</p> <p>Avun tarve ja omaisten osuussuunna.</p>	<p>Potilas siirretään omalle paikalle, saa ruokansa, lääkkeensä, sopeutuminen uuteen paikkaan.</p> <p>Potilaan haastattelu.</p> <p>Vitaalien mittaaminen, ekg.</p> <p>Diagnoosin selvittäminen, edelt. hoitojakso.</p> <p>Hoitava hoitaja kerää tietoa potilaasta hoitojen aikana.</p>	<p>Sh lähete</p> <p>Epikriisi</p> <p>Potilaalta itseltä</p> <p>Omaisilta</p> <p>Vastaanottavalta hoitajalta</p>	<p>Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan.</p> <p>HOI lehdelle</p>	<p>Diagnostiset ja toimenpide tiedot leikkaavan - ja hoitavan lääkärin ohjeet esim. miten potilas saa varata ja liikkua.</p> <p>Kontrolliajat voidaan sopia</p> <p>Kipsin poistot ajallaan</p>
hoidon suunnittelu	<p>Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan:</p> <p>-tulotilanteesta saadut tiedot</p> <p>-viikottaisten moniammatillisen tavoitekokouksen tavoitteet, toiminnot? ja arvioinnit</p> <p>Ammattiryhmien edustajien arviointia, ohjeita</p> <p>Omaisilta saatu tieto</p>	<p>Moniammatillisen tiimin tavoitekokous.</p> <p>Kanssakäymistä ja toimimista potilaan kanssa.</p> <p>Potilaan sekä hänen taustatietojen tunteminen</p>	<p>Tulotilanne tietojen pohjalta. Eri ammattiryhmien edustajilta</p> <p>Potilaalta sekä ammattiryhmän edustajalta</p> <p>Omaisilta</p>	<p>Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan</p> <p>Kukin ammattiryhmä kirjaa omalle lehdelleen esim. KIR, FYS, YLE, SOS, HOI</p> <p>Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, HOI lehdelle</p>	<p>Moniammatillinen tiimi arvioi potilaan kuntoutumista sekä arvioi tavoitteiden toteutumista.</p> <p>Voidaan arvioida potilaan kuntoutuksen edistymistä ja tehdä uusia tavoitteita</p>

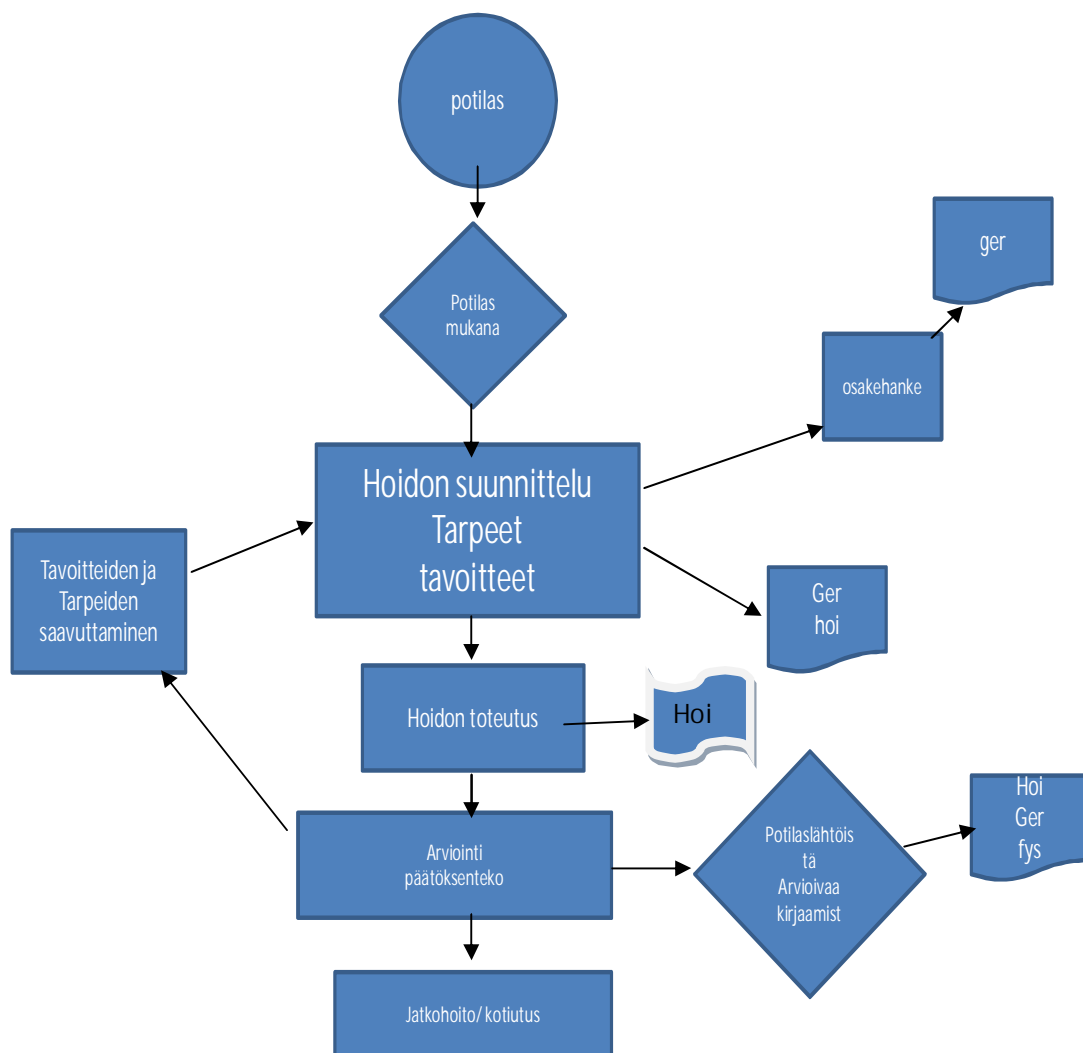


	Hoitolehdelle: potilaan vointi, selviytyminen, edistyminen ja kehitettävät kohteet	Potilaan ja hoitajan kanssa käyminen	Potilaan omat tuntemuksensa ja hoitajan arviot	HOI lehdelle	Seurata potilaan vointia
hoidon toteutus	Päivittäin hoitajat kirjaavat hoidon toteutuksen  Ammattiryhmien edustajien tapaamis tiedot potilaan kanssa	Hoitavan hoitajan hoitotapah-tuma ja keskustelu potilaan kanssa. Hoitajan sekä potilaan tietämys potilaan tavoitteista  Tapaaminen sekä tavoitteiden mukainen toiminta potilaan kanssa	Hoitavalta hoitajalta, potilaalta  Potilaalta ja ammattiryhmän edustajalta	HOI lehdelle  Erikoislehdille (fys, yle ym.)	Seurataan potilaan kuntoutumista ja hoidon tarvetta  Viedään tietoa seuraavaan moniammatillisen tiimin kokoukseen
hoidon arviointi	Hoitajan arviointia päivittäin. Potilaan mielipiteitä  Ammattiryhmien edustajan arviota (esim. fysioterapeutin, lääkärin)  Moniammatillisen tiimin tavoittekokouksissa arvioidaan ja seurataan potilaan kuntoutuminen	Potilaan hoitaminen ja hänen kanssaan keskustelu  Tiimin kokoon-tuminen sekä jäsenten arviot potilaan tilasta.	Potilaalta ja hoitajan arviointia  Tietoa on kerätty HOI lehdeltä sekä erikoislehdiltä (fys, yle ym lehdiltä)	HOI lehdelle  Hoito- ja kuntoutus-suunnitelmaan	Onko tavoitteet saavutettu, seuraavat tavoitteet tai miksi tavoitteita ei ole saavutettu.  Voidaan arvioida potilaan kotikuntoisuutta, apuvälineiden tarvetta, yleisesti jatkohoittoa.

Kehittämiskohteiden nelikenttäkaavio



Vuokaavio  
Uusi toimintatapa  
Potilaan hoitoon sitouttaminen hoitoonsa



## HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN ARVIOINTILOMAKE 1(2)

Laurea-ammattikorkeakoulu Työryhmän toiminnan ja tuotoksen arviointi Elina Ora-Hyytiäinen

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön nykytoimintaa kuvaavan prosessikuvauksen, kehitettävää aluetta kuvaavan teoreettisen käsittekartan ja laatinut ehdotuksen uudeksi käytännön toiminnaksi yhdessä valitsemallanne alueella.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastauksiasi ja esittää kehittämisehdotuksia työryhmälle.

Vastausvaihtoehdot ovat

1 ei lainkaan

2 jonkin verran

3 paljon

4 erittäin paljon

5 en osaa sanoa

1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?

1 2 3 4 5

2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsittekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?

1 2 3 4 5

3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

---

---

---

---

---

---

---

---

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

---

---

---

---

---

---

---

---

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

---

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos arvioinnistasi!