



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojekti Tammikummun vuodeosastolla

Tuuras, Nina

2015 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

Hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojekti  
Tammikummun vuodeosastolla

Nina Tuuras  
Terveiden edistämisen  
koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2015

Nina Tuuras

**Hoitotyön kirjaamisen kehittämiprojekti Tammikummun vuodeosastolla**

Vuosi 2015 Sivumäärä 89

---

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää uusi valtakunnallisten lakien, asetusten ja suositusten mukainen toimintaohje hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen terveyskeskussairaalan vuodeosastolle. Eryteisesti keskityttiin hoitajien hoitotyön tietojen ja taitojen vahvistamiseen sekä sen varmistamiseen, että terveydenhuollon rakenteinen kirjaaminen vastaa kansallisia ohjeistuksia.

Hanke lähti liikkeelle vuodeosaston hoitajien esille tuomista koulutustarpeista hoitotyön kirjaamisessa. Työ tukee Kauniaisten terveys- ja vanhustalvelujen henkilöstön hoitotyön kirjaamisen kehittämistä tulevaisuuden muutoksissa, sillä hankkeessa kehitettyä uutta toimintaohjetta tullaan käyttämään yksikköjen kirjaamisen kehittämisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintakeskeisenä työnä. Kehittämismetodina käytettiin juurruttamista, Laureassa terveydenhuollon kehittämistoimintaan suunniteltua, työelämän ja oppilaitoksen välistä kiinteää yhteistoimintamallia, jossa yhteisesti kehitetty uusi toimintatapa viedään heti käytäntöön. Juurruttamisessa toimijoina ovat sekä oppilaitoksen opiskelijat että vuodeosaston hoitajat.

Tulokset kerättiin määrällisellä menetelmällä. Aineisto kerättiin hoitotyön hoitajilta kehityskeskusteluiden yhteydessä kahdelta kaudelta, alkumittauksilla potilaskirjauksista ja arviointimittauksilla kartoittamalla henkilöstön mielipide kehittämishankkeesta kyselytutkimuksella. Saadut tulokset kertoivat potilaskirjauksen tason selkeästä noususta. Hoitajien tiedollinen taso pysyi suhteellisen samana mittauksen välillä, ja projekti vastasi henkilökunnan kokemaan koulutustarpeeseen rakenteisesta kirjaamisesta. Palautekyselyn mukaan henkilökunta koki osastonhoitajan toiminnan olleen hanketta edistävää.

Kehittämishankkeessa tuotettiin tavoitteiden mukainen toimintaohje hoitotyön kirjaamiseen. Uusi kirjaamisen toimintaohje sisältää tarkan ohjeistuksen potilaskirjauksen tekoon. Se sisältää ohjeet potilaan sisäänkirjaamisesta, hoitotyön päivittäisistä kirjauksista, hoitotyön yhteenvedoista ja loppuarvoista potilaan uloskirjaukseen vuodeosastolla. Toimintaohje täyttää valtakunnallisten lakien, asetusten ja suositusten mukaiset vaatimukset hoitotyön kirjaamisessa. Ohjeistus on siirrettävissä, ja se onkin jo siirretty sellaisenaan toiseen terveydenhuollon yksikköön Kauniaisissa. Hankkeessa käytetty kehittämismenetelmä juurruttaminen muutosvaiheessa toimi hyvin. Tulosten perusteella esimiehen rooli muutoksessa aktiivisena toimijana, asian ylläpitäjänä ja motivaattorina edistää muutoksen saattamista pysyväksi toimintatavaksi.

Terveydenhuollon kirjaamisen kehittäminen rakenteiseen muotoon on lähtenyt liikkeelle Kanta-potilastiedon arkiston mukanaan tuomien kirjaamisen rakenteellisten muutosten vuoksi. Se on nyt ja tulevaisuudessa yksi hoitotyön kehittämiskohteista.

Hoitotyön kirjaamisen sisältö nousee kansalaisten Omakatselu-palvelun myötä merkintöjen lukumäärän laskemista tärkeämmäksi. Kirjaamisen laatu, oikeellisuus ja totuudellisuus korostuvat kansalaisten tarkastaessa omia tietojaan. Jatkossa olisikin tärkeää ja mielenkiintoista tarkastella määrällisen tarkastelun sijasta kirjaamisen laadullista sisältöä, kuten mitä potilastietoja kirjataan ja miten niitä kirjataan.

**Asiasanat:** hoitotyö, rakenteinen kirjaaminen, kehittäminen, juurruttaminen, tietojohdaminen.

## Laurea University of Applied Sciences

### Abstract

Laurea Lohja

Knowledge Management of the Future in the Social and Health Care Sector

Master of Health Care

Nina Tuuras

Development Project of Nursing Data by Means of Dissemination at Tammikumpu bed ward

Year

2015

Pages

89

---

The aim of this thesis is to create a practical guide for patient documentation in nursing practice at health center hospital wards which is in accordance with national laws, regulations and recommendations. In particular, it focuses on strengthening the knowledge and skills that nurses possess while ensuring that patient documentation is done in a structured manner corresponding with national guidelines.

The project got its start when nurses at the hospital ward expressed a need for training in patient record keeping. This project supports development of patient record keeping in the future rebuilding of the health and elderly care services. The new practical guide that is being developed will be used in the development of patient record keeping in different hospital units.

The development method used was the healthcare development model of Laurea University for collaboration between the workforce and the University. This jointly developed new practical guide is then directly put into practice. As such, both students at the University and nurses at the hospital ward have played an integral role.

The results were collected using the quantitative method. The data was collected during development discussions held with the nurses in two sessions, initially from patient records and later with the use of a survey to identify the views of the personnel regarding the development project. The results obtained showed a clear increase in the quality of the patient record keeping. The level of knowledge possessed by the nurses remained relatively unchanged between the measurements. The project corresponded to the need the staff felt for training regarding structured patient documentation. In project feedback the personnel felt that the actions of the head nurse at the ward were in support of the project.

Consistent to its objectives, the development project produced a practical guide for patient record keeping. The new documentation guidelines include detailed instructions for making patient records. It instructs in patient admission documentation, daily nursing activity documentation, summarizing recordings, and final conclusions documentation as the patient is released from the ward. This new practical guide corresponds to the recommendations of the national laws, regulations and requirements set for patient record keeping. The guide is transferable; as such it has already been taken into use at another health care unit in Kauniainen. The method of development used in this project was successful. Based on the results the active role of the project manager as a motivator and in keeping the project on the forefront promotes making these changes into permanent fixtures.

The need for development of structural forms of patient documentation was initiated by the Kanta- patient data archive and is an area of future development in nursing. In the future, with the use of tools such as the Omakatselu program, the content of patient records will become more important than the number of entries. The quality, accuracy and truthfulness of the entries will become more apparent when they are inspected by the patients themselves. In the future it would be both important and interesting to inspect the process of record keeping from a qualitative perspective instead of the quantitative perspective, taking into consideration what patient data is recorded and how it is recorded.

Keywords; nursing, structured patient recording, development, dissemination, knowledge management

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Kehittämisympäristö.....	9
3	Kehittämistoiminnan tavoitteet ja tarkoitus.....	10
4	Tietoperusta .....	12
4.1	Tietojohtaminen.....	12
4.2	Hoitotyön kirjaamisen perusta.....	14
4.2.1	Rakenteinen kirjaaminen .....	14
4.2.2	Rakenteisen kirjaamisen FinnCC-luokitusjärjestelmä .....	16
4.2.3	Rakenteisen kirjaamisen kansainvälisistä luokitusjärjestelmistä .....	17
4.2.4	Tutkimuksia rakenteisesta kirjaamisesta .....	19
4.3	Rai-toimintakykyluokitus hoitotyön kirjaamisessa .....	20
4.4	Terveystuon kirjaamiseen vaikuttavat lait ja asetukset .....	20
4.5	Sähköinen valtakunnallinen Kanta-arkisto .....	23
4.6	Vuodeosastohoidon eettisiä näkökulmia .....	24
4.7	Teoreettisen osan yhteenveto .....	25
5	Kehittämistoiminnan menetelmät .....	27
5.1	Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä.....	28
5.2	Tiedonkeruuaineiston sisällönanalyysi ja luotettavuus.....	32
5.3	Tiedonkeruuaineiston määrällinen tutkimus ja luotettavuus .....	33
5.4	Tiedonkeruun eettisyys .....	36
6	Kehittämistoiminnan toteutus .....	37
6.1	Nykytilan kuvaus .....	37
6.1.1	Hoitajien rakenteisen kirjaamisen tietopohjan alkukartoitus.....	38
6.1.2	Hoitotyön kirjausten nykytilanteenkuvaus potilaskertomuksista .....	40
6.1.3	Potilaskertomusaineiston aineistojen väliarvioportit .....	43
6.2	Kehittämishankkeen riskit .....	45
6.2.1	Osastonhoitajan näkemys nykytilanteesta .....	47
6.3	Yhteenveto nykytilanteen kuvauksesta .....	47
6.4	Uuden toimintatavan rakentaminen .....	49
6.4.1	Kehittämishankkeen aikajana .....	49
6.4.2	Juurruttaminen kirjaamishankkeen kehittämismenetelmänä .....	49
6.4.3	Vuodeosaston juurruttamistyöryhmä .....	50
6.4.4	Juurruttamistoiminnan nykytilan kuvaus.....	50
6.4.5	Viikoittaiset case-palaverit vuodeosastolla.....	52
7	Uusi toimintatapa .....	54
7.1	Uusi toimintaohje käytännössä .....	55
7.2	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet.....	61

8	Kehittämishankkeen arviointi .....	62
8.1	Kehittämishankkeen arvioinnin tulosten raportointi.....	63
8.1.1	Hoitajien tietopohjan kartoitus.....	63
8.1.2	Potilaskertomusten hoitotyön merkintöjen kartoitus.....	65
8.1.3	Palautekysely vuodeosaston henkilökunnalta .....	66
8.2	Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi.....	72
8.3	Reliabiliteetti ja validiteetti .....	73
9	Lopuksi .....	76
	Kuviot .....	86
	Taulukot .....	88
	Liitteet.....	89

## 1 Johdanto

Valtioneuvoston vuoden 1998 päätöksen mukaisesti Suomessa on terveydenhuollossa siirrytty potilastietojen sähköiseen kirjaamiseen. Kansainvälisesti katsottuna Suomi on maailman kärkimaita potilastiedon sähköisen kirjaamisen ja sen arkistoinnin suhteen. (Hämäläinen, Reijonen & Windblad 2009, 23-27.) Esimerkiksi Yhdysvalloissa sähköinen potilastietojärjestelmä on vasta tulossa käyttöön julkisessa terveydenhuollossa, missä järjestelmän odotetaan tuovan parempaa laatua hoitotyöhön. Yhdysvalloissa on tavoitteena sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto vuoden 2014 loppuun mennessä kaikissa julkista terveydenhuollon palveluja tarjoavissa yksiköissä.

Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen on kehitetty vastaamaan nykyaikaisia tiedonhallinnallisia vaatimuksia. Suomessa sähköinen hoitotyön kirjaamisen runko muodostuu valtakunnallisesti sovitusta keskeisistä rakenteisista tiedoista, termistöistä sekä vapaasta täydentävästä tekstistä. Kansallisessa hoitotyön kirjaamisen mallissa noudatetaan hoitoprosessin vaiheiden mukaista kirjaamista sekä suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta, FinCC:tä (Finnish Care Classification). FinCC muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL). (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012.) Valtakunnallisen potilastiedonarkiston tietokannan käyttö tulee portaittain pakolliseksi koko Suomen alueella toimiville julkisille ja yksityisille terveydenhuollon organisaatioille vuoden 2016 loppuun mennessä. Kaunaisten kaupunki liittyy potilastiedon arkiston käyttäjäksi keväällä 2015. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007).

Terveydenhuollossa potilastietojen kirjaamisen vaihtuminen sähköiseen muotoon on merkittävä muutos, sillä koko kirjaamistapa on muuttunut täysin erilaiseksi aikaisemmasta käsin kirjatusta paperidokumentaatiosta. Vaikutus työyhteisökulttuuriin ja sen rakenteisiin on huomattava. Potilaiden hoitotietojen siirtyminen kansalliseen terveysarkistoon Kantaan luo myös hoitotyön kirjaamiselle entistä tarkemmat raamit, sillä potilaat voivat niin halutessaan tarkastella itseään koskevia terveyden- ja sairaanhoitoon liittyviä asiakirjoja Kanta-arkistosta Omakatselu-ohjelman kautta. Kirjattujen hoitotietojen kattavuus, ymmärrettävyys, oikeellisuus ja asianmukaisuus nousevat erityisen tärkeälle sijalle. Siksi potilasasiakirjoihin kirjaaminen on yksi tämän hetken tärkeimmistä hoitotyön kehittämiskohteista Suomessa. (Eskola 2014.)

Kirjaamisen kehittämishanke lähti liikkeelle sisäisestä tarpeesta. Hoitajien ilmaisema koulutustoive rakenteisesta potilastietojen kirjaamisesta nousi esille vuodeosastolla käydyissä kehityskeskusteluissa 2013, samoin kuin sähköisen potilastietojärjestelmän rakenteisten potilaskirjausten puutteellisuus. Kaunaisten kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden liittyminen valtakunnalliseen potilastiedonarkistoon Kantaan maaliskuussa 2015 lisäsi

kirjaamisen kehittämisen tarvetta ja vahvasti rakenteisen hoitotyön kirjaamisen valintaa tämän opinnäytetyön kehittämishankkeen aiheeksi. Hankkeessa yhtenä mielenkiinnon kohteena on myös esimiehen toiminnan vaikutus kehittämishankkeen tuloksellisuuteen.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää Tammikummun vuodeosaston kirjaamiskäytännöt kansallisten kirjaamisoheistusten mukaisiksi ja tuottaa uusi, terveydenhuollon yksiköihin sellaisenaan siirrettävä kirjaamisen toimintaohje. Toimintaohje hoitotyöhön luodaan juurruttamisen avulla tapahtuvan kehitystoiminnan aikana. Henkilöstön ammatillisen kehittymisen näkökulmasta tavoitteena hankkeen aikana oli, että potilastietojärjestelmään kirjaavat Tammikummun hoitajat ymmärtävät rakenteellisen kirjaamisen taustalla olevan teorian, lait, asetukset ja muut säädökset sekä Kanta-potilastiedonarkiston toiminnan omassa toimintayksikössään ja osaavat hyödyntää sitä jokapäiväisessä potilastyössä ja kirjauksissaan.

Opinnäytetyön tutkimuksellisessa osuudessa selvitetään ja kuvataan Kauniaisten Terveyskeskussairaala Tammikummun vuodeosaston nykytilaa kirjaamiskäytäntöjen osalta. Kirjaamisen sisältöä tarkastellaan sen auditoinnin ja sisällönanalyysin avulla. Kehittämistoiminnan seurauksena tapahtuvaa kirjaamisen muutosta kuvataan viiden kuukauden seurantajakson jälkeen, kirjaamisen juurruttamistyöryhmän toiminnan ja kollegiaalisen ohjaus- ja tukitoiminnan tapahduttua. Hankkeen jälkeen hoitotyön kirjaamisen osalta tavoitteena on, ettei Tammikummun vuodeosastolla kirjaamisessa ole päällekkäisyyttä ja että kirjaaminen on sujuvaa, yhteenvedot on tehty säännöllisin väliajoin ja jokaisesta uloskirjatusta potilaasta on tehty loppuarvio sähköisessä muodossa potilastietojärjestelmän tietoihin.

Kehittämishankkeessa käytetään kehittämistyön menetelmänä juurruttamista. Juurruttaminen on Laurean ammattikorkeakoulussa kehitetty, työelämän ja oppilaitoksen välistä yhteistoimintaa korostava malli, joka perustuu Learning by Developing (LbD) -oppimiskäsitykseen (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012; 2007; Raij 2007). Juurruttamisessa on tavoitteena osaamisen implementoinnin ja käytännön työprosessin muuttaminen (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 7). Johtamisen kannalta mallissa on keskeistä organisaation vuorovaikutusta edistävä johtajuus. Esimiehen positiivista toimintaa kehitysprojektin onnistumisessa pidetään yhtenä hanketta edistävästä tekijöistä. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21.) Juurruttamisella toteutettavassa kehittämishankkeessa lähiesimiehen toiminta korostuu, ja se onkin tässä hankkeessa erityisen kiinnostuksen aihe.

Tämän rakenteisen potilaskirjaamisen kehittämistyön raportin johdanto-, teoria- ja tutkimusmetodiosuudet tehdään kahden terveyden edistämisen koulutusohjelman YAMK-opiskelijan, Nina Suurosen ja Nina Tuuraan, yhteistyönä. Kehittämistöiden raporteissa teoriaosuus on toimintaympäristökuvausta ja joitakin eroavaisuuksia lukuun ottamatta lähes sa-



manlainen, mutta toteutusosat ovat toisistaan erilliset organisaatioiden ja toisaalta myös kirjaamisen kehittämistyön painopisteiden osalta. Julkisen terveydenhuollon terveystieteiden kunnallisten kuntoutuksen hoitotyön toimintaympäristö, kehittämistyön aihe ja teoreettinen viitekehys sekä kehittämistyössä käytettävät menetelmät ovat töissä lähes identtiset. Edellä mainittujen seikkojen vuoksi katsomme hyödylliseksi hankkia teoriapohjaa alan kirjallisuudesta ja tutkimustiedosta yhdessä.

## 2 Kehittämisympäristö

Kauniainen on vahvasti kaksikielinen kunta: vuonna 2013 äidinkielenään ruotsia puhuvien osuus väestöstä oli Tilastokeskuksen mukaan 35,9 %. Kauniaisten kaupungin strategiassa yhtenä arvona on elävä kaksikielisyys, samoin mahdollisuus toimia omalla äidinkielellään. Tämä on huomioitu myös vuodeosaston henkilökunnan kielitaitovaatimuksissa. (Kauniaisten kaupunki 2011; Kielilaki 2003/423.) Tilastokeskuksen ennusteiden mukaan väestön ikärakenteen kehitys Kauniaisissa on sama kuin muualla Suomessa. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 ja 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Kauniaisissa yli 65-vuotiaiden osuus on kasvanut vuoden 2000 13,7 prosentista vuoden 2013 20,7 prosenttiin. (Tilastokeskus 2013.)

Tammikummun sairaalan vuodeosasto on Kansanterveyslain (1972) ja Terveystieteiden lain (2010) käsittämä terveydenhuollon toimintayksikkö, joka tarjoaa perusterveydenhuollon vuodeosastotasosta hoitoa Kauniaisten kaupungin asukkaille kunnallisena toimintana. Vuodeosastojen potilaat ovat pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa vaativia potilaita, akuutteja yleislääketieteen potilaita sekä muista sairaaloista siirtyviä jatko-, kuntoutus- ja saattohoitopotilaita. Vuodeosaston toiminta on monimuotoista, sillä se on Kauniaisissa ainoa terveystieteiden sairaalan vuodeosasto. Osastolle tullaan hyvin erilaisten tulosten takia ja hoitoajat vaihtelevat kotisairaalanpotilaantyyppisistä päivittäisistä käynneistä pysyvään pitkäaikaisasumiseen. Tammikummun osastonlääkäri on geriatrian erikoislääkäri. (Tammikummun vuodeosaston toimintakertomus 2014.)

Fyysisiltä tiloiltaan Tammikummun terveystieteiden sairaala on kaksikerroksinen, 30-vuodepaikkainen sairaala. Potilashuoneet ovat yhden, kahden, kolmen tai neljän hengen huoneita. Osastolla on saattohoituhuone, jonka yhteydessä on omaisille oma tila. (Tammikummun kotisivut 2015). Vuodeosaston henkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, toimistosihiteeri, 12 sairaanhoitajaa, 9 lähihoitajaa, 4 laitoshuoltajaa, 1,5 fysioterapeuttia ja käytettävissä on myös kiinteistöpuolelta laitosmies. Tammikummusta annetaan tarvittaessa apua vieressä sijaitsevaan kaupungin dementiayksikköön. Työvuorosunnittelua ohjaavat vahvasti henkilöstön työvuorotoiveet, sillä osastolla on käytössä osittainen työaika-autonomia. (Tammikummun vuodeosaston toimintakertomus 2014.)

Osastolla on käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä ja alueellinen sähköinen HUS Navitas viitetietohakemisto. Navitas on Appelsiini Oy:n käyttöliittymä, joka on yhteydessä alueen muihin kunnallisiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasrekistereihin sekä sairaaloiden ja terveyskeskusten potilastietojärjestelmiin. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Tammikummun vuodeosastolla (2013) tehtyyn raporttiin kerättiin tietoa Tammikummun vuodeosaston potilaista. Tulokset antoivat karkean käsityksen Tammikummun vuodeosastolla hoidettavista potilaista. Potilaiden tunteminen auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään potilaita ja heidän tarpeitaan sekä antaa tietoa vuodeosaston toiminnan suunnittelua varten. Tulosten perusteella Tammikummun vuodeosaston on samankaltainen ikäprofiililtaan, sukupuoleltaan ja hoitoon lähettävistä paikoista kuin keskivertopotilas muuallakin Suomessa terveyskeskusten vuodeosastoilla. Hoitajaksoilla kuolleiden potilaiden osuus oli 31 %. Tammikummun vuodeosasto ei ole profiloitunut tiettyyn potilasryhmään, esimerkiksi kuntoutuspotilaisiin. Näin Kauniaisten kaupungin asukkaiden elämän loppuvaiheen laitoshoidon tapahtuu usein myös tässä yksikössä. Kuntoutuksen tärkeys vuodeosastolla korostuu, kun tarkastelee potilaiden tuloreittiä vuodeosastojaksolle: erikoissairaanhoidon lähettää potilaita terveyskeskuksen vuodeosastolle kuntoutukseen ennen kotiutusta. (Mediatri potilastietojärjestelmäraportti 2013.)

Kuntoutusresurssien ja kuntouttavan työotteen merkitys korostuu, kun on kyse kuntoutettavasta potilasryhmästä. Terveyskeskusten vuodeosastoilla potilashoidossa on yleisesti käytössä kuntouttava työote: hoidon tavoite on saada potilas kuntoutettua optimaaliselle tasolle niin toimintakyvyltään kuin fyysiseltä kunnoltaankin hänen omilla ehdoillaan. Potilaan puolesta ei tehdä asioita, joita hän pysyy itsenäisesti tekemään. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 58-63.) Tuloksista nähdään, että Tammikummun vuodeosastolla on hoidossa määrällisesti yhtä paljon pitkäaikaispotilaita tutkimusjakson alussa 2012 ja lopussa 2013. Potilaat olivat eri potilaita. Kuntoutus- ja akuuttipotilaiden määrä vaihteli tutkittavilla jaksoilla. (Mediatri potilastietojärjestelmäraportti 2013.)

### 3 Kehittämistoiminnan tavoitteet ja tarkoitus

Kehittämistyön tavoitteena on yhtenäistää Tammikummun vuodeosaston kirjaamiskäytännöt ja tuottaa toimintamallin juurruttamisen aikana vuodeosastolle käytännön hoitotyöhön kirjaamisen ohjeistus, joka noudattaa kansallisia kirjaamisohjeistuksia. Terveyskeskusten henkilöstön kannalta tavoitteena kehittämissuunnitelmassa on, että terveyskeskusten potilastietoja kirjaava henkilöstö tietää ja ymmärtää Kanta-arkiston toiminnan ja osaa käyttää sitä työssään asiakkaiden ja potilaiden kanssa työskennellessään. Kehittämistyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata Kauniaisten Terveyskeskussairaala Tammikummun

vuodeosaston nykytilaa kirjaamiskäytäntöjen osalta, tarkastella kirjaamisen sisältöä sekä verrata saatua tietoa kansallisiin sähköisen, rakenteisen hoitotyön kirjaamisen ohjeisiin ja suosituksiin. Tarkoituksena on tuottaa kehittämishankkeen aikana Kauniaisten terveydenhuollon yksiköihin sähköiseen rakenteelliseen hoitotyönkirjaamiseen uusi toimintamalli, joka perustuu kirjaamisen ohjeisiin ja suosituksiin ja joka on jatkossa hyödynnettävissä myös muissa terveydenhuollon yksiköissä. Tarkoituksena on myös kuvata mahdollista kirjaamisen muutosta muutaman kuukauden seurantajakson, kirjaamisen kehittämistyöryhmän toiminnan ja kirjaamisen kollegiaalisen ohjaus- ja tukitoiminnan jälkeen.

Ongelmien ratkaisua tehdään vuodeosastolla kehittämishankkeessa juurruttamalla, ja kehittämishankkeen alussa määritellyn hankkeen jälkeinen tavoite vuodeosaston hoitotyön kirjauksissa on esitetty taulukossa 1.

1. Hoitotyön potilaskirjaukset ovat valtakunnallisten luokitusten, FinnCC:n, hoitotyön määrittelyjen sekä Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen auditoinnin kannalta katsottuna laadullisesti hyvällä tasolla.
2. Potilaiden hoitoilmoitukset, Hilmot, on tehty Hilmo-oppaan (2014) mukaisesti.
3. Päällekkäistä kirjaamista vähän tai ei ollenkaan.
4. Hoitosuunnitelmat ovat yksilöllisesti tehtyjä ja ajan tasalla. Suunnitelmia päivitetään tilanteiden muuttuessa, ja ne sisältävät potilaan kannalta oleelliset asiat.
5. Hoitotyön väliarviot vähintään 3 kk välein. Loppuarviot on tehty kaikista uloskirjatuista potilaista.

Taulukko 1: Vuodeosaston kirjaamisprojektin jälkeinen tavoitetila Tammikummun vuodeosaston hoitotyön kirjauksissa

Hankkeen alussa toimintaohjeen kehittämiseksi laadittiin tavoite, ja tarkoitus oli hankkeen aikana kehittää tavoitetta toteuttava, toimiva tarkistuslista hoitajille potilaskirjaamisen avuksi.

## 4 Tietoperusta

Tässä opinnätetyössä keskeisiä käsitteitä ovat hoitotyö, rakenteinen kirjaaminen, kehittäminen, juurruttaminen ja tietojohdaminen. Tässä luvussa esitellään opinnätetyön keskeisiä käsitteitä rakenteinen kirjaaminen, tietojohdaminen, rakenteinen kirjaaminen kirjaamiseen liittyviä lakeja ja asetuksia, vuodeosaston eettisiä näkökulmia, Kanta-arkisto, Rai-toimintakyläluokitus sekä FinCC-luokitusjärjestelmä.

### 4.1 Tietojohdaminen

Tietojohdaminen, knowledge management, voidaan ymmärtää organisaatioiden tietämyksen ja tiedon järjestämisen mallina. Tietojohdaminen käsittää ne periaatteet, prosessit, käytänteet ja tekniikat, joiden mukaan tiedon ja tietämyksen hyödyntäminen, tiedon haku ja levittäminen sekä uuden tiedon luominen organisaatiossa on hoidettu (Pöysti 2009). Terminä tietojohdaminen tarkoittaa esimerkiksi osaamisen johtamista ja tietämyksen hallintaa. Tieteenalojen kannalta katsottuna tietojohdaminen on poikkitieteellistä. Tietojohdamista käsitellään esimerkiksi tietojärjestelmätieteen, tietojenkäsittelytieteen, kasvatustieteen, informaatiotutkimuksen ja psykologian aloilla. (Kivinen 2008.) Hoitotyön kehittämisessä ja erilaisten innovaatioiden käyttöönotossa tarvitaan myös oikeanlaista tietoperustaista muutosjohtamista (Hopia & Koponen 2007, 7). Tiedon jakaminen, hyödyntäminen ja soveltaminen tiedolla johtamisen avulla on älykkään organisaation ominaisuus (Sydänmaalakka 2004, 20).

Sisällöllisesti tietojohdaminen, tiedolla johtaminen ja tietämyksenhallinta ovat joustavasti määriteltävissä. Tietojohdamisen käsitteestä ei ole olemassa yksimielistä määritelmää. Tiedolla johtaminen korostaa rationaalista ajattelua, ja sen tavoitteena on vaikuttaa siihen, kuinka ihmiset asioista ajattelevat, kuinka asioista kerätään tietoa, kuinka tietoa prosessoidaan eri tarkoituksiin ja kuinka uutta tietoa sovelletaan kokoaikaisesti käytäntöön. (Harisalo 2008, 110; Rissanen & Lammintakainen 2011, 221.)

Ritvanen ja Sinipuro (2013, 20-26) tarkoittavat tiedolla johtamisella tosiasioihin pohjautuvaa toiminnanohjausta ja päätöksentekoa. Olennaista on tiedon avulla toimiminen ja tiedon hyödyntäminen toiminnassa. Toiminta tuottaa ja käyttää tietoa. Tietojohdaminen käsittelee sitä, kuinka tietoa voidaan jakaa parhaalla mahdollisella tavalla sisäisesti ja ulkoisesti innovoinnin stimuloimiseksi, tietotason vaalimiseksi, yhteisöllisyyden tunteen rakentamiseksi sekä organisatorisen tehokkuuden edistämiseksi (Liebowitz 2011, 3). Tietoperustaisessa johtamisessa henkilöstöjohtaminen ja liiketoimintaosaaminen yhdistyvät kokemuseräiseen ja tarkoituksenmukaiseen johtamisotteeseen. Systemaattinen ja jatkuva tiedon louhinta tuo analysoitavaksi johtamistyössä tarvittavaa tietoa. (Rytilä 2011, 3.)

Tiedon alaprosessien (tiedon tuottaminen, varastoiminen, suojaaminen, siirto, esittäminen, muuntaminen, käyttö ja soveltaminen) avulla tieto leviää ja muuntuu organisaatiossa näkymättömästä yksilön tiedosta näkyväksi laajemman ryhmän tiedoksi. Syntyy järjestelmällinen tiedolla johtamisen prosessi, jossa tietoa hankitaan, käsitellään ja käytetään organisaatiossa tuottavan ja tehokkaan toiminnan edistämiseksi. Tiedoilla voi olla monitahoisia ja vastakkaisia vaikutuksia. Liiallinen tieto voi synnyttää niin suuren tietomäärän, että oleellisen tiedon erottaminen epäoleellisesta vaikeutuu merkittävästi. Liian vähäinen tiedon määrä voi puolestaan johtaa virheellisiin päätelmiin tarvittavista palvelujen resursseista ja tarpeista. Tieto on laadukasta ja ehjää tiedon omistajuuden kautta, millä tarkoitetaan tiedon oikeellisuudesta, sisällöstä ja käytettävyydestä vastaamista. Ehjä ja laadukas tieto on tiedolla johtamisen edellytys, ja tiedolla johtaminen edellyttää tietokokonaisuuden haltuunottoa ja eri uudistusten johtamisessa tarvittavan tiedon varmistamista. Ennen uuden kehittämistä tulee selkiyttää, mitä jo tiedetään, mihin tietoa käytetään ja mitä uutta tietoa lisäksi tarvitaan päämäärän saavuttamiseksi. (Rissanen & Lammintakainen 2011, 164-165).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa käsiteltäville tiedoille tyypillisiä piirteitä ovat monimuotoisuus, laajuus, arkaluonteisuus, pitkä säilytysaika sekä useat tietojen tuottajat ja käyttäjät. Tuotetun ja kirjatun tiedon pääasiallinen käyttötarkoitus on potilaan hoidon tai palvelun tuottaminen. Yhdessä talous-, henkilöstö- ja materiaalihallinnon tiedot muodostavat johtamisessa tarvittavan tietokokonaisuuden. (Rissanen & Lammintakainen 2011, 158.)

Sosiaali- ja terveysalan palveluiden kohdalla tietojohdamisen tavoitteena tulisi olla laajat väestöpohjaan perustuvat tarveanalyysit sekä analysoitujen tietovarantojen avulla suunnitellut resursoinnit ja toimenpiteet. Paitsi koko toimialan arvioinnissa myös yksittäisissä hoitotapahtumissa ja palvelukohtaamisissa on varmistettava tiedon saatavuus ja riittävä tiedollinen pohja tehtävässä onnistumisen takaamiseksi. Tiedon tulee olla yhteen toimivaa ja samansisältöistä niin organisaation yksiköiden kuin sidosryhmienkin välillä. (Ritvanen & Sinipuro 2013, 21-27.) Esimerkiksi yksittäisissä hoitotapahtumissa ja palvelukohtaamisissa syntyvä potilasasiakirjoihin kirjattu tieto toimii potilaan kokonaistilan, valittujen hoitojen ja niiden vaikuttavuuden kuvaajana, mutta samalla myös välineenä terveydenhuollon organisaation informaatio-ohjauksessa, seurannassa ja tilastoinnissa (Kaakinen, Kääriäinen & Kyngäs 2014).

Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien johtamisessa tärkeimmillä sijoilla ovat sisäinen tietotuotanto, talous, henkilöstö ja asianhallinta. Perusterveydenhuollon tärkeimpinä ominaisuuksina pidetään eri toimintojen tuottavuuden tietojen kattavuutta ja reaaliaikaisuutta. Terveydenhuollon palvelujen järjestämisen tulevaisuutta koskevat tiedot, esimerkiksi palvelutarve- ja kehitystrendi-ennusteet asiakkaiden palvelujen sekä hoidon toteutumista ja tarpeista käsin, ovat tärkeitä kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon

sektoreilla. Tietojohdamisen näkökulmasta hyvä, strukturoitu ja kirjattu tieto edistää oikeanlaisen ja laadukkaan tiedon turvallista ja tehokasta keräämistä, käsittelyä, jäsentämistä ja soveltamista niin potilaan hoidossa kuin eri ammattiryhmien tieto-taitotason edistämisesäkin. Tietokantojen kehittyminen ja tiedon rakenteisuuden lisääntyminen mahdollistaa tulevaisuudessa tietojärjestelmien kehittymisen myös johtamisen tueksi. (Rissanen & Lammintakainen 2011, 160-166)

#### 4.2 Hoitotyön kirjaamisen perusta

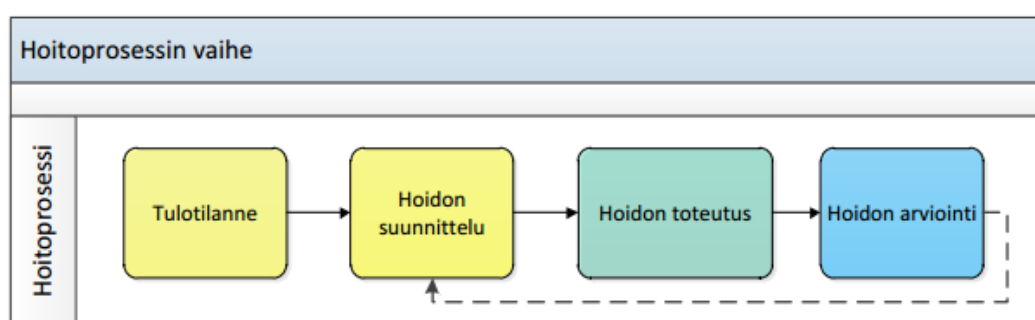
Suomessa käytettävä potilaskertomus on jatkuva potilaskertomus, johon eri ammattiryhmien asiantuntijat kirjaavat tietoa. Kaikki kirjattu tieto on yhdistetty yhdeksi aikajärjestyksessä eteneväksi potilaskertomukseksi. (Lehtovirta & Vuokko 2014.) Kirjaamisen runko muodostuu valtakunnallisesti sovitusta, yhtenäisistä keskeisistä rakenteisista tiedoista ja termistöistä sekä vapaasta, edellisiä täydentävästä tekstistä. Hoidon päätöksenteon prosessivaiheet ovat systemaattisen kirjaamisen pohjana. (Liljamo ym. 2013, 10; Saranto & Sonninen 2008,14.)

Hoitotyön kirjaamisessa on käytetty 1970-luvulta lähtien WHO:n prosessimallia. Mallissa hoitotyön prosessivaiheet ovat hoitotyön tarpeen arviointi, hoitotyön diagnoosi, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön tulokset ja hoitotyön arviointi. Kansainvälisesti hoitotyön mallit ovat sisältäneet viidestä kuuteen prosessivaihetta. Suomessa käytössä oleva hoitotyön malli on viisivaiheinen prosessimalli, joka sisältää hoitotyön tarpeen ja tilanteen arvioinnin, hoitotyön tavoitteiden asettelun, hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja hoitotyön arvioinnin prosessivaiheet. (Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2013, 21.)

##### 4.2.1 Rakenteinen kirjaaminen

Rakenteisessa kirjaamisessa tiedot esitetään luokitellussa muodossa, mikä puolestaan edellyttää otsikkojen ja nimikkeistön yhtenäistämistä. Tieto esitetään tietyin termein sovitussa muodossa. Mitä paremmin tieto on rakenteisessa muodossa, sitä helpommin tietokantahaut voidaan kohdistaa. Tiedon muodostaminen sovittujen rakenteiden sekä yhtenäisten nimikkeistöjen ja otsikoiden mukaisesti helpottaa myös tietojen siirron järjestämistä eri ohjelmistojen kesken. (Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012; Mäkelä 2006, 69-72.) Rakenteisen kirjaamisen synonyymejä Sarannon, Brennarin, Parkin, Tallbergin ja Ension (2009, 332-336) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan on useita. Esimerkiksi Liljamo ym. (2012) käyttää FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöoppaassa käsitettä systemaattinen kirjaaminen. Rakenteisella ja systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä samaa asiaa. Kansallisella kirjaamismallilla tarkoitetaan rakenteista kirjaamista FinCC-luokitusjärjestelmän ja hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti.

Hoitotyön kirjaamisella on Prideaux'n (2011) mukaan oikeudellinen ja hoitotyön laatua lisäävä merkitys. Kirjaamisen lähtötilanne tulisi aina olla potilaan tilan arvioiminen ammattitaitoisesta alkutilanteen kartoituksesta. Alkukartoitus sisältää terveydenhuollon ammattilaisen keskustelun, havainnoinnin, fysiologisten ja muiden mittausten lisäksi erilaisten asiakirjojen läpikäyntiä ja niiden oikeaa tulkintaa. Hoitotyön kirjauksista saadaan tietoa myös hoitotyön suunnitelmallisuudesta. (Ritvanen 2012, 67-73.) Kuviossa 1 kuvataan hoitoprosessin vaiheita: ensimmäinen vaihe on potilaaksi tulo hoitoon. Tulotilanteessa tehdään alkukartoitus potilaan taustatiedoista. Taustatietoja ovat tulosy, hoidon syy, potilaan esitiedot, ongelmat, nykytila, lääkehoito, apuvälineet, toimintakyky, terveyteen vaikuttavat tekijät ja riskitiedot.



Kuvio 1: Hoitoprosessin vaiheet (Lehtovirta & Vuokko 2014)

Hoitoprosessin toisessa vaiheessa hoitoa suunnitellaan moniammatillisena yhteistyönä yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Suunnittelussa selvitetään potilaan hoidon tarve ja asetetaan yhdessä tavoitteet hoidolle. Lisäksi kartoitetaan lääkärin määräämät tarvittavat tutkimukset, toimenpiteet, konsultaatiot, lääkemääräykset ja suunnitellut hoitotyön toiminnot. Hoidon kolmannessa vaiheessa toteutetaan potilaan hoitoa toisen vaiheen suunnitelmien mukaan. Toteutusvaiheen menetelmät ja toteuttajat valitaan suunnitteluvaiheessa. Toteutusvaiheesta voisi mainita esimerkkinä fysioterapeutin ohjauksen potilaalle ja toimenpiteiden, mittausten, rokotusten ja lääkehoidon toteutuksen. Hoidon arviointi käsittää potilaan voinnissa tapahtuneiden muutosten arvioinnin asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Arviointia tehtäessä pohditaan, saavutettiin tavoitteet ja mitä tapahtui potilaan ongelmalle eli hoidon tarpeelle: lievittyikö se, poistui se kokonaan, pysyikö se samana vai paheniko tilanne. Jos asetetut tavoitteet eivät toteudu tai uusi ongelma tai tarve ilmenee, potilaan hoidossa palataan arviointivaiheesta takaisin hoidon suunnitteluun, ja prosessi etenee jälleen hoitoprosessin vaiheiden mukaan. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 30.)

Hoitotyön kirjaamisen informaatioisältöjen tunnistamiseksi, vertailtavuuden lisäämiseksi ja laadun parantamiseksi on luotu kansallinen, strukturoitu kirjaamistapa eli rakenteinen kirjaaminen. Rakenteisessa kirjaamisessa yhdistyvät tiedon saatavuus ja potilastiedon käytettä-

vyys kaikissa sähköisissä potilastietojärjestelmissä, paikasta riippumatta. Rakenteisesta kirjaamisesta on merkittävä hyöty potilaalle ja hoitohenkilökunnalle, ja kirjaaminen onkin tärkeä osa potilaan hoitoa. (Iivanainen & Syväoja 2013, 11.) Hoitotyössä tiedon laadun varmistamisessa auttaa standardoitu termistö, joilla kuvataan hoitotyön tarpeita, toimintoja ja hoidon tuloksellisuutta (Kinnunen 2013, 34).

#### 4.2.2 Rakenteisen kirjaamisen FinnCC-luokitusjärjestelmä

Yhtenäisillä fraaseilla ja koodeilla saadaan asiakas- ja potilastiedot arkistoitua kansalliseen Kanta-potilastiedonarkistoon. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos THL on julkaissut luokituskokonaisuuden käyttöoppaan FinnCC:n (Finnish Care Classification). Oppaan tarkoitus on auttaa hoitajia kirjaamaan hoitotyö päätöksen prosessimallin mukaisesti käyttämällä FinnCC-luokitusta. (Liljamo ym. 2012.)

FinnCC-luokitus on suomalaisen hoitotyön asiantuntijaryhmän tekemä käänös yhdysvaltalaisen tohtori Saban työryhmän vuonna 1990 kehittämästä hoitotyön luokituskokonaisuudesta Clinical Care Classification (CCC). CCC-luokitus oli aiemmin nimeltään Home Health Care Classification -luokitus (HHCC). (Ensio 2001.) Käännettyssä luokituksessa on sovitettu yhteen HHCC-luokitus ja suomalaisen hoitokulttuurin erityispiirteet sekä vuorovaikutustilanteet hoitotyössä (Liljamo ym. 2012). Suomessa rakenteisessa hoitotyön kirjaamisessa käytetään erilaisia toimintoja kuvaavia otsikoita ja niiden alaotsikoita eli tarkentimia kansallisesti sovitun FinnCC-luokituksen mukaisesti (Liljamo ym. 2012). Otsikoita ja alaotsikoita voidaan täydentää tarvittaessa vapaalla tekstillä (Lehtovirta & Vuokko 2014).

FinnCC sisältää suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL, versio 3.0), suomalaisen hoidon toimintoluokituksen (SHToL, versio 3.0) ja suomalaisen hoidon tulosluokituksen (SHTuL, versio 1.0). Uusimmassa versiossa 3.0 on 17 komponenttia, SHTaL:ssa 88 pääluokkaa ja 150 alaluokkaa, SHTuL:ssa 3 pääluokkaa ja 3 alaluokkaa ja SHToL:ssa 127 pääluokkaa ja 180 alaluokkaa (Ensio 2001). Kaiken kaikkiaan käytössä on 585 luokkaa, joista pääluokkia on 218 ja alaluokkia 367. SHTuL:ssa arvioitun hoidon tarpeen arviointi tapahtuu kolmella valittavalla vaihtoehdolla: ennallaan, parantunut tai huonontunut. (Liljamo ym., 2012.)

Suomessa tehdyissä, kansallisesti laajoissa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallinnoimissa 2005-2008 HoiDok- ja 2007-2009 Hoidata-hankkeissa kehitettiin ja juurrutettiin FinnCC-luokituskokonaisuutta käytäntöön (Tanttu 2007; Tanttu 2009). FinnCC:n ylläpito ja kehittäminen on kuulunut vuodesta 2008 lähtien Itä-Suomen yliopiston Sosiaali- ja terveystoimen laitokselle (Ensio, Saranto, Ikonen & Iivari 2006; Ikonen, Tanttu, Hoffren & Mäkilä 2007; Tanttu & Rusi 2007). FinnCC-luokituspalvelu on ollut vuodesta 2008 THL:n ylläpitämällä koodistopalvelu-sivulla haettavissa (Liljamo ym. 2008). Koodistopalvelimella on kaikki kansallisen sähköisen arkiston edellyttämät koodistot ja luokitukset sähköisiin



potilaskertomuksiin.

Suomessa toteutetussa eNNI-hankkeessa (electronic Documentation of Nursing Care) toteutettiin ammattikorkeakouluissa rakenteisen kirjaamismallin jalkauttamista. eNNI-hankkeeseen osallistui hoitotyön opettajien ja opiskelijoiden lisäksi 19 terveydenhuollon organisaatiota, joissa tehtiin kirjaamisen juurruttamista oppilaitosten ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyönä. (Rajalahti & Saranto 2009; Ora-Hyytiäinen, Ikonen, Rajalahti & Ahonen 2009; Ora-Hyytiäinen, Ikonen, Ahonen, Rajalahti & Saranto 2010, 169-174.)

#### 4.2.3 Rakenteisen kirjaamisen kansainvälisistä luokitusjärjestelmistä

Kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna hoitotyön kirjaaminen on suuressa muutoksessa. Kirjaamiseen kehitetään erilaisia luokitusjärjestelmiä ja sähköisiä potilastietojärjestelmiä ympäri maailmaa. Norjassa on meneillään samankaltainen prosessi kuin Suomessa Kanta-potilastietoarkiston suhteen. (von Krogh, Nåden 2008.) Kanada, Australia ja Britannia ovat vuonna 2008 tehdyn kartoituksen perusteella olleet tietotekniikan käyttöönoton suhteen maailman kärkimaita (Hyppönen, Doupi, Hämäläinen & Ruotsalainen, 2009). Kansainvälisesti pyritään kehittämään näyttöön perustuvia standardeja ja käsitteistöä hoitotyön ammattilaisten käyttöön (Monsen ym. 2011).

Kansainvälinen hoitotyön ammattilaisten järjestö NANDA, eli vuonna 1982 perustettu North American Nursing Diagnosis Assosiation, muutti nimensä vuonna 2002 ja on siitä lähtien ollut NANDA International, Inc. NANDA on nykyisin globaali internetissä toimiva hoitotyön termistön kehittämisareena hoitotyöntekijöille. Nanda on kehittänyt Nanda-I:n eli kattavat hoitotyön luokitukset: NIC:n eli hoitotyön tulokset -luokituksen, ja NOC:n eli hoitotyön diagnoosit ja interventiot -luokituksen. Luokitukset tarjoavat tutkimuspohjaisia termejä hoitotyön päätöksenteon prosessiin. (Nanda 2014.) Norjassa vuosina 2001-2005 Ullevålin yliopistollisessa sairaalassa psykiatrian klinikalla kehitetyn ja käytetyn sähköisen potilastietojärjestelmä KPO-mallin (quality assurance, problem solving, caring) pilottiprojektissa on käytetty NANDA-I hoitotyön NIC- ja NOC-luokituksia (von Grogh ym. 2008).

Erilaisista spesifisistä ANA:n eli American Nurses Assosiationin hyväksymistä luokitusjärjestelmiä ja termistöjä kuvaavasta taulukko 2 kuvaa, milloin ja mitä hoitotyön kirjaamisen käyttötarkoitusta varten järjestelmä on kehitetty. Termistöjä ja luokituksia on hyväksytty vuodesta 1992 lähtien, ja viimeisimmät hyväksynät ovat vuodelta 2002.

Luokitus	ANA hyväksynyt, vuosi	Käyttötarkoitus		
		Hoidon tarpeen arviointi ja sen kirjaus	Hoitotyön toiminnon kirjaus	Hoidon tuloksen kirjaus
Hoitotyön spesifiset luokitukset				
NANDA-I, NANDA INTERNATIONAL (aiemmin NANDA = nursing Diagnoses, Definations and Classification)	1992	X		
Nursing interventions Classification System (NIC)	1992		X	
Clinical Care Classification System (aiemmin Home Care Classification System HHCC)	1992	X	X	X
Omaha System	1992	X	X	X
Nursing Outcomes Classification (NOC)	1997			X
Nursing Management Minimum Data Set (NMMDS)	1998	X	X	X
PreOperative Nursing Data Set (PNDS)	1999	X	X	X
Nursing Minimum Data Set (NMDS)	1999	X	X	X
International Classification for Nursing Practice (ICNP, rekisteröity tuotemerkki)	2000	X	X	X
Ei niin hoitotyöspesifiset luokitukset, myös muuta				
SNOMED CT	1999	Hoitotyön ja lääketieteen diagnoosien, toimintojen, menetelmien, tapahtumien, tulosten kirjaus (referenssiluokitus)		
ABC Codes	2000	Vaihtoehtoinen lääketiede ja hoitotyö		
Logic Observation Names and Codes (LOINC, rekisteröity tuotemerkki)	2002	Laboratorio- ja muiden kliinisten tuotosten nimeäminen ja koodaaminen		

Taulukko 2: ANA:n hyväksymät hoitotyön luokitukset (Kinnunen 2013, 33)

#### 4.2.4 Tutkimuksia rakenteisesta kirjaamisesta

Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010) rakenteisen kirjaamismalli ja se, että hoitokertomuksia käytetään tutkimuksessa hoitajien näkemyksien mukaan, selkeyttää kirjaamista, tekee potilashoidosta suunnitelmallisempaa, parantaa hoidon laatua, tekee hiljaisen raportin mahdolliseksi ja nostaa hoitotyön paremmin esiin suhteessa aiempaan hoitotyönkirjaamisessa käytettyyn työvuorokohtaiseen kirjaamiseen. Irlantilaisessa tutkimuksessa Effect of a Nursing Information System for the Quality of information (2011) päädyttiin systemaattisen rakenteisen kirjaamisen osalta samanlaisiin tuloksiin hoitajien mielipiteistä rakenteisessa kirjaamisessa.

Nykäsen ym. (2010) tutkimuksen mukaan rakenteista kirjaamista noudattaessa hoitajan potilaaseen käyttämä aika lisääntyy ja tiedonhaku esimerkiksi potilaan aikaisemmasta lääkityksestä nopeutuu, jolloin potilasturvallisuus paranee. Kirjaamiseen liittyvät negatiiviset asiat liittyivät tutkimuksessa pääsääntöisesti ohjelman käytön osaamiseen. Luokituksen käytön oppimisen havaittiin olevan pitkäaikainen prosessi, mutta oppimisen myötä kirjaamiseen kuluvan ajan lyhenevän. Erilaisen kirjaamismallin käyttöönoton ja kaikkia tasoja koskevan kirjaamisprosessin muuttumisen aiheuttamaa vastarintaa todettiin olevan organisaatiossa johtoportaalta lähtien kaikilla tasoilla, eikä kirjaamista tunnistettu hoitotyöhön kuuluvana oleellisena elementtinä. (Nykänen ym. 2010.)

Kaakinen ym. (2013) toteaa tehdyssä pitkäaikaissairaanhoidon ohjauksen laadusta kertovassa tutkimuksessaan, että kirjattu tieto potilaalle annetusta ohjauksesta edistää yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa hoidon laatua, kustannusvaikuttavuutta ja tiedon hyväksikäyttöä näyttöperusteisesti. Tutkimustulosten pohjalta tarkasteltuna ohjauksen kirjaaminen oli minimaalista, sisällöltään ajoittain epärelevanttia ja keskittyi laajoihin asiakokonaisuuksiin. Ohjaustarpeiden kirjaaminen ei perustunut systemaattiseen prosessimalliin. Tutkijat pitivät tärkeänä, että ohjauksen kirjaaminen on tavoitteellista, yksilöllistä, kokonaisvaltaista ja pitkäaikaissairaanhoidon päivittäiseen elämään soveltuvaa. Pitkäaikaissairaanhoidon ohjauksen laadukkaan toteutumisen ja jatkuvuuden turvaamiseksi tarvitaan yhtenäistä kirjaamisen rakennetta ja käsitteistöä. (Kaakinen ym. 2013.)

Ritvasen (2012) mukaan yksilöllisten tarpeiden määrittelyä haittaa, jos yksiköihin on valmiiksi sovittu käyttöön tietyt tarvemääritykset. Ritvanen havaitsi tutkimuksessaan myös kirjaamisen kirjavan käytännön otsikoiden osalta. Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilöstön tulee hallita kirjaamisen yhtenäinen rakenne ja sitoutua noudattamaan yhteisesti sovittuja kirjaamisen laatuvaatimuksia. Esimiehelle asetettiin tehtäväksi luoda edellytykset kirjaamiskäytäntöjen omaksumiseen ja edesauttaa siinä onnistumisessa. (Ritvanen 2012, 67-73.) Paavilaisen (2013) Loimaan aluesairaalassa tekemän systemaattisen kirjaamisen kehittämishankkeen johtopäätös oli, että työyhteisössä hoitotyön johtajan ja johdon myönteisellä vaikutuksella koulutuksen ja

motivoinnin myötä merkitystä potilaslähtöisen hoitotyön kehittämisessä.

Kirjaamiskäytännöt terveydenhuollon yksiköissä ovat muuttuneet sähköisen potilastiedon kirjaamisen tultua käyttöön. Rakenteellisen kirjaamisen käyttöä tulisi opettaa terveydenhuollon oppilaitoksissa ja ammattikorkeakoulussa valmistuville opiskelijoille. (Hyppönen, Vuokko, Doupi & Mäkelä-Bengs 2014.)

#### 4.3 Rai-toimintakykyluokitus hoitotyön kirjaamisessa

Rai-toimintakykyarvio tehdään potilaista, jotka ovat olleet osastolla yli viikon. Kun Rai-arvio on tehty, käytetään Rai-toimintakykyraportteja, Rapseja, hoidon tarpeen arvioinnin pohjana. Rai-vertailukehittäminen sisältää hoidon laatualueet ja mittarit, jotka mittaavat potilaan/asiakkaan toimintakykyä antaen raportin, sekä Rai-rapsit eli ne alueet, joissa potilaan/asiakkaan toimintakyky on heikentynyt. Rai-vertailukehittäminen antaa myös mahdollisuuden vertailla eri hoitopaikkoja toisiinsa THL:n keräämien ja julkaisemien palauteraporttien avulla. (Tietoa Rai järjestelmästä 2014.)

#### 4.4 Terveydenhuollon kirjaamiseen vaikuttavat lait ja asetukset

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan sekä kirjallisessa että sähköisessä muodossa olevia tallenteita, jotka sisältävät potilaan hoidossa käytettäviä terveydentilaa koskevia tietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilaan hyvän hoidon järjestämisestä ja siihen keskeisesti liittyvästä hoidon tarpeen arvioimisesta, tarvittavista tutkimuksista, niiden tuloksista ja päätelmistä, tilan seurannasta, hoidon toteuttamisesta, tulosten arvioimisesta sekä hoidon jatkosuunnitelmista tehdään potilasasiakirjamerkintöjä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992); Lehtovirta & Vuokko 2014, 11–12.) Muun muassa mielenterveyslain mukaan potilasasiakirjoihin on tehtävä merkintä tahdosta riippumattoman hoidon järjestämisestä ja hoitoratkaisuista, kuten esimerkiksi rajoittamistoimista, eristämisestä, omaisuuden takavarikoimisesta ja henkilötarkastuksesta. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Potilasasiakirja on arkaluonteinen asiakirja, jonka salassapidosta, käsittelystä, luovutuksesta ja arkistoinnista laki antaa ohjeet (Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1116/1999). Lain mukainen potilasasiakirjojen salassapito tarkoittaa sitä, ettei terveydenhuollon ammattihenkilö saa antaa potilasasiakirjoista ilmeneviä tietoja sivulliselle ilman potilaan tai hänen laillisen edustajansa kirjallista suostumusta. Potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) annetun lain, hallintolain (434/2003) sekä henkilötietolain (523/1999) mukaan henkilöllä on oikeus saada tutkia ja tarkastaa hänestä laadittuja henkilötietoja ja dokumentteja erilaisista rekistereistä, joihin myös hoitotyön dokumentit kuuluvat. Potilaalla on tiedonsaantioikeus sekä itsemääräämisoikeus kaikissa hänen hoitoonsa ja hoitopäätöksiinsä liittyvissä asioissa.

Potilasasiakirjatietoja voidaan antaa myös terveydenhuollon ammattihenkilölle tai lähiomaiselle potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle, jos potilas ei kykene antamaan omaa suostumustaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Lisäksi potilasvahinkolautakunnalla on oikeus rajoittamattomaan tiedonsaantiin potilasasiakirjoista (Potilasvahinkolaki 585/1986).

Potilasasiakirjoista muodostuu henkilörekistereitä. Henkilörekistereiden rekisterinpitäjiä ovat terveydenhuollossa potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain määrittelemät itsenäiset ammatinharjoittajat ja toimintayksiköt. Henkilötietolaissa (523/1999) määritellyn rekisterinpitäjää koskevan tarpeellisuus- ja huolellisuusvaatimuksen sekä tietojen laadinnan huolellisuusvelvoitteen mukaan henkilötietoja tulee käsitellä hyvän tietojenkäsittelyn, huolellisuuden ja yksityisyyden suojan turvaavien perusoikeuksien mukaisesti. Rekisterinpitäjällä on velvollisuus ohjata potilasasiakirjoja käsittelevää henkilökuntaa asianmukaisista menettelytavoista. Toimintayksikön johtajan tulee antaa kirjalliset ohjeet asiakastietojen käsittelystä ja menettelytavoista sekä huolehtia henkilökunnan osaamisesta. Jokaisella palvelunantajalla ja Kansaneläkelaitoksella on oltava valvonta- ja seurantatehtävää hoitava tietosuojavastaava. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007.)

Vuonna 2007 säädetyin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevan lain tarkoituksena on edistää tietoturva. Tavoitteena on toteuttaa yhtenäinen potilastietojen sähköinen arkistointi- ja käsittelyjärjestelmä potilasturvan ja tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi. Tietojen siirtymisen nopeuttamiseksi asetus sisältää asiakirjojen laadinnan suhteen määräajat, joiden jälkeen tietojen pitää olla käytössä esimerkiksi potilaan siirryttyä jatkohoitoon. (STM 1a, Potilasasiakirja opas, 2012; Potilasasiakirja-asetus 298/2009.)

Potilastietojen kirjaamisen kannalta sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) määrittää potilasasiakirjojen käsittelyä, sisältöä ja luovutusperiaatteita koskevat säännöt. Se sisältää kaiken oleellisen potilastietojen kirjaamisesta, potilasasiakirjojen laadinnasta, tietojen arkistointiajoista ja -tavoista, riskitiedoista, lokitiedoista, tietojen rajoittamisesta, virheellisen tiedon korjaamisesta ja potilaiden katseluyhteydestä Omakanta-palvelussa. Katseluyhteydellä tarkoitetaan täysi-ikäiselle annettavaa sähköistä katseluyhteyttä valtakunnalliseen arkistointipalveluun talletetuista omista tiedoista, joita ovat suostumukset ja kiellot, luovutuslokitiedot, terveyden- ja sairaanhoitoa tai elinluovutusta koskevat tahdonilmaisut, palvelutapahtumat, e-reseptit, hoito-ohjeet, lähetteet, yhteenvedot, loppulausunnot sekä lääkärintodistukset ja -lausunnot. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.) Potilassuhteiden luottamuksellisuuden, yksityisyyden sekä potilaan että ammattihenkilöiden oikeusturvan vahvistaminen sisältyvät potilasasiakirja-asetukseen (Potilasasiakirja-asetus 298/2009).

Potilasasiakirjoja käsittelevän ja asiakirjoihin merkintöjä tekevän hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat lakien ja toimintayksikköjen ohjeistusten lisäksi oman ammattikunnan eettiset ohjeet ja hyvän hoidon periaatteet (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Henkilötietolaki 523/1999). Esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädettyssä laissa määritellään terveydenhuollon ammattihenkilö ja kuvataan, mitkä ammattieettiset velvoitteet sisältyvät potilaan hoitoon, mukaan lukien hoitotyön dokumentaatio ja arkistointi. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 564/1994.) Kuvioon 2 on koottu lakien säätämivuoden mukaan kronologisessa järjestyksessä keskeisimmät hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavat lait.



Kuvio 2: Keskeiset hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavat lait (mukailten FinLex)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL kerää tilastot valtakunnallisesti kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon laitos- ja asumispalveluista Hilmo-hoitoilmoitusjärjestelmän avulla. Tietoja käytetään tilastojen koonnissa kertomaan palvelujen tarpeesta ja niiden käytöstä Suomessa. Hilmo-tilastojen tiedot ovat apuna valtionhallinnon päätöksenteossa ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämisessä. Tilastot ohjaavat palvelujen tuottajia suuntaamaan palveluja oikein sinne, missä niille on tarvetta. Hilmo-tilastoihin pohjautuu sekä kansallinen että kansainvälinen sosiaali- ja terveysalan tilastotieto: esimerkiksi OECD, EU, NOSOSCO ja WHO käyttävät tietoja. Tietoja käytetään tieteellisissä tutkimuksissa ja erilaisina indikaattorien pohjatietoina. Tietojen keruu tapahtuu Hilmo-opaan ohjeiden mukaan joko sähköisesti suoraan potilastietojärjestelmästä tai siirtotiedostona HILMO2000-ohjelmalla salatulla yhteydellä Toiminta-palvelun kautta Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen. (THL Hilmo sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2013.)

#### 4.5 Sähköinen valtakunnallinen Kanta-arkisto

Kansaneläkelaitoksen ylläpitämiä julkisia palveluita, jotka koostuvat eReseptikeskuksesta, tiedonhallintapalvelusta, potilastiedon arkistosta ja lääketietokannasta, kutsutaan yhteisellä nimellä Kansallisen terveystietokannan palvelut eli Kanta-palvelut. Ne ovat kansalaisille tarjottavien julkisten palvelujen verkossa olevia uusia palveluita, joiden tarkoituksena on parantaa kansalaisten terveystietojen saatavuutta siellä, missä niitä tarvitaan, eli joustavasti eri terveydenhuollon ammattilaisten käytössä kansalaisten terveyden- ja sairaanhoitoa suunniteltaessa. (Kanta 2014b.)



Kuvio 3: eLappi-yhteiset toimintamallit -koulutuksen materiaali 2014 (Kanta 2014a)

Kuviossa 3 kuvataan KanTa-arkkitehtuuritoimintaa. Kansalaiset voivat Omakanta-palvelun avulla katsella itsestään Kanta-palveluihin tuotettua tietoa joko potilastiedonarkistosta tai Reseptikeskuksesta. Tiedonhallintapalveluissa kansalaiset voivat tallettaa tahdonilmaisujen kautta elinluovutustestamenttinsa, hoitotahtonsa ja ilmaista suostumuksensa ja kieltonsa heistä Kanta-arkistoon kirjattujen tietojensa katseluun. Terveystietojen palveluntarjoajat tuottavat ja katselevat tietoa potilastiedonarkistosta. (Kanta 2014a.)

Hoitotyön osalta Kanta-potilastietonarkistoon liittyessä sinne siirtyvät yhteenvetotekstit. Hoke-sivuille kirjatut tekstit tulevat siirtymään myöhemmin ilmoitetussa aikataulussa (Liittymisohje Kanta-asiakastestipalveluun, Terveystietojen ja hyvinvoinninlaitos 2014). Lehtovirran (2013, 72) ja Liljamo ym. (2012) oppaan mukaan hoitoyhteenveto tarkoittaa minimitietoa,

joka hoitotyön osalta tulee tallentaa tietoaarkistoon. Yhteenvedon avulla pyritään hoidon jatkuvuuteen ja tiedon siirron turvaamiseen potilaan siirtyessä eri terveydenhuollon yksiköiden välillä, esimerkiksi erikoissairaanhoidon yksikössä tapahtuneen leikkaushoidon jälkikuntoutukseen omalle terveystieteiden osastolle. Hoitotyön yhteenvedossa tiivistetään hoitojakson kannalta keskeiset potilaan tiedot. Tiedot yhteenvedon kerätään hoitotyön prosessin mukaisesti hoidon tarpeista, hoitotyön toiminnoista, hoidon tuloksista, hoitoisuudesta ja hoitotyön arvioinnista rakenteisen kirjaamisen periaatteella, ja niitä täydennetään vapaamuotoisella tekstillä helposti luettavaan ja ymmärrettävään muotoon. Hyvä hoitotyön yhteenvedo on Hassisen ja Tantun (2007, 1) mukaan yksi A4-kokoiselle sivulle mahtuva tiivistelmä potilaan yhden hoitojakson aikana saadusta hoidosta ja hänen senhetkisestä voinnistaan. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen on osin siirtynyt tai siirtymässä kirjaamiskäytännöksi kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Osassa terveydenhuollon yksiköitä osataan käyttää Hoke-sivun komponentteja kirjaamisessa jo suhteellisen hyvin. Hoitotyön yhteenvedoja sen sijaan tehdään vielä suhteellisen vähän, minkä vuoksi THL haluaa vauhdittaa FinnCC 10:n mukaisen, sähköisen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa myöntämällä kirjaamisen kehittämishankkeisiin hankerahoitusta. Tämä osoittaa rakenteisen kirjaamisen merkityksellisyyden. (Valtionavustus tietojärjestelmäinfrastruktuurin tehostamiseen, THL 2013.)

#### 4.6 Vuodeosastohoidon eettisiä näkökulmia

Tilastokeskuksen ennusteiden mukaan yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousee nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 ja 28 prosenttiin vuoteen 2060 (Tilastokeskus 2012). Terveystieteiden vuodeosastoilla on aikaisemmin hoidettu pitkäaikaispotilaina määrällisesti enemmän ikäihmisiä, joilla ei ole ollut lääketieteellistä syytä vuodeosastohoitoon. Vuodesta 2006 vuoteen 2011 vuodeosaston pitkäaikaishoito on vähentynyt jo huomattavasti: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoinnin mukaan se on lähes puolittunut. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet vastuuttavat sairaanhoitajan henkilökohtaisesti auttamaan kaikenikäisiä ja tukemaan sekä parantamaan autettavan asiakkaan tai potilaan elämänlaatua. Sairaanhoitajan tehtävä on suojella ja edistää potilaiden hyvinvointia luomalla arvostavan hoitokulttuurin sekä huomioimalla yksilölliset tekijät, kuten uskonnollisen vakaumuksen, arvot ja tavat. Potilasta tulee kohdella ihmisenä ja tukea potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista ottamalla potilas mukaan häntä itseään koskevaan päätöksentekoon hoidon järjestämisessä ja suunnittelemisessa. Eettiset ohjeet sisältävät myös ammatillisen osaamisen kehittämisen ja potilaiden hoitoon osallistuvien toimijoiden eettisestä toiminnasta huolehtimisen. Keskinäinen kunnioitus terveydenhuollon toimijoiden ammattitaitoa kohtaan kuuluu osaksi sairaanhoitajan eettistä toimintaa. Kuunteleminen ja kuuleminen, nähdä ja kuulla ovat vuorovaikutukseen liittyviä eettisiä perustekijöitä. Avoin



vuorovaikutus hoitosuhteessa on osa potilaan ja hoitajan välistä hoitosuhdetta. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Sairaanhoitajan ammattieettistä tieto- ja toimintaperustaa täydentää sairaanhoitajan kollegiaalisuusohjeet, joiden tarkoituksena on tukea ja velvoittaa sairaanhoitajia toimimaan kollegiaalisesti toisiaan kohtaan päivittäisessä työssään. Kollegiaalisuudella tarkoitetaan ammattikunnan sisäistä yhtenäisyyttä, tasa-arvoista ja vastavuoroista ammatillista työskentelyä potilaan parhaan mahdollisen hoidon tavoittelemiseksi. Kollegiaalisuus ilmenee kommunikaationa, osaamisen tunnistamisena, tiedon jakamisena, opettamisena sekä esimerkillisenä toimintana myös työyhteisön ulkopuolella. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

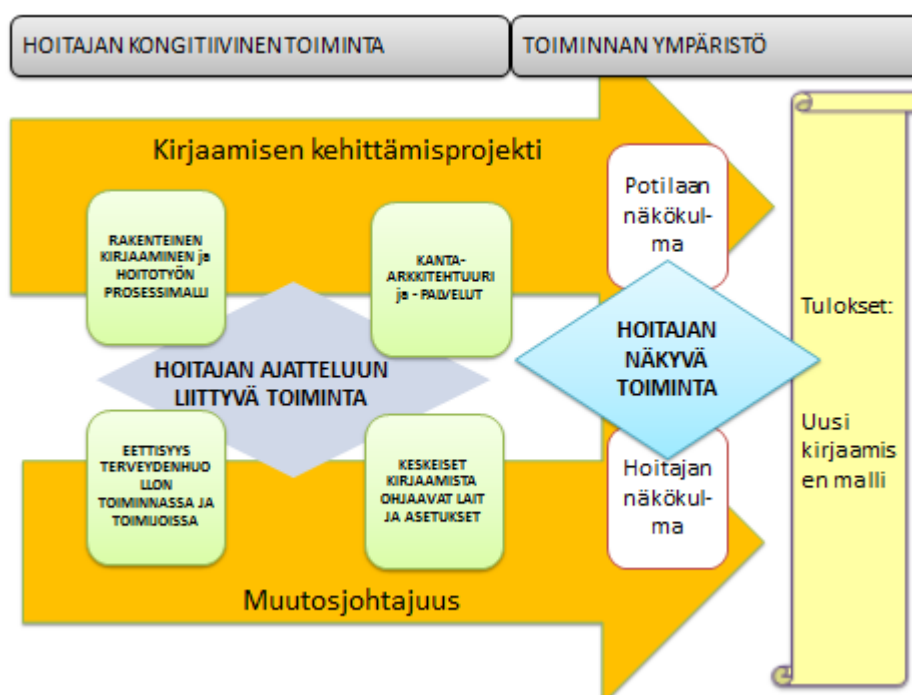
Johtajuuden eettisyys nousee tärkeään asemaan. Eettinen johtaja on oikeudenmukainen, rehellinen ja lojaali työyhteisölle. Hän on myötätuntoinen, tarvittaessa nöyrä ja varovainen toimissaan. (Lewis & Gillman 2005, 36-37.)

Eettisten näkökohtien arviointi toiminnassa ei ole kuitenkaan vain ammattilaisten asia. Kaikkien toimintaan osallistuvien eettisille näkökulmille tulee antaa arvoa. Päätöksenteon tulee perustua kestäviin eettisiin arvoihin ja eettisten periaatteiden mukaan jokaisella osallistujalla on oikeuksia ja velvollisuuksia. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2012, 32.)

Eettiseltä kannalta kirjaamisen sisällössä on usein esillä enemmän hoitajan toiminta ja potilaan kokemukset jäävät huomiotta. Sairaanhoitajien kuvaukset koskevat hoitotoimenpiteitä hoitajien työn ja toimenpiteiden näkökulmasta, eivätkä potilaan toiminta ja tuntemukset tule kirjatusta tiedosta esiin. (Kärkkäinen, Bondas & Erikson 2005.)

#### 4.7 Teoreettisen osan yhteenveto

Kuviossa 4 on Kimiä (2000) mukaillen pyritty kuvaamaan hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen liittyvä kokoava teoreettisen tiedon perusta. Kimin mukaan hoitotyön toiminnan käsite voidaan jakaa kahteen osaan: hoitajan ajatteluun ja näkyvään toimintaan. Juurruttamalla tapahtuvan hoitotyön kehittämistoiminnan tavoitteena on sekä ajattelutason että toiminnan tason muutos. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 1-7.)



Kuvio 4: Hoitotyön kirjaamisen kehittämisen tietoperusta (mukaillen Kim 2000)

Kimin (2000) mukaan hoitajan kongitiiviseen ympäristöön sisältyy kaikki ympäristön asettamat ohjeet ja arvot, jotka vaikuttavat hoitajan ajatteluun. Tämä näkymätön ajattelutoiminta muuttuu näkyväksi toiminnaksi eli potilastietojen kirjaamiseksi sovitun uuden toimintaohjeen mukaisesti. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen tarkoitus on tehdä hoitotyö näkyväksi muille terveydenhuollon ammattilaisille ja kansalaisille Kanta-potilastiedonarkiston avulla. Kanta-potilastiedonarkistoon kirjaukset tulee tuottaa sovitun koodistojen ja standardien noudattamiseksi, jotta tieto tallentuisi oikean muotoisena ja tiedon haku onnistuisi. Potilasmerkinnät tulee tehdä noudattaen niistä säädettyjä lakeja, ohjeita ja asetuksia. (Lehtovirta & Vuokko 2013; Liljamo ym. Ensio 2012; Potilastiedon arkisto, käyttöönottosuunnitelma 2015; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007.)

Hoitotyön kirjaamisen kannalta merkittävimmät osatekijät ovat hoitotyön prosessimallin mukainen rakenteinen kirjaaminen, keskeiset kirjaamista ohjaavat lait, terveydenhuollon toimijoita ja toimintaa koskevat eettiset näkökohdat sekä kansallinen keskitetty potilasasiakirja-arkisto Kanta (Etene 2011; Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012; Sairaanhoidajaliitto 1996; Sairaanhoidajaliitto 2014). Nämä tekijät ohjaavat hoitajan ajatteluun liittyvää toimintaa, ja ne siirtyvät muutosjohtajuuden avulla ajattelun ja omaksumisen kautta näkyväksi uuden tavan mukaiseksi toiminnaksi hoitotyön kirjaamisessa. Hoitotyön kirjaamisen kehittämisen tietoperustan keskiössä on tietojohdaminen. Tietojohdaminen tarkoittaa kehittämissuunnitelman kehittämissuunnitelman, hoitajan kognitiivisen ympäristön ja toiminnan ympäristön muutosjohtajuutta. Tietojohdamisen kautta hoitotyön kirjaamiseen liittyvistä merkittävistä osate-

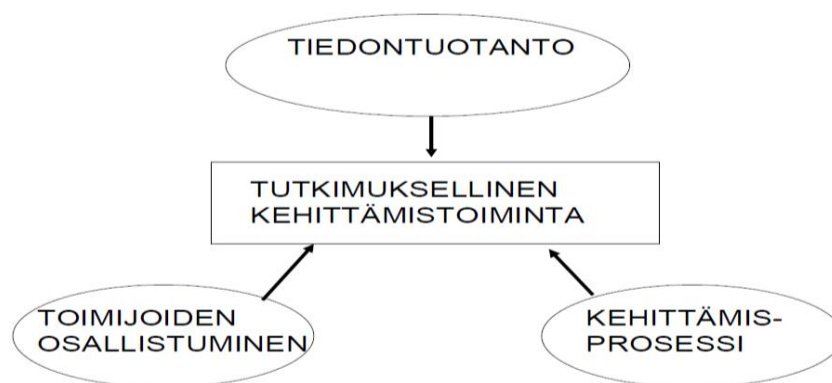
kijöistä muodostuu kirjaamisen kehittämisessä tarvittavan tietoperustan ehyt kokonaisuus. Tässä koko ajan muuttuvassa toimintaympäristössä, kirjaamisen kehittämishankkeessa, hyvää muutosjohtajuutta tarvitaan ohjaamaan työyksikön kirjaamiskäytännön uudistamista, jotta se pystyisi vastaamaan ympäröivän yhteiskunnan muospaineisiin. Kokonaisuuksia on työyksiköissä johdettava eri keinoin kuin ennen. Vanhat, totut johtamistavat eivät enää toimi uudessa, tiedonhallinnan ja teknologian globaalissa verkostoperusteisessa toimintaympäristössä. (Karhula 2009.)

## 5 Kehittämistoiminnan menetelmät

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyössä käytetty kehittämismenetelmä, tutkimuksellisen osuuden tiedonkeruu ja analysointimenetelmät ja kehittämistoiminnan eettisyys.

Kehittäminen on toimintaa, jolla on selkeä tavoite ja päämäärä. Kehittämisellä pyritään muuttamaan joko yksittäisen tai useamman työntekijän toimintatapaa. Sillä voidaan tarkoittaa laaja-alaisen uuden yhteisen toimintatavan luomista tai rakenteellista uudistamista. (Toikko & Rantanen 2009, 14.)

Kehittämistoimintaa edistävien menetelmien, joihin kuuluvat tiedontuotanto, toimijoiden osallistuminen ja kehittämisprosessin hallinta, voidaan Toikon ja Rantasen (2009) mukaan jäsentää tutkimuksellisen kehittämistoiminnan menetelmiä (kuvio 5).



Kuvio 5: Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan menetelmälliset näkökulmat (Toikko & Rantanen 2009, 10)

Tutkimuslähtöisesti kehittämistoiminta perustuu taustatietoon, tieteelliseen ja muuhun luotettavaan tietoon. Pelkästään tieteellisen tiedon ja sen soveltamisen varassa ei voi tuottaa kehittämistoimintaa, joka on prosessimaista sekä kommunikaatiota ja jatkuvaa oppimista korostavaa. Enemminkin voidaan puhua sen olevan toimintaa, joka tähtää uuden tiedontuotannon mukaiseen toimintaan. Tässä toiminnassa tieto ylittää teoreettisen tiedon ja käytännön

rajan. Uuden tiedon parhaat käyttökelpoisuuden asiantuntijat ovat sen käyttäjät, ja käyttökelpoisuus on sen keskeinen kriteeristö. (Nowotny, Scott & Gibbons 2001.)

Kehittämistyön tiedonkeruussa on käytetty sekä laadullista että määrällistä tutkimusmetodologiaa. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistelmästä voidaan puhua triangulaationa eli monistrategisena tutkimusotteena. Laadullisen tutkimuksen tulkinnoissa laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistämiseen suhtaudutaan käytännöllisesti, sillä kyseessä katsotaan olevan erilaisten metodien yhteensovittaminen. (Tuomi 2007, 99.)

Laadullisen aineiston analyysimetodina on käytetty sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin avulla saatuja tietoja on kvantifioitu, eli laadullisista tiedoista on tehty numeerisesti esitettäviä tietoja. Opinnäytetyön aineistoa on lisäksi luotu ja analysoitu kvantitatiivisesti. Koska opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmissä on käytetty sekä määrällistä että laadullista metodologiaa, raportoidaan luotettavuustarkastelua sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen näkökulmasta.

#### 5.1 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä

Juuruttaminen on koulutuksen ja työelämän yhteistoimintana tapahtuvaa kehitystoimintaa, jonka tavoitteena on käytännön työelämän prosessien kehittäminen sekä uusien toimintamallien, tiedon, osaamisen ja innovaatioiden tuottaminen. Juurruttaminen perustuu kehittämispohjaiseen oppimiskäsitykseen ja yhteisölliseen oppimiseen. Yhteisöllisesti tuotettua uutta tietoa tuotetaan käytännön tiedon ja tutkimustiedon välisessä vertailussa, ja tämä uusi tieto tulee osaksi käytännön osaamista. Juurruttamisen avulla tuotetaan uusi käytännön työelämän toimintatapa, ja se otetaan käyttöön samanaikaisesti kehittämistoiminnan kanssa. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 16.)

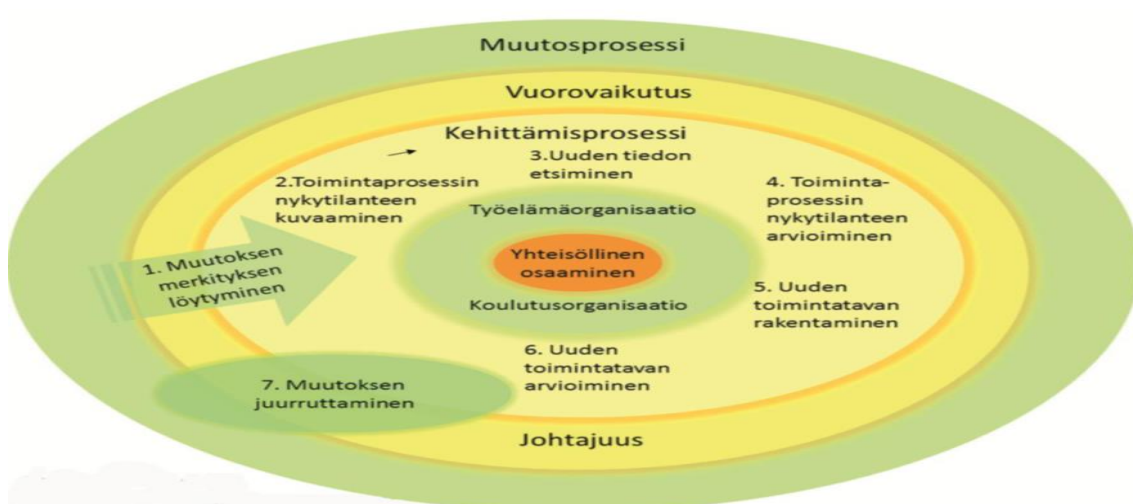
Juuruttamisessa tuotetaan uusi toimintatapa ja otetaan se käyttöön samanaikaisesti kehittämisprosessin aikana. Juurruttaminen on oppimisprosessi, jossa yhteisesti tuotetaan uutta tietoa käytännön tiedon ja tutkimustiedon välisessä vertailussa. Tämä uusi tieto tulee osaksi käytännön osaamista. (Nonaka & Takeuchi 1995.) Keskeisellä sijalla on toimijoiden välinen vuorovaikutus, jonka edistämiseksi korostuu johtajuuden tärkeä rooli. Uuden tiedon tuottamisen vuorovaikutuksellista tilaa kutsutaan BA:ksi. (Nonaka, Konno & Toyama 2001.)

Juuruttamisen perusajatus on, että työyhteisön jäsenet hakevat uutta teorian tietoa (explicit knowledge) ja hyödyntävät sitä käytännössä samalla kehittäen uutta toimintaohjetta. Juurruttamismenetelmällä saadaan mukaan työyhteisössä oleva hiljainen tieto. Menetelmässä hiljainen tieto ja teorian tieto yhdistetään ja niitä vertaillaan tuottaen samalla uutta tietoa niiden pohjalta. Työn kehittämiseksi muodostuu merkitys yhteisön yksilöiden osoittaessa kiinnostusta kehittämistoimintaan osallistumalla keskusteluun ja perehtymällä aihealueen

tutkimustietoon. (Nonaka & Takeuchi 1995.)

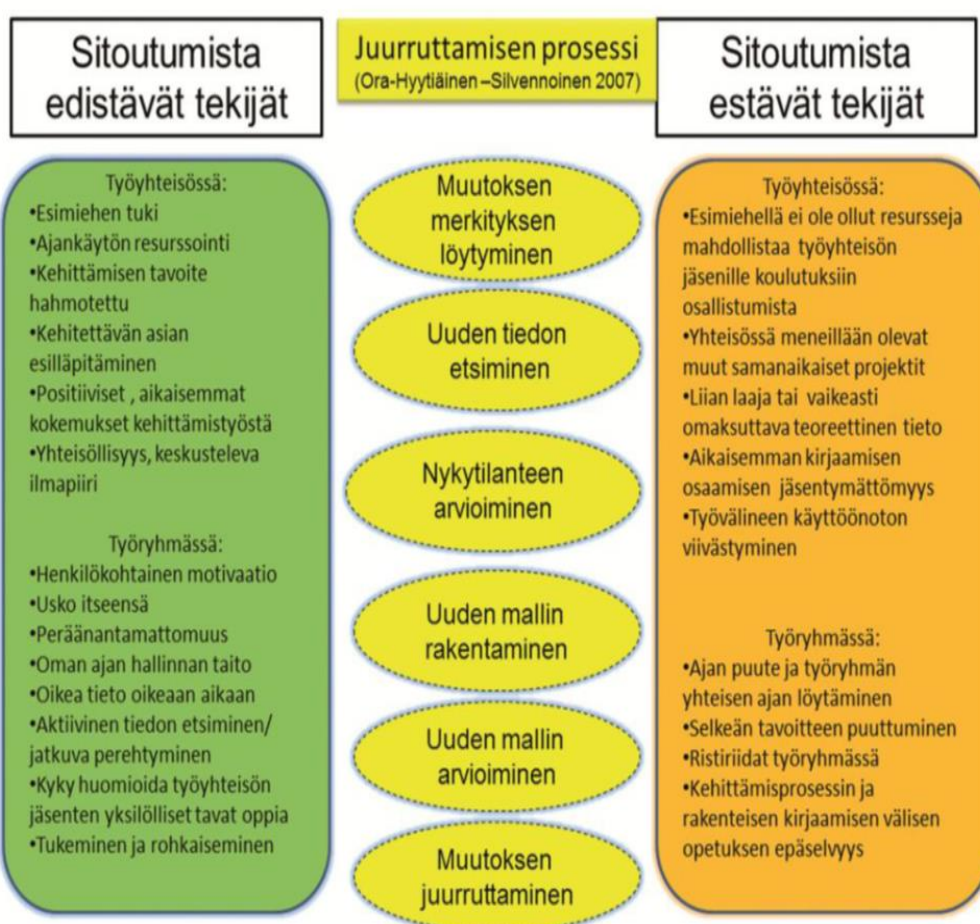
Juurruttaminen on myös yhteisölliselle oppimiselle koulutuksen ja työelämän yhteistoimintaa, joka tuottaa uutta tietoa ja osaamista (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 15). Opettajan rooli on tukea oppilasta, ja juurruttamisessa oppilaan rooli muuttuu perinteisestä opiskelijan roolista uutta tietoa etsiväksi, uutta osaamista luovaksi ja työn jatkuvan kehittämisen ymmärtäväksi toimijaksi (Ahonen, Makkonen & Pihkala 2012, 55).

Kehittämiskohteen tunnistamisen jälkeen prosessi käynnistyy ammattikorkeakoulun ja työyhteisön välillä kuvion 6 mukaisesti. Juurruttamisessa kuvataan ensin nykyinen toimintakäytäntö, mitä seuraa tutkitun tiedon kerääminen kehittämiskohteesta ja sen vertaaminen organisaation käytäntöihin. Tämän jälkeen laaditaan uusi toimintatapa kehitettävälle toiminnalle. Prosessissa syntyy uutta tietoa, ammatillista osaamista ja oppimista. Kolmas vaihe on uuden tiedon etsintä ja työyhteisön osaamisen kartoitus. Tässä vaiheessa oppilaitoksen edustajien rooli uuden tiedon tuottajina on keskeisessä asemassa. Neljäs vaihe käsittää työyhteisössä olevan tiedon, hiljaisen tiedon ja eksplisiittisen tiedon, jonka tulee olla mahdollisimman uuteen tietoon perustuvaa, vertailua. Viidennessä vaiheessa rakennetaan uutta toimintatapaa ja samalla sovelletaan uutta tutkittua tietoa suoraan käytännön työhön. Kuudennessa vaiheessa arvioidaan työskentelyä ja uuden toimintatavan hyödyt selviävät työyhteisölle. Näiden kehittämisprosessin vaiheiden myötä muutosprosessina käsitettävä kokonaisuus tuottaa yhteisöllistä osaamista työyhteisöön. Uusi yhteisöllinen osaaminen ja tieto konkretisoituvat työyhteisöön juurrutettuna uutena toimintatapana. Keskeisiä tekijöitä työelämä- ja koulutusorganisaatioiden yhteistyönä toteutetussa muutosprosessissa ovat johtajuus ja vuorovaikutus. (Ahonen ym. 2012, 22-27.)



Kuvio 6: Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä toiminnassa (Ahonen ym. 2012, 27)

Juurruttamisprosessin keskeisiksi elementeiksi Ahonen ym. (2012) nostaa muutosprosessin, vuorovaikutuksen ja johtajuuden. Vastarinta muutosprosessissa ja sitoutumisen puute työyhteisössä ovat muutosta estäviä tekijöitä ja niistä tulee keskustella avoimessa vuorovaikutuksessa työyhteisössä. Keskeisin työväline muutoksen tuottamisessa ja toteuttamisessa on vuorovaikutus. Johtaja mahdollistaa ajan kehittämisprosessille ja resursoi niin, että kehittämisprosessia voidaan viedä eteenpäin. (Ahonen ym. 2012, 24.) Esimiehen suhtautuminen, myönteisen ilmapiirin luominen, tuki ja työpaikan resursoiminen vaikuttavat oleellisesti kehittämistoiminnassa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Johdon tulee sitoutua kehittämistoimintaan, jolloin sekä toiminnan kehittäminen että uuden toiminnan vakiinnuttaminen tapahtuvat samaan aikaan. (Peltola & Vuorento 2007, 98.)



Kuvio 7: Edistävät ja estävät tekijät kehittämistoiminnassa (Ahonen, Makkonen & Pihkala 2010; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 65)

Kuviossa 7 on käsitelty sitoutumisen esteitä ja sitoutumista edistäviä tekijöitä juurruttamisprosessissa. Sitoutumista edistävinä tekijöinä on kuvattu esimiehen suhtautuminen kehitettävään asiaan, työyhteisön aikaisemmat positiiviset kokemukset työn kehittämisestä, yhteisölli-

sen keskustelevan ilmapiirin luominen työyhteisöön sekä kehitettävän asian ylläpitäminen ja riittävä resursoiminen. Työryhmän osalta edistäviä tekijöitä ovat motivaatio, itseluottamus ja peräänantamattomuus, kyky tuoda työyhteisöön oikea tieto oikea-aikaisesti, aktiivinen uuden tiedon haku, kyky tukea ja rohkaista työyhteisöä sekä yksilöllisen oppimisen huomiointi työyhteisössä. Nämä tekijät edesauttavat muutosprosessia ja muutoksen juurruttamista työyhteisöön. Sitoutumista estävät tekijät ovat edistävien tekijöiden vastakohtia, esimerkiksi ajan puute, yhteisten ja selkeiden tavoitteiden epäselvyys sekä useamman yhtäaikaisen kehittämisprojektin olemassaolo. (Ahonen ym. 2010; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 65.)

Vuorovaikutus nähdään juurruttamisen menetelmässä yhteisen kehittämisen yhtenä keskeisimpänä työvälineenä (Ahonen ym. 2012, 18). Kuunteleminen ja kuuleminen sekä nähdäksi ja kuulluksi tuleminen ovat vuorovaikutukseen liittyviä eettisiä perusasioita. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet (1996) määrittelevät avoimen vuorovaikutuksen myös osaksi sairaanhoidajan ja potilaan välistä hoitosuhdetta. Toimiva vuorovaikutus edellyttää keskinäistä luottamusta, rehellisyyttä ja molemminpuolista sitoutumista sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan (Etene 2011, 6). Juurruttamisen menetelmässä toimintaan ja sovittuihin tavoitteisiin sitoutumisen merkitys on tärkeä. Myös avoin vuorovaikutus ja osallistumisen kautta syntyvä ”me-henki” on erittäin tärkeää. (Ahonen ym. 2012, 23.)

Juuruttamisen menetelmään liittyviä eettisiä kysymyksiä voidaan peilata suoraan sairaanhoidajan eettisiin ohjeisiin. Juurruttamisen tavoitteena on niin työyhteisön kuin oman työn kehittäminen. Juurruttamisessa ihminen nähdään aktiivisena ja oppivana toimijana. (Ahonen ym. 2012, 12-15.) Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoidajan tulee arvioida omaa ja muiden pätevyyttä ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Sairaanhoidajalla on velvollisuus kehittää ammattitaitoaan jatkuvasti toimiessaan ammatissaan. Työyhteisössä työskentelevien sairaanhoidajien tulee myös yhdessä vastata siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvää ja että sitä parannetaan jatkuvasti. Oman työn kehittämiseen osallistuminen on tärkeä eettinen näkökulma (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 28).

Ahosen ym. (2012, 24) mukaan yksi juurruttamisen peruspilareista on johtajuus. Johtajuuden eettisyys nousee myös tärkeäksi eettiseksi arvoksi juurruttamisen menetelmää tarkasteltaessa. Eettinen johtaja on oikeudenmukainen, rehellinen ja lojaali. Eettinen johtaja osaa myös kokea myötätuntoa sekä olla tarvittaessa nöyrä ja varovainen. (Lewis & Gilman 2005, 36-37.) Juurruttamisen menetelmässä uuden toimintatavan käyttöönotto tapahtuu samanaikaisesti uutta toimintaa tuottamalla. Tällaisessa tilanteessa tulee kiinnittää erityisesti huomiota johtajuuden eettisyyteen. Erilaisten johtajuuteen liittyvien päätösten ja linjausten tulee olla sopusoinnussa henkilöstön eettisten periaatteiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 7.)

Juuruttamisen arvioinnissa tulee pohtia, mikä on arvioinnin tarkoitus ja näkökulma sekä min-kälaisia tuloksia on odotettu syntyvän (Ahonen ym. 2012, 46). Arvioinnissa tulee huomioida myös eettiset näkökulmat. Arvioinnin tavoitteena onkin kehittää yhteisön toimintaa sekä juurruttamiseen osallistuvien työntekijöiden eettistä ohjeistoa. Kaikenlaisen kehittämisen tulee perustua eettisesti kestäviin päätöksiin. Kehittämistyössä tapahtuva eettisten näkökohtien arviointi ei saa olla vain ammattilaisten asia. Myös asiakkaiden ja potilaiden, sekä juurruttamisen menetelmässä opiskelijoiden, näkökulmalle on annettava arvoa. Eettisten periaatteiden mukaisesti kaikilla osapuolilla on oikeuksia ja velvollisuuksia. (Etene 2011, 31-32.) Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa (1996) käsitellään potilaan tietojen salassapitoa. Uuden toimintatavan juurruttaminen tapahtuu työyhteisössä hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden välisenä toimintana. Koska juurruttamisen menetelmään osallistuvat myös opiskelijat, tulee tähän tietojen luottamuksellisuuteen kiinnittää erityistä huomiota. (Ahonen ym. 2012, 21.)

## 5.2 Tiedonkeruuaineiston sisällönanalyysi ja luotettavuus

Kehittämistyössä on käytetty kvalitatiivista lähestymistapaa kirjaamisen alkukartoituksessa ja kirjausten sisältöjen analysoinnissa sisällönanalyysin avulla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kohteen laatuja ja merkitysten mahdollisimman kokonaisvaltaiseen kuvaamiseen. Pyrkimyksenä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on löytää tai paljastaa tosiasioita olemassa olevien väittämien todentamisen sijaan. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 156-157.) Kanasen (2012) mukaan laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus soveltuu tutkimusotteeksi silloin, kun ilmiö on tutkimuskohteena uusi, ilmiöstä halutaan saada syvälinen näkemys tai luoda uusia hypoteeseja ja teorioita, käyttää niin kutsuttua mixed-tutkimusstrategiaa eli triangulaatiota tai haluttaessa saavuttaa hyvä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä.

Kvalitatiiviselle tutkimukselle keskeisiä piirteitä ovat muun muassa induktiivisen analyysin käyttäminen, kohdejoukon valinta tarkoituksenmukaisesti eikä esimerkiksi satunnaisotokseen perustuen, laadullisten metodien käyttö aineiston hankinnassa sekä tapausten käsitteleminen ainutlaatuisina (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Tuomen (2007) mukaan laadulliselle tutkimukselle on löydettävissä yli kolmekymmentä erilaista määritelmää ja erilaisia laadullisen tutkimuksen lajeja on vielä enemmän. Sisällönanalyysin voidaan katsoa olevan yksi kvalitatiivisen tutkimuksen lajeista (Hirsjärvi ym. 2007, 158).

Sisällönanalyysi (QCA, qualitative content analysis) on kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän aineiston analyysimetodi, jossa etsitään merkityskokonaisuuksia ja -suhteita, joita koskeva tieto ei ole numeerisesti esitettävissä vaan sanallisina tulkintoina (Vilka 2005, 139-140). Sisällönanalyysi on informaatioarvon lisäämistä varten tekstitähtäviä tekstianalyysia, jonka avulla pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa sen



sisältämää informaatiota kadottamatta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-108). Sisällönanalyysin keinoin kuvaillaan joustavasti ja systemaattisesti tutkimusaineistossa ilmi tulevia merkityksiä tutkijan itsensä tarkentamasta näkökulmasta. Tutkimuskysymys ohjaa näkökulmaa ja sitä, kuinka saatua tutkimusaineistoa tarkastellaan ja analysoidaan (Schreier 2012, 3-4).

Sisällönanalyysia metodina voidaan käyttää kaikissa kvalitatiivisen tutkimuksen perinteissä. Sitä voidaan pitää paitsi metodina, myös löyhänä, erilaisiin analyysikonaisuuksiin liitettävänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Menetelmän avulla muodostetaan kategorioita, lasketaan ja tutkitaan esiintymistä sekä tekstin merkityksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 72). Sisällönanalyysia voidaan myös jatkaa kvantifioimalla, esimerkiksi laskemalla aineiston luokittelun tai kategorioiden muodostamisen jälkeen, kuinka monta kertaa asia tai kuinka monen tutkittavan ilmaisemana asia aineistossa esiintyy. Muun muassa monenlaisissa avoimin kysymyksiin kootuissa arvioinneissa ja selvityksissä aineiston kvantifiointi tuottaa merkittävää lisätietoa esimerkiksi palautteista pelkkään laatujen kuvailuun verrattuna. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 120-122.) Sisällönanalyysia voidaan tehdä joko induktiivisesti aineistolähtöisenä tai deduktiivisesti teorialähtöisenä (Vilka 2005, 140; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Dokumentaatio on uskottavuuden luomisen kannalta yksi tärkeimmistä asioista (Kananen 2012, 173). Dokumentaation tarkkuus koskee kaikkia tutkimuksen vaiheita. Aineiston analyysin kannalta luokittelujen tekeminen on keskeistä laadullisessa tutkimuksessa. Luokittelun synty ja perusteet tulisi kertoa lukijalle. Tulosten tulkinnan kohdalla luotettavuutta lisää esimerkiksi lainaukset tutkimusaineistosta. (Hirsjärvi ym. 2007, 227-228.) Tutkimusta kokonaisuutena arvioitaessa sen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuu. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkasteluun vaikuttaa dokumentoinnin lisäksi muun muassa aineiston keruu, tiedonantajien valinta ja heidän suhteensa tutkijaan, aineiston analyysi sekä eettisyys perusteluineen ja valintoineen. (Tuomi 2007, 150-152.)

### 5.3 Tiedonkeruuaineiston määrällinen tutkimus ja luotettavuus

Kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä aineiston keruussa on tässä opinnäytetyössä käytetty erilaisten otsikoiden sekä komponenttien esiintyvyyden tarkastelussa. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän sisällönanalyysin avulla käsitellyistä kirjausten tietosisällöistä on tehty kvantifioimalla määrällistä tietoa. Myös kirjausten aihealueiden esiintyvyyttä on esitetty numeerisessa muodossa. Hoitosuunnitelmien arvioinnissa on käytetty numeerisen lopputuloksen antavaa Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen auditointilomaketta (Liite 1).

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus on deduktiivista eli yleisestä yksityiseen tarkentuvaa tiedon luomista. Taustalla oleva tutkittavaa ilmiötä kuvaava teoria tunnetaan, jolloin kysy-

mykset johdetaan ilmiötä selittävästä muuttujista. Määrällisen tutkimuksen avulla tuotetaan strukturoituihin kysymyksiin lukuja, kun taas laadullinen tutkimus tuottaa avoimiin kysymyksiin sanoja ja lauseita tutkittavasta ilmiöstä. Ehdotonta jakoa kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen välillä ei ole, sillä yksittäisessä tutkimuksessa saattaa olla sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen osia. (Kananen 2012, 31-33.)

Määrällisessä tutkimuksessa keskeistä ovat taustalla vaikuttavat aiemmat tutkimukset ja teorit, hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittely ja aineiston keruun suunnitelmat. Aineiston keruussa on tärkeää, että aineisto soveltuu numeeriseen mittaamiseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa valitaan myös määritelty perusjoukko, josta otetaan tutkittavaksi otos. Saatu aineisto ja sen muuttujat kootaan taulukkomuotoon tilastollisesti käsiteltäväksi. Havaintoaineistosta tehdään päätelmiä tilastolliseen analysointiin perustuen esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 135-136.)

Määrällinen tutkimus on yhteydessä luonnontieteisiin sen taustalla vaikuttavan positivismin ja matemaattisen ihanteen vuoksi. Perusedellytyksiä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat systemaattinen mitattavuus ja mitattavien osien eristäminen ilmiöstä. Kvantitatiivinen tutkimus tuottaa numeerista tietoa paitsi ilmiöstä itsestään, myös sen eri muuttujien välisistä riippuvuuksista ja muutoksista. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää yleensä riittävän suurta ja edustavaa otosta. Esimerkiksi Tuomi (2007, 95) esittää alle 30 henkilön otosta pieneksi otokseksi. Aineiston keruu on vapaa, mutta aineisto tulee olla muutettavissa numeeriseen muotoon. (Tuomi 2007, 95.)

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta kuvataan käsiteparilla validiteetti (validity) ja reliabiliteetti (reliability), joka puolestaan muodostaa mittauksen kokonaisluotettavuuden. Lisäksi mahdolliset käsittelyvirheet, peitto- ja katovirheet sekä otantavirheet vaikuttavat kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen. Validiteetti liittyy tutkimuksen teoriaan ja käsitteisiin. Validiteetti kuvaa sitä, kuinka hyvin tutkimuksessa on onnistuttu kuvaamaan tarkoituksenmukaista asiaa ja kuinka hyvin tulokset ovat yleistettävissä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Tutkimusotoksen tulisi edustaa perusjoukkoa. Reliabiliteetti kuvaa mittauksen kykyä tuottaa pysyviä ja toistettavia tuloksia. Mittauksen toistettavuus muissa tutkimuksissa ja tilanteissa liittyy ulkoiseen reliabiliteettiin ja sisäinen reliabiliteetti puolestaan tulosten pysyvyyteen tehtäessä mittaus uudelleen. (Tuomi 2007, 149-150; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190.)

Tiedonkeruun ja tietojen analysoinnin mittarina potilaskertomusten osalta on käytetty valmista mittaria. Kaila & Kuivalaisen (2008) kehittämän, sisällönanalyysiin perustuvan ”Kirjaamisen arviointimallin” avulla arvioidaan systemaattisen hoitotyön kirjaamista satunnaisesti valittujen potilaiden hoitokertomuksista. Mittaria rakennettaessa on käytetty Ydintieto-opasta

(2007) ja FinnCC-luokituskokonaisuutta (2007), 143 hoitosuunnitelman induktiivista sisällön analyysia ja sähköisen kirjaamisen tilastoja (2008). Mittaria on edelleenkehitetty vuoteen 2012 ja se on edelleen käytössä. Kailan ja Kuivalaisen arviointimallissa kirjaamisen tason osoittava kriteeristö on valmiiksi muodostettu. Arviointikohteita on 15, joista arvioija tekee valmiiseen Excel-taulukkolaskentapohjaan arvioinnit arviointilomakkeen ohjeen mukaisin pisteytyksin. Valmis taulukkolaskentapohja laskee annettujen vastausten perusteella valmiin laskentakaavion mukaisen yhteistuloksen arvioiduista kohteista. Saatua tulosta verrataan numeerisessa viitearvo-muodossa olevaan kriteeristöön hoitotyön kirjaamisen tasosta. Mittaria antaa yleiskuvan kirjaamisesta ja sitä voi käyttää apuvälineenä kirjaamisen kehittämisessä. Mittaria on testattu ja sen luotettavuuden arviointiin on käytetty Cohenin Kappa-kertoainta ja rinnakkaismittauksia yksimielisyysprosentilla. (Kaila & Kuivalainen 2014, 115-122.)

Kirjaamisen arvioinnissa arviointikohteena ovat potilaan potilaskertomus tai päättyneeltä hoitajaksolta yhteenveto tai poliklinikkakäynnin tiedot. Arviointi tehdään kirjauksista antamalla joko 1 tai 0 pistettä ohjeen mukaisesti ja syöttämällä annettu pistemäärä valmiiseen taulukkolaskentapohjaan. Arviointia tehdään hoitotyön tarpeen, tavoitteen, toteutuksen, tuloksen tai arvioinnin sekä yhteenvedon kirjaamisesta. Lisäksi arvioidaan suunniteltujen toimintojen sekä niiden vaikutuksen kirjaamista. Myös yhteisten tekijöiden kirjaamista arvioidaan tarpeen ja tavoitteen, tavoitteen ja toteutuksen sekä tavoitteen ja arvioinnin välillä. Potilaan yksilöllisyyteen liittyvää kirjaamista arvioidaan yksilöllisen tarpeen, tavoitteen, toteutuksen ja tuloksen kirjaamisen näkökulmasta. Tavoitteen tulisi olla kirjattuna suhteessa yksilölliseen tarpeeseen ja toteutuksen ja tuloksen suhteessa yksilölliseen tavoitteeseen. Lopuksi arvioidaan yksilöllisyyden ja loogisuuden esiintymistä kirjauksissa. (Kaila & Kuivalainen 2008.)

Määrällisen tutkimuksen tulosten luotettavuutta tarkastellaan mittaamisen sekä sisäisen ja ulkoisen validiteetin kautta. Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tulokset johtuvat tutkimusasetelmasta. Sisäisen validiteetin uhkatekijöitä ovat esimerkiksi kontaminaatio, historia ja poistumat. Kontaminaatiolla tarkoitetaan tutkimukseen osallistujien joutumista tekemisiin tutkimusilmion kanssa ennen osallistumistaan. Historialla puolestaan tarkoitetaan esimerkiksi vastaamista kyselyyn juuri luetun tiedon perusteella, ja poistumalla tarkoitetaan tutkittavien poisjääntiä kesken tutkimusta. Tulosten ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan yleistettävyyttä. Yleistettävyyden arviointi esimerkiksi koko terveydenhuoltoa koskevaksi jää usein tutkijan itsensä arvioitavaksi. Ulkoisen validiteetin uhkatekijöihin kuuluu esimerkiksi tutkittavan käyttäytymisen muuttuminen, kun tutkittava tietää olevansa tutkimuskohteena, eli niin sanottu Hawthornen efekti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195-196.)

Deskriptiivisyyteen eli kuvailtavuuteen pyrkivässä alkukartoituksessa tutkimuskohteena on valmis sekundääriaineisto eli valmiit potilaskirjaukset, jolloin tutkimusasetelmaan liittyvät inhimilliset tunteet ja toiminnat eivät vaikuttaneet tuloksiin. Toisaalta, koska juurruttamisen

menetelmässä uutta tietoa jaetaan ja tuotetaan yhdessä ja koska uutta toimintatapaa otetaan käyttöön kehittämisprosessin aikana, on hyvin todennäköistä, ja kehittämisprojektin tarkoituksen kannalta jopa toivottavaa, että kirjaamisen uusi ja työyhteisöissä käsitelty malli vaikutti ainakin jonkin verran tutkimusaineistona käsiteltyihin kirjauksiin. Yleistettävyyden kannalta esimerkiksi perusterveydenhuollon vuodeosaston kirjaamistarpeet voivat olla kohtalaisen hyvin yleistettävissä vastaavissa yksiköissä, mutta esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja avoterveydenhuollon kirjaamistarpeet voivat olla painotukseltaan hyvinkin erityyppisiä.

#### 5.4 Tiedonkeruun eettisyys

Tutkijan tehtävänä on luotettavan informaation tuottaminen todellisuudesta. Ammattietiikka asettaa tutkijalle tämän perustehtävän suorittamisessa eettiset periaatteet, säännöt, arvot, normit ja hyveet. Eettisiä vaatimuksia ovat älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden ja rehellisyyden vaatimus, vaaran ja vahingon eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksien edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. Vaatimukset kohdistuvat ammattitaidon hankkimiseen, informaation tuottamiseen, välittämiseen ja käyttämiseen sekä kollegiaaliseen toimintaan. (Pietarinen 1999.)

Tiedonkeruumenetelmien ja analysoitujen tulosten tulee olla luotettavia ja eettisesti muodostettuja. Eettiset kysymykset muodostavat lähtökohdan koko tutkimustoiminnalle. Luotettavuus, uskottavuus ja eettiset ratkaisut kulkevat tutkimuksessa yhdessä ja ovat hyvän, tieteellisen käytännön perusta. Luotettavuutta arvioidaan tutkimustoiminnassa ilmenevien virheiden välttämiseksi. Koska tieteellisessä toiminnassa on olemassa useita erilaisia lähestymistapoja, myös luotettavuuden arvioinnista on olemassa erilaisia käsityksiä painotuksen ja keinojen suhteen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa painotetaan raportin kokonaisluotettavuutta. Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa painopisteenä on mittauksen luotettavuus. (Tuomi 2007, 143-150.)

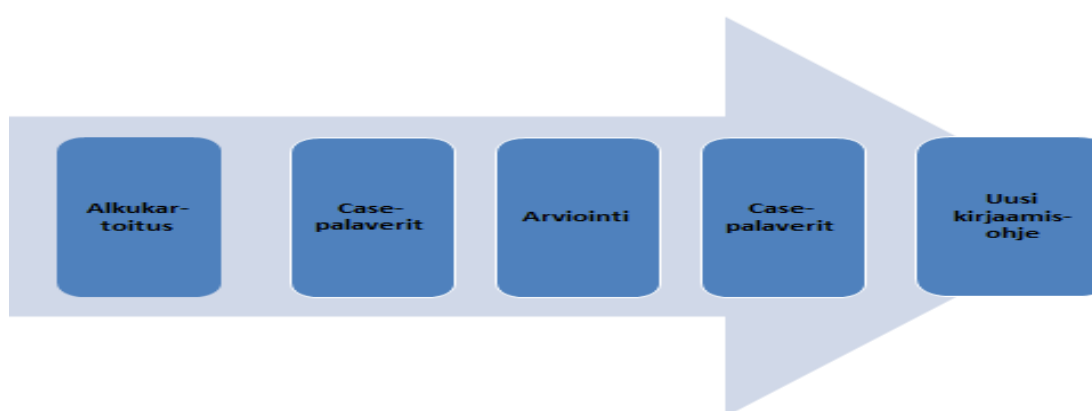
Terveydenhuollon kehittämistoiminnan toimintatapojen valinnassa ja aineistonkeruun toteutuksessa on huomioitava, että säädösperustainen salassapitovelvollisuus koskee myös kehittämistoiminnassa koottuja tutkimus- ja seuranta-aineistoja. Missään tutkimus- ja kehittämistoiminnan vaiheessa siihen osallistuvien henkilöiden henkilötietoja ei saa paljastaa. Terveydenhuollossa henkilötietojen käsittelyn turvaaminen on erityisen tärkeää. (Heikkilä ym. 2008, 43-48.)

Koska tutkimuksen kohteena on ollut arkaluonteiset salassa pidettävät potilastiedot, on tutkimusaineiston käsittelyssä ja säilytyksessä kiinnitetty erityistä huomiota aineiston tietosuojaan. Potilaskertomuksista ei ole jäljennetty suoria lainauksia tai tunnistettavia henkilötietoja raporttiin. Tutkimusaineisto on säilytetty tutkimuksen ajan lukitussa tilassa ja arkistoitu asiaankuuluvalla tavalla tutkimuksen jälkeen potilasarkistoon. Tutkimuksen teossa on

noudatettu hyvää eettistä ja tieteellistä tutkimusetiikkaa. Tutkimuksen tekoon anottiin ja saatiin organisaation lupa.

## 6 Kehittämistoiminnan toteutus

Tässä luvussa kuvataan opinnäytetyön kehittämistoiminnan toteutus vuodeosastolla ja tutkimuksellisen tiedon keruu. Opinnäytetyön kirjaamisen kehittämishankkeen eteneminen kuvataan hankkeen aikajanana prosessikuvion (kuvio 8) avulla. Kulloinkin tarkastelussa oleva prosessin vaihe on korostettu esiin muista poikkeavalla värillä ja muodolla vaiheiden selkeyttämissä lukijalle.



Kuvio 8: Kirjaamisen kehittämishankkeen prosessivaiheet Tammikummun vuodeosastolla 2014-2015

### 6.1 Nykytilan kuvaus

Kauniaisten vanhuspalvelujen yksiköissä sähköinen rakenteellinen hoitotyönkirjaaminen FinnCC:n mukaisesti otettiin käyttöön kevättalvella 2010. Koulutus kirjaamisen käyttöönoton yhteydessä tapahtui 2010 luennoin ja osastotunnein potilastietojärjestelmän toimittajan järjestämänä koulutuksena. Kirjaamisen ensimmäinen käyttöönotto vaihe oli suoritettu ennen kehittämishankkeen alkua, ja kirjaaminen sujui teknisesti katsottuna pääosin ongelmitta. Rakenteellisen kirjaamisen komponentteja oli käytössä jo osin sujuvasti.

Kehittämishankkeen alkukartoitus tehtiin tutkimalla ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijan tekemää Asiakasraporttia vuodelta 2013, tekemällä hoitotyön kirjaamisen auditointi, hoitokertomusten sisällönanalyysi ja hoitohenkilöstön tietotason kartoitus rakenteisesta kirjaamisesta. Alkukartoituksen tarkoituksena oli muodostaa kattava yleiskuva hoitotyön kirjaamisen nykytilasta vuodeosastoilla. Tutkimuseettisesti koettiin tärkeäksi, ettei tarkasteltavasta potilaskertomuksesta muodostettava tieto paljasta potilaan henkilöllisyyttä tai tunnistettavia terveydentilaan liittyviä asioita. Yhtä tärkeää oli myös se, ettei kirjauksen tehnyttä henkilöä

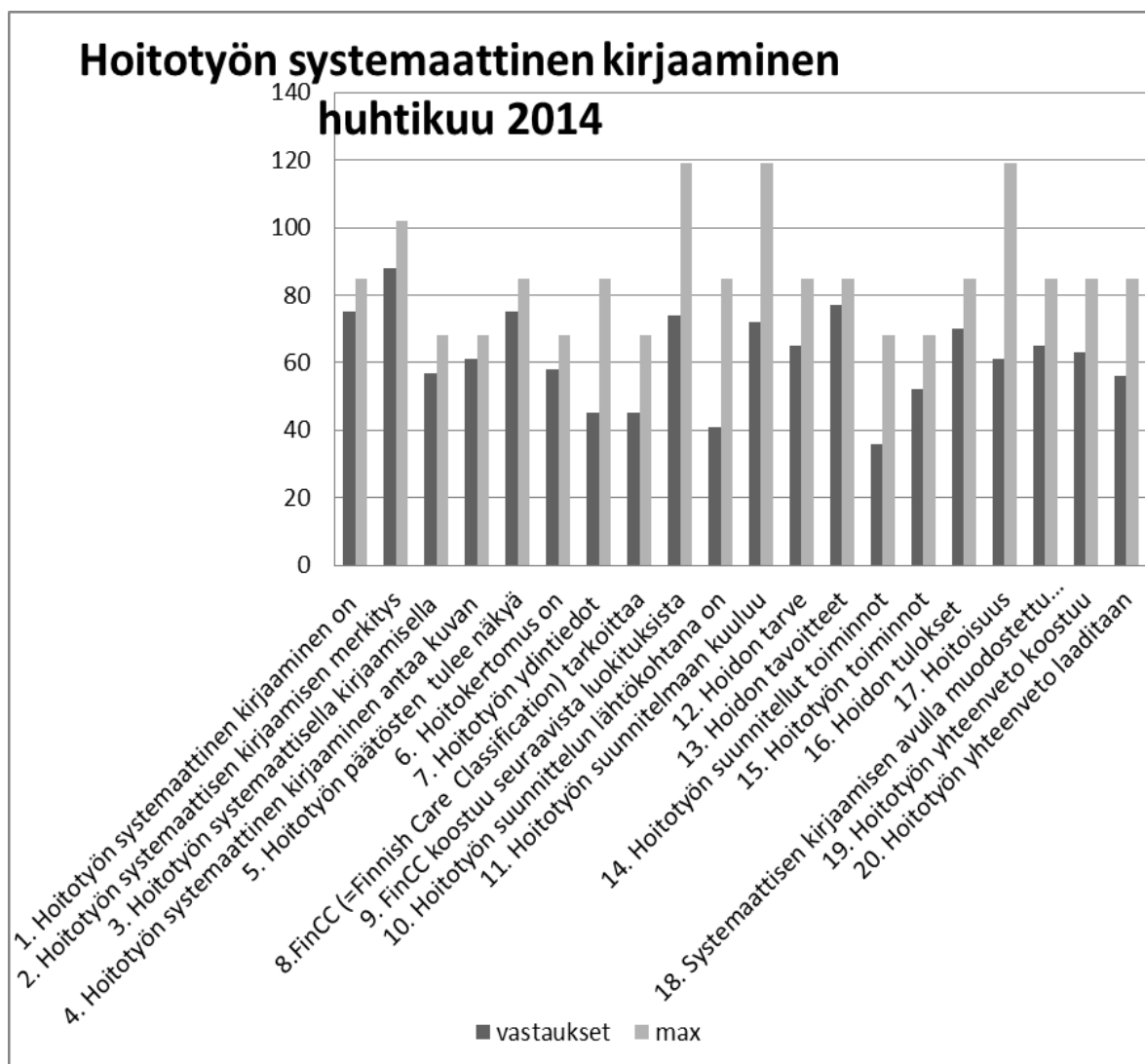
voitu tunnistaa. Tunnistettavuuden ehkäisemiseksi, tutkimusaineiston säilyttämiseen liittyvien seikkojen sekä tutkittavien suojaamisen vuoksi kysymyslomakkeelle ei otettu sanatarkkoja hoitotyön kirjauksia. Tutkimuslupa olisi tällöin tullut pyytää myös tutkittavilta itseltään.

Materiaalin suhteen kustannukset koostuivat kehittämistoiminnan koulutusmateriaalin monistuskustannuksista. Henkilökunnan kouluttamiseen käytettiin Kanta.fi-sivustolla olevaa maksutonta materiaalia. Henkilöstöresursseja ei käytetty hankkeeseen, koska hanke toteutettiin osaston henkilökunnan omana kehittämistoimintana osastopalaverien yhteydessä. Henkilöstöresursseja ei irrotettu erikseen hankkeen käyttöön.

Ajatus vuodeosaston kirjaamisprojektiin lähti liikkeelle hoitajien ilmaisemasta kirjaamisen koulutustarpeesta kehityskeskusteluissa vuosina 2011-2013. Vuoden 2013 kehityskeskustelujen yhteydessä lähes kaikki hoitajat kokivat tarvitsevänsä rakenteisen kirjaamisen teoretietoa ja tukea käytännön potilastiedon kirjaamiseen potilaskertomukseen.

#### 6.1.1 Hoitajien rakenteisen kirjaamisen tietopohjan alkukartoitus

Kehittämispäivänä 24.4.2014 henkilöstön rakenteisen kirjaamisen osaaminen ja tietopohja kartoitettiin HoiData-hankkeessa (Tanttu 2009) vuonna 2007-2009 kehitellyllä Kailan ja Kuivalaisen (Liite 3) henkilökunnan koulutustarpeiden arviointilomakeella hoitajille. Lomakkeen kysymykset on jaoteltu osioihin, joiden avulla kartoitetaan vastaajien tietoa. Hoitotyön yhteenvedon tuntemista ja hoitoisuuden arvioinnista on omat osionsa.



Kuvio 9: Alkumittauksen tulokset hoitajien tiedollisesta tasosta rakenteisen kirjaamisen teoriasta huhtikuussa 2014

Kuviossa 9 on kyselyn tulokset koottuna kaavioon. Vaaleampi pylväs kuvaa oikeiden vastauksien maksimipistemäärää ja tummempi kyselyn vastausten pistemäärää. Pylväiden ollessa samalla tasolla vastaukset (=vastaukset) ovat oikein, ja mitä enemmän pylväillä on eroa, sitä enemmän on vastattu väärin kysymykseen suhteessa maksimipisteisiin (=max). Palkkien alla näkyvät kysymysten aihealueet.

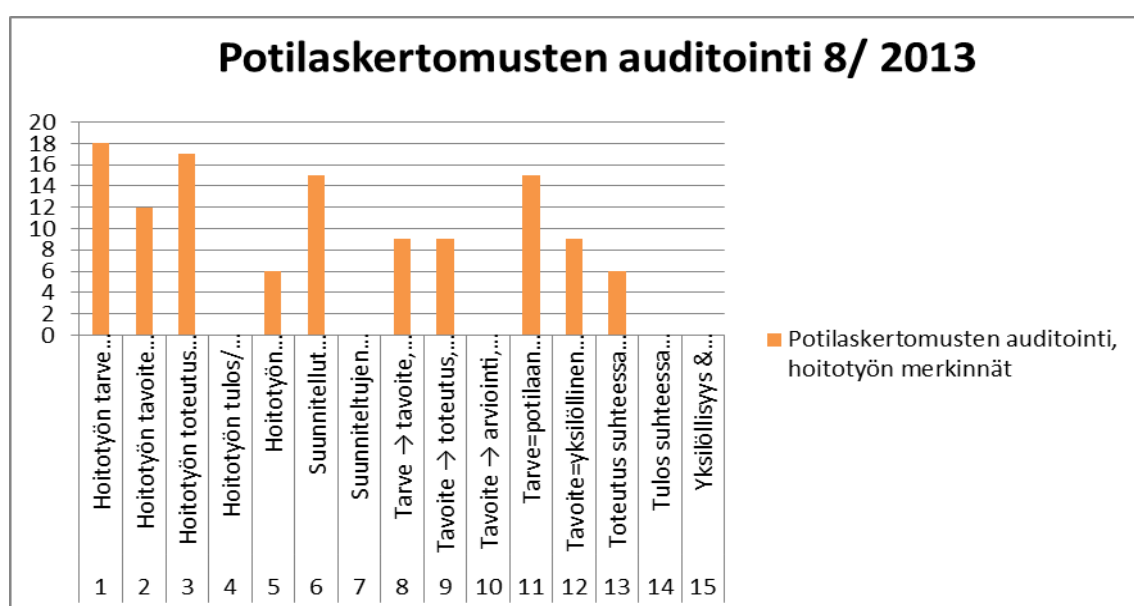
Hoitajat osasivat vastata hyvin kysymyksiin hoitotyön kirjaamisen merkityksestä ja systemaattisen kirjaamisen merkityksestä hoitotyössä. Hoitajien tietämys tarpeiden arvioinnista ja tulosten kirjaamisesta oli myös hyvällä tasolla. Vähiten tietoa oli FinnCC-luokituksesta, hoitotyön suunnitelman teoriasta ja hoitoisuuteen kuuluvista asioista. Hoitotyön yhteenvetoa koskevan kysymyksen kohdalla hoitajien tiedot olivat vähäisiä.

### 6.1.2 Hoitotyön kirjausten nykytilanteenkuvaus potilaskertomuksista

Elokuussa 2013 Tammikummun potilaiden sähköisten potilaskertomusten hoitotyönkertomus-sivuilta kerättiin 20 potilaskertomuksen otanta. Aineisto analysoitiin Varsinais-Suomessa tehdyn hoitotyön systemaattisen kirjaamisen kehittämishankkeessa, Kailan ja Kuivalaisen (2007-2009) kehittämällä ja heidän sittemmin muokkaamallaan HoiData-hankkeessa käytetyllä (liite 1) kirjaamisen auditointilomakkeella (Kaila & Kuivalainen 2008).

Otokseen valittiin yksi päivä ja kaikkien sinä päivänä osastolla olleiden potilaiden hoitokertomuksesta otettiin Hoke eli hoitotyön kertomusnäkökulma. Potilasotantaan valittiin tulosteista 20 ensimmäistä potilaskertomusta. Alkukartoituksessa otoksen määrä oli Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen auditointilomakkeen mukainen, 20 potilaskertomusta. Otoksen lukumäärään vaikutti se, ettei Tammikummun vuodeosaston potilasta saatu kahta täyttä 20 hoitokertomuksen otosta täyteen. Sihteeri leikkasi lomakkeista pois henkilötiedot, nimen ja henkilötunnuksen, potilaiden tietoturvan suojaamiseksi.

Sivulta tutkittiin rakenteisen kirjaamisen, otsakkeiden, alaotsakkeiden ja vapaan tekstin muotoon kirjatusta tekstistä lomakkeen ohjeiden mukaan määrällisesti esimerkiksi sitä, onko kirjaaminen yksilöllistä. Vastaukset ovat muodossa kyllä tai ei. Vastuksista saatiin mitattua määrällisesti asioita, joiden on tarkoitus muuttua otantojen välissä tapahtuvien koulutusten ja juurruttamisprosessin vaikutuksesta. Potilastietoja käsiteltiin niin, ettei tuloksista voi yksilöidä tai tunnistaa yksittäisiä potilaita.



Kuvio 10: Potilaskertomusten hoitotyön auditoinnin tulokset elokuussa 2013

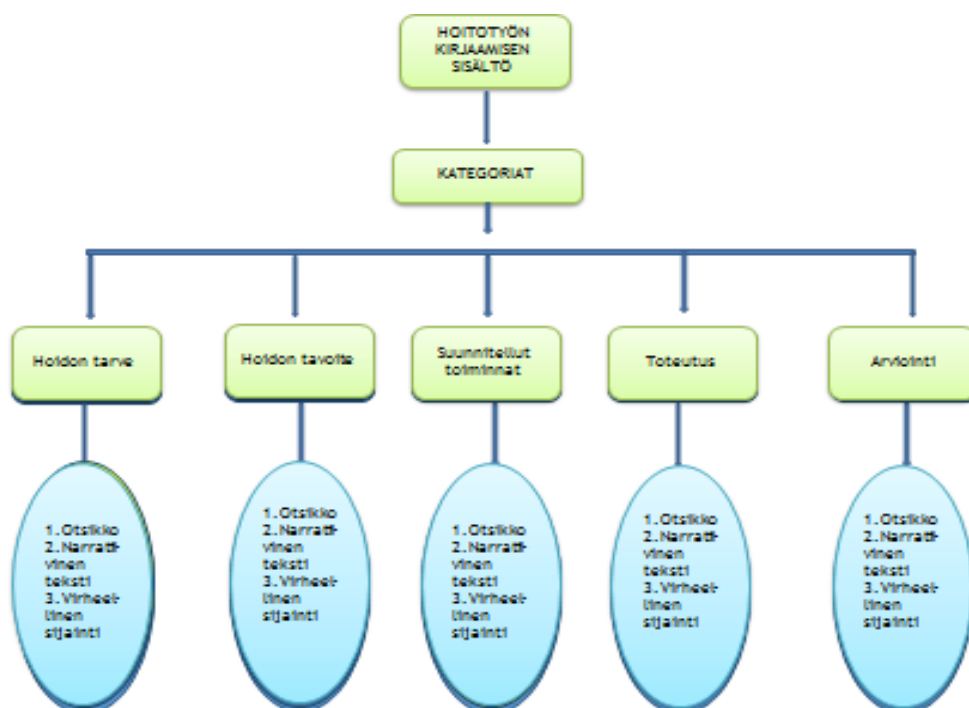


Kirjaamisen taso ilmaistaan Kailan ja Kuivalaisen (2008) lomakkeen lukuohjeen mukaan lopullisen pistemäärän avulla asteikolla kiitettävä (11,00-12,00 pistettä), hyvä (9,00-10,99 pistettä), tyydyttävä (7,00-8,99 pistettä), heikko (5,00-6,99 pistettä) ja ei hyväksyttävä (0,00-4,99 pistettä).

Alkukartoituksen kokonaistuloksesta nähdään kuviossa 10, että kirjaamisen tasossa tulos oli 5,8 eli ei hyväksyttävällä tasolla. Tämä tarkoittaa Kailan ja Kuivalaisen (2008) lomakkeen lukuohjeen mukaan sitä, että yksikössä tarvitaan kirjaamisen perusasioiden kehittämistä. Eniten oikeita kirjauksia oli tehty kohdissa hoitotyön prosessin mukaisen hoidon tarve, hoidon tavoite, hoidon toteutus ja suunnitellut auttamismenetelmät. Prosessin arviointi -kohtaan tuli vähiten merkintöjä. Hoitotyön yhteenvetoja löytyi 6 kappaletta. Kysyttäessä tarpeiden ja tavoitteiden sekä tavoitteen ja toteutuksen välistä yhteyttä, löytyi se 9:stä hoitotyön kirjauksesta. Hoidon tavoitteen ja arvioinnin välistä yhteyttä ei löytynyt yhdestäkään hoitotyön kirjauksesta. Osassa hoitotyön kirjauksissa oli yksilöllisyys huomioitu, ja yhteys hoitotyön tarpeen ja tavoitteen välillä löytyi noin puolessa hoitotyön kirjauksista. Totutuksen kirjaus suhteessa potilaan yksilöllisiin tarpeisiin löytyi 6:sta hoitotyön kirjauksesta. Hoitotyön arviointia tarkasteltaessa potilaskertomuksista ei löytynyt yhtään merkintää, jossa olisi kuvattu hoidon tulosta suhteessa hoidon tavoitteisiin. Yksilöllisyys ja loogisuus hoitotyön merkinnöistä puuttuivat kokonaan.

Hoitotyön kirjauksia tutkittaessa löytyi potilaskertomuksista merkintöjä, joita edellisen Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen auditointilomakeella tehty analysointi ei tunnistanut. Näiden merkintöjen näkyviin saamiseksi laadittiin erillinen, hoitotyön kirjaamisen sisällönanalyysi lomake, minkä avulla saatiin syvennettyä tietämystä hoitotyön kirjauksista. Sisällönanalyysi tehtiin vuonna 2014 toisen potilaskertomusten hoitotyön auditoinnin tuloksien analysoinnin jälkeen syksyllä 2014. Otokset molemmissa tutkimusasetelmissä, auditoinnissa ja sisällönanalyyssissä, olivat samat, näin otoksien eroista saatiin enemmän tietoa.

Kirjaamisen nykytilakartoitusta varten muodostettiin uusi, oma hoitotyön Kirjausten merkintöjen sisällönanalyysin koontilomake (Liite 4), jolla pyrittiin tuottamaan todenmukaista ja kuvailevaa tietoa komponenttien, otsikoiden ja vapaamuotoisen tekstin käytöstä. Kirjaukset jaoteltiin hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti. Edellä mainitut hoitotyön prosessin vaiheet, komponentit ja otsikot muodostavat ytimen kansalliseen kirjaamismalliin, joka puolestaan toimii hoitotyön kirjaamisen kehittämisen tavoitetilana. Hoitotyön kirjausten sisältöä tarkasteltiin myös tehdyn sisällönanalyysin avulla. Kategoriat perustuvat yleiseen viisivaiheiseen hoitotyön prosessimalliin, joka vaikuttaa hoitotyön kirjaamisen taustalla. Prosessimalli sisältää hoitotyön tarpeen arvioinnin, tavoitteiden asettelun, hoitotyön toimintojen suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin (Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2012, 21). Kuviossa 11 on havainnollistettu sisällönanalyysin kategoriat.



Kuvio 11: Sisällönanalyysi Tammikummun vuodeosaston hoitotyön kirjausten tietosisällöistä (mukaillen Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2013)

Taulukossa 3 ei perehdytä kirjausten laadulliseen sisältöön, tarkoituksena on tuottaa yleiskuva kirjaamisesta. Siksi on perusteltua tuottaa sisällönanalyysin avulla analysoitua ja kvantifioitua tietoa vuodeosastojen kirjaamisen tilasta kirjattujen asiiasältöjen osalta, kirjausten syvempien merkityksien tarkastelun sijaan.

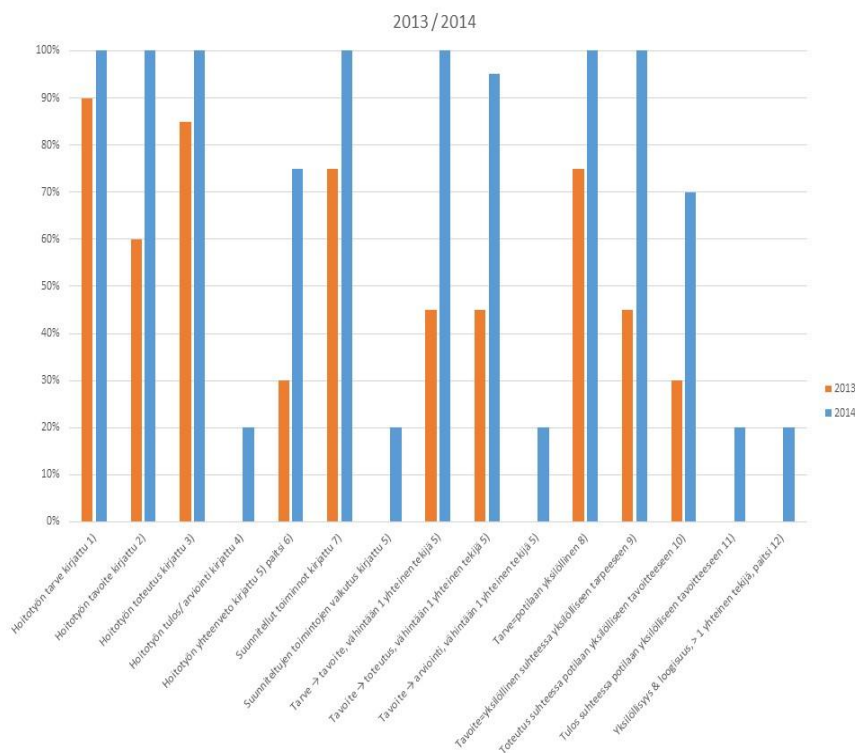
Hoitokertomukset n = 20					
Hoitotyön prosessi	Komponentti	Otsikko	Vapaa teksti	Virhemerkintä	Merkinnät yhteensä
Tarve	124	150	127	15 (Suunn.)	416
Tavoite	85	3	55	16 (Suunn.)	159
Suunnitellut toiminnot	185	325	177	4 (Tarve) 1 (Arviointi) 1 (Tavoite)	693
Toteutus	77	96	88	14 (Arviointi)	275
Arviointi	85	0	0	0	85
			Merkinnät yhteensä		1628

Taulukko 3: Sisällönanalyysin kvantifiointi elokuu 2013

Tutkittavia merkintöjä otoksessa oli yhteensä 1628 kappaletta. Sisällönanalyysin avulla kategorisoitiin kirjaukset hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Potilaskertomuksesta kartoitettiin, montako komponenttia, otsikkoa, vapaan tekstin osuutta tai virheellistä eli jonkin muun hoitotyön prosessin alle kuuluvaa merkintää sisältyi hoitotyön tietyn prosessin alle. Taulukosta 3 näkyy, että potilaskertomusten tässä otoksessa esimerkiksi hoitotyön prosessin tavoitteen alle oli kirjattu 85 komponenttitason merkintää, 3 otsikkotason merkintää, 55 vapaan tekstin merkintää ja 16 virheelliseen kohtaan tehtyä merkintää, joiden oikea merkintäpaikka oli suunnitellut toiminnot. Sisällönanalyysillä saatiin vahvistusta hoitotyön kirjaamisen auditoinnista saatuihin tuloksiin, jotka olivat samansuuntaisia kuin sisällönanalyysissa. Uutta tietoa saatiin virheellisten merkintöjen analysoinnista: kirjauksia arviointiin löytyi väärään kohtaan kirjattuna selkeästi eniten hoitoprosessissa hoitotyön toteutuksen kohdalla.

### 6.1.3 Potilaskertomusaineiston aineistojen väliarvioraportit

Potilaskirjausten kartoitus tehtiin ensin Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen auditointilomakkeella. Sisällönanalyysin avulla haettiin lisäinformaatiota siitä, kirjaavatko hoitajat potilaskertomuksissa oikeita asioita oikeisiin paikkoihin ja siitä, mitä asioita kirjataan väriin paikkoihin.



Kuvio 12: Kirjaamisen alku - ja väliarviomittauksen tulokset potilaskirjauksista Kailan ja Kuivalaisen auditointilomakkeella. Ensimmäinen (punainen) pystypylväs kuvaa vuoden 2013 elokuun otannan tuloksia ja toinen (sininen) kuvaa elokuun 2014 otannan tuloksia.

Kuviota 12 tarkastellessa nähdään määrällinen kasvu jokaisella tutkittavalla osa-alueella. Kasvua on myös niissä kohdissa, joissa ei alkukartoituksessa ollut ollenkaan vastauksia.

Alkumittauksen ja väliarvioinnin tulosten välillä on tapahtunut näkyvää positiivista kehitystä hoitotyön kirjaamisen osaamisessa. Kirjaamisprojektin vaikutus näkyy mittausten välillä selkeästi: hoidon tarpeen, hoidon tavoitteiden, hoidon suunnittelun, tavoitteen ja toteutuksen välisen yhteyden löytämisen, potilaan tarpeen yksilöimisen, yksilöllisyyden huomioimisen suhteessa yksilölliseen hoitotyön tarpeeseen ja tavoitteeseen sekä toteutuksen ja tuloksen suhteessa potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Kirjaaminen on mainituilla osa-alueilla kehittynyt vastaamaan hoitotyölle asetettuja vaatimuksia. Hoidon arvioinnin osalta on tapahtunut pientä edistystä, ja hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi tulee keskittyä yksilöllisen kirjaamisen kehittämiseen Kailan ja Kuivalaisen(2008) lomakkeen ohjeistuksen mukaisesti. Kokonaistuloksen osalta mittausten välisellä ajalla kirjaamisen tasossa tapahtui suuri muutos: 5,8 (ei hyväksyttävä taso) muuttui 10,40:een (hyvä taso).

Potilaskertomusten sisällönanalyysin tulokset näkyvät taulukossa 4. Yhteensä analysoitiin 3769 hoitotyön merkintää 20 potilaskertomuksesta.

Hoitokertomukset 2013 n = 20, 2014 n =20					
Hoitotyön prosessi	Komponentti 2013/2014	Otsikko 2013/2014	Vapaa teksti 2013/2014	Virhemerkintä 2013/2014	Merkinnät yhteensä 2013/2014
Tarve	124/172	150/244	127/242	15/26 (Suunn.)	416/684
Tavoite	85/130	3/0	55/119	16/15 (Suunn.)	159/262
Suunnitellut toiminnot	185/190	325/343	177/272	4/6 (Tarve) 1 / 9 (Arviointi) 1 (Tavoite) 1 (Toteutus)	693/797
Toteutus	77/69	96/94	88/77	14/28 (Arviointi)	275/268
Arviointi	85/130	0/0	0/0	0/0	85/130
			Merkinnät yhteensä		1628/2141

Taulukko 4: Sisällönanalyysin kvantifiointi 2013 ja 2014

Muutokset hoitotyön merkintöjen teossa näkyvät taulukosta 4. Yleisesti merkintöjen kokonaismäärä on selkeästi noussut, yhteensä jopa 31,5 %. Hoitoprosessin vaiheiden osalta, taulukossa vasemmassa laidassa, merkinnät ovat nousseet tarpeiden (64 %), tavoitteen (65 %), arvioinnin (53 %) ja suunniteltujen toimintojen (15 %) kohdalla, toteutuksen kohdalla on taas laskua (-2,5 %). Arviointien kohdalla väärään paikkaan on tehty 28 merkintää. Merkinnät on kirjattu virheellisesti hoitoprosessin toteutusvaiheeseen. Tästä voi vetää johtopäätöksen, että arviointien teko on selkeästi noussut lähtötilanteeseen verrattuna, mutta hoitajat eivät jostain syystä osaa kirjata niitä oikeaan hoitoprosessin vaiheeseen ja siksi arviointien osuus jää laskettuna komponenttien, otsikoiden ja vapaan tekstin osalta pienemmäksi. Hoitoprosessin suunnitellut toiminnot -kohdassa merkinnät nousivat (5 %), tarve, tavoite ja toteutus -kohdissa merkittiin hajamerkintöjä virheellisesti väärin kategorioihin.

## 6.2 Kehittämishankkeen riskit

Suurimmat riskit kehittämishankkeessa liittyivät ohjelmatoimittajaan, lähinnä aikataulujen ja toimitusvarmuuden suhteen.

Hankkeen riskejä vähentäviä tekijöitä oli Kauniaisten kaupungin liittyminen valtakunnalliseen Kanta-potilastiedon arkiston käyttäjäksi keväällä 2015. Tätä varten terveydenhuollon yksiköiden tulee tuottaa valtakunnallisten koodistojen ja määrittystenmukaista sisältöä arkistoon. Työnantajaan kohdistuva paine terveydenhuollon ammattihenkilöstön

kouluttamiseen on hanketta edistävä tekijä. Vuodeosaston hoitajien itse ilmaisema koulutustarve kertoo hoitajien motivaatiosta kehittää omaa ammattitaitoaan kirjaamisessa, mikä puolestaan vähentää hankkeen riskiä. Hankkeen toteutuksesta vastasi vuodeosaston osastonhoitaja, ja kehittämishanke oli hänen opinnäytetyönsä Laurean ylemmän ammattikorkeakoulun opinnoissa. Oppimismenetelmästä osastolla vastasi ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelija, ja juurruttamishankkeen viimeinen vaihe väliarvioista kevääseen 2015 on hänen opinnäytetyönsä. Kirjaamisen kehittämishankkeesta tehty swot-analyysi, joka esitetään taulukossa 5, painottaa tietojen helppoa saatavuutta ja toisaalta tietosuojan tärkeyttä henkilöstön ja potilaiden kannalta.

<p><b>Vahvuudet</b>          Kehittämistarve lähtenyt käytännön hoitotyön tekijöiltä itseltään, motivaatio hyvä          Sama tieto kaikkien kirjaajien käytössä helposti saatavissa          Helpottaa uusien työntekijöiden perehtymistä          Vahvistaa vuodeosaston mainetta koulutusmyönteisenä työyhteisönä          Hoitotyön yhteenvedot siirtyvät suunnitellusti Kanta-potilastiedonarkistoon          Vaatii vain vähän taloudellista panostusta toteutetuna osaston omana kehittämistoimintana juurruttamisen kehittämismenetelmää käyttäen, ei ulkopuolisia kouluttajia, materiaalikustannukset vähäiset          Kannustuslisät sitouttavat ja motivoivat henkilöstöä hankkeeseen          Lisää työyhteisön Me henkeä ja Flow:ta eli työn imua</p>	<p><b>Heikkoudet</b>          Tietovuodot potilaskertomusten tietoja kerätessä, tiedot paperilla, heikko tietosuoja kun potilaat tunnetaan osastolla hyvin.          Sitoutuminen pienin osin sovittuun kirjaamismalliin heikkoa, ei koeta hoitotyön osaksi          Kehityskeskustelujen luottamuksellisuuden kokeminen uhatuksi henkilöstön puolelta.          Potilastietojärjestelmän monopoliasema; mahdollisten haluttujen muutosten tekeminen hankalaa</p>
<p><b>Mahdollisuudet</b>          Potilaat saavat hyvää hoitoa hoitotyön suunnitelmiin ollessa ajantasaisia          Potilaat tutkimus- ja hoidot ajallaan ja osastolla oloaika lyhenee          Hoitotyön yhteenvedot siirtyvät suunnitellusti muiden terveydenhuollon ammattilaisten n käyttöön          Hoitotyön tekijöiltä itseltään lähtenyt kehittämistarve lisää henkilöstön sitoutumista uuden kirjaamisohjeen kehittämiseen ja siihen sitoutumiseen          Lisää vuodeosaston vetovoimaa aikaansa seuraavana edistyksellisenä ja laadukkaana työpaikkana, kehittämismyönteiset työntekijät hakeutuvat työyhteisöön, vuodeosastosta tulee vetovoimainen työyhteisö.          Lisää työyhteisön Me henkeä ja Flow:ta eli työn imua.</p>	<p><b>Uhat</b>          Tietovuodot potilaskertomusten tietoja kerätessä, tiedot paperilla, heikko tietosuoja kun potilaat tunnetaan osastolla hyvin.          Kehityskeskustelujen luottamuksellisuuden kokeminen uhatuksi henkilöstön puolelta, mihin tietoja käytetään, tiedon käyttö tulevaisuudessa, kuka käyttää ja mihin tarkoitukseen          Sitoutuminen sovittuun toimintaohjeeseen, tehdään ”niin kuin ennenkin” hankkeen jälkeen Henkilöstön vaihtuessa käytäntö ei siirry uusille työntekijöiden tietoon, perehdytys pettää</p>

Taulukko 5: Swot-analyysi Tammikummun vuodeosaston kehittämishankkeesta

Tehdyssä swot-analyysissä vahvuudet ja mahdollisuudet nousivat selkeästi uhkia ja heikkouksia enemmän esiin. Esimerkiksi koulutusmyönteinen työyhteisö on vetovoimatekijä työmarkkinoilla, ja tällaiseen työyhteisöön hakeutuu kehittämismyönteisiä, ammatillisesti kunnianhimoisia työntekijöitä, joilla on suotuisa vaikutus koko työyhteisön kehittymiseen.

### 6.3 Osastonhoitajan näkemys nykytilanteesta

Osastohoitajan tekemässä Tammikummun asiakasraportissa tehdessä kävi selväksi, että rakenteisessa potilaskirjaamisessa tarvitaan lisäkoulutusta kirjaamisen vahvistamiseksi ja sen laadun parantamiseksi. Tammikummun terveyskeskussairaalan vuodeosastolla kehityskeskustelujen yhteydessä tehdyssä osaamiskartoituksessa 2013 kävi ilmi, että 24 hoitotyöntekijästä 18 koki tarvitsevansa lisäkoulutusta rakenteisessa kirjaamisessa. Erityisesti hoitotyön arviointi Hoke-sivulla ja hoitotyön yhteenvetojen teko koettiin hoitajien keskuudessa vaikeaksi. Joillakin hoitotyön tekijöillä oli puutteita potilastietojärjestelmään liittyvissä tietotekniikan perustiedoissa ja -taidoissa.

Hilmo-potilasilmoituksen täytti sihteeri tai osastonhoitaja jälkepäin, potilaan jo ollessa osastolla tai sieltä kotiutua. Osin ilmoitukset jäivät puutteellisiksi tai niitä ei tehty ollenkaan, jos potilas oli lähtenyt ennen Hilmo-potilasilmoituksen täyttämistä esimerkiksi lomavaikeuksina. Silloin rekisteriin siirtyvät tilastotiedot olivat virheellisiä ja/tai puutteellisia vuodeosaston osalta.

Potilaskirjausten nykytilan ongelmia kartoitettaessa havaittiin neljässä osa-alueessa selkeät puutteet: FinnCC-luokitusten käyttö oli puutteellista, kirjausta tehtiin paljon päällekkäin, hoitosuunnitelmat eivät olleet ajantasaisia vaan osin puutteellisia ja hoitotyön yhteenvetoja tehtiin harvoin.

### 6.4 Yhteenveto nykytilanteen kuvauksesta

Kattavan alkukartoituksen pohjalta oli havaittavissa useita kirjaamisen kehittämiskohteita. Alkukartoitukset tehtiin aikavälillä 08/2013-08/2014. Alkukartoitus tehtiin käyttämällä Kailan ja Kuivalaisen 2008 mukaista auditointilomakkeistoa ja itse muodostettua kysymyslomaketta. Kartoituksessa hyödynnettiin hoitoprosessin vaiheiden arvioimista otantaan kuuluneiden potilaskertomusten osalta. Otoksen yhteismäärä alkukartoituksessa oli 20 potilaskertomusta. Hankkeen alkukartoitusvaiheen nykytilakartoitukseen käytettiin tulosten analysoimiseksi sekä laadullista että määrällistä tutkimusotetta induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Tuloksia analysoitiin määrällisesti luomalla numeerista tietoa eri asioiden ilmenemisestä. Laadullista lähestymistapaa käytettiin kirjausten sisältöjä tutkimisessa sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysin avulla saatavia tietoja kvantifioitiin.

Koska tarkoituksena on kuvata hoitotyön kirjaamisen nykytilaa, on tietolähteeksi valittu hoitotyön aidot kirjaukset potilastietojärjestelmästä. Aitoja kirjauksia käytettäessä on erityisen tärkeää säilyttää anonymiteetti niin kirjaajien kuin kirjausten kohteena olleiden potilaiden osalta. Alkuperäisiä tarkkoja hoitotyön kirjauksia ei ole jäljennetty tutkimusaineistoon mis-

sään vaiheessa, eikä siten sanatarkkoja lainauksia esitetä raporttiin lainkaan tutkimuseettisiin syihin perustuen. Salassapitoon, anonymiteettiin ja dokumenttien muodostamiseen, hyödyntämiseen ja huolelliseen säilyttämiseen liittyvät lainsäädännölliset ja eettiset tekijät ovat erityisen tärkeitä, ja ne on siksi pyritty kuvaamaan raporttiin tarkasti useassa eri vaiheessa. Aineistonhankinta on ollut organisaatiosta projektia varten anottuun ja saatuun tutkimuslupaan perustuvaa toimintaa, jossa on pyritty noudattamaan hyvää eettistä ja tietojenkäsittelyllistä tieteellistä toimintakäytäntöä.

Kirjaamisen kehittämistyön tarkoituksena on luoda uusi, yhtenäinen valtakunnallisten ohjeistuksien mukainen hoitotyön kirjaamisohje vuodeosastolle. Tämän vuoksi on tärkeää muodostaa tarkka kuva vuodeosaston hoitotyön kirjaamisen nykytilasta. Tarkka nykyntilakuvaus auttaa ymmärtämään hoitajien kirjaamisessa olemassa olevat eroavaisuudet ja tekee näkyväksi kirjaamiseen liittyvät epäkohdat. Sen perusteella saadaan tietoa, mistä kirjaamisen osa-alueesta kehittämistoiminta olisi hyvä aloittaa.

Alkukartoituksesta ilmeni monia kehittämiskohteita, kuten esimerkiksi kirjaamisessa käytettävän otsikoinnin ja erityisesti komponenttien käytön epäyhtenäisyys. Otsikoiden merkitys oli jäänyt jostakin syystä epäselväksi, eikä niitä oltu käytetty kirjaamisessa kansallisten ohjeistuksien mukaan. Osa komponenteista oli vähällä käytöllä siksi, että esimerkiksi hoitotyön tulosten komponentti 'aktiviteetti' tai 'aistitoiminta' ei sinällään kerro, mitä kaikkea otsikon alle voisi kirjata. Kirjaamisessa yksilöllisyyden huomioiminen puuttui lähes kokonaan. Yhdeksi kirjaamisen kehittämistä vaativaksi kohteeksi alkukartoituksen perusteella saatiinkin hoitotyön kirjaamisessa käytettävä otsikointi ja yhteenvetojen teon kehittäminen.

Hoitotyön yhteenvetojen ja loppuarviointien teko koettiin haastavaksi, eikä niitä juurikaan tehty vuodeosaston potilaiden potilaskertomuksiin. Hoitotyön yhteenvedot siirtyvät hoitotyön kirjauksista Kanta-potilastiedonarkistoon keväällä 2015 Kauniaisten kaupungin liittyessä arkiston käyttäjäksi.

Hoitoprosessin vaiheita alkukartoitustuloksista tarkasteltaessa, oli selkeästi havaittavissa, että varsinkin hoidon arviointia kirjataan hyvin vähän. Sisällönanalyysin avulla kirjausten asiasisällöistä tehdyn hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaisen kategorisoinnin tuloksena oli havaittavissa, että tavoitteiden määrittäminen tehdään vähän ja että pääasiassa kirjataan hoidon toteuttamista. Hoidon tulosten arvioinnin vähäisyys voi johtua pitkälti myös siitä, että tavoitteita ei aseteta. Mikäli tavoitteita ei aseteta, on melko mahdotonta arvioida saavutettuja tuloksiakaan.

Alkukartoituksesta oli havaittavissa, että hoitoprosessin mukaista kirjaamista tulisi kehittää ja



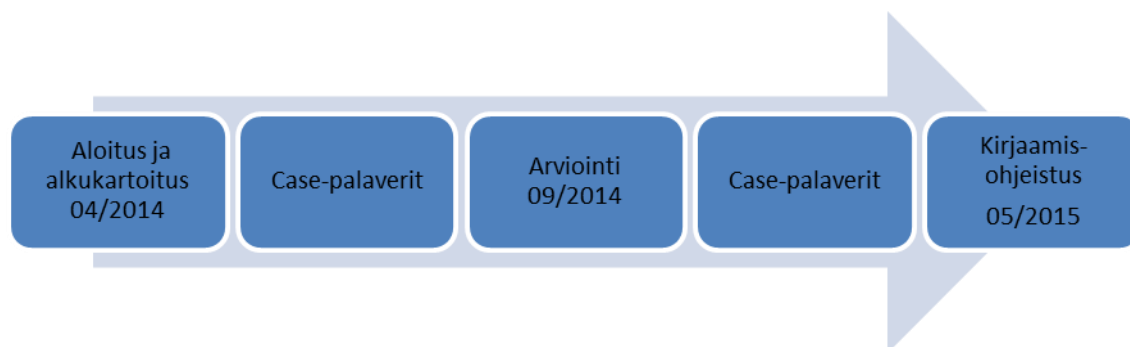
huomioida hoitotyön yhteenvedojen käyttöönoton edistäminen. Osastonhoitajan näkemyksen mukaan sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa osastolla tarvitaan lisäkoulutusta kirjaamisen vahvistamisessa, kirjaamisen laadun parantamisessa ja hoitajien ammattitaidon kehittämisessä kirjaamisen suhteen. Edellä lueteltujen asioiden perusteella voitiin tehdä johtopäätös kehittämishankkeen toteuttamisen tarpeellisuudesta Tammikummun vuodeosastolla.

Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen edellyttää koulutusta ja tiedotusta Tammikummun potilastietojärjestelmään kirjaavalle henkilöstölle siitä, miksi ja miten muutokset toteutetaan. Muutosvaiheen johtaminen edellyttää esimiehiltä tietoa, taitoa, verkostoitumista muiden toimijoiden kanssa ja yhteistyön kehittämistä henkilöstön kanssa.

## 6.5 Uuden toimintatavan rakentaminen

### 6.5.1 Kehittämishankkeen aikajana

Kirjaamisen kehittämisprojekti alkoi vuodeosastolla huhtikuussa 2014 henkilöstön kehittämispäivänä. Ryhmä kokoontui kerran viikossa kesäkuusta syyskuuhun 2014, ja sen jäsenet huolehtivat osaston casepalaverien pitämisestä ja niiden sisällöstä. Kirjaamishankkeen aikataulu esitetään kuviossa 13.



Kuvio 13: Tammikummun terveyskeskussairaalan vuodeosaston kirjaamisen kehittämishankkeen prosessivaiheiden aikajana

Tämä opinnäytetyön raportti sijoituu aikajanalla syyskuussa 2014 tehtävään arviointiin. Kirjaamisen kehittämisprojekti jatkuu sen jälkeen vielä kevääseen 2015 uuden kirjaamisohjeen valmistuttua (kuvio 13).

### 6.5.2 Juurruttaminen kirjaamishankkeen kehittämismenetelmänä

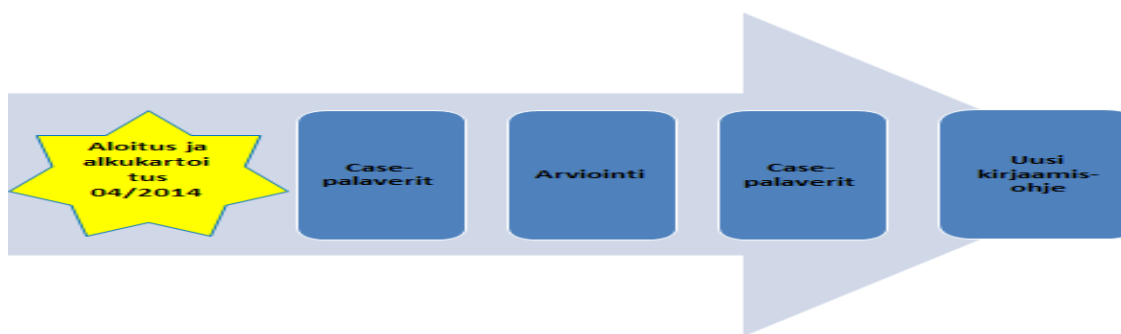
Hankkeeseen on valittu kehittämismenetelmäksi juurruttaminen. Juurruttamisessa käytetty Learning by Developing -oppimismenetelmä sopii hyvin hoitotyön tekijöiden itse ilmaisemasta koulutustarpeesta liikkeelle lähteneeseen kehittämishankkeeseen. Juurruttaminen on otettu käyttöön terveydenhuollon kehittämisprojektissa Lohjan ammattikorkeakoulun ja Lohjan sairaanhoitoalueen vuonna 2004 sopimassa yhteisessä kirjaamisen kehittämisprojektissa, ja sitä on jatkokehitetty 2004 lähtien ammattikorkeakoulussa alueellisten kumppanien toimesta. Tämän vuoksi terveydenhuollon yksikössä tapahtuvaan uuteen toimintaohjeeseen tähtäävään kehittämisprojektiin valittiin juuri tämä kehittämismenetelmä. Hankkeessa esimies saa mahdollisuuden tarkastella omaa toimintaansa johtajana myös eettiseltä kannalta. Juurruttamisessa esimiehen rooli on merkittävä juurruttamisprosessia edistävässä tekijöissä mainittu tekijä. Kansallisten tutkimusten mukaan kehittämistoiminnassa esimiehen tuki ja innostuneisuus koetaan työyhteisössä tärkeänä, jopa siinä määrin, ettei uusien toimintatapojen kehittäminen ja/tai käyttöönotto onnistu ilman esimiehen sitoutumista (Kanto & Kanste 2008; Kanste 2011).

#### 6.5.3 Vuodeosaston juurruttamistyöryhmä

Kirjaamisprojektin aloituspäätöksen jälkeen halukkaat saivat ilmoittautua ryhmään. Vapaaehtoisia hoitajia juurruttamisryhmään ilmoittautui seitsemän, joista yksi oli sairaanhoidonopiskelija. Tammikummun osaston henkilökunnasta perustettu juurruttamistyöryhmä aloitti virallisesti toimintansa osaston kehittämispäivänä huhtikuussa 2014. Ryhmän ison koon tarkoituksena oli, että joka viikko torstai-iltapäivänä ainakin osa juurruttamistyöryhmän jäsenistä olisi paikalle case-potilastapaussalaverissa, sillä kaikki eivät aina päässeet paikalla kolmivuorotaitekevässä yksikössä vuorotyön ja lomien takia. Kakki halukkaat saivat liittyä juurruttamistyöryhmään, joten osallistujat olivat asiaan motivoituneita ja innostuneita kehittämään hoitotyön kirjaamista vuodeosastolla.

Työryhmän jäsenet halusivat mukaan kirjaamiseen kohdistuvan innostuksen ja kiinnostuksen vuoksi. Osa ryhmän jäsenistä oli opiskelun aikana tutustunut ja oppinut rakenteista kirjaamisesta potilaskirjauksissa, joten heillä oli jo alun perin hyvät tiedot ja taidot rakenteisesta kirjaamisesta. Juurruttamisryhmään ilmoittautui myös kaksi kokeneempaa hoitajaa, jotka halusivat kehittää omaa taitoaan kirjaamisen suhteen koettuaan taitojensa olevan puutteellisia. Työryhmä kokoontui syyskuun loppuun mennessä kerran viikossa. Uuden toimintatavan juurruttaminen ja vertaisoppiminen tapahtui työyhteisön sisällä jäsenten keskinäisessä kanssakäymisessä ja kirjaamisen käytännön toteutuksen yhteydessä.

#### 6.5.4 Juurruttamistoiminnan nykytilan kuvaus



Kuvio 14: Hoitotyön kirjaamisen kehittämissuunnitelman prosessivaiheiden eteneminen, nykytilanteen kuvaus ja hankkeen aloitus huhtikuun 2014

Opinnäytetyön aiheen selvittyä vanhustyön päällikön ja sosiaali- ja terveysjohtaja antoivat hyväksynnän aloittaa vuodeosaston kirjaamisprojektin suunnitteluvaihe ja hanke päästiin aloitusvaiheeseen (kuviokuva 14). Asia esiteltiin Kauniaisten vanhustyön johtoryhmässä ja hoitotyön kehittämissuunnitelmissa. Kehittämissuunnitelman ohjaussuunnitelmaan kuului Kauniaisten sosiaali- ja terveysjohtaja, taluspäällikkö, vanhustalvutuspäällikkö, dementiakoti Villa Anemonen osastonhoitaja, vanhainkoti Villa Bredan osastonhoitaja ja Kauniaisten kotihoidon osastonhoitaja.

Vuodeosaston henkilökunnalle tiedotettiin vuodeosastolla tapahtuvan juurruttamissuunnitelman suunnittelusta viikkopalaverissa joulukuusta 2013 lähtien. Suunnitteluvaiheessa kuunneltiin henkilökunnan toiveita koulutuksesta ja tehtiin suunnitelmat yhdessä osaston hoitohenkilökunnan kanssa keskustellen henkilöstön kanssa aiheesta viikkopalaverissa. Myös osaston kahvipöytäkeskusteluissa keskusteltiin vilkkaasti Kanta-potilastiedonarkistosta ja sen mukanaan tuomista muutoksista. Projektin virallinen aloituspäivä oli huhtikuun 24. päivä 2014, jolloin hanke julkistettiin Tammikummun henkilökunnan kehittämispäivän yhteydessä pidetyssä tiedotustilaisuudessa. Kirjaamisen kehittämissuunnitelma oli ja on ammattikorkeakoulun oppilaiden ja organisaation välistä yhteistä kehittämistoimintaa. Vuodeosastolla työskentelee kaksi Laurea ammattikorkeakoulun opiskelijaa. Vuodeosaston osastonhoitaja, ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija, on tämän opinnäytetyön tekijä. Vuodeosastolla työskentelevä lähihoitaja opiskelee sairaanhoitajatutkintoa samassa oppilaitoksessa ammattikorkeakoulussa, ja on toinen hankkeen toimijoista. Molemmilla oli omat roolinsa projektissa. Kummatkin olivat sitoutuneita projektissa toimimiseen ja tekevät opinnäytetyönsä tästä kehittämissuunnitelmasta, ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija hankkeen aloituksesta väliarviointiin 2014 asti ja ammattikorkeakoulun opiskelija hankkeen loppuvaiheesta keväeseen 2015. Molemmat tekevät lopputyönään kirjaamisen kehittämissuunnitelmasta raportin, sairaanhoitajaopiskelija painottaen juurruttamisen ja kirjaamisen kehittämisen näkökulmaa ja osastonhoitaja tarkastellen projektia lähiesimiehen näkökulmasta. Molemmat ovat opiskelujensa kautta hyvin sitoutuneita ja motivoituneita

rooliinsa projektissa vuodeosastolla.

Vuodeosaston kehittämispäivänä 24.4.2014 pidetyssä aloitustilaisuudessa osastonhoitaja piti tiedotustilaisuuden henkilökunnalle Kanta-potilastiedonarkistosta ja siitä, mitä vaatimuksia arkisto tuo hoitohenkilökunnalle kirjaamisen ja tietosuojan osalta. Omakatseluohjelmasta käytiin vilkasta keskustelua, ja pohdittiin sitä, mitä haasteita seuraa potilaiden nähdessä hoitajien kirjaukset suoraan Kanta-potilastiedonarkistosta. Sairaanhoidon opiskelija kertoi henkilökunnalle teoriatietoa rakenteellisesta kirjaamisesta ja kirjaamisen kehittämisprojektin suunnitellusta toteuttamisesta osastolla. Projektiin valmistettiin neljä kirjaamiskansiota, joihin laitettiin Terveystieteiden 1. osa Rakenteisen kirjaamisen oppaasta ja FinnCC-luokitusopas. Nämä kansiot olivat mukana aloitustilaisuudessa. Kansiot käytiin läpi ja niiden käyttöön ohjeistettiin. Kerrottiin, että kansiot toimivat kehittämishankkeen aikana kirjaamisen apuna vuodeosastolla.

#### 6.5.5 Viikoittaiset case-palaverit vuodeosastolla



Kuvio 15: Hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektin prosessivaiheiden eteneminen, case-palaverit vuodeosastolla kesäkuusta syyskuuhun 2014

Case-palaverivaiheessa (kuvio 15) osastonhoitaja varasi osastopalaverin jälkeen 30 minuutin ajan case-palaverien pitoon osastotuntien yhteydessä. Osastopalaverin peruuntuessa koko osastotunnille varattu tunti käytettiin sovittuun case-palaveriin. Palaverit pidettiin koko projektin ajan aina samana viikonpäivänä ja aikana samassa tilassa. Näin osastonhoitaja pyrki varmistamaan, että henkilöstöllä oli tieto siitä, mitä ja milloin tapahtuu ja miten projekti näkyy ja etenee osastolla. Juurruttamisryhmä kokoontui kesäkuusta 2014 lähtien joka torstai työstämään käsiteltävää case-tapausta. Case-palaverissa potilaskirjaus käsiteltiin sinä päivänä työvuorossa olevan henkilökunnan kanssa. Kokoontumisaikataulu sovittiin kiinteäksi henkilöstön kolmivuorotyön vuoksi, ja työryhmän jäsenet laitoivat itse työvuorotoiveensa kokoontumisen mukaan työvuorotoiveilistaan. Osastonhoitaja varmisti henkilöstön työvuorosuunnittelussa aikaresurssit niin, että iltavuorolaiset tulivat joka torstai kello 13 alkavaan osastopalaveriin ja osallistuivat sen jälkeiseen case-palaveriin. Vuorotyön ja vuosilomien vuoksi ryhmän iso koko ja toiminnan joustavuus mahdollistivat hyvin ryhmän jokaviikoiset kokoontumiset.

Casepalaverit pidettiin viikkopalaverien yhteydessä kanslian vieressä sijaitsevassa henkilökunnan yhdistetyssä tauko- ja palaveritilassa. Tila on avara, ja siellä on kalustuksena iso soikea pöytä, keittiönurkkaus ja laukkukaapisto. Tilaan mahtuu kerrallaan n. 15 henkilöä, ja se saadaan suljettua liukuovella erilleen kansliasta, jolloin muodostuu rauhallinen ja häiriötön tila. Osastolla on videotykki ja kannettava tietokone, joiden avulla kaikkien on mahdollista seurata ryhmän valitsemaa case-tapausta. Viikkopalaverin ensimmäinen puoli tuntia klo 13.00-13.30 käsiteltiin muita osaston asioita ja tiedostusasioita. Joskus paikalla oli ulkopuolinen kouluttaja tai konsulentti, esimerkiksi asiantuntija tai tuote-esittelijä, puhumassa ja/tai kouluttamassa. Palaverin toisen puoli, 13.30-14.00, käytettiin projektiryhmäläisen edellisenä päivänä valitsemaan case-tapaukseen.

Ryhmän jäsenet ja osastonhoitaja huolehtivat osaston case-palaverien pitämisestä ja niiden sisällöstä. Osastonhoitaja huolehti palaverin pitopaikkaan tekniset apuvälineet käyttövalmiiksi ennen osastopalaverin alkua varmistaakseen, ettei kirjaamishankkeeseen varattua aikaa käytetty laitteiden käyttövalmiiksi saattamiseen. Case-tapauksen valinnassa kuunneltiin henkilökunnan toiveita ja vastattiin senhetkisiin tarpeisiin käytännön tilanteiden kautta, esimerkiksi jos joku potilas oli kotiutumassa ja haluttiin yhdessä harjoitella loppuarvioinnin ja uloskirjauksen tekoa. Kannettavan tietokoneen ja videotykin avulla case-tapauksen kirjaukset heijastettiin kanslian seinälle kaikkien läsnäolevien näkyville. Case-palaverin kulku oli sovittu siten, että yksi palaveriin osallistuvista hoitajista teki potilaskirjaukset potilastietojärjestelmään yhdessä muun ryhmän kanssa. Esimerkiksi joillekin hoitajille hoitotyön yhteenveto oli haasteellinen tekniseltä toteutukseltaan, joten he tekivät teknisen toteutuksen case-palaverin aikana yhdessä ryhmän kanssa oppiakseen teknisen toteutuksen tekoa. Osastohoitaja oli mukana aktiivisesti case-palavereissa.

Kirjaukset aloitettiin tarkastelemalla hoidon tarpeita, tavoitteita, auttamismenetelmiä, toteutumista ja hoitotyön arviointia, sekä sitä, onko tiedot kirjattu ja ovatko kirjaukset oikeissa kohdissa hoitotyönkertomuksen (HoKe) sivulla potilaskertomuksessa. Hoitajat miettivät, olivatko tarpeet ja tavoitteet määritelty potilaslähtöisesti vai osaston ja toimenpiteiden aika-tilan näkökannalta. Tarpeiden ja tavoitteiden suhdetta arvioitiin miettimällä tavoitteiden realistisuutta ja toteutuskelpoisuutta. Case-tapauksesta tarkasteltiin, löytyikö potilaskertomuksesta yhteys tarpeiden ja tavoitteiden välillä ja oliko auttamismenetelmän valintaa mietitty jo hoidon suunnitteluvaiheessa vai vasta myöhemmässä vaiheessa. Arvioinnin osalta kiinnitettiin huomiota siihen, oliko valittujen auttamismenetelmien kohdalla arvioitu toteutuksen jälkeen menetelmien vaikuttavuutta ja tulosta hoidossa. Hoitotyöyhteenvetoja tehtiin yhdessä ryhmän kanssa. Ryhmässä mietittiin yhdessä, mitkä ovat yhteenvetoihin siirrettäviä tietoja. Case-palaverissa esiin tulleet, selvitystä kaipaavat asiat kirjattiin ylös, ja projektiryhmäläiset selvittivät ne seuraavaan kertaan mennessä. Case-palavereissa sovittiin asioita, jotka viedään heti käytäntöön, esimerkiksi miten kirjataan potilaan sisäänkirjauksen teon yhteydes-

sä Hilmo-potilasilmoitustiedot. Tätä myös harjoiteltiin case-tapauksen avulla. Toiminnalla haluttiin varmistaa kaikkien osallisuus yhdessä tekemiseen. Sovittu käytäntö vietiin suoraan toteutukseen ottamalla case-palaverissa tuotettu ohje osastolla heti käyttöön.

### 6.3.5 Uuden toimintatavan rakentaminen

Kehittämistyössä oli tarkoitus luoda uudenlainen ja yhtenäinen toimintaohje hoitotyön kirjaamiseen terveyskeskusvuodeosastolla. Malli on myös siirrettävissä muihin terveydenhuollon toimintayksikköihin. Uudessa kirjaamismallissa käytetään Terveystieteiden keskeisten rakenteisten tietojen oppaan (Lehtovirta & Vuokko 2014) mukaisia valtakunnallisia otsikoita. Hoitotyön toiminnot - otsikkoa käytettäessä käytetään tarkentimena FinnCC-luokituksen mukaisia komponentteja. Uudessa toimintaohjeessa huomioidaan aiempaa tarkemmin hoitoprosessin vaiheiden mukainen kirjaaminen sekä väli- ja loppuyhteenvetojen teko. Toimintaohjeessa huomioidaan lakisääteinen terveydenhuollon toimintayksikön potilasilmoitusten teko THL:lle ja Hilmo-tiedot hoitotyönkirjauksen yhteydessä.

Mallin jalkauttamisesta ja juurruttamisesta työyhteisöön huolehtivat hoitotyön kirjaamisen kehittämistyöryhmään kuuluvat jäsenet tiedottamalla työyhteisössä viikoittaisten case-palaverien yhteydessä. Osastonhoitaja huolehti hankkeen resursoinnin ajallisesti ja taloudellisesti. Myös työyhteisön jäsenten keskinäisessä kanssakäymisessä ja kirjaamisen käytännön toteutuksen yhteydessä tapahtuu vertaisoppimista ja siten uuden tiedon ja toimintatavan juurruttamista.

## 7 Uusi toimintatapa

Tässä luvussa kuvataan kirjaamisen kehittämishankkeessa kehitetyn uuden kirjaamisen toimintaohjeen kuvaus ja uuden toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön.

Vuodeosaston kehittämishankkeessa toiminta suuntautuu hoitajan tekemään hoitotyön dokumentaatioon, josta tehdään jokaisen hoitajan toimesta perustyössä käytettävä työkalu. Sillä arvioidaan hoidossa olevan potilaan saaman hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta sekä myös hoitotyön kirjaajan ammattitaitoa.

Kehittämisprojektissa tuotettiin uusi käytännön toimintaohje hoitotyön potilaskirjaamisen hoitotyön kirjaamiseen. Tavoitetilan toteuttamisen avuksi kehitetty aihe uudeksi kirjaamisen toimintaohjeeksi on taulukossa 6. Siitä kehitetään hankkeen aikana uusi toimintaohje hoitohenkilökunnalle potilastiedon kirjaamiseksi potilastietojärjestelmään.

<p><b><u>UUSI KIRJAAMISEN TOIMINTAOHJE TAMMIKUMMUSSA 2014</u></b>  <b><u>Potilaan tullessa osastolle:</u></b></p>
---

Vastaanottava hoitaja varaa riittävästi aikaa potilaan ohjaukseen osastolle tullessa ja huolehtii kokonaisvaltaisesti potilaan asioita:

- tekee sisäänkirjauksen, täyttää Hilmo-tiedot Mediatriin
- kirjaa omaisuusluettelon tulopäivän HoKe-sivulle
- täyttää ruokakortin ja informoi laitoshuoltajaa uudesta potilaasta
- hoitossunnitelman aloitus, hoidon tarpeen määrittely, apuvälineet jne.

**Päivittäisissä kirjauksissa:**

- hoidon tarpeet päivitetään ajan tasalle
- hoidon arviointia tehdään jokaisen työvuoron kirjauksiin
- hoidon arviointia käytetään pohjana hoidon tarpeen arvioinnissa yhdessä RaiRapsien kanssa

**Hoitojakson päättyessä:**

- hoitotyön yhteenveto väliarviona 3 kk välein ja loppuarvio Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen oppaan mukaisesti tehtynä

Taulukko 6: Uuden toimintaohjeen aihe syksyllä 2014 potilaskirjausten tekemiseen Tammi-kummun vuodeosastolla 2014

### 7.1 Uuden toimintaohjeen mukainen toiminta käytännössä

Tässä uudessa kehittämisprojektin aikana muokkautuvassa toimintaohjeessa vastaanottava hoitaja huolehtii kokonaisvaltaisesti kaikki potilaan sisäänkirjaukseen ja osastolle tulon liittyvät asiat. Tulohaastattelun yhteydessä hoitaja tarkistaa potilaalta henkilötiedot, osoitetiedot ja lähiomaisen tai mahdollisen asioidenhoitajan yhteystiedot. Tulohaastattelulomakkeen mukaan tehdystä haastattelusta käy ilmi potilaan mahdolliset allergiat ja muut riskitiedot, avun tarve päivittäisissä toiminnoissa, kotilääkitystiedot, apuvälineet ja mahdollinen dieetti. Haastattelulomakkeeseen kirjataan myös potilaan mukana oleva omaisuus. Potilailta kysytään myös erityistoiveet, joita he haluavat tuoda esiin hoitonsa ja osastollaolonsa suhteen.

Haastattelun pohjalta hoitaja täyttää potilaan Hilmo-potilashoitoilmoituksen sisäänkirjauksen yhteydessä. Hilmo-ilmoituksen täyttö koettiin vaikeaksi siinä olevien yksityiskohtaisten kysymysten vuoksi. Ilmoituksen täyttämisen helpottamiseksi hoitajille tehtiin kirjallinen pikaohje, joka otettiin käyttöön projektin aikana.

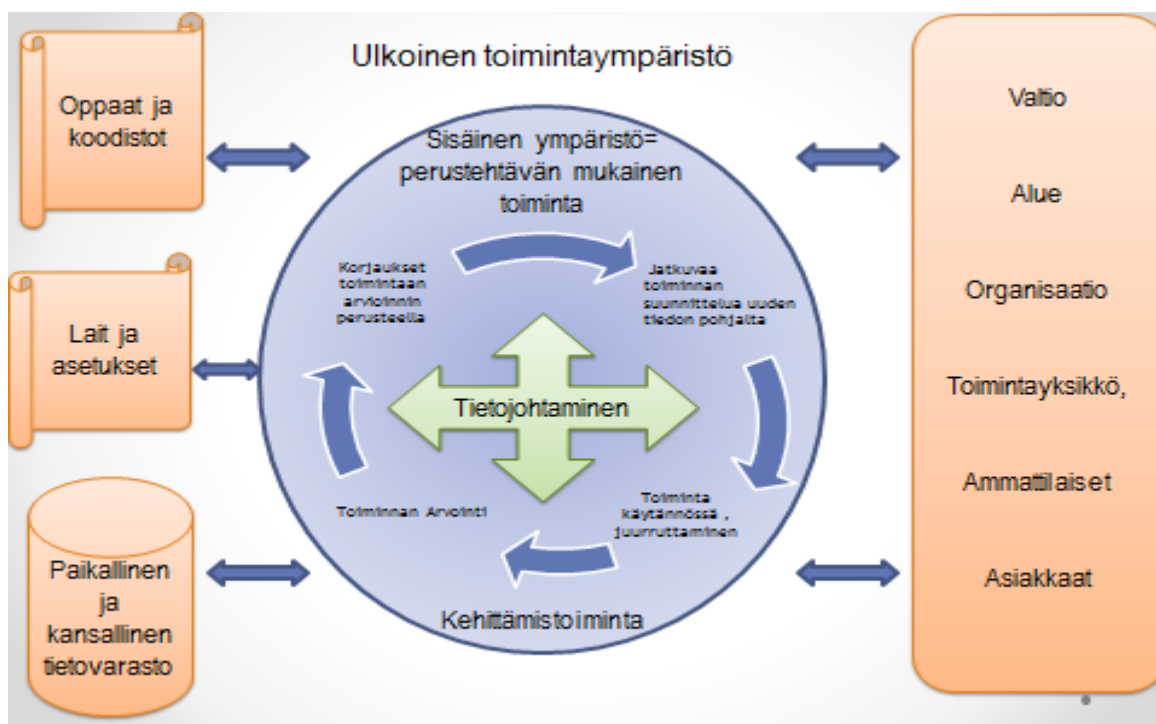
Vastaanottava hoitaja huolehtii potilaan ruokakortin täytöstä ja toimittaa sen laitoshuoltajalle ruokatilausta varten. Hän aloittaa sisäänkirjauksen yhteydessä potilaalle yksilöllisen hoitosuunnitelman teon Hoke-sivulle (hoitotyön hoitokertomus). Sivulle kirjataan hoidon tarve, tavoite ja auttamissuunnitelma niiden tietojen perusteella, jotka hoitaja on potilaalta ja lähettävältä taholta, esimerkiksi lääkärin vastaanotolta, potilaasta saanut. Omaisuusluettelo siirretään Hoke-sivulle potilaan tietoihin. Hoitosuunnitelmaa tarkastellaan ja päivitetään tar-

peen vaatiessa joka vuorossa potilaan voinnin mukaan, kirjaten Lehtovirran ym. (2014), Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen ohjeiden ja FinnCC-luokitusten mukaan.

Uudessa kirjaamisen ohjeessa hoitotyön arvio tehdään vuoron päättyessä suhteuttaen se hoidon tavoitteisiin. Hoitotyön yhteenveto tehdään kolmen kuukauden välein. Hoitotyön yhteenvetoa yhdessä ajantasaisen lääkityslistan kanssa käytetään myös hoitajälähetteenä esimerkiksi tutkimukseen menevän potilaan kohdalla. Hoitajakson päättyessä kaikista hoitajakoista tehdään loppuarvio. Potilastietojen nopea saatavuus ja liikkuvuus edesauttavat potilasturvallisuutta. Erityyppisissä terveydenhuollon palveluja tarjoavissa yksiköissä tiedon tarve ja muodostettavan tiedon laatu voivat erota paljonkin toisistaan. Geneerisen eli yleistettävän luokittelujärjestelmän muodostaminen on haastava tehtävä, kun otetaan huomioon, kuinka laaja ja moniulotteinen kenttä hoitotyö tieteenalana, ilmiönä ja käytännön toimintana on.

Tietoteknistyminen terveydenhuollossa on ollut viime vuosina nopeaa. Koneiden avulla työskenteleminen ei ole kaikille helppoa eikä mielekäästä. Tietotekniikka, sähköiset potilastietojärjestelmät sekä keskitetty potilastiedon arkisto ovat kuitenkin tulleet jäädäkseen, ja siihen on sopeuduttava. Rakenteinen kirjaaminen ja kansallinen kirjaamismalli perustuvat hyvin pitkälle tietojenkäsittelyn näkökulmasta tehtävään kirjaamiseen. Rakenteisen kirjaamisen tulisi toimia käytännön hoitotyön apuvälineenä hoitohenkilökunnan toteuttaessa perustehtävänsä sekä tehdessään siihen osaksi kuuluvaa, valtakunnallisesti ohjattua ja lainsäädännön vaateiden mukaista potilastietojen kirjausta. Kirjaamisen kehittämistyössä on tärkeää toimia paitsi paikallisesti myös valtakunnallisesti eri tahojen kanssa yhteistyössä.





Kuvio 16: Kirjaamisen kehittämistoiminta terveydenhuollon yksikössä (mukaillen Holopainen, Korhonen, Miettinen, Pelkonen & Perälä 2010; Holma 2003, 10; Tampereen yliopiston laatuksikirja 2014)

Hoitotyö on paitsi käytännössä toteutettavaa vaativaa työtä, se on myös tutkittuun tietoon, näyttöön, tieto-taitoon ja inhimilliseen vuorovaikutukseen perustuva poikkitieteellinen tieteenala. Hoitotyön kehittämistoiminta on välttämätöntä parempien hoitotulosten ja itse työn kehittymisen kannalta. Tämän hoitotyön kirjaamisen kehittämistyön aikana kertyneestä tiedosta syntyi tekijälle (kuviokuva 16) käsitys hoitotyön monirakenteisesta- ja tahoisesta kehittämistoiminnasta. Hoitotyön kehittämiseen liittyvät toimintaympäristö ja toimijat, hoitotyön perustehtävän mukaisen toiminnan kautta. Toimintaympäristön muodostavat ohjaustoiminnan ja lainsäädännön puitteissa valtakunnallinen ja alueellinen taso. Organisaatio ja toimintayksikkö sekä yksittäiset ammattilaiset ja asiakkaat ovat oleellisia toimintaympäristön osatekijöitä. Kehittämistoiminnan tarpeet ovat usein lähtöisin perustehtävän mukaisesta toiminnasta. Esimerkiksi jonkin yksittäisen työtehtävän paremman työtavan toteuttamiseksi halutaan kehittää uusi ja parempi työtapa. Toisinaan kehittämistoiminta on lähtöisin toimintaympäristön osatekijöistä, kuten valtakunnallisen Kanta-potilastietoarkisto vaikutukset hoitotyön kirjaamiseen. Toimintaympäristö ja perustehtävä ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa keskenään, jolloin muutostarpeet ja toteutetut muutokset vaikuttavat molempiin tekijöihin.

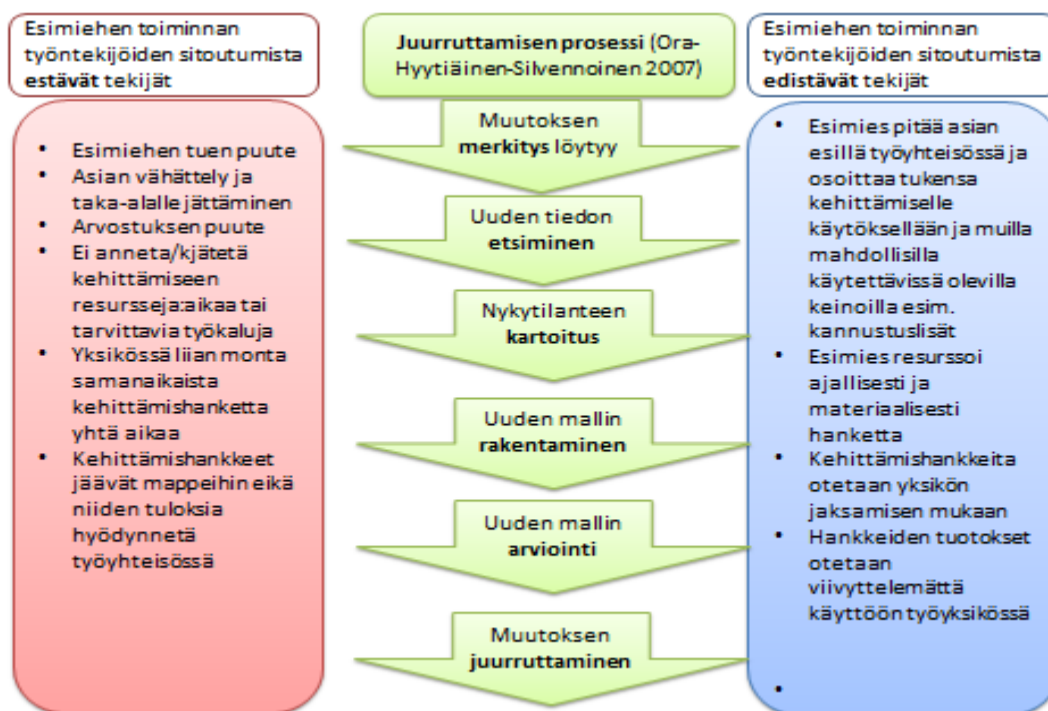
Kehittämistoimintaa syntyy toimintaympäristön ja perustehtävän välisestä vuorovaikutuksesta. Kehittämistoimintaa ohjataan tietojohtamisen kautta, ja toiminnan tuotokset ja tulokset näkyvät juurruttamalla ne työyhteisöön perustehtävän toteuttamisessa näkyvänä uutena tie-

tona ja toimintana. Suunnitelmallista kehittämistyötä voidaan kuvata hoitoprosessin mukaisina vaiheina, jolloin kehittämistoimintaa suunniteltaessa tunnistetaan muutostarve, asetetaan tavoitteet ja määritellään keinot. Kehittämistoiminnan toteutusvaiheessa edellä mainittu suunnitelma toteutetaan, ja arviointivaiheessa tulosta tai eri osatekijöitä arvioidaan. Kehittämistoiminta voi myös alkaa esimerkiksi uudenlaisen keinon kehittämisenä ja nimeämisenä, jolloin kyseistä keinoa käsiteltäessä koko kehittämisprosessin näkökulmasta voidaan havaita, että uutta keinoa voidaan hyödyntää myös sellaisessa toiminnassa, johon kyseistä toiminta-keinoa ei ollut alun perin osattu ajatella. Innovatiivisuus, rohkeus ja luovuus ovat vahvuuksia kehittämistoiminnassa, mutta edellytyksenä on kuitenkin muutokselle ja kokeiluille valmis ja kannustava toimintaympäristö.

Hoitotyö ja terveydenhuolto muuttuvat ajan myötä toimintaympäristön ja perustehtävän mukaisen toiminnan sekä tieteellisen ja työelämälähtöisen kehittämistoiminnan vuorovaikutuksessa. Luovuus ja muutosvalmius muodostavat tarvittavan innovatiivisen otteen tulevaisuuden hoitotyön kehittämisessä. Tulevaisuuden ammattilaisilta vaaditaan myös sopeutuvuutta, oppimisvalmiuksia, tiedonhallintaa ja epävarmuuden sietämistä. Hoitokulttuurissa voidaan odottaa tapahtuvan muutoksia esimerkiksi tiedon liikkumisen ja saatavuuden alueilla. Asiakkailta on pääsy omiin tietoihinsa ja heidän tiedonhakuvalmiutensa lisääntyvät. Yleisellä tasolla kansalaisten tiedonsaantioikeus painottuu, ja terveydenhuollon yleinen toiminta on muuttumassa asiakaskeskeisemmäksi ja läpinäkyvämmäksi. Terveydenhuollon ammattilaisten rooli tiedonhallitsijana ei enää ole tätä päivää, vaan asiakkaiden tietämyksen lisääntymisen myötä yhteistyön, tukemisen, asianmukaisten ja ajanmukaisten tietolähteiden käyttämisen, opastamisen ja neuvovan työn osuus painottuu. Tiedon muodostaminen, jakaminen, tiedonhankinta, suurten tietomäärien hallinta sekä tiedon soveltamisen taito ovat tulevaisuuden avaintekijöitä terveydenhuollossa ja terveydenhuollon ammattilaisten ammatillisen tieto-aidon kannalta.

### 8.1 Osastonhoitajan toimintatapa kirjaamisen kehittämishankkeessa

Johdon ja esimiesten tehtäviksi Urponen (2014) listaa esteiden poistamisen, jotta asioita voitaisiin tehdä toisella tavalla, toimintakulttuurin rakentamisen virheitä sallivaksi ja innovatiiviseksi, organisaatorakenteen muuttamisen hierarkkisesta verkostomaisemmaksi sekä henkilöstön oppimiseen kannustamisen (Urponen 2014). Johtajan tulee Karhun (2014) mukaan kyetä elämään mukana muutoksessa. Johtajan tärkeimmät ominaisuudet ihmisten johtamisessa muutoksessa ovat kyky motivoida ja osallistuttaa henkilöstöä. Henkilöstölle pitää antaa mahdollisuus olla mukana omaa työtään ja työyhteisöään koskevassa muutoksessa. Luottamus on oleellinen osa muutoksen rakentamisessa: ilman sitä johtajan ja henkilöstön välillä ei saada mitään aikaan. Luottamuksen syntyminen on vuoropuhelua ihmisten välisessä kanssakäymisessä, puheessa ja toiminnassa. (Karhu 2014, 180-181.)



Kuvio 17: Esimiehen toiminnan vaikutukset kehittämistoimintaan työyksikössä (mukailen Aho-  
nen, ym. 2010; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 65)

Tammikummun vuodeosaston kehittämissuunnitelmassa osastonhoitajan rooli oli juurruttamismenetelmän mukaisesti järjestää henkilöstöresurssit osastolla sekä luoda positiivista ja myönteistä henkeä kirjaamishankkeeseen edesauttaen näin omalta osaltaan hankkeen onnistumista (kuvio 17). Hänen tehtävänsä oli kannustamalla ja motivoimalla työntekijöitä pyrkiä luomaan osastolle myönteinen, kehittämiselle suotuisa ilmapiiri ja edistää kirjaamishankkeen onnistumista. Hän vastasi hankkeen käytännön toteutuksesta osastolla yhdessä AMK-opiskelijan kanssa.

Osastonhoitaja oli pohjustanut hanketta jo edeltävästi kehityskeskusteluissa ja muissa työyhteisön kesken käydyissä vuoropuheluissa kannustamalla hoitajia potilaskirjausten kehittämiseen ja tuomalla tietoa kirjaamisesta osastolle sitouttaakseen hoitajia kirjaamisen kehittämissuunnitelmaan. Vuodeosaston kehittämissuunnittelun aikana - samoin ennen hankesuunnittelun alkua satunnaisesti viikoittaisten osastopalaverien aikana - oli keskusteltu tulevasta potilastiedon arkistosta ja siitä, mitä se merkitsee osaston kirjaamiselle ja potilastiedon käsittelylle. Hankesuunnittelun alettua 2014 tammikuussa mietittiin ja mietitään säännöllisesti joka viikko osastokokousten aikana yhdessä, mitä hyvää projekti tuo - vai tuoko - työntekoon ja hoitotyön tiedonvälitykseen potilaan parhaaksi hankkeen merkityksen selkiyttämiseksi työyhteisölle. Esimerkiksi paremman kirjaamisen avulla potilaalla oleva tutkimusaika ei unohdu silloin, kun

se kirjataan selkeästi sovitun mukaisesti. Tällöin vältetään myös mahdolliselta hoidon pitkittymiseltä, kun hoidon suunnittelun kannalta oleellinen tutkimus ei jää tekemättä ajallaan. Tutkimusaikojen noudattamatta jättäminen on myös kustannuskysymys, sillä käyttämättä jäänyttä aikaa ei ole mahdollista hyödyntää toiselle potilaalle. Osastonhoitaja pyrki muutosvaiheessa olemaan avoin hankkeesta tulevan palautteen suhteen auttaen itseään ja muita työyhteisön jäseniä näkemään asioita monipuolisemmin sekä suuntaamaan toimintaa tarvittaessa uudella tavalla.

Työryhmän ja henkilöstön kannustaminen tapahtui järjestelmällisesti ja tietoisesti uuden toimintaohjeen kehittämisen ja arvioinnin aikana. Aktiiviset toimijat saivat suusanallisesti kannustusta ja positiivista palautetta. Juurruttamistyöryhmän jäsenet ovat jo saaneet osastonhoitajan esityksestä tulospalkkiot hankkeen väliarvioinnin hyvien tuloksien ansioista. Kannustustulosten tarkoitus oli palkita hankkeessa aktiivisesti toimineet henkilöt ja kannustaa heitä jatkamaan samalla innolla hankkeessa loppuun asti, kevääseen 2015. Hankkeen toteutuksen aikana sen prioriteetti osaston toiminnassa oli korkealla, eikä osastolle tuotu muita kehittämishankkeita samanaikaisesti.

Keinoina edesauttaa hankkeen juurruttamisen onnistumista työyhteisöön osastonhoitaja motivoi henkilöstöä ja resursoi hanketta mahdollisuuksiensa mukaan ajallisesti. Osastonhoitaja toimi kehityshankkeessa yhtenä hankkeen tasavertaisena jäsenenä osoittaen näin hankkeen tärkeyden ja oman kiinnostuksensa ja innostuksensa asiaan. Keinoina olivat viestintä sekä suullisesti, sähköpostitse että sanattomasti ilmein ja elein. Osastonhoitaja kunnioitti hankkeen aikana ryhmän päätöksiä ja asiantuntijuutta hankkeen tuotoksien suhteen ja toteutti ryhmän ehdotukset siltä osin, kun se hänen vallassaan oli. Palkitseminen suusanallisesti kokoontumisten jälkeen kiittäen hyvästä työpanoksesta ja osallistumisesta jäsenille jokaisen tapaamisen jälkeen motivoi ja saa ryhmän jäsenet tuntemaan tekevänsä tärkeää työtä koko työyhteisön hyväksi.

Edellä kuvatulla toimintatavalla osastonhoitaja loi tietoisesti vuorovaikutuksessa luottamukselliset ja kehittämistoimintaa edistävät suhteet työntekijöihin saadakseen toimijat sitoutettua kirjaamisen kehittämisprojektiin. Esimerkiksi kun työntekijä puhui, hän kuunteli työntekijän kertoman asian aidosti läsnä ollen.

LbD-kehittämissankkeessa tarvitaan selkeä suunnitelma ja aikataulus ryhmän toimijoille, muuten toiminta muuttuu hajanaiseksi eikä tuotos ole paras mahdollinen. Osastonhoitaja oli hankkeen sujuvan tuloksellisuuden varmistamiseksi varannut juurruttamistyöryhmälle pysyvät kokoontumisajat. Ryhmä teki yhdessä selkeän etenemissuunnitelman, ja osastonhoitaja antoi ryhmälle vapauden hankkeen ajallisten ja taloudellisten resurssien puitteissa toimia itsenäisesti. Aikataulullisesti hanke on onnistunut ja suunniteltu aikataulu on pitänyt tämän opinnäy-

tetyön tarkastelupisteeseen asti. Osastonhoitaja on viestinyt ryhmän jäsenille ja koko työyhteisölle, kuinka tärkeä työntekijöiden itse toteuttama hanke työyhteisölle ja hänelle itselleen muutoksen johtajana on pyrkien näin tietoisesti välttämään toimimista kehittämishanketta estävällä tavalla.

## 7.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet

Työyhteisö osallistui kirjaamisen kehittämiseen koko prosessin ajan viikoittaisissa osastopalaverien yhteydessä pidetyissä case-palaverissa. Täten itse prosessi on myös toiminut uuden toimintatavan juurruttajana. Kirjaamisprojektin etenemistä kirjaamisohjeen valmistumiseen saakka on kuvattu kuviossa 18.

Kirjaamisen uuden toimintatavan juurruttajana toimi valmistumassa oleva kehittämisprojektin tuotos eli vuodeosaston uusi yhteinen kirjaamisohjeistus. Ohjeistukseen on tarkoitus liittää potilastietojärjestelmän käyttöön liittyviä ohjeita ja kerätä keskeiset kirjaamisen taustalla vaikuttavat periaatteet sekä kirjaamisen kannalta tärkeät oppaat ja lait, asetukset ja säädökset samoihin kansiin. Käytännön oppaaksi tarkoitettu uusi toimintaohje tuotetaan sekä kirjallisena että sähköisenä versiona.



Kuvio 18: Kirjaamisen kehittämisprojektin prosessivaihe uuden kirjaamisohjeen juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet huhtikuussa 2015

Uutta hoitotyön kirjaamisen toimintatapaa lähdettiin rakentamaan kansallisesta kirjaamismallista hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektin avulla. Hankkeen jatkokehittämisen keinot (liite 5) suunniteltiin väliarvion (10.12.2014) tulosten pohjalta tavoitteen saavuttamiseksi sovitussa ajassa. Kirjaamisen ohjeeseen kootaan keskeiset uuden toimintatavan peruseriaatteen. Kirjaamisen kehittämisprojektin edetessä toimintayksiköissä sekä valmistuvan uuden kirjaamisen toimintaohjeen myötä pyritään luomaan uudesta toimintaohjeesta käytännön työkalu juurruttamisen avulla. Juurrutettu toimintaohje kehittyy edelleen yksikössä. Juurruttamisprosessin mukainen ensimmäinen juurruttamisen kierros kesti huhtikuusta 2014 väliarvioon asti. Väliarviossa suoritettiin (luku 5.1, kuvio 5 4) toimintaprosessin nykytilan arviointi kartoittamalla mitä projektilla oli siihen mennessä saavutettu

Kirjaamisen kehittäminen jatkuu ohjeistuksen valmistuttua. Nyt suunniteltu ja parhaillaan jatkuva kirjaamisen kehittämistoiminta on kuvattu kuviossa 19. Keväällä 2015 tehdään loppukartoitus käyttämällä samoja tutkimuslomakkeita kuin alku- ja väliarviossa. Hoitotyön kirjaamisen uutta mallia päivitetään projektin kuluessa, ja se valmistuu keväällä 2015.

Tulevaisuudessa hoitotyön kirjaamista tulee kehittää hoitotyön yhteenvetojen tekemisen, hoitotyön tavoitteiden ja arvioinnin kirjaamisen osalta. Uuden toimintatavan juurruttamisessa työyhteisöön erittäin suuri merkitys oli lähiesimiehen kannustavalla toiminnalla, juurruttamistyöryhmällä, työ- ja toimintaympäristöllä, tiedon jakamisella ja vaikuttamisen mahdollisuuden antamisella. Työryhmän toiminnan tuloksellisuus näkyi arvioinnin erinomaisissa tuloksissa, ja niiden perusteella kaikki juurruttamistyöryhmän jäsenet saivat hyvää suorituksestaan huomattavan rahallisen kannustuslisän joulukuussa 2014. Kannustuslisän tarkoituksena oli motivoida työryhmän jäseniä jatkamaan hyvää toimintaa kevääseen 2015 saakka ja antaa tunnustus hyvin suoritetusta hankkeen eteenpäinviemisestä. Uuden toimintaohjeen hyväksyminen, omaksuminen ja lopulta omaksi toimintatavaksi muuttaminen vaatii rauhallisen ympäristön, ymmärryksen toimintaohjeen muutostarpeesta ja ennen kaikkea aikaa. Lähiesimiehen haaste on antaa puitteet hyvälle, kannustavalle, keskustelevalle ja muutoksissa joustavalle työilmapiirille, mikä ruokkii luovuutta, vastaanottamisen kykyä sekä tervettä kriittisyyttä. Vaikka muutokset eivät aina loppujen lopuksi osoittautuisikaan vanhaa toimintaohjetta paremmaksi, voidaan uusien asioiden rohkean ja ennakkoluulottoman kokeilemisen kautta luoda ja kehittää vielä parempi, kolmas vaihtoehto. Hyvätkään innovaatiot ja ideat eivät kehity, jos muutokselle ei anneta mahdollisuutta.

## 8 Kehittämishankkeen arviointi

Tässä luvussa arvioidaan kirjaamisen kehittämishankkeen tulokset henkilöstön kehityskeskustelujen ja tiedonkeruusta saatujen tutkimustulosten perusteella. Kehittämistoiminnan arviointiin voidaan käyttää haastatteluja, kyselyjä, havainnointia ja muita erilaisia mittausmenetelmiä mittaamaan kehitystoiminnan tuloksellisuutta. Kehittämistyön arvioinnissa kiinnitetään huomiota tuotokseen, asetettuihin panoksiin ja muutosprosessiin tarkastellen näiden välisiä suhteita. Arvioinnissa halutaan saada selville, miten hyvin tavoitteet on asetettu ja saavutettu, onko muutoksia syntynyt kehittämistyön seurauksena, olivatko kustannukset järkevässä suhteessa saatuun hyötyyn ja saatiinko kehittämistyöstä levittämiskelpoista tulosta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 47-48.)

Kehityskeskusteluissa syksyllä 2014 kysyttäessä tulevan kauden 2015 koulutustarpeista, kukaan hoitajista ei kokenut tällä hetkellä tarvitsevansa kirjaamiskoulutusta. Kaikki kokivat saaneensa projektin kuluessa varmuutta ja tietoa käytännön potilaskirjaamiseen. Hoitajat kuvailivat asiaa esimerkiksi kertomalla:

Nyt tiedän minkä komponentin valitsen huimauspotilaalle

tai

Miten kirjaan tavoitteen silloin kun on kyse kuntoutujasta; Liikkuminen oma-toimisesti apuvälineen avulla.

Kehityskeskusteluissa saadun palautteen mukaan hoitajat olivat kokeneet oppineensa kirjaamaan potilastiedot rakenteisen kirjaamisen komponenttien ja otsikoiden mukaan. Samoin he kokivat saaneensa case-palavereista kirjaamiseen teknistä ohjelman käyttöä tukevaa tietoa. Kehittämisprojektissa kehitteillä olevan hoitotyön kirjaamisen ohjeistuksen on hoitotyöntekijöiden keskuudessa koettu olevan motivoiva ja hyödyllinen.

Kehityskeskustelujen perusteella hoitajat kokivat projektin olleen tarpeellinen ja hyödyllinen, ja he kokivat siitä saadun opin nostavan heidän omaa ammattitaitoaan rakenteisessa kirjaamisessa hankkeen tavoitteiden mukaisesti.

Vuodeosaston kehittämishanke koostuu viidestä eri vaiheesta. Tämä opinnäytetyön arviointiraportti on kirjaamisen kehittämishankkeen arviointi, joka toteutettiin syksyllä 2014. Tässä syyskuussa 2014 tehdyssä arvioinnissa käytettiin alkukartoituksessa käytettyjä arvioinnin mittareita, joita olivat kehityskeskustelut, Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen auditointilomakeisto, hoitohenkilöstön tiedon mittaaminen, potilaskertomusten kirjauksien analysointi ja sisällönanalyysi täydentämään potilaskertomusten auditoinnin analyysiä. Lisäksi, muutokseksi alkuarviointiin, syksyllä liitettiin palautekysely henkilökunnalle hankkeen lopputuloksen hyödyllisyyden ja tavoitteiden saavuttamisen arvioimiseksi.

## 8.1 Kehittämishankkeen arvioinnin tulosten raportointi

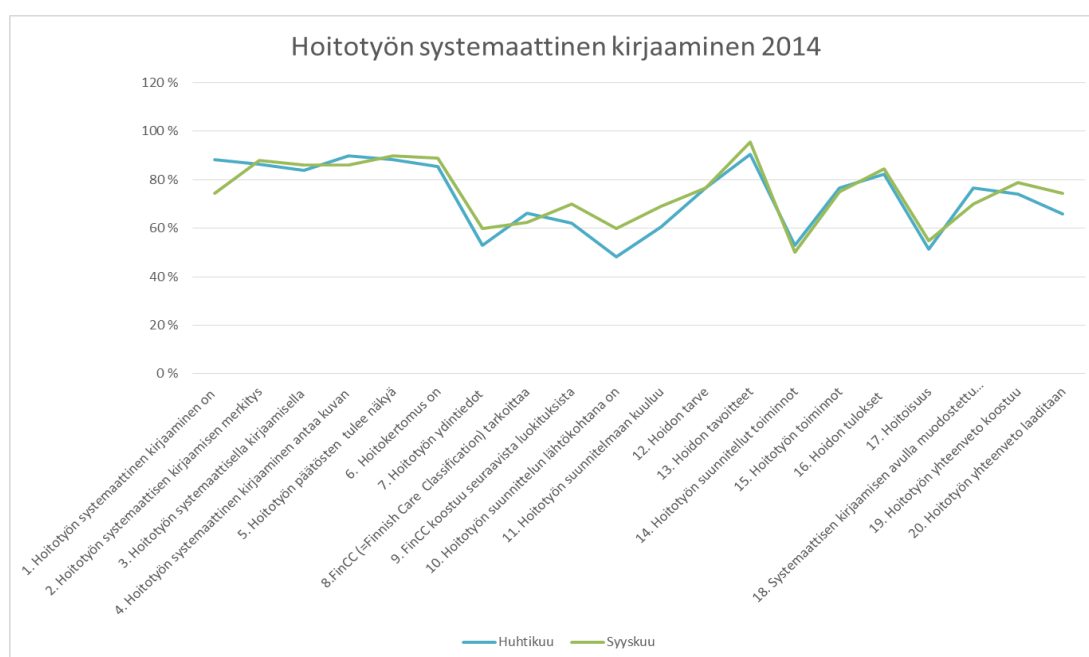


Kuvio 19: Kirjaamisen kehittämishankkeen prosessivaihe arviointi ja raportointi syksyllä 2014

### 8.1.1 Hoitajien tietopohjan kartoitus

Hoitajien tietopohjan kartoitus tehtiin syyskuussa 2014, samalla Kailan ja Kuivalaisen (2008) hoitotyöntekijöille suunnatulla lomakkeella kuin huhtikuussa 2014 alkukartoituksen mittaus. Tarkoitus oli mitata, miten hoitajien tiedon taso oli noussut hankkeen aikana. Tulokset muodostuivat määrällisesti vastausten perusteella: yksi piste yhdestä oikeasta vastauksesta. Kuvioon 20 on koottu molempien kyselyiden tulokset.

Kartoitus tapahtui viemällä lomakkeet ja palautuslaatikon henkilökunnan taukotilaan. Lomakkeita palautettiin täytettynä 21 kappaletta. Vastaajissa oli 8 sairaanhoitajaa ja 10 lähihoitajaa. Kolmesta lomakkeesta oli jätetty täyttämättä ammattinimikekohta. Syyskuun vastauslomakkeista hylättiin kolme lomaketta lomakkeen virheellisen täytön vuoksi. Vastaajien ikäjakauma oli 20-61 vuotta ja ikäkeskiarvo 44 vuotta. Työkokemuksessa vaihtelu oli 1 vuoden ja 30 vuoden välillä, ja työkokemuksen keskiarvo oli 15 vuotta.



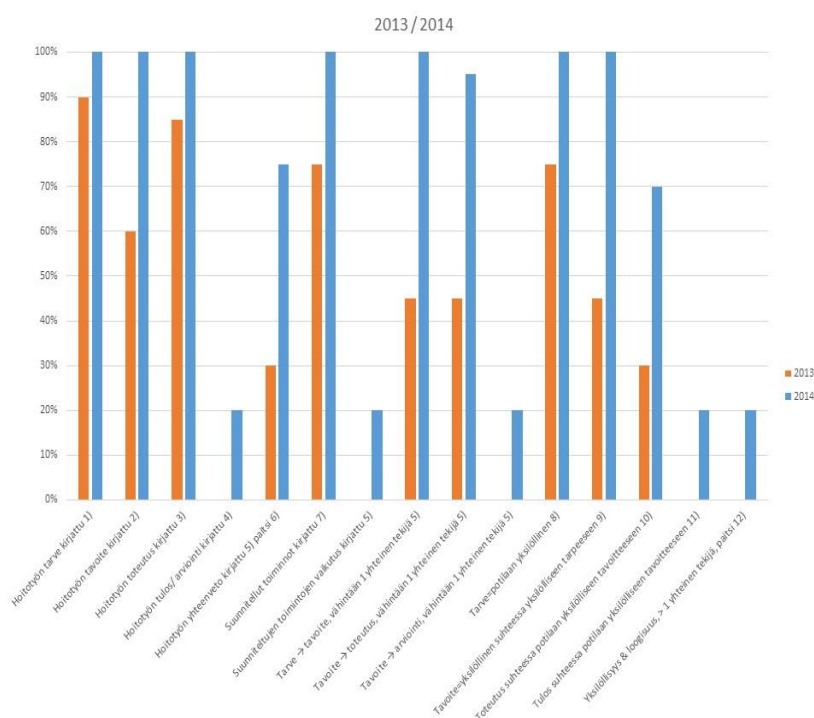
Kuvio 20: Kirjaamisen alkumittausten syksyn arviomittauksen tulokset hoitajien tietoperustasta Kailan ja Kuivalaisen (2008) auditointilomakkeella. Kyselyt suoritettiin huhtikuussa (sininen käyrä) ja syyskuussa 2014 (vihreä käyrä).

Hoitajien täyttämät auditointikyselyn vertailutulokset eivät osoittaneet hoitajien tiedollisen tason rakenteisen kirjaamisen teorian tietämyksessä tason nousua juurikaan mittausten välillä.



### 8.1.2 Potilaskertomusten hoitotyön merkintöjen kartoitus

Kailan ja Kuivalaisen (2008) kirjaamisen auditoinnin tulokset kertovat näkyvästä positiivisesta kehityksestä hoitotyön kirjaamisessa. Merkintöjen hoitoprosessin mukainen komponenttien, otsikoiden ja vapaan tekstin lisääntynyt käyttö kertovat kirjaamisen määrällisestä kasvusta. Potilaskirjaamisen taso nousi selkeästi, kirjaamisen taso nousi 'ei hyväksyttävältä tasolta' 'hyvälle tasolle' alkumittauksen ja arviointimittauksen välillä.



Kuvio 21: Kirjaamisen alku- ja arviomittauksen tulokset potilaskirjauksista Kailan ja Kuivalaisen auditointilomakkeella. Ensimmäinen (punainen) pystypylväs kuvaa vuoden 2013 elokuun otannan tuloksia ja toinen (sininen) kuvaa elokuun 2014 otannan tuloksia.

Tarkastelussa kuvioista 21 nähdään määrällinen kasvu jokaisen tutkittavan osa-alueen kohdalla, myös niissä, joissa ei alkukartoituksessa ollut ollenkaan vastauksia. Alkumittauksen ja arvioinnin tulosten välillä on tapahtunut selkeää, tuloksissa näkyvää positiivista kehitystä hoitotyön kirjaamisessa. Kirjaamisprojektin vaikutus näkyy hoitotyön prosessien vaiheiden, hoidon tavoitteen ja toteutuksen välisen yhteyden löytämisessä sekä potilaan tarpeen yksilöllisyyden huomioimisessa. Hoitotyön kirjauksissa tarpeen ja tavoitteen välillä sekä hoitotyön toteutuksen kirjauksissa suhteessa potilaan yksilöllisiin tarpeisiin näkyy selkeästi, että mittauksen välillä on määrällisesti enemmän merkintöjä, ja kirjaaminen on edellä mainitulla osa-alueilla kehittynyt vastaamaan hoitotyölle asetettuja kirjaamisen vaatimuksia. Hoidon arvioinnin osalta on tapahtunut pientä edistystä, ja hoitotyön kirjaamisen kehittämässä tulee jatkaa yksilöllisen kirjaamisen kehittämistä Kailan ja Kuivalaisen (2008) lomakkeen ohjeistuksen mukai-

sesti. Kirjaamisen auditoinnin mukaan kehittämissuunnitelman aikana potilaskirjaamisen taso nousi selkeästi 'ei hyväksyttävältä tasolta' 'hyvälle tasolle'.

Potilaskertomusten sisällönanalyysin tulokset olivat samansuuntaiset taulukossa 7: merkintöjen määrän kasvu oli merkittävä jokaisessa kategoriassa. Sisällönanalyysi toi näkyviin haluttujen virhemerkintöjen määrän ja laadun. Hoitoprosessin mukainen arviointi -kategoriaan kuuluvia merkintöjä löytyi 28 % vääriin kohtiin merkittynä, mistä voidaan päätellä, että arviointia tehdään enemmän kuin kirjaamisen auditoinnissa saatiin esiin. Kokonaismerkintöjen merkittävä kasvu kertoo yleisesti hoitajien lisääntyneestä kirjaamisesta.

Hoitokertomukset 2013 n=20, 2014 n=20					
Hoitotyön prosessi	Komponentti 2013/2014	Otsikko 2013/2014	Vapaa teksti 2013/2014	Virhemerkintä 2013/2014	Merkinnät yhteensä 2013/2014
Tarve	124/172	150/244	127/242	15/26 (Suunn.)	416/684
Tavoite	85/130	3/0	55/119	16/15 (Suunn.)	159/262
Suunnitellut toiminnot	185/190	325/343	177/272	4/6 (Tarve) 1 / 9 (Arviointi) 1 (Tavoite) 1 (Toteutus)	693/797
Toteutus	77/69	96/94	88/77	14/28 (Arviointi)	275/268
Arviointi	85/130	0/0	0/0	0/0	85/130
			Merkinnät yhteensä		1628/2141

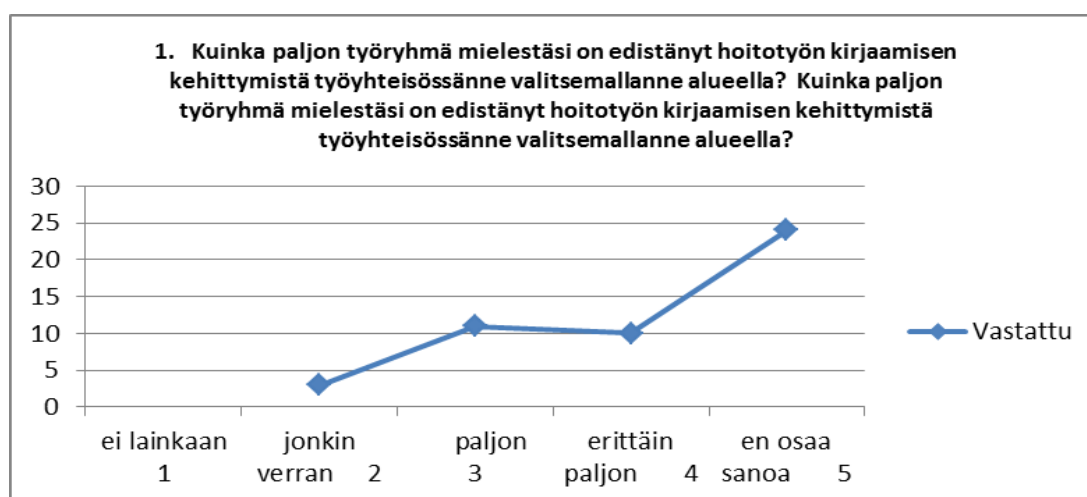
Taulukko 7: Sisällönanalyysin kvantifiointi 2013 ja 2014

### 8.1.3 Palautekysely vuodeosaston henkilökunnalta

Robsonin (2001, 127) mukaan kehittämishankkeen arvioinnissa käytetään kyselylomaketta, kun halutaan tietää, onko kehittämishankkeen tavoitteet saavutettu. Palautekyselyssä lomakkeena käytettiin Likertin viisiportaiseen asteikkoon perustuvaa hoitotyönkirjaamisen kehittämisen arviointiomaketta (liite 6). Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa koulutuksen sisällön ymmärtämistä ja merkitystä hoitotyön kirjaamisessa. Kysymyslomakkeessa esitettiin väittämiä, joista vastaaja valitsi vastausvaihtoehdoksi sen, mikä kuvasi parhaiten vastaajan mielipidettä siitä, kuinka vahvasti oli samaa tai eri mieltä väittämän kanssa. (Hirsjärvi ym. 2007, 194-195.) Jos arvioinnin päätarkoitus on saada selville, saavutettiinko kehittämistyön tavoit-

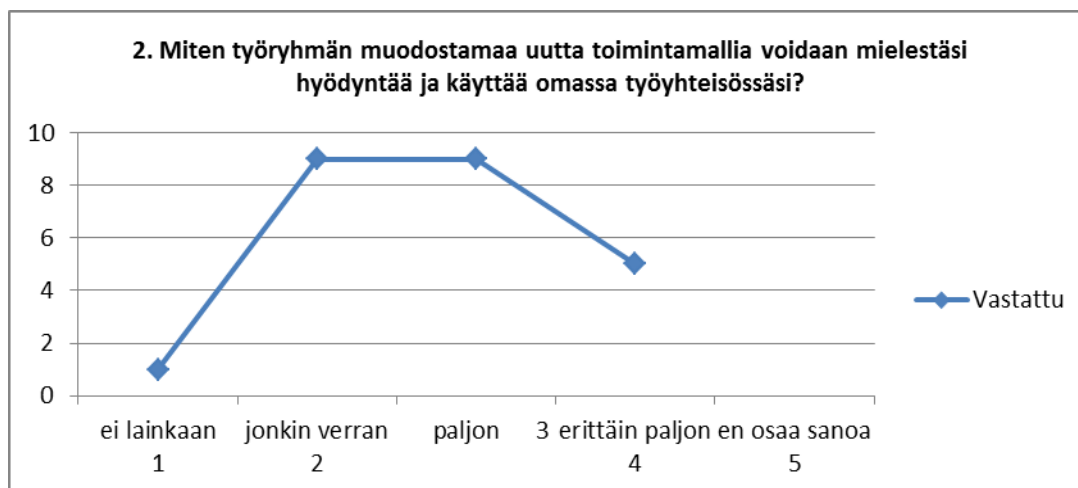
teet, käytetään kyselylomaketta, mikäli se auttaa vastaamaan tähän kysymykseen (Robson 2001, 127).

Palautelomakkeeseen kuului yksitoista kysymystä, joista kolme oli avointa kysymystä. Kahdeksassa ensimmäisessä kysymyksessä vastausvaihtoehdot olivat: ei lainkaan (1), jonkin verran (2), paljon (3), erittäin paljon (4) ja en osaa sanoa (5). Palautelomakkeita palautettiin 24 kappaletta 25 lomakkeesta, ja vastausprosentti oli 96 %. Kuviossa 22-30 esitettyjen kyselylomakkeen kysymysten ohessa on käsitelty saadut vastaukset. Vastaukset on ilmoitettu kunkin kysymyksen kohdalla vastausvaihtoehtojen antamana keskiarvona. Yllä mainittujen vastausvaihtoehtojen suluissa näkyvä luku tarkoittaa kyseistä vastausvaihtoehtoa merkitsevää lukuarvoa, joiden perusteella keskiarvot ovat laskettu.



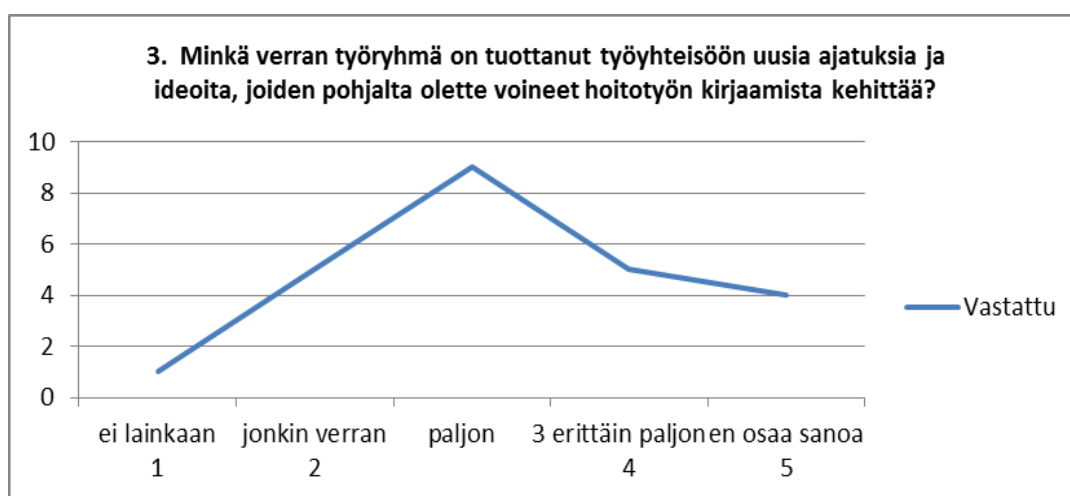
Kuvio 22: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä hoitotyön kirjaamisen kehittämisestä työyhteisössä kehittämisprojektin aikana

Ensimmäisessä kysymyksessä koulutukseen osallistujilta kysyttiin mielikuvaa siitä, kuinka paljon työryhmä on vastaajan mielestä edistänyt hoitotyön kirjaamisen kehittymistä työyhteisössä kirjaamisessa. Vastaukset vaihtelivat kuviossa 22 kuvatulla tavalla vastausvaihtoehtojen 2-4 välillä keskiarvon ollessa 3,29, eli vastausten perusteella hankkeen aikana juurruttamistyöryhmän toiminta on edistänyt hoitotyön kirjaamista erittäin hyvin.



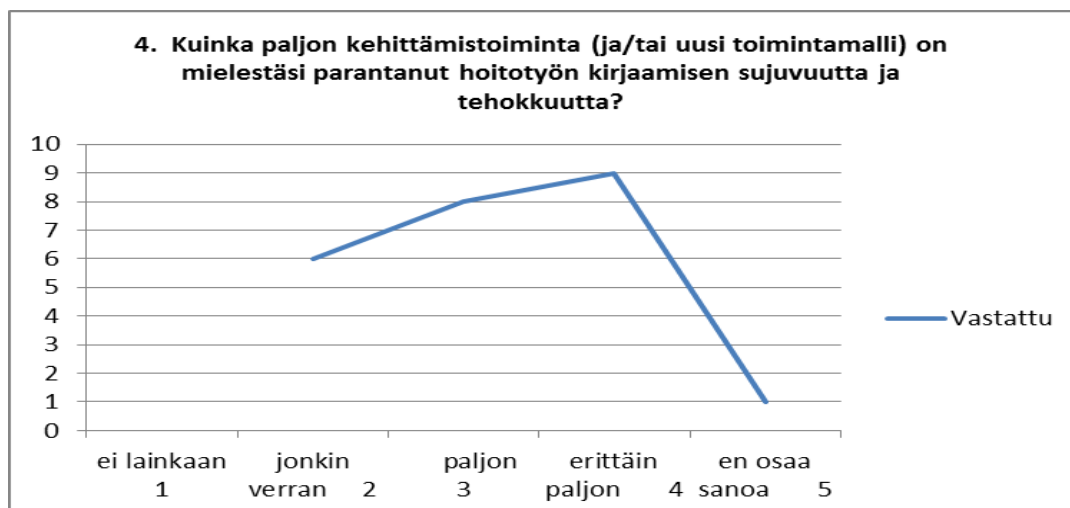
Kuvio 23: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä uuden toimintaohjeen käytön hyödynnettävyyttä

Toisessa kysymyksessä (kuvio 23) kysyttiin, miten käyttökelpoinen työryhmän tuottama uusi toimintaohje vastaajan mielestä on. Vastaukset vaihtelivat arvojen 1-5 välillä. Vastauksien keskiarvo oli 2,69, joten vastaajat kokivat toimintaohjeen olevan käyttökelpoinen käytännön työväline.



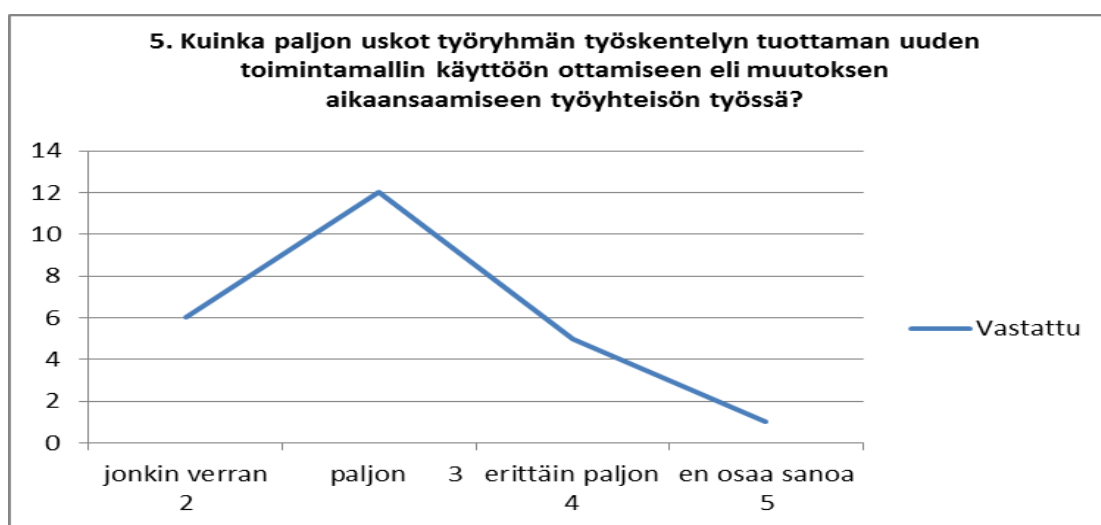
Kuvio 24: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä kehittämistyöryhmän tuomista ideoista hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen

Kolmas kysymys käsitteli uusia ideoita ja ajatuksia hoitotyön kirjaamiseen ja sitä, onko työryhmä tuottanut niitä. Vastaukset vaihtelivat välillä 1-5 kuvion 24 mukaisesti. Vastauskeskiarvon perusteella (2,88) työryhmä oli tuonut työyhteisön käyttöön uusia näkökantoja ja ideoita hoitotyön kirjaamisesta.



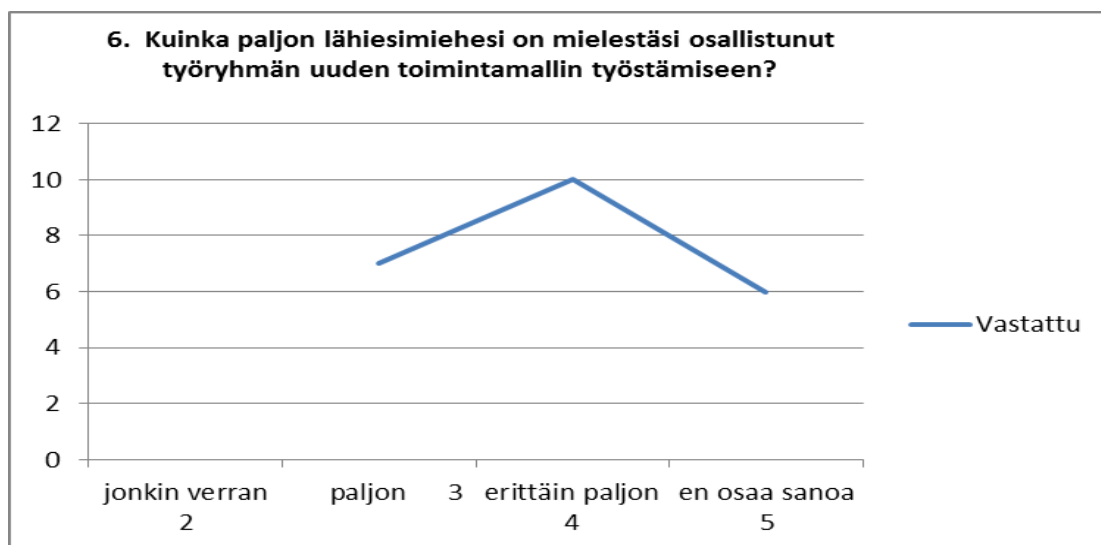
Kuvio 25: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä miten uusi toimintaohje on parantanut hoitotyön kirjaamista

Neljännän kysymyksen kohdalla (kuvio 25) kartoitettiin, onko kehittämistoiminta tuonut sujuvuutta ja parantanut hoitotyön kirjaamista. Vastausten keskiarvo oli 3,21, eli henkilökunnan kokemus hankkeen tuloksellisuudesta kirjaamisen sujuvuudessa on ollut erinomainen suhteessa tavoitteeseen. Vastausten vaihteluväli oli 2-5.



Kuvio 26: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä uuden toimintaohjeen vaikutusta hoitotyön kirjaamisen muutokseen työyhteisössä

Viidennessä kysymyksessä kartoitettiin vastaajan mielipidettä siitä, vakiintuuko uusi toimintaohje työyhteisön arkipäiväiseksi toimintaohjeksi hoitotyön kirjaamisessa. Vastausten keskiarvo oli 3,04, mistä voi vetää johtopäätöksen, että uusi toimintaohje vakiintuu käytännön työkaluksi hankkeen tavoitteen mukaisesti. Vastausten vaihteluväli oli 2-5 (kuvio 26).



Kuvio 27: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä esimiehen aktiivisuudesta kehittämistoiminnassa

Kuudennessa kysymyksessä selvitettiin hoitotyön esimiehen osallistumisen osuutta uuden toimintaohjeen kehittämiseen. Vastausten vaihteluväli 3-5 (kuvio 27), mikä on pienin hajonta tämän kyseksen vastauksissa. Vastausten keskiarvo 3,79 merkitsee sitä, että lähiesimies on toiminut työyhteisön projektissa edistävänä voimana ja että hänen toimensa on koettu positiivisena tekijänä kehittämishankkeessa.



Kuvio 28: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kehitysprojektin resursoinnista ajallisesti

Seitsemäs kysymys koski kehittämistoimintaan resursoidun ajan riittävyttä. Keskiarvoksi vastauksista tulee 3,42, vastausvaihtoehtojen vaihteluväli kuvion 28 mukaan oli 1-5. Vastausten

perusteella hankkeen resursointi ajallisesti on onnistunut erittäin hyvin. Kahdessa lomakkeessa oli kysymykseen vastattu kirjoittamalla ”En tiedä”.



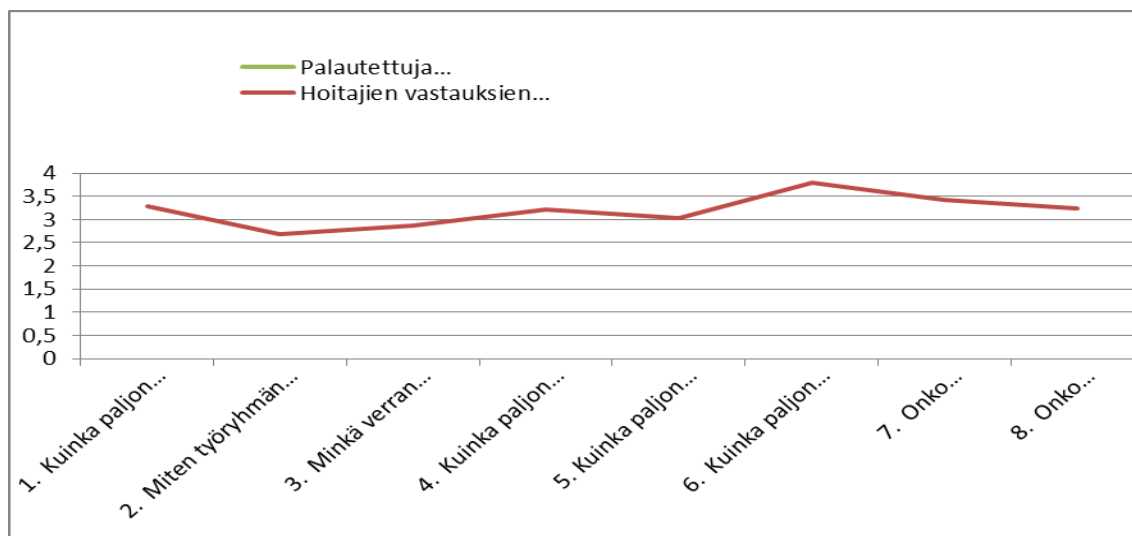
Kuvio 29: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kehitysprojektin resursoinnista taloudellisesti

Kahdeksas kysymys kartoitti kehittämistoimintaan varattujen taloudellisten resurssien riittävyyttä. Vastausten keskiarvo oli 3,25, joten myös taloudellisesti resursointi koettiin erittäin hyväksi. Vastausvaihtoehdot vaihtelivat välillä 1-5 kuvion 29 mukaisesti. Kahdessa lomakkeessa oli vastattu kysymykseen kirjoittamalla ”En tiedä”.

Yhdeksännessä kysymyksessä pyydettiin vastaajaa perustelemaan edellisiä vastauksiansa niin halutessaan, ja viisi vastaajaa vastasi tähän kysymykseen. Yksi vastaaja koki vuorotyön kehittämistoimintaa hankaloittavaksi tekijäksi. Kaksi vastaajaa oli kokenut, että kirjaamista oli käyty läpi yhdessä ja pohdittu eri kirjaamismalleja. Palaverien todettiin jäävän pitämättä, ellei työryhmän jäseniä ole paikalla.

Kymmenes kysymys kartoitti vastaajan tietoja kehittämistoiminnan jatkosuunnitelmista. Yhdeksätoista lomakkeessa oli vastattu jotain tähän kohtaan. Useassa (8) vastauksessa tiedettiin palaverien jatkuvan kerran viikossa osastotunneilla yhteistyössä harjoitellen ohjauksen ja neuvonnan avulla kirjausten tekoa. Kahdessa vastattiin, ettei vastaaja tiennyt, miten kehittämistoiminta jatkuu.

Lomakkeella oli mahdollista antaa vapaata palautetta. Palautteiden (7 kappaletta) perusteella toiminta koettiin hyödylliseksi ja hoitotyön kirjaamista tukevaksi kehittämiseksi. Yhdessä vastauksessa oli oivallus, että hoidon kokonaisprosessi hahmottuu rakenteisen kirjaamisen myötä paremmin. Myös sitä, tarvitsisiko palavereja olla useammin kuin kerran viikossa, mietittiin yhdessä vastauksessa.



Kuvio 30: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn kaikkien vastausten tulokset ilmaistuna vastausten keskiarvoilla

Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn vastausten perusteella kuvion 27 mukaan osastohoitajan toiminnan oli onnistunutta projektissa. Vastausten keskiarvo oli 3,79 %, ja koko kehittämishankkeen suhteen henkilöstön tyytyväisyys oli korkea, 3,2 %.

Palaverihin osallistuneiden hoitajien palautelomakkeeseen merkitsemien vastausten perusteella voi vetää johtopäätöksen siitä, että case-palaverit ovat olleet hyvä ratkaisu. Tosin esimiehen keräämä palaute saattaa joidenkin vastaajien kohdalla vaikuttaa annettuihin palautevastauksiin tuottamalla todellista omaa näkemystä parempitasoisen vastausvaihtoehdon valinnan tai päinvastoin.

## 8.2 Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi

Kehittämistoiminnassa syntyvä tieto on todenmukaista, mutta sen on ennen kaikkea oltava hyödyllistä. Tiedon luotettavuus tarkoittaa sen käyttökelpoisuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 121-122.) Tässä hoitotyön kirjaamisen kehittämiprojektissa tähdätään hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen ja parantamiseen. Hoitotyön kirjaaminen on tärkeää potilasturvallisuutta edistävää toimintaa. Kehittämistoiminnassa syntyvää tietoa voidaan hyödyntää paitsi hoitotyöntekijöiden ammatillisen osaamisen edistämiseksi myös organisaation johdon apuna toiminnan yleisessä kehittämisessä ja tietoperustaisessa päätöksenteossa. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen liittyy myös valtakunnallisen potilastietoarkisto Kannan asettamien toiminnallisten vaatimusten mukaiseen kirjaamisen parantamiseen. Valmis raportti luovutetaan sekä organisaatiolle että Laurea-ammattikorkeakoululle. Valmis raportti on lisäksi ladattavissa sähköisenä versiona, jolloin raportti on hyödynnettävissä myös oman organisaation ja ammattikorkeakoulun ulkopuolella.



Tämän opinnäytetyön raportointi on pyritty kuvamaan sekä menetelmiltään että tulosten analysoinnin osalta mahdollisimman tarkasti toistettavuuden periaatteen noudattamiseksi. Näin vastaava tutkimusasetelma olisi myöhemmin siirrettävissä toisiin terveydenhuollon yksiköihin, joissa voitaisiin tutkia hoitotyön kirjaamiseen liittyviä asioita, kuten hoitosuunnitelman ja hoitotyön kirjausten asiasisältöjä. Tutkimukseen ja arviointiin käytetyt kysymyslomakkeet on kirjoitettu raporttiin mahdollisimman auki ja lomakkeet on liitetty raporttiin liitteiksi. Potilaskertomusten hoitotyön kirjausten aineisto oli valmiina potilaskertomuksissa, ja tarvittava tieto kerättiin valmiille kysymyslomakkeelle jatkokäsittelyä varten. Tiedon analyysi ja jatkokäsittely on avattu ja kuvattu arviointiraportissa.

Tutkimuksessa esiin tulleet asiat, joita ei työssä käsitelty, olivat sellaisia kirjaamiseen liittyviä laadullisia ilmiöitä, joita olisi mielenkiintoista tutkia lisää. Olisi mielenkiintoista tutkia tehdyn hoitotyön kirjaamisen kartoitusten pohjalta syitä siihen, miksi tietyistä aihealueista, esimerkiksi ravinnosta ja liikkumisesta, kirjataan paljon, kun taas vähemmän kirjataan esimerkiksi kivusta ja mielialasta. Toinen mielenkiintoinen tutkimusaihe on myös se, että miksi hoitajat kirjaavat toiminnot työlistan omaisesti omasta näkökulmastaan luetellen (esimerkiksi potilas suihkutettu laverilla) potilasnäkökulman (käynyt avustettuna suihkussa laverilla) sijaan. Kyseinen ilmiö ei ole uusi, sillä esimerkiksi Kärkkäinen ym. (2005) on todennut tutkimuksessaan saman ilmiön. Rakenteisen kirjaamisen mukanaan tuomat muutokset hoitotyön kirjaamiskulttuuriin on myös mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.

### 8.3 Reliabiliteetti ja validiteetti

Tässä opinnäytetyön raportissa on jokaista vaihetta kuvaavan luvun alussa kuvattu kehittämistoiminnan prosessin eri vaiheita korostaen käsiteltävää vaihetta nuolikuvion avulla. Kuvio on tehty kehittämistoiminnan toteutuksen seurattavuuden helpottamiseksi.

Kvalitatiivisen tutkimuksen arvioinnissa käytetään pitkälti edelleen muun muassa Guban (1981) ja Lincolnin (1985) esittämiä kriteerejä, joita ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella (credibility) tarkoitetaan muun muassa tulosten ja tuloksiin johtaneen analyysin rakentamisen prosessin selkeää kuvaamista. Siirrettävyydellä (transferability) tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä johonkin toiseen tutkimusympäristöön, jolloin tutkimuskonteksti, aineiston keruu ja analyysi tulee olla tarkoin kuvattu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.) Powers ja Knapp (2011) esittävät Lincolnin ja Guban (1985) mukaisesti, että riippuvuudella (dependability) tarkoitetaan analyysin tarkkuuden arvioimista eli sitä, että lukijalla on mahdollisuus seurata tehtyjä päätelmiä ja ratkaisuja. Vahvistettavuudella tai vakiintuneisuudella (confirmability) tarkoitetaan sitä, että löydökset ja tul-

kinnat ovat objektiivisesti muodostettuja ja perustuvat tutkimusaineistoon eivätkä esimerkiksi tutkijan ennakkokäsityksiin tai mieltymyksiin. (Powers & Knapp 2011, 206.)

Luotettavuusarvion tekeminen on laadullisessa tutkimuksessa vaikeampaa kuin määrällisessä tutkimuksessa. On myös huomattava, että vaikka laadullisen tutkimuksen reliabelius ja validius ovat eri tavoin tulkittavissa, tulee kuitenkin kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä arvioida. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-227.) Luotettavuus koostuu relibiliateetista eli pysyvyydestä ja pätevyydestä eli validiteetista. Relibiliateetti tarkoittaa sitä, että samat tulokset saadaan jos tutkimus toistetaan. Validiteetilla tarkoitetaan oikeiden asioiden tutkimista. Laadullisen tutkimuksen pätevyyden eli validiteetin kriteereinä voidaan pitää uskottavuutta (credibility), siirrettävyyttä (transferability), riippuvuutta (dependability) ja vahvistettavuutta (confirmability). (Kananen 2012, 172; Tuomi 2007, 150.) Tiedon oikeellisuuden ja luotettavuuden käsitteitä tieteellisessä sekä tutkimuksellisessa toiminnassa ovat reliabiliteetti ja validiteetti. Relibiliateetilla tarkoitetaan tutkimustulosten pysyvyyttä ja validiteetilla oikeiden asioiden tutkimista. Relibiliateetin ja validiteetin yhdessä muodostama tutkimuksen luotettavuus perustuu prosessin vaiheiden dokumentaatioon. Kvalitatiivisessa ja kvantitatiivisessa tutkimuksessa on omat luotettavuuskriteeristänsä. (Kananen 2012, 161-167.)

Tässä kirjaamisen kehittämisprojektin raportissa on pyritty kuvaamaan tutkimukselliseen alkukartoitukseen ja kehittämisprosessiin liittyvät vaiheet mahdollisimman tarkasti. Kirjaamisen auditoinnin ja sisällönanalyysin avulla tehtyjä luokitteluja on pyritty esittämään ja perustelemaan raportissa muun muassa kuvioin ja taulukoin. Luotettavuutta on pyritty lisäämään laadullista aineistoa täydentävällä ja selkiyttävällä kvantifioimisella. Kaikki tulokset ja kysymyslomakkeet on kirjoitettu auki ja pyritty esittämään tuloksia sekä niihin päätynyttä prosessia mahdollisimman tarkasti sanallisesti ja selventävin kuvioin. Käytetyt tutkimuslomakkeet ovat raportin liitteenä.

Luotettavuuden kannalta ongelmaksi muodostuu alkuperäisten kirjausten tutkijalähtöisestä, tutkimusaineiston keruuseen liittyvästä eettisiin ja tietosuojaan perustuvasta alkuperäiskirjausten tulkinnasta. Todellisten henkilöiden terveystiedoista poimittujen hoitotyön alkuperäiskirjausten kopioiminen sellaisenaan julkaistavaa raporttia varten olisi epäeettistä ja tietosuojan vaarantavaa toimintaa (Pietarinen 2009). Terveystietojen salassapitovelvollisuuteen, arkaluonteisten asiakirjojen säilyttämiseen ja henkilöiden suojaamiseen perustuen tutkimusaineisto pohjautuu alkuperäiskirjauksista tehtyihin karkeisiin tietosisältöihin. Tällöin lukija ei voi seurata ensimmäisen sisällönanalyysikerroksen luokittelun syntyä ja analyysin toistettavuus hankaloituu. Aineiston keruutapa on selvitetty raportissa.

Luotettavuuden ja eettisyyden kannalta alkuperäistä Kailan ja Kuivalaisen (2008) hoitotyön kirjaamisen auditointilomaketta ei ole muokattu, jotta se säilyttää vertailukelpoisen tiedon tuottamiskykynsä ja luotettavuutensa.

Alkukartoituksen tarkoituksena oli muodostaa kattava yleiskuva hoitotyön kirjaamisen nykytilasta vuodeosastoilla. Kirjaamisen nykytilan kartoitukseen muodostettiin uusi, oma hoitotyön kirjausten sisällönanalyysin koontilomake (liite 4), joka sisältyy analyysiin. Kysymyslomake muodostettiin pyrkimyksenä tuottaa todenmukaista ja kuvailevaa tietoa komponenttien, otsikoiden ja vapaamuotoisen tekstin käytöstä jaottelamalla kirjaukset hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti. Edellä mainitut tekijät muodostavat ytimen kansalliseen kirjaamismalliin, joka puolestaan toimii hoitotyön kirjaamisen kehittämisen tavoitetilana.

Alkukartoituksessa 2013 ja syyskuun 2014 arvioissa otosmäärä ja keräystapa olivat samanlaisia ja samoin myös käytetyt mittarit. Tarkoituksena oli, että tarkasteltavien potilaiden kertomukset ja hoitotyön kirjaukset ovat molemmissa tutkimusasetelmissa vertailukelpoisia. Sisällönanalyysin avulla ei pyritty perehtymään syvällisesti kirjausten laadullisen sisällön kannalta, vaan tarkoitus oli tuottaa yleiskuva kirjaamisesta tutkijan käyttöön. Siksi oli perusteltua tuottaa enemmän sisällönanalyysin avulla analysoitua ja kvantifioitua tietoa vuodeosastojen kirjaamisen tilasta kirjattujen asiasisältöjen osalta kuin tarkastella yksittäisten kirjausten syvempiä merkityksiä.

Sisällönanalyysin tutkimusaineisto koostui valmiista, muokatuista kirjauksista. Muokkaus alkuperäiskirjauksesta karkeiksi tietosisällöiksi sisältäviksi kirjauksiksi tapahtui ennen aineiston kirjoittamista taulukko-ohjelmaan. Otoksen otettujen potilaskertomusten lukumäärä määräytyi Kailan ja Kuivalaisen (2008) koontilomakkeen mukaan 20 potilaskertomusta, koska vuodeosaston potilaspaikkaluvun ollessa 32 kahta koontilomaketta eli 40 potilaskertomusta ei saatu kerättyä täyteen yhdeltä päivältä. Tiedot siirrettiin potilastietojärjestelmästä Excel-taulukko-ohjelmaan tietojen käsittelyä ja analysointia varten.

Vastausprosentti oli kyselyjen osalta 96,6-100. Korkea vastausprosentti johtui alkukartoituksen kohdalla siitä, että kysely tehtiin aloitustilaisuudessa kehittämispäivänä, jolloin kaikki työntekijät olivat koolla. Syyskuun arvioinnin kohdalla palautus valvottiin palautuslaatikon yhteydessä olevan nimilistan avulla ja opinnäytetyöntekijä piti huolen, että kaikki palauttivat lomakkeen ohjaamalla työntekijöitä täyttämään ja palauttamaan lomakkeen.

Opinnäytetyöntekijä on Tammikummun vuodeosaston osastonhoitaja, mikä saattaa vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Jotkut vastaajat saattoivat vastata kyselyyn positiivisemmin pyrkien antamaan paremman kuvan toiminnasta ja sen tuloksista. Opinnäytetyön tekijällä on kompetenssia arvioida hoitotyön kirjaamista ja kirjaamisen sisältöä toimittuaan aiemmin tervey-

denhuollossa käytännön hoitotyössä 26 vuotta, tehden hoitotyön päivittäistä kirjaamista sekä paperille että potilastietojärjestelmään. Koulutus pohjaltaan opinnäytetyöntekijällä on koulutus ja tarvittava perehtyneisyys nykyiseen rakenteiseen hoitotyönkirjaamiseen.

Alkukartoituksessa ja jälkikartoituksessa saadut tiedot kirjaamisesta potilastietojärjestelmän kautta on säilytetty opinnäytetyöntekijän työhuoneessa lukollisessa kaapissa. Tiedoista ei käy ilmi kenenkään henkilötietoja eikä terveydentilaa koskevia asioita. Kirjausten tekijät eivät ole tunnistettavissa. Opinnäytetyön raportin valmistuttua kaikki tutkimusaineisto siirretään Tammikummun sairaalan arkistoon säilytettäväksi ja mahdollisesti sisäiseen käyttöön hyödynnettäväksi.

## 9 Lopuksi

Tässä opinnäytetyössä toteutetusta kehittämistoiminnasta saatujen tulosten perusteella Tammikummun kirjaamisen kehittämishanke oli tulokellinen. Saavutettu tulos oli projektille asetettujen tavoitteiden mukaista. Hoitotyön kirjaamisen tason nousu kertoo kirjaajien ammatillisen osaamisen tason noususta, mikä oli yksi tavoitteista.

Ihmisten osaamisen arvostaminen, luottamuksellisuus ja turvallinen ympäristö, jossa uskalletaan opetella asioita tuntematta itseään osaamattomaksi, kannustaa työntekijöitä kehittämään ja oppimaan uutta. Esimiehen kannustus ja mukanaolo on erityisen tärkeää. Sanallinen ja mahdollisuuksien mukaan rahallinenkin kannustus motivoi työntekijöitä toimimaan aktiivisesti erilaisissa työyhteisön hankkeissa. Hyvinvoiva ammattitaitoinen henkilöstö tuottaa parempaa ja laadukkaampaa hoitotyötä, eli tulosta, talouden mittareiden kannalta katsottuna. Hyvinvoivassa työyhteisössä sairauspoissaolot ovat vähäisiä vaikuttaen talouteen suotuisasti suorien rahallisten säästöjen muodossa.

Raportin tekijä toimii Tammikummun vuodeosastolla lähiesimiesasemassa osastonhoitajana. Hän pyrki hankkeen aikana lähiesimiehenä tietoisesti ja päämäärähakuisesti olemaan hanketta edistävä ja tukeva johtaja juurruttamisen mallin mukaisesti. Kaikkien työyhteisön jäsenten asiantuntijuutta arvostettiin pyrkien tuomaan hiljaista tietoa kehittämistoimintaan mahdollisimman paljon mukaan. Kehittämishankkeen aikaiset palaverit pidettiin luottamuksellisina silloin, kun niissä käsiteltiin hoitajien osaamisalueita. Kehityskeskustelut ja case-palaverit vahvistivat keskinäistä luottamusta osastohoitajan ja hoitajien välillä. Asiasta keskusteltiin avoimesti palavereissa ja kaikki halukkaat saivat osallistua kehittämishankkeeseen oman mielenkiintonsa mukaan. Tekninen potilastietojärjestelmän käytön osaaminen ja ammatillinen asiantuntijuus potilaan asioissa arvostettiin samalle tasolle hankkeen aikana. Kaikki antoivat oman, tärkeäksi arvoitetun panoksensa case-palavereissa.

Fisherin (2014 184-185) väitöskirjatutkimuksessa todetaan työyhteisökokemuksen laadun perustuvan kolmeen tekijään: esimiestyöhön, työyhteisön sisäiseen laatuun ja ilmapiiriin sekä yksilöiden henkilökohtaiseen sitoutumiseen. Esimies toimii roolimallina ja hänen käyttäytymisensä vaikuttaa työntekijöiden sitoutumiseen ja työilmapiiriin. Esimiehen kannustava ja arvostava työote antaa mahdollisuuden työntekijöiden omien vahvuuksien esiin tuomiselle ja kannustaa heitä tekemään parhaansa. Tätä opinnäytetyötä tehdessäni opin, että yksikön esimiehen kannattaa panostaa työyhteisössä meneillään olevan kehittämishankkeen onnistumiseen. Onnistuneella hankkeella on enemmän vaikuttavuutta kuin pelkästään kyseisen hankkeen onnistuminen tai oman muutosjohtamisen ja rajojen koettelu - onnistuneen hankkeen piilo- ja sivuvaikutuksia ovat muun muassa henkilöstön ja oman ammattitaidon, työn arvostuksen ja ammattitilpeyden kohoaminen. Työyhteisön työhyvinvoinnin kannalta pitkä, onnistunut kehittämisprojekti tuo työhön työnimua, flow'ta, ja parhaimmillaan työn tekeminen koetaan antoisana ja mieluksena. Työilmapiirin ollessa hyvä hoitajien hyvinvointi heijastuu myös potilaisiin, ja tätä kautta potilaat saavat laadukkaampaa ja ammattitaitoisempaa hoitoa. Töihin tulo ei ole ikävää vaan mieluksaa, ja työyksikössä on hyvä yhteishenki.

Kaikilla on tarve tulla nähdyksi ja kuulluksi sekä toive omien vahvuuksien huomaamisesta. Tämä havainto tuli projektin aikana esille case-palaverissa: osallistujat halusivat olla yhdessä tekemässä potilaiden hoitosuunnitelmia ja yhteenvetoja. Kaikkien mukaan ottaminen oli erittäin tärkeää koko työyhteisön osallisuuden saavuttamiseksi. Positiivinen työyhteisökokemus tuottaa parempaa työn laatua ja tuottavuutta työelämän eri tilanteissa, kuten muutoksissa. Työyhteisön avaimia positiiviseen vuorovaikutukseen ovat auttaminen, kiitollisuus, luottamuksellisuus ja epäitsekkyys. Fisherin mukaan tarvitsemme toisten arvostusta ja kiinnostusta sekä halua ottaa meidät mukaan erilaisiin hankkeisiin ja yhteiseen toimintaan. Nämä ovat muutosjohtajan tärkeimmät työkalut muutoksen läpiviennissä työyhteisössä.

Opinnäytetyön tekijä havaitsi hankkeen aikana, että lähiesimiehen osallisuus vaikuttaa positiivisesti sekä kyselyjen korkeaan vastausprosenttiin että kehittämishankkeen tuloksellisuuden omalla toiminnallaan ja asenteellaan. Tästä voidaan vetää johtopäätös, että esimiehen aktiivinen osallistuminen ja innostus asiaan edesauttaa ja varmistaa toivotun, parhaan mahdollisen lopputuloksen kehittämishankkeessa. Tämä on tärkeä asia ajateltaessa nykypäivän kiristyvää työtahtia ja hupenevia taloudellisia resursseja hoitotyön kehittämistyössä. Hoitotyön kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi käytännön työelämässä on olennainen tekijä terveydenhuollon muuttuessa asiakaskeskeisemmäksi sekä läpinäkyvämmäksi ja kansalaisten tiedonsaantioikeuden painottuessa. Hyvä hoitotyön kirjaaminen on yksi tärkeä osa pyrittäessä vastaamaan asiakkaiden odotuksiin tiedonsaantioikeuden, itsemääräämisoikeuden ja vastuunkantoon omaan hoitoonsa osallistumisen näkökulmasta.

## Lähteet

Ahonen, O. , Ikonen, H. & Rajalahti, E. 2009 Potilasturvallisuus - Osaamisen kehittäminen eNNi-hankkeessa 1/2009. Osaaja.net. Ammattikorkeakoulujen verkkojulkaisu. Viitattu 20.11.2014. <http://www.uasjournal.fi/index.php/osaaja/article/viewArticle/446/513>

Ahonen O., Makkonen A. & Pihkala L. 2010. Sairaanhoidajien ja lähihoitajien kokemuksia oman työyhteisön sitouttamisen tukemista kirjaamisen kehittämistoimintaan. Sairaanhoidajapäivien abstraktikirja. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 25.1.2015. [http://www.laurea.fi/fi/tutkimus\\_ ja\\_ kehitys/painoala\\_verkostot/hoitasantuntjakotsearviyt/julkaisut/Documents/Hoitotyon%20kehittaminen%20juurruttamalla\\_OraHyytiainen%20et%20al.pdf](http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ ja_ kehitys/painoala_verkostot/hoitasantuntjakotsearviyt/julkaisut/Documents/Hoitotyon%20kehittaminen%20juurruttamalla_OraHyytiainen%20et%20al.pdf)

Ensio, A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Ensio, A., Saranto, K., Ikonen, H. & Iivari, A-K. 2006. The national evaluation of standardized terminology. Teoksessa Park, H-A., Murray, P., Delaney, C. Customer-Centered Computer-Supported Care for Healthy People. Proceedings of NI2006, Seoul, Amsterdam: IOS Press, Vol. 122, 749,752.

Eskola, J. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon kehittämisen yhteistyöseminaari. 14.4.2014. Avauspuheenvuoro. Helsinki Paasitorni.

Fisher, M. 2014. Teoksessa Pakarinen, T. & Mäki, T. (toim.) Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen, uudistumisen sykettä palveluihin. Porvoo: Bookwell Oy.

Hallintolaki 434/2003. Viitattu 9.12.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434#L3P13>

Harding, T. 2013. Cultural safety: A Vital Element for Nursing Ethics. Nursing Praxis in New Zealand 2013, Mar; 29 (1): 4-11. Viitattu 19.11.2013. <http://web.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/detail?vid=3&sid=58717a57-cb17-43ab-8360-32d294198fe1%40sessionmgr111&hid=123&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2012079461>

Harisalo, R. 2008. Organisaatioteoriat. Tampere: Juvenes Print.

Hassinen, T. & Tantt, K. 2007. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. Viitattu 26.5.2014. [https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_ urapalvelut/ julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3\\_08/ajankohtaiskirjoitus/hoitotyon\\_yhteenvedo\\_turvaa\\_poti/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_ urapalvelut/ julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_08/ajankohtaiskirjoitus/hoitotyon_yhteenvedo_turvaa_poti/)

Heikkilä, A. 2008. Tutkiva kehittäminen: Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 9.12.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Henkil%C3%B6tietolaki>

HILMO Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus. 2012 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu Otavan Kirjapaino Oy.

Holma, T. 2003. Ite 2-opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallinnanmenetelmän käyttöön. Kuntaliiton julkaisu. Helsinki: HakapainoOy.

Holopainen, A., Korhonen, T., Miettinen, M., Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi - toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Premissi 1/2010, 38-45.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön vuosikirja. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä Gummerus Kirjapaino Oy.

Hyppönen, H., Doupi, P., Hämäläinen, P. & Ruotsalainen, P. 2009. Kansallisten tietojärjestelmäpalvelujen arvioinnin suunnittelu. KaTRI-hankkeen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL Raportti 33/2009.

Hyppönen, H., Vuokko, R., Persephone, D. & Mäkelä-Bengs, P. 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakentaistaminen. Menetelmät, arviokäytännöt ja vaikuttavuus. THL-Raportti 31/2014. Viitattu 21.1.2015.  
[www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN\\_ISBN\\_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1)

Hämäläinen, P., Reponen, J. & Winblad, I. 2009. Electronic patient records in Finland. Teoksessa eHealth of Finland. Check point in 2008. 23 - 27. Viitattu 26.7.2013.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f5ca5a36-f2c6-4e94-ae95-a7b439b1169b>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Ikonen, H., Tantt, K., Hoffren, P. & Mäkilä, M. 2007. Implementing nursing diagnosis, interventions and outcomes in multidisciplinary practice. Proceedings of the 6<sup>th</sup> ACENDIO Conference in Amsterdam in the Netherlands. Teoksessa Nursing Informatics 2014, 21-25. Toimittanut Saranto, K., Weaver, P. & Chang, P. Taiwan, Taipei.

Kaakinen, P., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2013. Pitkäaikaissairaalan aikuispotilaan ohjauksen laatu kirjaamisen perusteella. Tutkiva Hoitotyö Vol. 12(1), 2014.

Kaila, A. & Kuivalainen L. 2008. Kirjaamisen auditointilomake ja arviointihjeet, Sähköpostitse saatu materiaali.

Kaila, A. & Kuivalainen L. 2013. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kehittäminen ja tulokset. Teoksessa Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013. Laatutyö. Pohjois-Karjalan sairaanhoito ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 20/2014. Viitattu 24.1.2015.  
[http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen\\_kirjasto/isbn9789529793686.pdf](http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/isbn9789529793686.pdf)

Kananen, J. 2012: Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjaamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Tampere: Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanta 2014a. Lapin sairaanhoitopiirin yhteiset toimintamallit - koulutusmateriaali. Viitattu 25.1.2015.

<http://www.kanta.fi/documents/12105/4027073/Yhteiset+toimintamallit+koulutus+diat+3.2.2014.ppt/4340b01e-edba-4d9e-9fd9-2a4a02ea91c4>

Kanta 2014b. Potilastiedon arkiston esite 2014. Viitattu 25.1.2015.

[http://www.kanta.fi/documents/10180/4022444/Potilastiedot+valtakunnalliseen+arkistoon\\_webFI\\_2014.pdf/e27be248-4285-4784-bf90-cbb2894e8952](http://www.kanta.fi/documents/10180/4022444/Potilastiedot+valtakunnalliseen+arkistoon_webFI_2014.pdf/e27be248-4285-4784-bf90-cbb2894e8952)

Kansanterveyslaki 1972/66. 21.11.13. Viitattu 21.11.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kanste, O. 2011. Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö 9, 30-36.

Kanto, V. & Kanste, O. 2008. Yliopistosairaalan määräaikaisten sairaanhoitajien sitoutuminen työhönsä. Tutkiva hoitotyö 6, 25-31.

Kauniaisten kaupungin ikäpoliittinen strategia. Kauniaisten internet sivut. Viitattu 21.11.13.

[http://www.kauniainen.fi/files/6322/Kauniaisten\\_ikaantymispoliittinen\\_strategia\\_2011-2016.pdf](http://www.kauniainen.fi/files/6322/Kauniaisten_ikaantymispoliittinen_strategia_2011-2016.pdf)

Karhula, P. 2009. Tietojohdaminen ja tietojohdamisen verkosto. Viitattu 2.3.2015.

<http://lib.eduskunta.fi/dman/Document.phx?documentId=kf25210150256488&cmd=download>

Karhu, P. 2014. Teoksessa Pakarinen, T. & Mäki, T. (toim.) Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen, uudistumisen sykettä palveluihin. Porvoo: Bookwell Oy.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.

Kielilaki 6.6.2003/423. Viitattu 3.1.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423#L1P6>

Kim, H. S. 2000. The nature of theoretical thinking in nursing. 2. painos. New York: Springer Publishing.

Kinnunen, U-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen Yliopisto 2013. Viitattu 25.10.2014.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1209-1/urn\\_isbn\\_978-952-61-1209-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf)

Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen Terveydenhuollon organisaatioissa.

Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä Viitattu 26.5.2014.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1068-3/urn\\_isbn\\_978-951-27-1068-3.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1068-3/urn_isbn_978-951-27-1068-3.pdf)

Von Krogh, G., Nåden, D. 2008. ANursing-Spesific Model of EPR Dokumentation, Sigma Theta Tau International. Journal of Nursing Scholarship. Viitattu 10.12.2013.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdf.viewer?sid=fd3de6fc-364f-4e2f-8079-ea8efe3f38d0%40sessionmgr111&vid=6&hid=103>

Kyngäs, H. Kääriäinen, M. & Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen haasteet. 1-7. Viitattu 11.10.2013.



[http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Kärkkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. 2005. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasyntesis. *Nurs Ethics*. 2005 Mar; 12(2):123-32. Viitattu 18.9.2014.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15791782>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Viitattu 21.11.13.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 9.12.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Viitattu 9.12.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asiakastietojen%20s%C3%A4hk%C3%B6inen%20k%C3%A4sittely>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 9.12.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6>

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999. Viitattu 9.12.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=viranomaisten%20toiminnan%20julkisuus#L5P18>

Lehtovirta, J. & Vuokko, R. 2014. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas osa 1. Keskeisten kertomuskirjausrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. THL. Viitattu 26.5.2014. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN\\_ISBN\\_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1)

Lewis, C. & Gilman, S. 2005. *The Ethics Challenge in Public Service. A Problem-Solving Guide*. Second edition. USA 2005. Viitattu 25.1.2015.  
[http://books.google.fi/books?id=v8JxvXCzmfEC&printsec=frontcover&hl=fi&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.fi/books?id=v8JxvXCzmfEC&printsec=frontcover&hl=fi&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Liebowitz, J. & Frank, M. 2011. *Knowledge management and e-learning*. Boca Raton: Auerbach Publications.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio A. 2012. *FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas*. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 3.1.2014.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN\\_ISBN\\_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1)

Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 9.12.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Monsen, K., Foster, D., Gomez, T., Poulsen, J., Mast, J., Westra, B. & Fishman, E. 2011. *Evidence-based Standardized Care Plans for Use Internationally to Improve Home Care Practice and Population Health*. Schattauer. Viitattu 10.12.2013.  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3631934/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3631934/)

Mäkelä, K. 2006. *Terveydenhuollon tietotekniikka. Terveyden ja hyvinvoinnin sovellukset*. Helsinki: Tammer- Paino Oy.

Mölläri K. Perusterveydenhuolto 2011. Viitattu 17.11.2013.  
[www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/Tr20\\_13pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/Tr20_13pdf?sequence=4)

Nanda international järjestön internet sivut. Viitattu 2.1.2014. <http://www.nanda.org/>

Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. New York: Oxford University Press.

Nowothny, H. 2005. The changing nature of public science. Teoksessa Nowothny H., Pestre, D., Schmidt-Assmann, E., Shultze-Fielitz, H. & Turte, H-H. (toim.) The Public Nature of Science under Assault. Berlin: Springer, 1-27. Julkaisussa Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Käyttäjä- ja toimijälähtöinen kehittäminen. Osajaanet 2/2009. Viitattu 13.1.2015.  
<http://www.uasjournal.fi/index.php/osaaja/article/viewArticle/1115/965>

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Julkaisusarja D- verkkojulkaisut. Viitattu 20.5.2014. <http://www.cs.uta.fi/re-ports/dsarja/D-2010-7.pdf>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON- VERONA CONFERENCE, QUALITY IN SERVICES. Aristotle University, Thessaloniki - Greece 3-4 September 2007. 144-154. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 25.1.2015.  
[http://www.laurea.fi/fi/tutkimus\\_ ja\\_ kehitys/painoala\\_verkostot/hoitasantuntjakotsearviyt/julkaisut/Documents/Hoitotyon%20kehittaminen%20juurruttamalla\\_OraHyytiainen%20et%20al.pdf](http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ ja_ kehitys/painoala_verkostot/hoitasantuntjakotsearviyt/julkaisut/Documents/Hoitotyon%20kehittaminen%20juurruttamalla_OraHyytiainen%20et%20al.pdf)

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, O. 2012 Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla, tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohjan yksikkö: Vantaa. Viitattu 9.12.2013.  
[http://www.laurea.fi/fi/tutkimus\\_ ja\\_ kehitys/julkaisut/opetustyo\\_koulutus/Documents/Hoitotyon%20kehittaminen%20juurruttamalla\\_OraHyytiainen%20et%20al.pdf](http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ ja_ kehitys/julkaisut/opetustyo_koulutus/Documents/Hoitotyon%20kehittaminen%20juurruttamalla_OraHyytiainen%20et%20al.pdf)

Ora-Hyytiäinen, E., Ikonen, H., Ahonen, O., Rajalahti, E. & Saranto, K. 2010. Learning by Developing. Case Study 9B. Teoksessa Nursing informatics for the 21<sup>st</sup> Century: An international Look at Practice, Education and EHR Trends 169-176. Toim. Weaver, C., White Delaney, C., Weber, P. & Carr, R. USA, Chicago: Permissions Editor HIMSS.

Paavilainen, L. 2013. Systemaattinen kirjaaminen Loimaan aluesairaalassa - Hoitotyön prosessi ja potilaslähtöisyys hoitotyön systemaattisessa kirjaamisessa. Opinnäytetyö Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala (YAMK ) Viitattu 21.5.2014.  
[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62998/Paavilainen\\_Leena.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62998/Paavilainen_Leena.pdf?sequence=1)

Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllistymispalvelujen kehittämishankkeista. Kuntoutussäätiön työselosteita 33/2007. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 25.1.2015.  
[http://www.kuntoutussaatio.fi/files/172/Juurruttamisen\\_edistajat\\_ ja\\_ estajat.pdf](http://www.kuntoutussaatio.fi/files/172/Juurruttamisen_edistajat_ ja_ estajat.pdf)

Perusterveydenhuolto 2011. Tilastoraportti Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.11.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/perusterveydenhuollon\\_palvelut/perusterv](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/perusterveydenhuollon_palvelut/perusterv)

## eydenhuolto

Pietarinen, J. 1999. Tutkijan ammattietiikan perusta. Julkaisussa Lötjönen, S. (toim.) Opetusministeriö, Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja Nro 69.. Viitattu 25.1.2015.

[http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan\\_ammattietiiikka\\_99.pdf?lang=fi](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/1999/liitteet/tutkijan_ammattietiiikka_99.pdf?lang=fi)

Potilasvahinkolaki 585/1986. Viitattu 9.12.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasvahinkolaki>

Powers, B. & Knapp, T. 2010. Dictionary of Nursing Theory and Research. USA, New York: Springer Publishing Company. Viitattu 3.12.2014.

<http://site.ebrary.com.nelli.laurea.fi/lib/laurea/reader.action?docID=10546343>

Prideaux, A. 2011. Nursing documentation, record keeping and written communication. British Journal of Nursing 2011 Dec 8. Viitattu 25.6.2013.

<https://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780443073991/9780443073991.pdf>

Pöysti, T. 2009. Tietojohdamisen ja kokonaisarkkitehtuurin tarve valtioneuvostossa. VTV

10.3.2009 Viitattu 26.5.2014. [http://www.vtv.fi/files/2069/VN\\_tietojohdaminen\\_100309.pdf](http://www.vtv.fi/files/2069/VN_tietojohdaminen_100309.pdf)

Raij, K. 2007. Learning by Developing. Laurea Publications A- 58. Vantaa: Laurea University of Applied Sciences: Edita Prima.

Rajalahti, E. & Saranto, K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen- haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. Hoitotiede 23 (4) 243-257.

Rissanen, S. & Lammintakainen, J. 2011. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ritvanen, H. & Sinipuro, J. 2013. Tiedolla johtaminen toimialan murroksessa. Malli sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Saksa: BoD - Books on Demand.

Ritvanen, J. 2012. Tietoa Suomalaisesta hoitotyön luokituksessa - lähijohtamisen päätöksenteon näkökulma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Sijainti: Turku: Turun yliopiston lääketieteellinen kirjasto.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluation tekijöille ja tilaajille. Tampere: Tammer Paino Oy.

Rytilä, M. 2011. Tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa julkisella terveydenhuoltoalalla. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 12.4.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201111081198>

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 13.11.2014.

[https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty\\_o\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_ty\\_o/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet. Viitattu 11.10.2014.

<http://sairaanhoitajaliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/421e38b3b54b770336b1e25bab460765/1413051123/application/pdf/162162477/Sairaanhoitajien%20kollegiaalisuusohjeet.pdf>

Saranto, K., Brennan, F., Parki, P., Tallberg, H-A. & Ensio, M. 2009. Connecting health and Humans. Proceedings of NI. Amsterdam: IOS Press.

Saranto, K. & Sonninen, A. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. painos. Helsinki: WSOY.

Schreier, M. 2012. Qualitative Content Analysis in Practice. CPI Group (UK) Ltd, Croydon: SAGE Publications.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2012. Etene julkaisuja 32. Viitattu 27.2.2015.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 20.2.2014.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:38. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmienvaltakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Viitattu 9.12.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-8920.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8920.pdf)

Sosiaali ja terveysministeriö. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuol-  
lolle sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Viitattu 13.10.2014.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf)

Tampereen yliopisto. 2014. Tampereen yliopiston laatukäsikirja. Viitattu 9.4.2015.  
<http://www.uta.fi/ajankohtaista/yliopistoutiset/ilmoitus.html?id=100408>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. painos. Tampere: Tampere University Press.

Sydänmaanlakka, P. 2004. Älykäs organisaatio - tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. 7.painos. Jyväskylä: Gummerus.

Tammikummun internetsivut 2015. Viitattu 24.2.2015.  
[http://www.kauniainen.fi/palvelut\\_ja\\_lomakkeet/vanhuspalvelut/laitoshoitto\\_ja\\_asumispalvelut/terveyskeskussairaala\\_tammikumpu](http://www.kauniainen.fi/palvelut_ja_lomakkeet/vanhuspalvelut/laitoshoitto_ja_asumispalvelut/terveyskeskussairaala_tammikumpu)

Tammikummun terveyskeskussairaalan vuodeosaston toimintakertomus 2014. Kauniaisten kaupunki.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tanttu, K. 2008. Hoitajien systemaattinen kirjaaminen. 2. painos. Helsinki: WSOY.

Tanttu, K. 2009. HoiData-hankkeen loppuraportti. Sähköpostitse saatu materiaali.

Tanttu, K. 2007. HoiDok-hankkeen loppuraportti. Sähköpostitse saatu materiaali.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 27.12.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Kanta-palvelut .Potilastiedon arkisto, käyttöönottoaikataulusuunnitelma v.2015. Viitattu 2.2.2015.  
<http://www.kanta.fi/documents/12105/3494314/Suunnitelma+k%C3%A4ytt%C3%B6%C3%B6notoaikataulusta/f941e2b3-b2d5-480f-bf7b-92f1d5f6a6f0>

Tietoa RAI-järjestelmästä 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.11.2014.  
<http://www.thl.fi/fi/web/ikaantuminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Valtionavustus tietojärjestelmäinfrastruktuurin tehostamiseen. Viitattu 9.12.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/palvelut/maarahat/oper\\_valtionavustus\\_tietojarjestelma\\_infrastruktuurin\\_tehostamiseen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/palvelut/maarahat/oper_valtionavustus_tietojarjestelma_infrastruktuurin_tehostamiseen)

Tilastokeskus 2012: Väestötilastot 2012. Väestöennuste 2012-2060. Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman. Julkaistu 28.9.2013. Viitattu 18.11.2013.  
[http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn\\_2012\\_09-28\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_09-28_tie_001_fi.html)

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere:Tampere University Press.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sajajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print.

Urponen, V. 2014. Teoksessa Pakarinen, T. & Mäki, T. (toim.) Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen, uudistumisen sykettä palveluihin. Porvoo: Bookwell Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

## Kuviot

Kuvio 1: Hoitoprosessin vaiheet (Lehtovirta & Vuokko 2014) .....	15
Kuvio 2: Keskeiset hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavat lait (mukaillen FinLex) .....	22
Kuvio 3: eLappi-yhteiset toimintamallit -koulutuksen materiaali 2014 (Kanta 2014a) .....	23
Kuvio 4: Hoitotyön kirjaamisen kehittämisen tietoperusta (mukaillen Kim 2000) .....	26
Kuvio 5: Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan menetelmälliset näkökulmat (Toikko & Rantanen 2009, 10) .....	27
Kuvio 6: Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä toiminnassa (Ahonen ym. 2012, 27) .....	29
Kuvio 7: Edistävät ja estävät tekijät kehittämistoiminnassa (Ahonen, Makkonen & Pihkala 2010; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 65) .....	30
Kuvio 8: Kirjaamisen kehittämishankkeen prosessivaiheet Tammikummun vuodeosastolla 2014-2015 .....	37
Kuvio 9: Alkumittauksen tulokset hoitajien tiedollisesta tasosta rakenteisen kirjaamisen teoriasta huhtikuussa 2014 .....	39
Kuvio 10: Potilaskertomusten hoitotyön auditoinnin tulokset elokuussa 2013 .....	40
Kuvio 11: Sisällönanalyysi Tammikummun vuodeosaston hoitotyön kirjausten tietosisällöistä (mukaillen Lehtovirta & Vuokko 2014; Liljamo ym. 2013) .....	42
Kuvio 12: Kirjaamisen alku - ja väliarviomittauksen tulokset potilaskirjauksista Kailan ja Kuivalaisen auditointilomakkeella. Ensimmäinen (punainen) pystypylväs kuvaa vuoden 2013 elokuun otannan tuloksia ja toinen (sininen) kuvaa elokuun 2014 otannan tuloksia. ....	44
Kuvio 13: Tammikummun terveyskeskussairaalan vuodeosaston kirjaamisen kehittämishankkeen prosessivaiheiden aikajana .....	49
Kuvio 14: Hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektin prosessivaiheiden eteneminen, nykytilanteen kuvaus ja hankkeen aloitus huhtikuun 2014 .....	51
Kuvio 15: Hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektin prosessivaiheiden eteneminen, case-palaverit vuodeosastolla kesäkuusta syyskuuhun 2014 .....	52
Kuvio 16: Kirjaamisen kehittämistoiminta terveydenhuollon yksikössä (mukaillen Holopainen, Korhonen, Miettinen, Pelkonen & Perälä 2010; Holma 2003, 10; Tampereen yliopiston laatuksikirja 2014) .....	57
Kuvio 17: Esimiehen toiminnan vaikutukset kehittämistoimintaan työyksikössä (mukaillen Ahonen, ym. 2010; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 65) .....	59
Kuvio 18: Kirjaamisen kehittämisprojektin prosessivaihe uuden kirjaamisohjeen juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet huhtikuussa 2015 .....	61
Kuvio 19: Kirjaamisen kehittämisprojektin prosessivaihe arviointi ja raportointi syksyllä 2014 .....	63
Kuvio 20: Kirjaamisen alkumittauksen syksyn arviomittauksen tulokset hoitajien tietoperustasta Kailan ja Kuivalaisen (2008) auditointilomakkeella. Kyselyt suoritettiin huhtikuussa (sininen käyrä) ja syyskuussa 2014 (vihreä käyrä). ....	64
Kuvio 21: Kirjaamisen alku - ja arviomittauksen tulokset potilaskirjauksista Kailan ja Kuivalaisen auditointilomakkeella. Ensimmäinen (punainen) pystypylväs kuvaa vuoden 2013 elokuun otannan tuloksia ja toinen (sininen) kuvaa elokuun 2014 otannan tuloksia. ....	65
Kuvio 22: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä hoitotyön kirjaamisen kehittymisestä työyhteisössä kehittämisprojektin aikana .....	67
Kuvio 23: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä uuden toimintaohjeen käytön hyödynnettävyyttä .....	68
Kuvio 24: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä kehittämistyöryhmän tuomista ideoista hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen .....	68
Kuvio 25: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä miten uusi toimintaohje on parantanut hoitotyön kirjaamista .....	69
Kuvio 26: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä uuden toimintaohjeen vaikutusta hoitotyön kirjaamisen muutokseen työyhteisössä .....	69
Kuvio 27: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kysyttäessä esimiehen aktiivisuudesta kehittämistoiminnassa .....	70
Kuvio 28: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kehitysprojektin resursoinnista ajallisesti .....	70

Kuvio 29: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn tulokset kehitysprojektin resursoinnista taloudellisesti .....	71
Kuvio 30: Työyhteisön kehittämishankkeen palautekyselyn kaikkien vastausten tulokset ilmaistuna vastausten keskiarvoilla.....	72

## Taulukot

Taulukko 1: Vuodeosaston kirjaamisprojektin jälkeinen tavoitetila Tammikummun vuodeosaston hoitotyön kirjauksissa .....	11
Taulukko 2: ANA:n hyväksymät hoitotyön luokitukset (Kinnunen 2013, 33).....	18
Taulukko 3: Sisällönanalyysin kvantifiointi elokuu 2013 .....	43
Taulukko 4: Sisällönanalyysin kvantifiointi 2013 ja 2014 .....	45
Taulukko 5: Swot-analyysi Tammikummun vuodeosaston kehittämishankkeesta .....	46



## Liitteet

Liite 1: Kirjaamisen auditointilomake 2008 .....	90
Liite 2: Kirjaamisen auditointilomakkeen täyttöohje .....	91
Liite 3: Henkilökunnan koulutustarpeiden arviointilomake hoitajille .....	92
Liite 4: Hoitotyön kirjausten merkintöjen sisällönanalyysin koontilomake.....	94
Liite 5: Hankkeen jatkokehittämisen keinot 2014-2015.....	95
Liite 6: Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen, toiminnan ja tuotoksen arviointilomake ....	96

## Liite 1: Kirjaamisen auditointilomake 2008

KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE																						
arviointikohde = yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitojakso, yhteenveto >3 kk tai pkl-käynti)																						
arviointiyksikkö: _____ arviointipvm: / 20																						
Auditaitava osio/ hoitosuunnitelma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Σ ka	
1 Hoitotyön tarve kirjattu 1)																					0	0,00
2 Hoitotyön tavoite kirjattu 2)																					0	0,00
3 Hoitotyön toteutus kirjattu 3)																					0	0,00
4 Hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu 4)																					0	0,00
5 Hoitotyön yhteenveto kirjattu 5) paitsi 6)																					0	0,00
6 Suunnitellut toiminnot kirjattu 7)																					0	0,00
7 Suunniteltujen toimintojen vaikutus kirjattu 5)																					0	0,00
8 Tarve → tavoite, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)																					0	0,00
9 Tavoite → toteutus, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)																					0	0,00
10 Tavoite → arviointi, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)																					0	0,00
11 Tarve=potilaan yksilöllinen 8)																					0	0,00
12 Tavoite=yksilöllinen suhteessa yksilölliseen tarpeeseen 9)																					0	0,00
13 Toteutus suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen 10)																					0	0,00
14 Tulos suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen 11)																					0	0,00
15 Yksilöllisyys & loogisuus, > 1 yhteinen tekijä, paitsi 12)																					0	0,00
Σ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
tuloksen arviointi	tarvitaan kirjaamisen perusasioiden kehittämistä																				ei hyväksyttävä taso	

KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE																						
arviointikohde = yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitojakso, yhteenveto >3 kk tai pkl-käynti)																						
arviointiyksikkö: _____ arviointipvm: / 20																						
Auditaitava osio/ hoitosuunnitelma	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	Σ ka	
1 Hoitotyön tarve kirjattu 1)																					0	0,00
2 Hoitotyön tavoite kirjattu 2)																					0	0,00
3 Hoitotyön toteutus kirjattu 3)																					0	0,00
4 Hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu 4)																					0	0,00
5 Hoitotyön yhteenveto kirjattu 5) paitsi 6)																					0	0,00
6 Suunnitellut toiminnot kirjattu 7)																					0	0,00
7 Suunniteltujen toimintojen vaikutus kirjattu 5)																					0	0,00
8 Tarve → tavoite, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)																					0	0,00
9 Tavoite → toteutus, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)																					0	0,00
10 Tavoite → arviointi, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)																					0	0,00
11 Tarve=potilaan yksilöllinen 8)																					0	0,00
12 Tavoite=yksilöllinen suhteessa yksilölliseen tarpeeseen 9)																					0	0,00
13 Toteutus suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen 10)																					0	0,00
14 Tulos suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen 11)																					0	0,00
15 Yksilöllisyys & loogisuus, > 1 yhteinen tekijä, paitsi 12)																					0	0,00
Σ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
tuloksen arviointi	tarvitaan kirjaamisen perusasioiden kehittämistä																				ei hyväksyttävä taso	
ei hyväksyttävä taso	0,00-4,99		♥ myös tarpeiden kirjaamisessa on kehitettävää																			
heikko taso	5,00-8,30		♥ myös tavoitteiden kirjaamisessa on kehitettävää																			
hyvä taso	8,31-11,60		♥ myös toteutuksen kirjaamisessa on kehitettävää																			
kiitettävä taso	11,61-15,00		♥ myös arvioinnin kirjaamisessa on kehitettävää																			
			♥ myös yhteenvetojen kirjaamisessa on kehitettävää																			
			1) jos osio 1 = 0, myös osiot 8, 11-15 = 0      7) jos osio 6 = 0, myös osiot 7 ja 15 = 0																			
			2) jos osio 2 = 0, myös osiot 8-10, 12-15 = 0      8) jos osio 11 = 0, myös osiot 12-15 = 0																			
			3) jos osio 3 = 0, myös osiot 9, 13, 15 = 0      9) jos osio 12 = 0, myös osiot 13-15 = 0																			
			4) jos osio 4 = 0, myös osiot 7, 10, 14, 15 = 0      10) jos osio 13 = 0, myös osio 15 = 0																			
			5) jos osiot 5, 7-10 = 0 myös osio 15 = 0      11) jos osio 14 = 0, myös osio 15 = 0																			
			6) ei koske yksittäistä pkl-käyntiä, jossa yhteenveto = 1      ei koske yksittäistä lyhyttä pkl-käyntiä, jossa riittää 1 yhteinen tekijä																			

## Liite 2: Kirjaamisen auditointilomakkeen täyttöohje

## KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE

arviointikohte= yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitajakso/yhteenvedo tai pkl-käynti)

Nro	Arvioitava osio Minimilaatuso: kohdat 1-2,4-5 ja 13 kirjattu	Kyllä =1	Ei =0
1	Tarve: onko tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?		
2	Tavoite: onko tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?		
3	Onko valitut auttamismenetelmät kirjattu jo suunnitteluvaiheessa		
4	Toteutus: onko toteutus kirjattu sille varattuun kohtaan?		
5	Tuloksen arviointi: onko arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?		
6	Onko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?		
7	Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?		
8	Onko tarve ilmaistu potilaan tarpeena?		
9	Onko tavoite ilmaistu potilaan tavoitteena?		
10	Onko toteutuksen kirjaaminen kiinteä osa potilaan yksilöllistä hoitotyön suunnitelmaa?		
11	Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen?		
12	Onko valitun auttamismenetelmän tulos arvioitu / onko valituilla auttamismenetelmillä ollut vaikuttavuutta?		
13	Yhteenvedo: onko yhteenvedo tehty hoitajaksesta, pitkäaikaispotilaasta < 3 kk tai sarjakäynnistä? <u>Ei koske yksittäistä pkl-käyntiä</u>		

 ilmiö/asia löytyy = yksikin maininta riittää täyttämään kyllä-kriteerin

Kohta 8	Kyllä	tarve ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häirionä, vaikeutena, heikentyneenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, tarpeena
	Ei	tarve ilmaistu hoitajan tekemisensä esim. potilaan tiedon tarve kontrolliajasta, jatkohoito, toimenpite
Kohta 9	Kyllä	tavoite ilmaistu potilaan tekemisensä, potilaan toiminta on kuvattu verbina esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, potilaan tilanne pysyy ennallaan
	Ei	tavoite on ilmaistu hoitajan tekemisensä esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa
Kohta 10	Kyllä	toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tavoitteeseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen juuri tällä potilaalla <b>HUOM! tässä kirjaus kuuluu olla hoitajan tekemistä</b>
	Ei	hoitajan toiminta on kirjattu irrallisena, rutiinimomaisena tekemisensä tai potilaan tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole edes kirjattu esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta (ilman tarkempaa sisältöä), muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään
Kohta 11	Kyllä	tulos on vertailua suhteessa potilaan tavoitteen saavuttamiseen (kts. kohta 9)
	Ei	tulos on kuvausta hoitajan tekemisestä esim. ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty, kotiutui taksilla, sai reseptit mukaan
Kohta 12	Kyllä	On kirjattu vähintään yhden auttamismenetelmän vaikutus potilaan nälkokuuhmasta esim. annettu X lääketä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautaamalla", epäileväinen vielä onnistunko
	Ei	On kirjattu auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa sen tuloksesta esim. annettu X lääketä xx mg klo 14.30, mutta ei ole mainintaa autoitko se potilasta, keskusteltu ravitsemuksesta, mutta ei mainintaa, mikä oli keskustelun tulos

## Liite 3: Henkilökunnan koulutustarpeiden arviointilomake hoitajille

## HOITOTYÖN SYSTEMAATTISEN KIRJAAMISEN AUDITOINTI

HoiData - hanke 2009

## I. TAUSTATIEDOT

Ikä \_\_\_\_\_ v  
 Työkokemus \_\_\_\_\_ v  
 Organisaatio/Työyksikkö/erikoisala \_\_\_\_\_  
 Ammatinimike \_\_\_\_\_  
 Kauanko olet kirjannut systemaattisesti hoitotyötä \_\_\_\_\_ kk

## II. HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN

Merkitse väitteen eteen O = oikein tai V = väärin

1. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen on

- sopimus siitä mitä kirjataan ja miten kirjataan  
 potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomuksissa hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti  
 omassa organisaatiossa kehitettyjen otsikoiden ja fraasien mukaista kirjaamista  
 kooste rakenteisista ydintiedoista, joita kuvataan luokituksilla sekä niitä täydentävillä kertovilla teksteillä  
 ainoastaan tehtäväkeskeistä työn kirjaamista

2. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen merkitys

- hoidon laatu paranee välillisesti  
 tehostaa tiedonhakua  
 hoitotyön tietoja voi valita, poimia ja hakea tietokannasta  
 päällekkäinen kirjaaminen lisääntyy  
 tukea hoidon jatkuvuutta  
 luokitusten käyttö on vain hoitotyön johtajia ja tutkijoita varten

3. Hoitotyön systemaattisella kirjaamisella

- tuotetaan tietoa yksikön toiminnan kehittämistä varten  
 todennetaan ainoastaan, että lääkärin määräykset on toteutettu  
 luodaan pohja potilaan hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle  
 varmistetaan hoitotyön toteutus ja sen seuraaminen

4. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen antaa kuvan

- potilaan/ asiakkaan hoidollisista ongelmista, hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista  
 myös potilaan lääketieteellisestä hoidon toteutumisesta  
 hoitajan työajan käytöstä  
 mitä vaikutuksia erilaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä on ollut

5. Hoitotyön päätösten tulee näkyä

- potilaan tilan arvioinnissa  
 rutiinomaisen kirjaamisen toistamisena  
 potilaan ongelmien ratkaisuisissa  
 toteutettujen lääkärinmääräyksiä seurannassa  
 hoitotyön prosessin mukaisena kirjaamisena

6. Hoitokertomus on

- ainoastaan hoitajille tarkoitettu oma kirjaamisalusta  
 moniammatillisesti laadittu potilaskertomuksen osa  
 kokonaisuus, joka koostuu vain hoitotyön päivittäisestä kirjaamisesta  
 sisältää hoidon kokonaisuuteen liittyvää tietoa potilaasta, ammattiryhmien hoito- ja tutkimussuunnitelmia, tutkimustuloksia, lausuntoja sekä pohdiskelevaa päivittäistä seurantatietoa

7. Hoitotyön ydintiedot

- kirjaamisen taustalla olevia hoitotyön teorioita, jotka eivät näy päivittäisessä kirjaamisessa  
 ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus, hoitotyön yhteenveto  
 ovat tulotilanne, diagnoosi, keinot, toimenpiteet ja arviointi  
 kuvaavat hoitotyön osuutta potilaan kokonahoidosta, hoitajien päätöksentekoa sekä hoidon tuloksia  
 kuvaavat myös hoitajien työtä

8. FinCC (=Finnish Care Classification) tarkoittaa

- hoitotyön luokitusta, jolla hoitotyön ydintiedot rakenteistetaan  
 Stakesin benchmarking tietoja  
 Suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta  
 luokitusta, jolla arvioidaan potilaan hoitoisuutta

9. FinCC koostuu seuraavista luokituksista

- CCC  
 SHTaL  
 RAFAELA  
 SHToL  
 RAVA  
 SHTuL  
 RAI

10. Hoitotyön suunnittelun lähtökohtana on
- lääketieteelliset ongelmat
  - hoitajan ammattitaidolliset näkemykset/ kokemukset
  - hoitotieteen teoria
  - lääkärin määräykset
  - potilaan hoidon tarpeet
11. Hoitotyön suunnitelmaan kuuluu
- toteutuneet toiminnot
  - tietojen keruu
  - tavoitteiden asettaminen
  - hoidon tarpeiden asettaminen ja priorisointi
  - hoitotyön yhteenveto
  - suunnitellut toiminnot tavoitteiden asettamiseksi
  - tulosten arviointi
12. Hoidon tarve
- on kuvaus hoitajan potilaskohtaisesta työstä
  - on kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla
  - voidaan ilmaista riskinä, häiriönä, ongelmana tai heikentymisenä/heikkoutena
  - on kuvaus potilaan tulotilanteesta
  - on perustana hoidon vaikuttavuuden arvioinnille
13. Hoidon tavoitteet
- ovat muuttumattomia koko hoitajakson ajan
  - hoidolla voi olla päätavoitteet ja siihen liittyviä osatavoitteita
  - ovat potilaslähtöisiä, realistisia ja arvioitavissa
  - määrittellään suhteessa hoidon tarpeisiin
  - muodostuvat aina suoraan potilaan lääketieteellisestä diagnoosista
14. Hoitotyön suunnitellut toiminnot
- ovat hoitajan "tehtävälisiä"
  - ovat päivittäistä arviointia varten
  - kuvaavat niitä hoitotyön toimintoja, joiden avulla tavoitteet suunnitellaan saavutettavan
  - kirjataan Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen mukaan, jolloin tiedot siirtyvät automaattisesti myös toteutusvaiheen kirjaamis pohjaksi
15. Hoitotyön toiminnot
- kirjaaminen tulisi perustua hoitotyön näyttöön
  - on kirjausta potilaan kannalta merkittävistä hoitotyön toiminnoista/interventioista
  - on kuvausta hoitajan päivittäisestä hoidon toteutuksesta
  - kuvaavat hoidon suunnittelun toteutusta
16. Hoidon tulokset
- tuottavat tietoa hoitotyön tehokkuudesta
  - tuottavat tietoa hoidon tuloksellisuudesta
  - tuottavat tietoa hoitajan osaamisesta
  - tuottavat tietoa, onko asetetut tavoitteet saavutettu
  - tuottavat tietoa potilaan hoidon tilassa tapahtuneista muutoksista
17. Hoitoisuus
- luokitus tapahtuu potilaan yksilöllistä välittömästä ja välillisestä toteutuneesta hoidosta laadukkaan hoitotyön kriteerien perusteella kerran vuorokaudessa tai työvuorokohtaisesti
  - on osa hoitotyön prosessia ja määrittellään kohdassa hoidon arviointi
  - määrittelee hoitajien päivittäistä työmäärää
  - kuvaa hoitajan arviota potilaan hoidon tarvetta vastaavasta hoitotyön työpanoksesta
  - mittaa potilaalle annettua hoitoa, ei suoraan potilaan hoidon tarvetta
  - tilastotoimenpide, jolla ei mitään käytännön vaikutusta
  - tapahtuu hoitoisuusluokitusmittarin avulla
18. Systemaattisen kirjaamisen avulla muodostettu hoitotyön yhteenveto
- kirjataan vapaalla tekstillä hoitajan valitsemien otsikoiden mukaan
  - sisältää vain jatkohoitoon liittyvät tiedot
  - koostuu hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista
  - ei siirry tulevaisuudessa kansalliseen arkistoon
  - on tulevaisuudessa nähtävissä kansallisen arkiston kautta potilastietojärjestelmästä riippumattomasti
19. Hoitotyön yhteenveto koostuu
- vapaasti valittavista otsikoista
  - pelkästään vapaasti kirjoitettavasta tekstistä
  - hoitotyön prosessin mukaisista otsikoista
  - hoitotyön ydintiedoista
  - lääkärin valintojen mukaan
20. Hoitotyön yhteenveto laaditaan
- kaikille potilaille
  - vain pitkäaikaispotilaiden hoitajakson jälkeen
  - potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen
  - tarvittaessa
  - lääkärin toimesta

## Liite 4: Hoitotyön kirjausten merkintöjen sisällönanalyysin koontilomake

## HOITOTYÖN KIRJAUSTEN MERKINTÖJEN SISÄLLÖNANALYYSSIN KOONTILOMAKE

Hoitokertomukset					
Hoitotyön prosessi	KOMPO- NENTTI	OTSIKKO	VAPAA TEKSTI	VIRHE MERKINTÄ	Merkinnät yhteensä
TARVE					
TAVOITE					
SUUNNITELLUT TOIMINNOT					
TOTEUTUS					
ARVIOINTI					
			Merkinnät	yhteensä	

## Sisällönanalyysin kvantifiointi

Virheellisiin kategorioihin tehdyt virhemerkinnät kerätään tähän kategoriaan, sulkuihin merkitään merkinnän oikea kategoria:

TARVE = (Tarve)

TAVOITE = (Tavoite)

SUUNNITELLUT TOIMINNOT = (Suunn.)

TOTEUTUS = (Toteutus)

ARVIOINTI = (Arvionti)

Merkinnät yhteensä = otoksen kaikki potilaskertomusten merkinnät yhteensä

Liite 5: Hankkeen jatkokehittämisen keinot 2014-2015

### **Hankkeen jatkokehittämisen keino 2014-2015**

- Kirjaamisprojekti jatkuu, joka torstai osastotunnin yhteydessä. Kirjaamistyöryhmä ottaa vastuun vetämisestä.
- Yhteenvetojen tekeminen.
- Hoitotyön yhteenvetojen harjoittaminen osastotuntien yhteydessä jatkuu kerran viikossa torstaisin.
- Sisään- ja uloskirjaamisohjeet molempien kanslioiden seinällä luettavaksi.
- Sisään- ja uloskirjaamisohjeisiin voitte merkitä ehdotuksia, korjauksia tai lisäyksiä, niihin voi merkata ne ei ole alkuperäiset. Tehdään niiden perusteella lopulliset versiot keväällä 2015, yhdessä.
- Tulossa keväällä vielä kysely kirjaamisesta, kuten aikaisemmin.

## Liite 6: Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen, toiminnan ja tuotoksen arviointilomake

**HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN** **ARVIOINTILOMAKE** 1(2)  
 Laurea-ammattikorkeakoulu  
 Toiminnan ja tuotoksen arviointi

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustajia ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastaustauksiasi ja esittää kehittämis ehdotuksia 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 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?  
1 2 3 4 5
- 3 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoitotyön kirjaamista kehittää?  
1 2 3 4 5
- 4 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut hoitotyön kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?  
1 2 3 4 5
- 5 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?  
1 2 3 4 5
- 6 Kuinka paljon lähiesimiehesi on mielestäsi osallistunut työryhmän uuden toimintamallin työstämiseen?  
1 2 3 4 5
- 7 Onko työyhteisössäsi resursoitu ajallisesti työryhmän työskentelyyn mielestäsi riittävästi  
1 2 3 4 5
- 8 Onko työyhteisössäsi resursoitu taloudellisesti työryhmän työskentelyyn mielestäsi riittävästi  
1 2 3 4 5



HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN  
Laurea-ammattikorkeakoulu  
Toiminnan ja tuotoksen arviointi

ARVIOINTILOMAKE 2(2)

9 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-8)

---

---

---

---

---

---

---

---

10 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

---

---

---

---

---

---

---

---

11 Mitä nautta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

---

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos arvioinnistasi!