

# ENNI-HANKKEEN LAHDEN ENSIMMÄINEN OSAPROJEKTI

Kirjaamisen kehittämishanke Lahden kaupunginsairaalan osastolla  
L51 ja Lahden kotihoidon Launeen tiimissä 1

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Kevät 2010  
Laura Häkkinen  
Eeva Siljander

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma

HÄKKINEN, LAURA & SILJANDER, EEVA: ENNI-hankkeen Lahden  
ensimmäinen osaprojekti  
Kirjaamisen kehittämisprojekti Lahden  
kaupunginsairaalan osastolla L51 ja Lah-  
den kotihoidon Launeen tiimissä 1

Sairaanhoitajan AMK opinnäytetyö. 56 sivua, 32 liitesivua

Kevät 2010

## TIIVISTELMÄ

---

Tämä opinnäytetyö on eNNI-hankkeen Lahden ensimmäisen osaprojektin kuvaus. Valtakunnallinen eNNI-hanke on luotu juurruttamaan muuttuvia kansallisia kirjaamisvaatimuksia työyhteisöihin. Hanke toteutetaan Learning by developing – oppimismallin mukaisesti. Lahden osaprojektia ohjaa Lahden ammattikorkeakoulu, jonka yhteistyötahoina toimivat Lahden kaupunginsairaalan neurologinen kuntoutusosasto L51 ja Lahden kotihoidon Launeen tiimi 1.

Lahden osaprojektin tarkoituksena on rakenteisen kirjaamisen kansallisen mallin selkeyttäminen ja osaamisen syventäminen hankkeen toimijoille. Tavoitteena on, että työyhteisöön muodostuu toimiva malli eli uusi toimintatapa kirjaamiseen. Lahden osaprojekti toteutui seuraavien juurruttamisprosessin vaiheiden mukaisesti: työyhteisön kehittämistyöryhmän muodostaminen, työyhteisön nykytilanteen kuvaus, muutoksen merkityksen muodostuminen, uuden teoreettisen ja tutkitun tiedon hankkiminen, kehittämiskohteiden tunnistaminen ja valitseminen, uuden toimintatavan muodostuminen ja muokkautuminen, kehittämistoiminnan arviointi, kehittämistoiminnan raportointi sekä muutoksen juurruttaminen työyhteisössä.

Kehittämiskohteeksi työyhteisöt valitsivat hoitotyön tulotilanteen ja hoidon suunnittelun kuvauksen. Työyhteisöjen toiveesta tehtiin heille kehittämiskohteesta oppaat. Oppaat sisälsivät tutkittua tietoa tiivistetysti, uuden toimintatavan, esi-merkki potilaan tulotilanteen kuvauksen ja hoidon suunnitelman. Lisäksi tehtiin oppaaseen työyhteisöissä käytössä olevista toimintakykymittareista taulukon, mikä helpotti hoidon tarpeen määrittystä. Työyhteisöt toteuttivat uutta toimintatapaa jo hankkeen aikana. Arvioinnin tulosten mukaan työyhteisön jäsenet uskoivat toimintatavan muuttuvan

Avainsanat: kehittämisprojekti, hoitotyö, kirjaaminen, rakenteinen dokumentti, sähköinen asiakirja, tutkiva oppiminen

Lahti University of Applied Sciences  
Social- and healthcare  
Degree Programme in Nursing

HÄKKINEN, LAURA & SILJANDER, EEVA:      The first part project of  
ENNI-project in Lahti  
Developing project in booking in Lahti  
city hospital ward L51 and in Lahti home  
care Launes team one

Bachelor's Thesis in Nursing. 56 pages, 32 appendices

Spring 2010

## ABSTRACT

---

This bachelor's thesis describes the progression of the eNNi-project the first part project in Lahti. The national eNNi-project roots new changing national recording criteria to workplaces. The project was executed by Learning by developing- method. The first part project in Lahti was directed by Lahti University of Applied Sciences. The development work was carried out in Lahti city hospital neurological rehabilitation ward L51 and in Lahti home care Launes team one.

The purpose of the first part project in Lahti was to clear the structural recording in workplaces and to make the know-how. The aim of the project was to create working model in nursing documentation. The first part project in Lahti advances according to rooting process: building the development group, describing the present state in workplaces, building up the meaning of the development, searching new and factual information, recognising and choosing the target of the development, modifying the new model in nursing documentation, evaluating the development work, describing the development work and rooting the change in work places.

The workplaces chose as development objectives the documentation of planning and the situation when patients first come to the ward. The nurses wanted us to make a guide book of the changes in documentation. The guide book contains compressed theory, new procedure and examples of the documentation of the nursing planning and new patients. It also contains a table of working order indicator, which helps to define the needs of nursing. The working places utilized the new procedure of documentation already during the project. The results of the evaluation showed that they believed that the procedure would change.

Key words: developing project, nursing, booking, structured document, electronic document, exploratory learning

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISTOIMINNAN TEOREETTISET PERUSTEET	3
2.1	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä kirjaamisesta	3
2.2	Hoitotyön prosessi	4
2.3	Sähköinen kirjaaminen ja elektroninen potilaskertomus	5
2.4	Rakenteinen kirjaaminen	7
2.5	Hoitotyön tulotilanne	8
2.6	Hoidon suunnittelu	9
3	VALTAKUNNALLINEN ENNI-HANKE	10
4	KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT	12
4.1	Learning by developing	12
4.2	Juurruttaminen	13
5	KEHITTÄMISTOIMINNAN YMPÄRISTÖ LAHDEN ENSIMMÄISESSÄ OSAPROJEKTISSA	15
5.1	Lahden kaupunginsairaalan neurologinen kuntoutusosasto L51	15
5.2	Lahden kotihoidon Launeen tiimi 1	16
6	LAHDEN ENSIMMÄISEN OSAPROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
7	KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUMINEN LAHDEN ENSIMMÄISESSÄ OSAPROJEKTISSA	21
7.1	Työyhteisön kehittämistyöryhmän muodostaminen	21
7.2	Työyhteisön nykytilanteen kuvaus ja muutoksen merkityksen muodostuminen	22
7.2.1	Nykytilanteen kuvaus osastolla L51	24
7.2.2	Nykytilanteen kuvaus Launeen kotihoidossa	25
7.3	Uuden teoreettisen ja tutkitun tiedon hankkiminen	26
7.4	Kehittämiskohteiden tunnistaminen ja valitseminen	26
7.5	Uuden toimintatavan muodostaminen ja muokkaaminen	28
7.5.1	Uuden toimintatavan muodostaminen osastolla L51	28
7.5.2	Uuden toimintatavan muodostaminen Launeen kotihoidossa	31
8	UUSI TOIMINTATAPA TULOTILANTEESSA JA HOIDON SUUNNITTELUSSA	35

8.1	Uusi toimintatapa osastolla L51	35
8.2	Uusi toimintatapa Launeen kotihoidossa tiimissä 1	36
9	KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI	38
9.1	Arvioinnin tulokset osastolta L51	39
9.2	Arvioinnin tulokset Launeen kotihoidosta	41
10	POHDINTA	44
10.1	Osaprojektin kuvauksen eettisyys ja luotettavuus	48
10.2	Jatkokehityksaiheet	50
	LÄHTEET	52
	JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET	56
	LIITTEET	57
	LIITE 1	57
	LIITE 2	59
	LIITE 3	62
	LIITE 4	63
	LIITE 5	64
	LIITE 6	65
	LIITE 7	73
	LIITE 8	83
	LIITE 9	86
	LIITE 10	88

# 1 JOHDANTO

Hankkeen nimi eNNI tulee sanoista Electronic Documentation of Nursing Care – the R & D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in Co-operation between education and working life (Takaluoma 2009a). Hanke on luotu juurruttamaan muuttuvia kansallisia kirjaamisvaatimuksia työyhteisöihin (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23–24). Uudet kirjaamisvaatimukset perustuvat eduskunnan heinäkuussa 2007 säätämään lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007). ENNI-hanke toteutettiin Learning by Developing-oppimallin mukaisesti.

Lakimuutoksen jälkeen hoitotyön kirjaamisen rakenne muuttuu hoitotyön prosessimallin mukaiseksi. Kirjaamisessa tulee näkyä hoidollisen päätöksenteon keskeiset vaiheet: hoidon tarve, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus sekä hoidon arviointi (Kratz 1992, 16–17). Systemaattista hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista varten on luotu kansainväliseen CCC-luokitukseen perustuva Suomalainen hoitotyön luokitus Finnish Care Classification – FinCC (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3).

Valtakunnallisesti eNNI-hanke käynnistyi elokuussa 2008, jolloin aloitustilaisuuteen osallistui Lahden ammattikorkeakoulun edustaja. Joulukuussa Lahden osaprojektin yhteistyötahoiksi varmistuivat Lahden kaupunginsairaalan neurologinen kuntoutusosasto L51 sekä Lahden kotihoidon Launeen tiimi 1.

Lahden osaprojekti toteutui juurruttamisprosessin vaiheiden mukaisesti: 1) työyhteisön kehittämistyöryhmän muodostaminen, 2) työyhteisön nykytilanteen kuvaus, 3) muutoksen merkityksen muodostuminen, 4) uuden teoreettisen ja tutkitun tiedon hankkiminen, 5) kehittämiskohteiden tunnistaminen ja valitseminen, 6) uuden toimintatavan muodostuminen ja muokkautuminen, 7) kehittämistoiminnan arviointi, 8) kehittämistoiminnan raportointi sekä 9) muutoksen juurruttaminen (Ahonen 2008).

Ensimmäisessä vaiheessa työryhmä muodostui projektin ohjaajasta sekä työyhteisöjen valitsemista yhdyshenkilöistä. Tällä kokoonpanolla muodostettiin Lahden alueellinen yhteistyön suunnitelma, jossa kuvattiin muun muassa hankkeen tavoitteet ja aikataulu. Tammikuussa me liityimme työryhmään ajatuksena osallistumisen lisäksi tehdä opinnäytetyönämme valtakunnallisen eNNI-hankkeen Lahden ensimmäisen osaprojektin raportointi.

Osaston L51 ja Launeen kotihoidon tiimi 1:n nykytilannetta kartoitimme lomakekyselyllä, jonka tulokset esittelimme työyhteisöille. Kyselyn tarkoituksena oli herättää ajatuksia kirjaamistavoista työyhteisöissä ja käsitys muutoksen tarpeesta. Kartoituksen pohjalta projektin ohjaaja koulutti työyhteisöjä. Näin työyhteisöjen jäsenet saivat uutta teoreettista ja tutkittua tietoa kirjaamisesta.

Kehityskohteiden valitsemiseksi kartoitimme ensin kyselyn avulla työyhteisöjen kokemuksia kehitystarpeesta, minkä jälkeen työyhteisöt päättivät keskustelemalla varsinaisen kohteen. Molemmat työyhteisöt valitsivat kehityskohteekseen hoidon suunnittelun ja hoitotyön tulotilanteen kuvauksen. Tässä vaiheessa molemmissa työyhteisöissä heräsi myös toive kirjallisesta oppaasta, jota voisi hyödyntää esimerkiksi perehdytyksessä. Haluttiin, että opas sisältäisi kirjallisessa muodossa lyhyesti teoretietoa sekä uuden toimintatavan hoitotyön tulotilanteeseen ja hoidon suunnitteluun.

Hankkeen aikana suoritimme kuuden opintopisteen laajuisen työharjoittelun työyhteisöissä. Olimme syksyllä 2009 kaksi viikkoa kummassakin yhteisössä, ja muokkasimme tulevaa toimintatapaa sekä oppaan alustavaa versiota yhdessä yhdyshenkilöiden kanssa. Harjoitteluaikana pidimme työyhteisöissä kaksi osastotuntia, joissa esittelimme tutkittua tietoa hoitotyön tulotilanteen ja hoidon suunnittelun kirjaamisesta.

Loppuvuodesta 2009 työyhteisöt arvioivat hankkeen toteutusta tekemällämme arviointilomakkeella. Arvioinnin tulokset esittelimme hankkeen päätöstilaisuuksissa joulukuussa. Vaikka hanke meidän osaltamme loppui arviointiin ja sen raportointiin, työyhteisöt jatkoivat uusien toimintatapojen juurruttamista.

## 2 KEHITTÄMISTOIMINNAN TEOREETTISET PERUSTEET

### 2.1 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä kirjaamisesta

Valtakunnallinen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kehittäminen sai alkunsa, kun eduskunta säati vuoden 2007 heinäkuussa uuden lain, jonka mukaan jokaisen terveydenhuollon organisaation on kirjattava samoja luokituksia käyttäen sekä liitettävä kansalliseen sähköiseen potilastietoarkistoon. Lailla edistetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lain avulla luodaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä, jolla edistetään potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. Lakia sovelletaan julkisia ja yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestettäessä tai toteuttaessa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 1–2§.)

Asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä on turvattava tietojen saatavuus ja käytettävyys. Tietojen on myös säilyttävä eheinä ja muuttumattomina (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 4§). Tietoturvan varmistamiseksi palveluntuottajien on pidettävä lokirekisteriä asiakastietojen lisäksi myös käyttäjistä ja heidän käyttöoikeuksistaan (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 5§).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä määrittää potilasasiakirjojen tietorakennetta pykälässä kuusi seuraavasti:

*Terveystenhuollon potilastietojärjestelmien ja potilasasiakirjojen tietorakenteiden tulee mahdollistaa sähköisten potilasasiakirjojen käyttö, luovuttaminen, säilyttäminen ja suojaaminen 14 §:ssä tarkoitettujen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla. Palvelutapahtumassa käytettävät tiedot tulee voida rajata potilasasiakirjojen tietorakenteiden avulla vain kyseisen palvelutapahtuman kannalta tarpeellisiin tietoihin. Terveystenhuollon palvelujen antajan tulee luokitella erityistä suojasta edellyttävät potilasasiakirjat ja potilastiedot erillisellä vahvistuspyynnöllä suojattaviin potilastietoihin. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 6§)*

Julkisen terveydenhuollon palvelujen tuottajan on liityttävä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi. Yksityisen palveluntuottajan on liityttävä vain, jos se säilyttää potilasasiakirjoja sähköisessä muodossa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 15§.) Terveydenhuollon palvelujen tuottajien on noudatettava potilastietojen sähköistä käsittelyä koskevia säädöksiä viimeistään kolmen vuoden ja yhdeksän kuukauden kuluessa lain voimaantulosta [vuonna 2011] (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 25§).

## 2.2 Hoitotyön prosessi

Lakimuutoksen jälkeen kirjaamisen rakenne muuttuu hoitotyön prosessimallin mukaiseksi. Kirjaamisessa tulee näkyä hoidollisen päätöksenteon keskeiset vaiheet. Kratzin luoman prosessimallin mukaan hoitotyö perustuu päätöksentekoon. Hoidon toteuttaminen perustuu hoidon tarpeen määrittelyyn ja siitä seuraavaan päätöksentekoon. Hoidon toteuttamista seuraa toimintojen tehokkuuden arviointi. Hoitaja on koko hoitotyön prosessin ajan vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Hoitotyön prosessissa potilas onkin kaiken toiminnan lähtökohta. (Kratz 1992, 15.)

Hoitotyön prosessin ensimmäisessä vaiheessa määritellään potilaan hoidon tarve. Tässä vaiheessa tunnistetaan potilaan ne ongelmat, joihin voidaan hoitotyön keinoin vaikuttaa. Hoidon tarve voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista, mutta se vaikuttaa potilaaseen kokonaisuutena. Ongelmien tunnistaminen ei välttämättä tarkoita sitä, että hoitaja tai joku muu voisi ne ratkaista. Hoidon tarpeen voi määrittellä joko potilas itse tai hoitaja. (Kratz 1992, 16.) Olennaista on ottaa huomioon potilaan omat näkemykset hoidon tarpeista (Kaakinen & Kääriäinen 2008, 13–15). On huomioitava myös jo olemassa olevat tai mahdolliset ongelmat liittyen potilaan terveydentilaan. Ongelmia voidaan poistaa tai helpottaa hoitotoimenpiteillä. (Hartikainen, Häyrinen, Luomala, Komulainen, Porrasmaa & Suhonen, 201–202.)

Toisessa vaiheessa suunnitellaan, millä keinoin potilaan hoidon tarpeeseen vastataan. Hoitaja asettaa tavoitteet potilaan ongelmien ratkaisemiseksi tai lieventämiseksi, jos ongelmia ei voida ratkaista. Tähän vaiheeseen kuuluu päätöksenteko siitä kuinka potilasta tulee hoitaa, sekä tämän viestittäminen muille työyhteisön

jäsenille kirjallisen hoitosuunnitelman muodossa. (Kratz 1992, 16.) Tärkeää on, että tavoitteet asetetaan yhdessä potilaan kanssa, jotta ne sopivat hänen elämäntilanteeseensa ja jotta hänen motivaationsa, tyytyväisyytensä ja hoitoon sitoutumisen kasvaa. Tavoitteiden tulee kattaa kaikki kirjatut potilaan hoidontarpeet. Tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia (selkeitä, kaikille ymmärrettäviä), aikaan sidottuja ja mitattavissa olevia. Tavoitteita on mahdollista asettaa sekä pitkälle ja lyhyelle aikavälille. Yhdessä sovitut tavoitteet on kerrattava, kirjattava ja päivitettävä säännöllisesti. Suunnitellut hoitotyön toiminnot valitaan hoidon tarpeiden mukaisesti. Toiminnossa suunnitellaan, mitä hoitoa annetaan ja miten. (Kaakinen & Kääriäinen 2008, 13–15)

Kolmas vaihe on hoitotyön toteuttaminen. Vaiheessa kohdataan potilaan ongelmat ja ratkaistaan ne, mikäli se vain on mahdollista. Toteuttamiseen kuuluu terapeutin vuorovaikutus samoin kuin teknistä pätevyyttä vaativat toimenpiteet. Viimeisessä vaiheessa arvioidaan hoitotyön tuloksellisuutta. Tässä vaiheessa on tarkoitus selvittää, onko hoitotyö ollut tehokasta. (Kratz 1992, 16.)

Vaikka hoitotyön prosessi etenee vaihe vaiheelta, käytännössä jokaista vaihetta toteutetaan jatkuvasti. Potilaan hoidon aikana häntä samalla tarkkaillaan. Jos uusia ongelmia esiintyy, ryhdytään hoitotoimiin näidenkin ongelmien poistamiseksi. Ellei toteutetuilla hoitotoimenpiteillä päästä haluttuun tulokseen, otetaan käyttöön toinen toimintamalli. (Kratz 1992, 16–17.)

### 2.3 Sähköinen kirjaaminen ja elektroninen potilaskertomus

Kirjatulla tiedolla on oma erityisasemansa potilaan päivittäisessä hoidossa. Hoitotietojen tulisikin olla käytettävissä ilman viivytyksiä tarpeen vaatiessa. Tämä vaatii toteutuakseen kirjaamisen yhdenmukaisuutta ja rakenteellisuutta. Hoidon vakiointi ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista vaan hoitotietojen käytön edistäminen. (Saranto & Sonninen 2007, 12.)

*Elektroninen potilaskertomus on asiakirja, joka sisältää tietoa potilaan sairauksista ja niiden hoidosta digitaalisessa muodossa ja jota käsitellään tietotekniikan avulla. Potilaskertomus voi si-*

*sältää erikseen sekä sairaskertomuksen että hoitokertomuksen. (Muk. Stakes 1997.) (Ensio & Saranto 2004, 11.)*

Yleisellä tasolla sähköinen potilaskertomus tarkoittaa sairaskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä, eteenpäin välittämistä sekä käyttämistä tietotekniikkaa hyödyntäen. Laajemmalla tasolla ajateltuna se tarkoittaa kaikkea sitä tietoa, mikä liittyy ja mitä käytetään suorasti tai epäsuorasti potilasta hoidettaessa. Sähköinen potilaskertomus on myös väline, jonka avulla eri ammattiryhmät voivat välittää toisilleen tietoa. Se toimii päätöksenteon tukena ja sinne kirjattuja tietoja on mahdollista hyödyntää niin suunnittelussa ja tilastoinnissa kuin tutkimuksessakin. (Häyrinen & Ensio 2007, 97.)

Sähköisen kirjaamisen tavoitteena on helpottaa hoidon suunnittelua ja sen toteutusta. Tiedot potilaan hoidosta voidaan koota niin, että eri tietoja on mahdollista lukea ja käsitellä samaan aikaan. (Ensio & Saranto 2004, 9.) Hoitotietojen muodostama elektroninen kertomusjärjestelmä tukee asiakas- ja potilaslähtöistä hoitoa sekä moniammatillista yhteistyötä ja turvaa näin myös hoidon jatkuvuutta. Sähköinen järjestelmä mahdollistaa sen, että hoitotietoja voi lukea ja kirjata monessa eri paikassa. Elektroniset tietojärjestelmät mahdollistavat myös ohjeiden lähettämisen tai toisen asiantuntijan konsultoinnin. (Ensio & Saranto 2004, 13–14.)

Sähköisen kirjaamisen myötä on otettu käyttöön käsite hoitokertomus. Se yhdistää perinteisen hoitosuunnitelman päivittäisten hoitotyön kirjausten kanssa. Onkin todettu, että perinteisessä manuaalisessa kirjauksessa jää hoitosuunnitelman tuki usein pois hoidon päivittäisen suunnittelun, toteutuksen sekä arvioinnin käytöstä. Sähköisessä kirjaamisessa sen sijaan hoitosuunnitelman tiedot voivat kulkea tiiviisti yhdessä hoidon toteutuksen kuvauksen kanssa. (Ensio & Saranto 2004, 33.)

Kirjaamisen systemaattisuuden (sopimus siitä, mitä ja miten kirjataan) merkitys korostuu käytettäessä sähköisiä potilasasiakirjoja. Koska asiantuntijaa käyttävät monet eri alojen ammattilaiset erilaisissa tilanteissa, on tärkeää, että oleellinen tieto on löydettävissä kaiken tietomäärän seasta helposti ja joustavasti. Sähköistä kirjaamista kehittäessä onkin pyritty myös päällekkäisen kirjaamisen vähentämiseen. (Saranto & Sonninen 2007, 14.)

Sähköisen potilaskertomuksen rakenne koostuu erilaisista tietokokonaisuuksista: näkymä, hoitoprosessin vaihe, otsikko ja ydintiedot. Näkymään lasketaan yleiset, lääketieteen erikoisalalehdet, palvelukohtaiset näkymät sekä perusterveydenhuollon ja eri ammattiryhmien näkymät. Näkymä onkin terveydenhuollon tietokokonaisuus, joka sitoo tietoa tiettyyn kokonaisuuteen tiedon tai hoidon osalta (esimerkiksi lääketieteen erikoisalaan). *Yleiset näkymät* ovat erikoisalasta riippumattomia tietokokonaisuuksia (esimerkiksi henkilötiedot, lääkehoito ja riskitiedot). *Palvelukohtaiset näkymät* muodostuvat palvelujen tiedoista (esimerkiksi laboratorion tai radiologian toimintaan liittyvät tiedot). *Ammatilliset näkymät* pitävät sisällään eri ammattiryhmien (esimerkiksi hoitotyöntekijöiden tai psykologien) toiminnan kannalta merkittäviä tietoja. Näille näkymille kirjataan kyseisten ammattiryhmien palveluja koskevia merkintöjä (esimerkiksi pyynnöt), erilaisten tutkimusten tuloksia sekä näihin perustuvia johtopäätöksiä tai jatkotoimenpiteiden suosituksia. (Häyrinen & Ensio 2007, 101–102.)

## 2.4 Rakenteinen kirjaaminen

Hoidon prosessimallia hyödyntäen voidaan potilaan hoitotapahtumien kirjaaminen jäsentää hoitotyössä (Ensio & Saranto 2004, 39). Systemaattista hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista varten on luotu Suomalainen hoitotyön luokitus Finnish Care Classification – FinCC (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3). Sitä käyttäen kirjataan niin sanotut hoitotyön ydintiedot, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja hoitotyön yhteenveto (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23).

FinCC koostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTal), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHTol) sekä hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTul). Luokituksista tehdään aina tarpeen mukaan uusia päivityksiä. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3.) Luokitusten kehittäminen onkin pitkäkestoinen – vuosia kestävä – prosessi, johon sisältyy myös luokitusten testaaminen käytännön hoitotyössä (Ensio & Saranto 2004, 45).

Hoitotyön prosessissa määritellään yhdessä potilaan kanssa hänen hoitonsa tarpeet, asetetaan hoidolle tavoitteet, suunnitellaan ja valitaan hoitotyön toiminnot, toteutetaan ja arvioidaan ne. Kaikissa vaiheissa FinCC-luokitukset toimivat apuna sekä hoitajalle että potilaalle, sillä ne konkretisoivat eri tarvealueet. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 24.)

FinCC tarve- ja toimintoluokitukset on muodostettu hierarkkisesti ja ne koostuvat komponentti-, pääluokka- sekä alaluokkatasosta. Komponentit [Liite 1] kuvaavat kaikkein abstrakteinta tasoa, mutta käytännössä kirjaaminen tapahtuu käyttäen pää- ja alaluokkia sekä vapaata tekstiä hyödyntäen. (Liljamo ym. 2008, 3)

Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton (International Council of Nurses, ICN) sanastohanke, Hoitotyön käytännön kansainvälinen luokitus (International Classification for Nursing Practise, ICNP) nosti esille, että käyttämällä luokituksia kirjaamisessa saatiin hoitotyö näkyvämmäksi. Luokitusten käytön avulla on mahdollista saada hoitamista koskevaa tietoa näkyviin erilaisiin tilastoihin, laadunhallintaan, kustannusten seurantaan sekä päätöksenteon tueksi. (Ensio & Saranto. 2004, 10.)

Kansallisesti hyväksytyt ydintiedot (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus) kuvaavat hoidon sisältöjä keskeisesti. Juuri tästä syystä mahdollistuu hoitotyön näkökulmasta oleellisen tiedon säilyttäminen sekä uudelleen hyödyntäminen sen ollessa löydettävissä arkistoista. (Ensio 2007, 96.)

## 2.5 Hoitotyön tulotilanne

Hoidon moniammatillinen prosessi koostuu neljästä vaiheesta: tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Tulotilanteessa hoitaja kerää tietoja potilaasta käyttäen apunaan ydintietoja ja otsakkeita. Osa tiedosta voi siirtyä läheteestä tulotilanteen kuvauksen pohjaksi. Henkilötiedot, riskitiedot ja lääkehoitoon liittyvät asiat tarkistettava hoitojakson alussa. Tulotilanteessa voidaan kuvata esimerkiksi hoidon syy, esitiedot, ongelmat, nykytila, lääkehoito, apuvälineet, toimintakyky, terveyteen vaikuttavat tekijät sekä riskitiedot. (Takaluoma 2009b; Hartikainen ym. 201–202)

Kärkkäisen artikkelissa Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen on kuvattu seuraavilla tavoilla tulotilanteen arvioinnin rakennetta pohjaten Erikssonin hoitoprosessimalliin. *Potilaan tai läheisen kokemus ja näkemys* potilaan terveysesteistä ja voimavaroista: oman terveydentilan kokeminen, terveydentilan muutokset, fyysinen terveys, henkiset voimavarat sekä potilaan aikaisemmat kokemukset ja hoitoon kohdistuvat odotukset. *Hoitajan huomiot ja päätelmät* potilaan terveysesteistä ja voimavaroista: potilaan somaattinen tila, potilaan henkiset voimavarat, ympäristötekijät (esimerkiksi perhe, ystävät, tavat, tottumukset, asuminen, talous) sekä tuen tarve. (Kärkkäinen 2007, 92–93.)

## 2.6 Hoidon suunnittelu

Kattavalla hoidon suunnittelulla edistetään asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa hoitotyötä. Suunnittelu helpottaa hoitotyön toteuttamista ja arviointia. Potilaan tilanteen muuttuessa tulisi hoidon suunnitelmaa päivittää yhdessä potilaan kanssa. Hoidon suunnittelu lähtee potilaan tarpeista ja toiveista. Kaikki suunnitelmat ovatkin yksilöllisiä. Hoidon tavoitteet perustuvat asiakkaasta kerättyyn tietoon, jolloin ne ohjaavat hoidon yksilöllistä toteutumista. Tavoitteiden tulisi olla yksinkertaisia ja konkreettisia, jotta niiden saavuttamisen arviointi olisi helppoa. Hoidon suunnitteluun kuuluu myös tavoitteiden saavuttamiseksi suunnitellut toimet. Hoidon laadukas suunnittelu myös helpottaa päivittäistä kirjaamista. Päivittäisen kirjaamisen tulisi kuvastaa potilaan tilannetta suunniteltuun hoitoon ja tavoitteisiin nähden. (Keskinen & Ovaskainen 2008, 31–32)

Hoitoa suunnittelevat terveyden- ja sairaanhoitoon osallistuvat henkilöt: terveydenhuollon ammattilaiset, potilas ja tarvittaessa omaiset. Suunnittelussa käydään läpi hoidon tarve, hoidon tavoitteet ja suunnitellut hoitotyön toiminnot, sekä lääkärin määräämät tutkimukset, konsultaatiot, toimenpiteet ja lääkemääräykset. (Kaakinen & Kääriäinen 2008, 13–15)

### 3 VALTAKUNNALLINEN ENNI-HANKE

Hankkeen nimi eNNI tulee sanoista Electronic Documentation of Nursing Care – the R & D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in Co-operation between education and working life (Takaluoma 2009a.). Valtakunnalliseen eNNI-hankkeeseen osallistuu 14 hoitotyön koulutusohjelmaa tarjoavaa ammattikorkeakoulua. Taustalla toimivat opetusministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, Kuopion yliopisto, Sairaanhoidtajaliitto, Kuntaliitto ja Virtuaaliammattikorkeakoulu. Hanketta koordinoi Laurean ammattikorkeakoulu. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23–24.) Hanke on jaettu osaprojekteihin paikkakunnittain.

ENNI-hanke on luotu juurruttamaan muuttuvia kansallisia kirjaamisvaatimuksia ja luokitusten käyttöä työyhteisöihin. Sähköistä käsittelyä määrittävän lain tiimoilta onkin kehitelty Finnish Care Classification – luokituskokonaisuus (FinCC). Stakes on kehitellyt luokitukselle koodit, joiden avulla tiedot tallentuvat sähköiseen tietokantaan. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23–24.)

Hanke toteutetaan neliosaisena tutkimus- ja kehittämisprosessina. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa, *toimintaympäristödialogissa* keskustelua käyvät kehittämisyhteistyötä haluavat tai käynnistävät tahot ja niiden johto. Keskusteluissa etsitään terveydenhuollon ja koulutuksen kehittämiskohteita ja suuntauksia. Eri keskustelijoiden, organisaatioiden ja niiden johtojen tulee ymmärtää toistensa toimintaa ja kehittämisen painopisteitä. Samalla kehittävälle ja keskustelevalle ilmapii- rille syntyy perusta, joka edesauttaa kumppanuuden muodostumista. (ENNI-hankkeen kuvaus 2008, 1.)

Hankkeen toinen vaihe on *osaamisen tuottaminen*. Uutta osaamista luodaan kumppanuudessa kehittämispohjaisen oppimisen (Learning by Developing) mallin mukaan. Näin yhteistyökumppanit tuottavat osaamistietoa transformaation avulla. Uutta tietoa ja osaamista syntyy yhteistyöstä, kehittämisestä, työkuulttuurista, sisäl- löstä, tiedon hallinnasta sekä tutkimisen ja oman ohjaamisen osaamisesta. (ENNI-hankkeen kuvaus 2008, 1.)

Seuraavassa vaiheessa uusi *osaaminen otetaan käyttöön*. Opiskelijoille ja hoitajille tulisi syntyä kumppanuudessa tapahtuvan hoitotyön kehittämisen sekä kehittämisen sisällön osaamista. Opettajille tulisi syntyä sekä pedagogista että kehittämisen osaamista. Työyhteisöille odotetaan kehittyvän uudistettuja toimintatapoja. Organisaatioille odotetaan kehittyvän uusia kumppanuuksia ja verkostoitumista hoitotyön kehittämisessä. Lisäksi organisaatioiden hyötynä on uudistavan ja työtään kehittävän työvoiman saaminen. Hankkeessa syntyvän uuden tiedon käyttöönoton tulisi muuttaa ammattikorkeakoulujen ja terveydenhuollon organisaatioiden toimintaa. (ENNI-hankkeen kuvaus 2008, 1.)

Vaikka arviointi on osana toimintaa koko projektin ajan, on hankkeen *vaikutavuuden arviointi* viimeisenä vaiheena. Hankkeesta tuotetaan runsaasti julkaisuja, joiden avulla projekti asettuu arvioitavaksi koko toiminnan ajalta. Hoitotyön kirjaamisen kehittymisen arviointiin käytetään arviointimittaria. Opettajien uuden osaamisen arviointia varten kerätään oppimistehtävinä laadullinen arviointiaineisto. (ENNI-hankkeen kuvaus 2008, 1.)

Vaikka työtapoja kehitettäessä ja uudistettaessa on yksilön oppiminen keskeistä, antaa yhdessä oppiminen mahdollisuuden yhdistää työyhteisön hiljaisen tiedon sekä teoreettisen ja tutkimustiedon näkökulmat. Näin tuotetaan uutta, transformatiivista tietoa. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 24.)

## 4 KEHITTÄMISTOIMINNAN MENETELMÄT

### 4.1 Learning by developing

Learning by developing (LbD), eli kehittämispohjainen oppiminen, on Laurean ammattikorkeakoulussa kehitetty oppimismalli. ENNI-hanke toteutetaan tämän mallin mukaan. Kehittämispohjainen oppiminen on kumppanuuteen, tutkimuksellisuuteen ja kokemuksellisuuteen perustuva toimintamalli. Tässä mallissa oppimisen lähtökohtana on työelämään kuuluva, käytäntöä uudistava kehittämishanke. Hankkeen eteenpäin vieminen edellyttää opettajien, oppilaiden ja työelämäosaajien yhteistyötä. (Kallioinen 2008, 7.) Olennaista on se, että syntyy uutta aitoa, näkyvää tekemisen osaamista. Myös ymmärryksen lisääntyminen ja uuden tiedon luominen on tärkeää. Hankkeen myötä opiskelija omaa ammatillisesti taitavaa ja tieteellisesti tietävää osaamista. (Laurean ammattikorkeakoulu 2007, 5–7)

Aitojen työelämään liittyvien kehittämishankkeiden pohjalta käynnistetään yhteistyöprojekteja, jotka pyrkivät kehittämään osaamista [kuvio 1] (Kallioinen 2008, 7.). Yhteistyöprojektien kohteena ovat työelämän kehittämis- ja ongelmatilanteet, joihin vastataan ammattikorkeakoulun tutkimus ja kehittämistoiminnalla. (Laurean ammattikorkeakoulu 2007, 5–7) Prosesseissa etsitään tutkivan ja kehittävän työotteiden avulla systemaattisesti ratkaisuja ja vastauksia sekä luodaan uutta tietoa. Näin opiskelijat pääsevät jo opintojen aikana osaksi innovaatiojärjestelmää ja luomaan kokemuspohjaista tietojärjestelmäänsä.

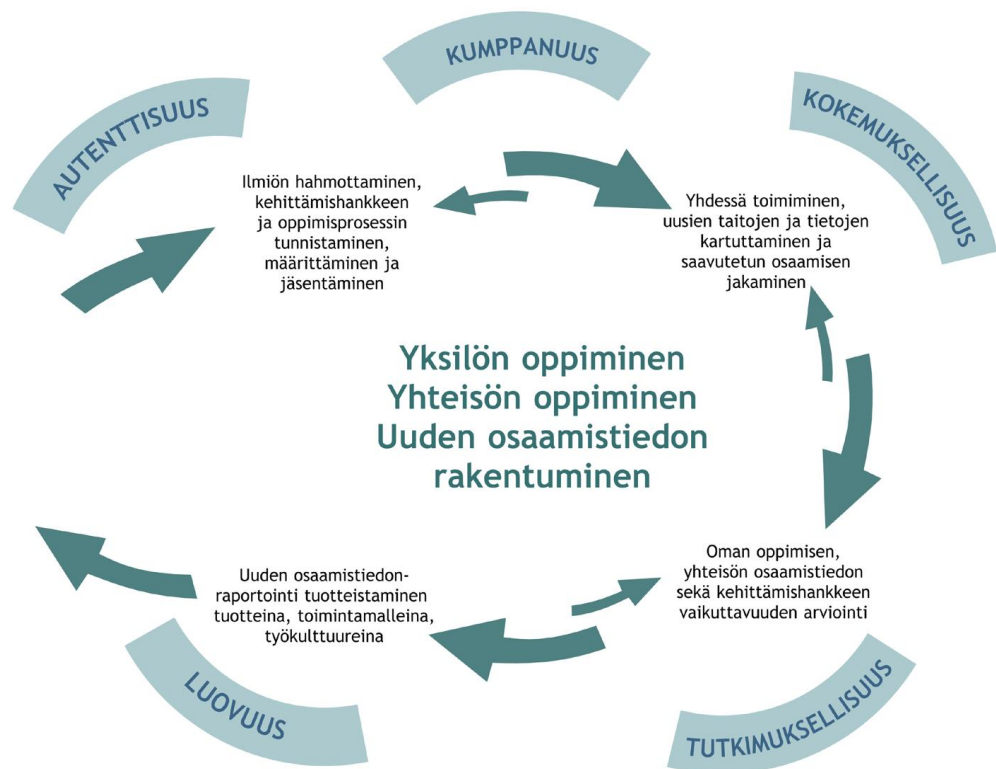
Kehittämispohjaisessa oppimisessa eri yhteistyötahojen tutkiva oppiminen kytkeytyy kehittämishankkeisiin (Kallioinen 2008, 7.) Yhteistyöprojektin ympärille kehittyvässä oppimisympäristössä mahdollistuu yksilön oma oppiminen ja yhdessä oppiminen sekä uuden osaamistiedon rakentuminen. Siinä on mukana työelämäosaamisessa oleva tieto, sitä selittävä tieto ja sitä kehittävä, uutta osaamista tuottava tieto. (Laurean ammattikorkeakoulu 2007, 5–7)

Oppimisprosessin lähtökohtana on kehittämishankkeen taustalla olevan ilmiön ymmärtäminen. Lähtökohta voi olla ongelmaperusteinen tai uudistamisperusteinen. Kehittämishankkeen tavoitteena voi olla: a) uusi tuote, sen jalostaminen ja

tuotteistaminen, b) toimintaprosessien kehittäminen ja uudistaminen, c) uusien toimintatapamallien kehittäminen tai d) uuden työkuulttuurin kehittäminen. Kehittämishankkeissa mukana ovat opettajat, opiskelijat ja työelämän asiantuntijat. Heidän rooleinaan voidaan tunnistaa tutkijan, hanketta eteenpäin vievän kehittäjän ja työvälineiden opettajan roolit. Työvälineiden opettaja siirtää ja välittää työvälineiden käyttöön liittyvän tiedon. Kaikki osapuolet ovat vastuussa kehittämissankkeesta ja sen tutkimuksesta. (Laurean ammattikorkeakoulu 2007, 5–7)

## Osaamisen kehittäminen LbD-toimintamallissa

(mukaillen Raij 2007)



Kuvio 1: Osaamisen kehittämisen prosessi LbD-toimintamallissa (Laurean ammattikorkeakoulu 2007, 5–7)

### 4.2 Juurruttaminen

Juuruttaminen tutkimus- ja kehittämistoimintaa jäsentävänä menetelmänä on prosessi, jossa ammattialan työtoiminnan tavoiteltu muutos muokkautuu toiminnan ympäristön kanssa toisiinsa sopiviksi prosessin aikana. Juurruttamista onkin käytetty esimerkiksi organisaation uuden tiedon tuottamisessa, sairauksia ennaltaeh-

käisevän toiminnan kehittämisessä sekä hoitotyön tutkimuksellisen tiedon muuttamisessa yhteisön toiminnaksi. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen, & Silvennoinen 2005.)

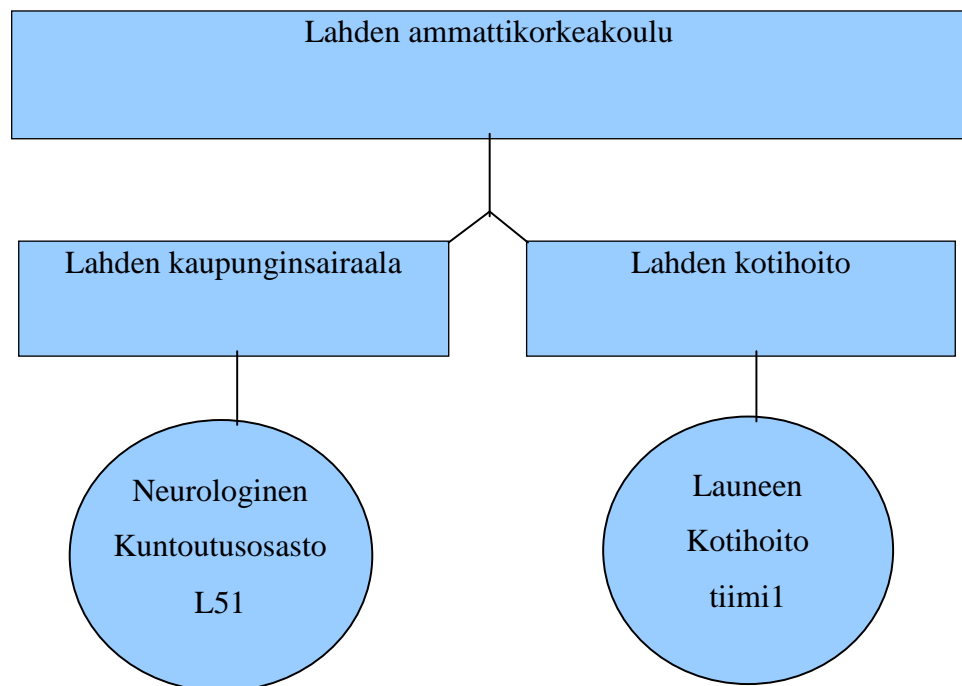
Juurruttaminen perustuu oletukseen, että tiedolla on kaksi luonnetta. Toisaalta se on toimintaan kytkeytyvää hiljaista tietoa, joka nähdään subjektiivisena ja intuitiivisena. Tällainen äänetön tieto ei välttämättä ole muutettavissa näkyväksi ainoastaan sanoina, joten se pitää muuttaa myös numeroiksi ja symboleiksi. Toisaalta tieto nähdään myös eksplisiittisenä, sanoin ja numeroin kuvattuna. Tällainen näkyvä tieto on teoreettista ja tutkittua, ja se on jaettavissa datana, tieteellisinä kaavioina sekä universaaleina sääntöinä ja periaatteina. Tällainen tieto on mahdollista säilyttää tietokannoissa ja siirtää sähköisesti eteenpäin. Juurruttaminen on prosessi, jossa näiden kahden tiedon lajin välisessä vuorovaikutuksessa tuotetaan uutta tietoa. (Ahonen ym. 2005.)

Kaikilla, jotka osallistuvat kehittämistoimintaan, on näkyvään ja näkymättömään tietoon perustuvaa osaamista tuotavana yhteiseen kehittämistoimintaan. Kehittämistoiminnassa onkin oleellista, että jokainen siihen osallistuva osaa arvostaa toisen osaamista siten, että jokaisen osallistujan panos nähdään arvokkaana. Hoitajalla on hoitotyön päivittäisen toiminnan toteutukseen liittyvää osaamista. Opiskelija – samoin kuin opettaja – tuo ulkopuolista näkökulmaa työyhteisön toimintaan. Opiskelijalla ja opettajalla on myös osaamista teoreettisen tiedon hankinnassa, oleellisen tiedon tunnistamisessa ja tiedon luotettavuuden arvioinnissa. Myös hoitajalla on tätä osaamista, mutta se ei ole välttämättä päivittäisessä käytössä hänen työssään. (Ahonen ym. 2005.)

Juurruttamisessa on välttämätöntä, että koko työyhteisö osallistuu kehittämistoimintaan. Kehittämistyöryhmän tehtävänä on työstää ehdotuksia, esitellä niitä työyhteisölle ja edistää muutoksen syntymistä. Itse muutos kuitenkin tehdään työyhteisössä. Työryhmä esittelee tuotoksiaan osastotunneilla, jolloin koko työyhteisölä on mahdollisuus osallistua arvioimalla sekä antamalla ehdotuksia työn muokkaamiseksi. Tällä tavalla edistetään myös työyhteisön sitoutumista kehittämistoimintaan. (Ahonen ym. 2005.)

## 5 KEHITTÄMISTOIMINNAN YMPÄRISTÖ LAHDEN ENSIMMÄISESSÄ OSAPROJEKTISSA

ENNI-hankkeen Lahden ensimmäisen osaprojektin toimijoita olivat Lahden ammattikorkeakoulu, Lahden kaupunginsairaalan neurologinen kuntoutusosasto L51 sekä Lahden kotihoidon Launeen tiimi 1 [kuvio 2]. Ammattikorkeakoulun tehtävänä oli koordinoida osaprojektia, kun kuntoutusosasto ja kotihoidon tiimi antoivat ympäristön sekä mahdollisuuden kehittämistoiminnalle.



Kuvio 2: eNNI-hankkeen Lahden ensimmäisen osaprojektin toimijat

### 5.1 Lahden kaupunginsairaalan neurologinen kuntoutusosasto L51

Lahden kaupunginsairaalan neurologinen kuntoutusosasto L51 valikoitui osaprojektin toiseksi yhteistyökumppaniksi. Osaston toiminta käynnistettiin vuonna 2005. Osaston perustamisen tavoitteena oli Päijät-Hämeen keskussairaalan hoitojonojen purku. Aluksi potilasaineisto oli hyvin monipuolinen. Kuitenkin vuonna 2006 osasto profiloitui neurologiseksi kuntoutusosastoksi. Osastolla on 25 kuntoutuspaikkaa. Vuonna 2008 osastolla olleista 179 kuntoutujasta 86 oli aivoinfarktin sairastaneita. Aivoverenvuodosta kärsiviä oli 32 kuntoutujaa. 108 kuntoutujaa tuli osastolle PHKS:än neurologiselta osastolta. (Luttinen 2009.)

Osaston henkilökuntaan kuuluu yhdeksän sairaanhoitajaa ja yhdeksän perushoitajaa sekä apulaisosastonhoitaja ja osastonhoitaja. Lisäksi osastolla työskentelee kolme fysioterapeuttia, kaksi toimintaterapeuttia ja kuntohoitaja, psykologi, puhe-terapeutti ja sosiaalityöntekijä. Neurologi toimii osastolla kaksi päivää viikossa ja osastonlääkäri kolme päivää viikossa. Henkilökuntaan kuuluu myös neljä sairaala-apulaista ja osastonsihtööri. Kaikki ammattiryhmät tekevät kuntoutustyötä oman ammatillisen erityisosaamisensa mukaisesti. (Luttinen 2009.)

Kuntoutujalle nimetään omahoitaja jo ennen kuntoutujan osastolle tuloa. Koko moniammatillinen tiimi tutustuu kuntoutujan esitietoihin ja valmistautuu kuntoutujan tuloon. Kuntoutus aloitetaan vahvasti heti kuntoutujan tultua osastolle. Kuntoutujan tilasta tehdään heti arvio. Lisäksi hoidolle määritellään suunnitelma. Kuntoutuksen aikana pidetään moniammatillisia kuntoutuspalavereja ja väliarviointeja. Kuntoutus toteutuu terapioiden lisäksi kaikissa päivittäisissä toimissa ympäri vuorokauden. Kuntoutuksessa harjoitellaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia taitoja. Siinä edetään askel kerrallaan aina vaativampiin toimintoihin. Ensisijaisena tavoitteena on aina kotikuntoisuus. Kotiutuksen suunnittelu aloitetaan jo heti kuntoutuksen alkuvaiheessa. Tarpeiden mukaan kuntoutujan kotiin voidaan tehdä kotikäynti, tilanteesta voidaan pitää hoitoneuvottelu. (Luttinen 2009.)

Kaikilla osaston potilailla on neurologinen diagnoosi ja kuntoutustarve. Kuntoutujan tulee kyetä ja jaksaa osallistua kuntoutukseensa. Ikä tai vaurion laajuus ei ole este kuntoutumiselle. Kuntoutujien keski-ikä oli miehillä 67 vuotta ja naisilla 75 vuotta. Keskimääräinen hoitoaika oli 40 vuorokautta. Kaikista kuntoutujista 146 siirtyi kuntoutusjakson jälkeen kotiin. Yhteensä aivoverenkiertohäiriön takia osastolle kuntoutukseen tulleita oli 118. Heistä 96 kotiutui. Vuonna 2008 kotiutumisprosentti olikin 81%. (Luttinen 2009.)

## 5.2 Lahden kotihoidon Launeen tiimi 1

Toisen osaprojektiin osallistunut työyhteisö oli Lahden kotihoidon Launeen tiimi 1. Tiimissä on kolmetoista työntekijää. Tiiminvetäjänä toimii terveydenhoitaja,

jonka lisäksi tiimiin kuuluu lähihoitajia, perushoitajia, kodinhoitajia sekä yksi oppisopimusopiskelija.

Kotihoidon periaatteena on antaa hyvää ja turvallista hoivaa ja hoitoa kotihoidon kriteerit täyttävälle asiakkaalle. Hoito toteutetaan kuntouttavalla työotteella niin, että asiakkaan omaa toimintakykyä ylläpidetään ja asiakasta opetetaan selviytymään mahdollisimman omatoimisesti askareista ja hoitotoimenpiteistä. Omaisia ja lähipiiriä tuetaan osallistumaan hoitoon ja huolenpitoon heidän omien mahdollisuuksiensa mukaan. (Lahden kaupunki 2008.)

Kotihoito turvaa omassa kodissaan asuvien asiakkaiden tarvitsemat hoito-, hoiva- ja huolenpitopalvelut käyttäen neuvontaa, ohjausta, hoidon toteutusta sekä kuntouttavaa työtettä. Nämä palvelut mahdollistuvat kaupungin voimavarojen mukaan. Säännöllisen kotihoidon palvelujen piiriin otetaan henkilö, joka ei selviydy arjen askareista itsenäisesti, omaisten tai muiden tukipalvelujen turvin. Lähtökohdiana pidetäänkin sitä, että asiakkaan hoito ja huolenpito vaativat sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammatillista osaamista. Hoivan, huolenpidon ja/tai sairaanhoidon tarpeen tulee olla toistuvaa, pääasiassa päivittäistä tai useita kertoja viikossa. Jos palvelun tarve on tilapäistä tai käyntitarve kerran viikossa tai harvemmin, ohjataan asiakas yksityisten palveluntuottajien piiriin. (Lahden kaupunki 2008.)

Kotihoidon palvelut käynnistyvät sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan tekemällä kartoituskäynnillä asiakkaan kotiin. Hoitajan tehtävänä on arvioida asiakkaan palvelutarve yhteistyössä asiakkaan itsensä sekä omaisten kanssa. Arvioitaessa huomioidaan myös yksityiset palvelut, läheisten osallistumismahdollisuudet sekä vapaaehtoistyö. Tarkoituksena on löytää jokaiselle asiakkaalle sopivin järjestely hoidon ja hoivan toteutuksen suhteen. Tarpeiden määrittämisessä käytetään hyväksi RAVA-toimintakykymittaria sekä tarvittaessa MMSE-muistitestiä. Lisäksi kartoitetaan kotona selviytymistä heikentävät sairaudet, asunto-olosuhteet sekä sosiaalinen verkosto. Kotihoidon palvelujen aloittamisesta päättää kartoituksen tekevä sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. (Lahden kaupunki 2008.)

Säännöllistä kunnallista kotihoitoa voidaan tarjota myös kerran viikossa tai harvemmin tarvittaviin käynteihin muutamissa erikoistapauksissa, joita ovat: 1) asiakkaalla ei ole taloudellisia edellytyksiä hankkia tarvittavia palveluja yksityisesti (edellytyksenä on, että saa toimeentulotukea tai on oikeutettu täyteen kansaeläkkeeseen), 2) asiakkaalla on muistihäiriö tai mielenterveysongelma, ja lääkeshoidon toteutuminen vaarantuisi ilman kunnallisen kotihoidon käyntejä, 3) asiakkaan hoidosta vastaa pääasiallisesti omaishoitaja, ja kotihoitoa tarvitaan omaishoidon tukemiseen. (Lahden kaupunki 2008.)

Kotihoidon palvelujen piiriin ei voida ottaa asiakasta, joka ei itse halua palvelua, on aggressiivinen käytökseltään, eikä hallitse aggressiivisuuttaan tai joka ei sitoudu yhteistyöhön, vaikka ymmärtäisikin sen merkityksen hoitonsa kannalta. Mikäli asiakas ei ole hoitomyönteinen, asiakkaan kanssa pidetään hoitoneuvottelu. Jos sekään ei tuota tulosta, jatkosta päätetään kotihoidon lääkärin kanssa. (Lahden kaupunki 2008.)

Tukipalvelut on tarkoitettu vain säännöllistä kotihoitoa saaville asiakkaille. Poikkeuksena ovat turvapalvelukriteerit täyttävät asiakkaat sekä ateriapalvelua tarvitsevat asiakkaat, joiden olisi vaikea toteuttaa vaativa erityisruokavalionsa. (Lahden kaupunki 2008.)

Säännöllisen kotihoidon asiakkaan kanssa laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma, jossa määritellään yksilöllisesti toteutettava hoito, jota tarkistetaan tarpeen vaatiessa. Käyntejä asiakkaan luo voidaan joko lisätä tai vähentää riippuen asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvista muutoksista. Mikäli asiakkaalla on tarvetta tilapäisesti kotihoidon palveluille, hänet ohjataan yksityisten palveluntuottajien piiriin. Kotihoito tekee tilapäisiä sairaanhoidollisia käyntejä, mikäli asiakas ei terveydellisistä syistä kykene hakemaan tarvitsemaansa hoitoa terveyskeskuksesta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. (Lahden kaupunki 2008.)

Kotihoidon palveluihin kuuluu asiakkaan henkilökohtaisesta hygieniasta, ravitsemuksesta, tekstiilihuollosta sekä kodin perussiisteydestä huolehtiminen. Asiakkaan kanssa voidaan myös ulkoilla kotihoidon työntekijöiden työtilanteesta riippuen – kuitenkin lemmikkien ulkoiluttaminen ei kuulu kotihoidon tehtävien pii-

riin. Saattoapu järjestetään ensisijaisesti lähipiirin tai vapaaehtoistyöntekijöiden turvin. Mikäli jatkohoidon kannalta saatto on välttämätön, voi kotihoidon työntekijä saattaa asiakkaan lääkärikäynnille. Kauppa-asioinnista huolehtivat asiakas itse, läheiset tai kotihoidon kauppapalvelu. Pankkiasioista yms. huolehtii asiakas itse tai hänen uskottu henkilönsä. (Lahden kaupunki 2008).

Sairaanhoidolliset toimenpiteet sisältyvät kotihoidon tarjoamiin palveluihin ja niitä toteutetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi lääkehoito, haavanhoito sekä terveydentilan seuranta. Ensisijaisesti asiakkaan tulee käydä laboratoriokokeissa läheisten saattelemana, mutta poikkeustapauksissa voidaan tarvittavat näytteet ottaa myös kotihoidon henkilökunnan toimesta. (Lahden kaupunki 2008).

## 6 LAHDEN ENSIMMÄISEN OSAPROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

ENNI-hankkeen Lahden ensimmäisen osaprojektin kehittämistyöryhmän laatimat tavoitteet hankkeelle:

- Työyhteisön, opiskelijoiden ja opettajan osaaminen hoitotyön laadukkaasta kirjaamisesta lisääntyy ja syventyy.
- Rakenteisen kirjaamisen, kansallisen mallin sisäistäminen ja hoitoprosessin selkiytyminen, joka tukee myös sähköisen järjestelmän käyttöä kirjaamisessa.
- Työyhteisöön muodostuu kirjaamiseen toimiva malli, yhtenäinen tapa kirjata.
- Työyhteisö syventää osaamistaan luokitusten johdonmukaisessa käyttämisessä.
- Työyhteisö ja opiskelijat innostuvat sekä saavat valmiuksia hoitotyön arjen systemaattiseen kehittämistoimintaan.
- Saadaan luotua hyvät perusteet, toimintamalli konkreettiselle, yhteisölliselle kehittämistoimintatavalle Lahden ammattikorkeakoulun ja työelämän kanssa, jota voidaan tulevaisuudessa lisätä ja syventää. (ENNI-työryhmä 2009.)

Yllä olevien tavoitteiden lisäksi opinnäytetyön tekijöillä oli seuraavia tavoitteita:

- Kehittämistyöhön liittyvien kartoitusten ja arvioinnin tekeminen luotettavasti ja kuvaavasti.
- Työyhteisön tarpeisiin vastaavan oppaan ja siihen sisältyvän uuden toimintatavan tekeminen kehityskohteesta.
- Hankkeen raportointi opinnäytetyönä mahdollisimman todenmukaisesti kuvaten.

## 7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TOTEUTUMINEN LAHDEN ENSIMMÄISESSÄ OSAPROJEKTISSA

### 7.1 Työyhteisön kehittämistyöryhmän muodostaminen

Kehittämistyöryhmä koostui Lahden ammattikorkeakoulun opettajasta Matleena Takaluomasta, työyhteisöjen yhdyshenkilöistä ja kahdesta opiskelijasta. Muita toimijoita kehittämistyössä olivat esimiehet ja työyhteisön jäsenet. Elokuussa 2008 Lahden ammattikoulun tiloissa pidettiin valtakunnallinen eNNI-hankkeen käynnistystilaisuus ja syksyllä 2008 työyhteisöt valitsivat kaksi työyhteisön jäsentä yhdyshenkilöiksi. Launeen kotihoidosta yhdyshenkilöiksi valikoituivat lähihoitaja Tiina Ruponen ja terveydenhoitaja Maritta Ratia. Neurologiselta kuntoutusosastolta yhdyshenkilöinäimme toimivat sairaanhoitaja Jaana Salminen ja lähihoitaja Minna Virtanen.

Hankkeen ohjaaja sekä yhdyshenkilöt loivat syksyllä 2008 Lahden alueellisen yhteistyön suunnitelman. Suunnitelma sisältää kehittämistyön etenemisen, tavoitteet, arvioinnin toteuttamisen ja yhteistyön osapuolet. Me opiskelijat liityimme projektiin tammikuussa 2009. Helmikuussa 2009 projektin ohjaaja piti molemmille hankkeeseen osallistuville työyhteisölle informaatiotilaisuuden. Tilaisuudessa tutustuttiin projektin toimijoihin. Hankkeen ohjaaja kertoi työyhteisöille hankkeen tavoitteet, kulun ja aikataulun.

Työyhteisön yhdyshenkilöillä on tärkeä rooli työyhteisön kannustamisessa ja motivoinnissa kehittymiseen. He toimivat työyhteisössä tuen ja konkreettisen ohjauksen antajina. Yhdyshenkilöt ovat aktiivisesti mukana kehittämistoiminnassa tuoden siihen oman ammatillisen osaamisensa. Yhdyshenkilöiden tehtäviin kuuluu myös muutosvastarinnan tunnistaminen ja käsittely. He jatkavat muutoksen juurruttamista ja toiminatatavan kehittämistä hankkeen päättymisen jälkeenkin. (eNNI-työryhmä 2009.)

Opettajan tehtävänä on kehittämistoiminnan ja työryhmän toiminnan ohjaaminen ja tukeminen. Myös opettajan tehtäviin kuuluu muutosvastarinnan tunnistaminen ja siihen vaikuttaminen koulutuksien kautta. Alueellisten koulutustilaisuuksien pi-

tämisen lisäksi opettajan tulee kannustaa ja tukea työyhteisöä muutosprosessiin. (eNNI-työryhmä 2009.)

Opiskelijoiden roolina on aktiivinen osallistuminen kehittämistyöhön sekä hankkeen suunnitteluun ja toteutukseen. Opiskelijat tekevät kehittämistyöhön liittyvät kartoitukset, hankkivat tutkittua tietoa, muodostavat uuden toimintatavan ja tekevät kehittämistyön arvioinnin. Opiskelijoille kuuluu myös hankkeen raportointi opinnäytetyönä. (eNNI-työryhmä 2009.)

Kehitystyön edellytyksenä on, että johtoporras ja esimiehet näkevät kehittämistyön merkityksellisenä. He mahdollistavat muutoksen, koska he antavat sille resurssit ja mahdollistavat koulutuksiin ja tapaamisiin osallistumisen. Tärkeisiin tehtäviin kuuluu myös muutosvastarinnan tunnistaminen ja tuen sekä kannustuksen antaminen. Hankkeen päätyttyä esimiehen rooli juurruttamisessa on tärkeä. Työyhteisön jäsenten rooliin kuuluu aktiivinen osallistuminen kehittämistoimintaan tuomalla käyttöön oman asiantuntemuksensa. He antavat kehittämistyölle oman näkökulmansa. Työyhteisön jäsenillä on suuri vastuu oman toimintansa kehittämisestä ja toimintatapojen muuttamisesta. Työyhteisö on se, joka toteuttaa muutoksen. (eNNI-työryhmä 2009.)

## 7.2 Työyhteisön nykytilanteen kuvaus ja muutoksen merkityksen muodostuminen

Maaliskuussa teimme työyhteisöille alkukartoituksen, jossa tutkimme heidän nykyisiä kirjaamistapojaan. Kartoituksen tarkoituksena oli herättää työyhteisöä miettimään omia kirjaamistapojaan, ja tavoitteena oli saada mahdollisimman todennukainen kuva työyhteisöjen nykyisistä kirjaamistavoista. Apuna käytimme kyselylomaketta [Liite 2]. Kyselylomakkeet lähetimme työyhteisöille sähköpostilla. Lomakkeessa oli viisi väitettä sekä kaksi avointa kysymystä. Väitteisiin vastattiin neliportaisella asteikolla (1= *täysin eri mieltä*, 2= *jokseenkin eri mieltä*, 3= *en osaa sanoa*, 4= *jokseenkin samaa mieltä*, 5= *täysin samaa mieltä*).

Hoidon tarpeen määrittämisestä teimme kaksi väittämää. Halusimme kartoittaa, sitä kirjataanko hoidon tarpeet ja käytetäänkö tarpeiden määrittämisessä apuna eri kom-

ponentteja. Myös hoidon suunnittelusta teimme kaksi väittämää. Kysymyksen kohteena oli komponenttien käyttö hoidon suunnittelussa. Toinen väittämä käsiteli tavoitteiden asettamista. Hoidon toteutuksesta halusimme tietoa komponenttien käytön lisäksi päivittäisestä kirjaamisesta. Hoidon arviointia käsittelevä ensimmäinen väittämä liittyi tavoitteiden käyttämiseen arvioinnissa. Toinen väittämä taas liittyi arviointiin päivittäisessä kirjaamisessa.

Lisäksi halusimme kysyä, mitä asioita kirjatessa työntekijöiden on vaikea löytää sopivaa komponenttia. Hoitosuunnitelman tekemisestä kyselyssä oli kaksi kysymystä. Ensimmäisessä kartoitimme sitä millaisissa tilanteissa ja kuinka usein hoitosuunnitelmat tarkastetaan. Toisessa kysyimme millaisia ongelmia hoitosuunnitelman tekemisessä koetaan olevan ja mistä ongelmat johtuvat. Lopuksi halusimme antaa vastaajille mahdollisuuden tuoda ilmi muuta kehittämistä tai huomioitavaa kirjaamiseen liittyen.

Valitsimme asteikon, jotta vastaajien olisi mahdollisimman nopea vastata kyselyyn. Työyhteisön jäsenet vastasivat kyselyyn työajalla. Väitteillä saimme aiheen tarkasti rajatuksi. Jokaisen väitteen alla oli tilaa, jotta vastaajilla oli mahdollisuus perustella tai selventää vastaustaan. Halusimme kuitenkin antaa vastaajille myös mahdollisuuden vapaaseen sanaan, jotta kysely olisi mahdollisimman kattava. Väitteet ja kysymykset olimme otsikoineet hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Aikaa lomakkeiden täyttämiseen oli kahdeksan päivää.

Asteikkoon perustuvat kysymykset analysoimme manuaalisesti aineiston vähyyden takia. Avoimet kysymykset analysoimme sisällönanalyysimenetelmää soveltaen ryhmittelemällä vastaukset manuaalisesti [Liitteet 3 ja 4]. Sisällönanalyysissä pyritään tiivistämään aineisto niin, että sitä voidaan kuvata lyhyesti. Aineisto pelkistetään ja se ryhmitellään. Ryhmittelyssä etsitään käsitteiden samankaltaisuuksia ja eroja. Samaa tarkoittavat ilmaisut luokitellaan samaan luokkaan ja annetaan sille sisältöä kuvaava nimi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–43.) Alukartoituksen jälkeen esittelimme työyhteisöille kartoituksen tulokset, minkä jälkeen työyhteisöissä keskusteltiin osastotunneilla tuloksista. Osastotunneilla oli mahdollista käydä vielä läpi omia tuntemuksia tuloksista ja selventää suullisesti omia näkemyksiään. Tarkoituksena oli sisäistää kehittämisen ja muutoksen merki-

tystä. Kartoitus myös suuntasi tulevaa kehityskohteen valintaa sekä pidettäviä koulutuksia.

### 7.2.1 Nykytilanteen kuvaus osastolla L51

Osastolta L51 vastauksia saimme 16 kappaletta. Lähes kaikki vastaajat kertoivat kirjaavansa kuntoutujan hoidon tarpeet ja käyttävänsä tarpeiden määrittämisessä apuna eri komponentteja. Suurin osa vastasi käyttävänsä tavallisimmin hoidon suunnittelussa apuna eri komponentteja sekä määrittävänsä yleensä hoidolle tavoitteet. Vain yksi työyhteisön jäsen ei määrittänyt hoidolle yleensä tavoitteita. Vastausten perusteella työyhteisön jäsenet kirjasivat kaiken toteuttamansa hoidon. Päivittäisessä kirjaamisessaan suurin osa vastaajista käytti monipuolisesti eri komponentteja. Kolme vastaajista oli eri mieltä ja kaksi vastaajista ei osannut sanoa. Lähes kaikki vastaajat arvioivat hoidon toteutusta verraten tavoitteisiin. Arviointi oli osa työyhteisön jäsenien päivittäistä kirjaamista.

Vastauksissa mainittiin monia asioita, joille kirjatessa oli hankala löytää sopivaa komponenttia. Kymmenen vastaajaa koki hankalaksi löytää sopivaa komponenttia omaisten kanssa toimiessaan. Kaksi vastaajaa koki vaikeaksi löytää sopivaa komponenttia kotilomalle. Muita hankalaksi koettuja asioita olivat mm. raha-asiat, uhkatilanteet, lähettävä taho, puhevaikeudet sekä toiveet hoidolle. Sopivia komponentteja etsittiin yhdessä osastotunneilla ja koulutuksissa.

Kymmenen vastaajaa tarkisti kuntoutujan hoitosuunnitelmaa kuntoutujan tilan muuttuessa. Kolme vastaajista päivitti sitä myös muulloin, kun aikaa löytyi. Kolme vastaajaa tarkisti hoitosuunnitelman paikkaansa pitävyyden kuntoutuspalaverin jälkeen. Päivittäisen kirjaamisen lomassa (esimerkiksi viikoittain) suunnitelman tarkisti kaksi vastaajaa ja kaksi kuntoutujan tullessa osastolle. Kaksi työyhteisön jäsentä ei tarkastanut hoitosuunnitelmaa koskaan. Myös siirtovaiheessa sekä loman jälkeen tarkastettiin hoitosuunnitelmia.

Yleisin haaste hoitosuunnitelman tekemisessä oli aikaongelma. Ajan löytyminen koettiin yleisesti ongelmaksi, mutta myös yhteisen ajan löytyminen moniammatil-

lisen työryhmän kesken mainittiin. Kolme vastaajaa koki ongelmakseen kokemuksen ja ohjauksen puutteen. Rauhallisen tilan löytäminen oli vaikeaa. Uudet komponentit ja ohjelman uusi päivitys vaati vielä työyhteisön jäseniltä totuttelua. Muiksi huomioiksi kirjaamisessa vastaajat mainitsivat toiveen, että kirjaukset olisivat lyhyitä ja selkeitä. Myös rauhallisen kirjaustilan löytäminen koettiin tärkeäksi.

### 7.2.2 Nykytilanteen kuvaus Launeen kotihoidossa

Launeen kotihoidon tiimistä 1 saimme 12 vastausta. Vastaajista lähes kaikki kirjassivat yleensä asiakkaan hoidon tarpeet ja käyttivät tarpeen määrittämisessä apuna komponentteja. Molempiin väittämiin muutama vastaaja oli vastannut *en osaa sanoa* ja muutama oli jättänyt vastaamatta. Kaikki vastaajat käyttivät apuna hoidon suunnittelussa eri komponentteja. Yleensä hoidolle tavoitteet määritteli suurin osa työyhteisön jäsenistä. Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta väittämään. Lähes kaikki vastaajat kirjassivat kaiken toteuttamansa hoidon. Vaikka projektin alussa työyhteisön jäsenet kirjassivat päivittäistä kirjausta harvoin, olivat he jo tässä vaiheessa projektia alkaneet kirjata kaikki käynnit. Kartoituksen vastauksien mukaan he käyttivät komponentteja monipuolisesti kirjatessaan. Suurin osa vastaajista ei osannut sanoa arvioiko hän hoidon toteutusta verraten tavoitteisiin. Vain puolet vastaajista koki arvioinnin olevan osa päivittäistä kirjaamistaan.

Työyhteisön jäsenet kokivat kotihoidolle sopivien komponenttien löytymisen vaikeana. Esimerkeiksi he olivat maininneet verenpaineen ja verensokerin mittaamisen, muistiongelmat, haavanhoidon sekä käynnit, jotka eivät olleet hoidollisia. Kartoitusten vastauksien mukaan työyhteisön jäsenet tarkastivat hoitosuunnitelman ajantasaisuuden asiakkaan käyntien muuttuessa. Uusien tai vieraiden asiakkaiden kohdalla suunnitelma tarkistettiin. Osa vastaajista tarkasti suunnitelman satunnaisesti tai noin kaksi kertaa vuodessa. Yleisimmät ongelmat suunnitelman tekemisessä liittyivät ohjelman käyttöön ja tietoteknisiin taitoihin. Toiseksi ongelmaksi vastaajat mainitsivat ajanpuutteen. Oikeiden sanavalintojen ja sopivien komponenttien löytymisen koki kaksi vastaajaa hankalaksi. Vastaajat toivoivat,

että kirjaamisesta tulisi kaikkien kohdalla päivittäistä. Muuta kehittämistä kirjaamisessa kohtaan oli kirjattu myös hoidon arvioinnin olevan puutteellista.

### 7.3 Uuden teoreettisen ja tutkitun tiedon hankkiminen

Nykytilanteen kartoituksen jälkeen hankkeen ohjaaja piti koulutuksia työyhteisöille. Myös me osallistuimme koulutuksiin. Koulutukset koskivat kirjaamiseen liittyvää lainsäädäntöä, hoitotyön prosessimallia sekä rakenteista kirjaamista ja FinCC-luokitusten käyttöä. Koulutusten rakenteessa oli otettu huomioon työyhteisöjen tarpeet sekä kartoituksista saatu tieto. Koulutukset toteutettiin sekä teoria- että caseopetuksena. Työyhteisöille soveltuvien casetapauksien laadinta edellytti yhdyshenkilöiden osallistumista tyyppitapausten suunnitteluun. (eNNI-työryhmä 2009.)

Koulutukset oli suunniteltu niin, että mahdollisimman monilla oli mahdollisuus osallistua niihin (eNNI-työryhmä 2009). Hankkeen ohjaaja piti neljä kertaa koulutuksen tietoturvallisuudesta ja lainsäädännöstä. Yhteensä näihin osallistui 49 henkilöä. Hoitotyön prosessista hän piti kolme koulutuskertaa, joihin yhteensä osallistui 50 työntekijää. FinCC-luokituksista koulutuksia oli kaksi L51:n ja kaksi kotihoidon työntekijöille suunnattua. Yhteensä näihin osallistui 46 työntekijää. (Takaluoma 2009b.)

### 7.4 Kehittämiskohteiden tunnistaminen ja valitseminen

Työyhteisöjen kehityskohteiden alustava kartoitus toteutettiin kyselylomakkeella [Liite 5]. Lopullinen valinta tehtiin kuitenkin työyhteisöissä osastotunnilla keskustellen. Keskustelun pohjana käytettiin kehittämiskohteen kartoituksen tuloksia. Kehityskohteen vaihtoehdot olimme luokitelleet hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Vaihtoehtoja kyselyssä oli kymmenen, joista jokainen sai valita yhteensä kolme tärkeimmäksi kokemaansa vaihtoehtoa. Vastaaaja numeroi ne tärkeysjärjestykseen.

Kartoituslomakkeet veimme yhteistyökumppaneiden työpaikoille. Vastausaikaa oli kahdeksan päivää. Strukturoidut kysymykset analysoimme manuaalisesti ja

avoimet kysymykset sisällönanalyysimenetelmää soveltaen. Vastauksista teimme molemmille yhteistyökumppaneille yhteenvedot. Esittelimme yhteenvedot osastotunneilla, joissa teimme yhdessä kehityskohteen lopullisen valinnan. Molemmat työyhteisöt toivoivat, että tekisimme kehityskohteesta oppaan [Liite 4 ja 5]. Opaat sisältäisivät uudet toimintatavan ja siihen liittyvän tutkitun tiedon tiivistetysti sekä esimerkkicasen hoitotyön tulotilanteen kirjauksesta ja hoidon suunnitelmasta.

Lahden kaupunginsairaalan osaston L51:n työntekijöiltä saimme vastauksia 17. Kartoituksen pohjalta kehityskohteiksi nousivat laadukas hoidon toteutuksen kirjaaminen sekä hoidon tarpeen oikeiden komponenttien löytyminen ja niiden yhdenmukainen käyttö. Lisäksi kannatusta sai kirjaamisen yhteiset pelisäännöt. Kehityskohteesta keskusteltaessa esille kuitenkin nousi hoidon suunnittelu kokonaisuudessaan.

Oppaan sisällöstä keskustelimme työyhteisön jäsenten kanssa valinnan jälkeen. Sisällön tulisi ohjata tulotilanteen ja hoidon suunnittelun kirjaamisen lisäksi pelisäännöt hoitosuunnitelman tekemiseksi. Keskustelussa tuli myös esille hoidon suunnittelun ja tulotilanteen kirjaamisen laatuksiteereiden määrittely. Opas [Liite 6] sisältäisi myös tyyppitauksen tulotilanteesta ja hoidon suunnitelmasta. Oppaan toivottiin olevan yksinkertainen ja selkeä. Oppaassa olisi vain olennainen ja taustateoria löytyisi opinnäytetyöstämme. Opasta tulisi voida käyttää mm. perehdyttämiseen.

Launeen kotihoitotiimistä saimme vastauksia 11. Kartoituksen pohjalta selkeäksi kehityskohteeksi nousi hoidon tarpeen oikeiden komponenttien löytyminen ja niiden yhdenmukainen käyttö. Kehityskohteenvalinta kokouksessa kuitenkin yhdessä päätimme laajentaa kehityskohdetta koko hoidon suunnitteluun, sillä hoitotyön prosessi alkaa hoidon suunnittelulla. Hyvä hoidon suunnittelu helpottaa myös hoidon toteutusta, arviointia sekä kirjaamista.

Osastotunnilla keskustelimme myös oppaan [Liite 7] alustavasta sisällöstä. Tarkoituksena oli selvittää, miksi hoidon suunnittelu nousi kehityskohteeksi ja miten voisimme hoidon suunnittelun kirjaamista kehittää. Selvitimme työyhteisössä yleisessä käytössä olevat mittarit, jotta voisimme hyödyntää niitä oppaassa. Kes-

kustelimme siitä, kuka tekee kartoituskäynnit sekä mitä lomakkeita ja mittareita käynneillä käytetään. Työyhteisöstä heräsi tarve komponenttien yhdenmukaistamiseen ja avaamiseen. Myös hoidon tarpeiden, tavoitteiden ja toimintojen kirjaamiseen kaivattiin selviä ohjeita. Lisäksi oppaassa tulisi olla uusi toimintatapa hoidon suunnitteluun. Oppaan ulkoasun toivottiin olevan yksinkertainen ja tiivis. Oppaan tarkoituksena on helpottaa uuden lain mukaista hoidon suunnittelun kirjaamista.

Kehittämiskohteiden valitsemisen jälkeen etsimme tutkittua tietoa aiheesta. Osastolla L51 pidimme kaksi osastotuntia, johon olimme keränneet näyttöön perustuvaa tietoa kehityskohteen aiheesta. Sisältönä molemmissa oli tulotilanne ja hoidon suunnittelu. Herättelimme keskustelua uusista toimintatavoista ja kehitteillä olevasta oppaasta. Pidimme myös Launeen kotihoidossa kaksi tiimipalaveria, joissa toimimme esille uutta tutkittua tietoa kehityskohteen aiheesta. Erityisesti halusimme tuoda esille kotihoidon näkökulman. Palavereiden tarkoituksena oli herättää keskustelua kirjaamisesta ja tulevasta toimintatavan muutoksesta.

## 7.5 Uuden toimintatavan muodostaminen ja muokkaaminen

### 7.5.1 Uuden toimintatavan muodostaminen osastolla L51

Neurologisella kuntoutusosastolla suoritimme 2,5 opintopisteen työharjoittelun syksyllä 2009. Harjoittelun alussa tutustuimme osaston toimintaan kahden päivän ajan. Ensimmäisen päivän olimme hoitajien työtä ja kirjaamista seuraamassa, toisen päivän vietimme kuntohoitajan kanssa. Harjoittelun aikana osallistuimme tulotilanteisiin sekä kuntoutuspalaveriin. Lisäksi tarkastelimme hoidon suunnittelua ja sen kirjaamista.

Jo kerätystä tutkitusta tiedosta teimme tiivistelmän oppaaseen, joka sisältää hoidon suunnitelman kirjaamisen kriteereitä sekä tulotilanteen kirjaamisessa käytävien otsakkeiden määrittelyä. Osastolla heräsi tarvetta FIM-toimintakykymittarin käytön hyödyntämisestä.

FIM-järjestelmä on aikuisten kuntoutukseen kehitetty laadunhallintamenetelmä. Se järjestelee kuntoutuksen dokumentointia, seuranta, analysointia ja suunnittelua. Järjestelmään kuuluu toimintakykymittari ja monipuolinen informaatiojärjestelmä. Mittarin yhdenmukaisen käytön varmistaa kuntouttajien koulutus ja pätevyyskoe. Toimintakykymittari koostuu 18:stä keskeisimmästä päivittäisestä toiminnasta, joita arvioidaan kuntoutuksen aikana ja sen jälkeen. Mittarilla arvioidaan mm. liikkumista, pukeutumista, peseytymistä, muistamista ja sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. Mittaustulokset näyttävät pienimmätkin muutokset kuntoutujan avuntarpeessa ja omatoimisuudessa. Mittaustulosten käyttö mahdollistaa täsmällisen kuntoutussuunnitelman tekemisen ja arvioinnin. (Hagerlund 2009a.)

Työyhteisön kanssa asiasta keskusteltuaamme teimme heille taulukon, jossa toimintakykymittarin otsakkeet liitettiin FinCC-tarveluokitukseen. FIM-toimintakykymittari on lisenssin alainen, joten emme voi sitä oppaan osiota laittaa näkyville opinnäytetyöhömmme. FIM-toimintakykymittarin mukaan nousseet ongelmat ovat hoidon tarpeita, joten taulukon käyttö helpottaa hoidon tarpeiden määrittelyä. Tarkoituksena on muokata toimintakykymittarin mukaan löydetty ongelmat tarveluokitusten mukaisiksi hoidon tarpeiksi. Taulukosta voi katsoa minkä tarveluokituksen komponentin alle ongelman voi kirjata. Harjoittelun aikana myös teimme yhteistyössä osaston yhdyshenkilöiden kanssa esimerkin tulotilanteen kuvauksesta ja hoidon suunnitelmasta tyypillisen potilastapauksen perusteella.

Oppaan tekemisen aikana myös suunnittelimme yhdyshenkilöiden kanssa uutta toimintatapaa tulotilanteeseen ja hoidon suunnitteluun. Ongelmaksi oli kehittynyt se, että tulotilanne oli usein hyvin kiireinen. Hoitajilla oli kiire tulotilanteessa, koska heidän olisi pitänyt samaan aikaan hoitaa myös muita potilaita. Myös hoidon suunnittelu koettiin ongelmaiseksi. Osastolla ei oltu sovittu aikarajaa ensimmäisen hoidon suunnitelman tekemiseksi. Myös hoidon suunnitelmien päivittäminen ja muuttaminen oli puutteellista. Työyhteisön jäsenet kokivat, että hoidon suunnitelma oli valmis, kun sen oli tehnyt. Pieniä muutoksia hoidossa ei päivitetty hoidon suunnitteluun. Hoidon suunnittelun kirjaaminen oli omahoitajan vastuulla.

Työyhteisö koki haasteelliseksi moniammatillisuuden hoidonsuunnittelussa. Yhteistä aikaa hoidon suunnitteluun oli vaikea löytää. Lisäksi yhteisen kielen löytäminen oli haasteellista. Kuntoutujan asioita käsiteltiin moniammatillisessa työryhmässä kuntoutuspalavereissa. Palavereissa omahoitajan vastuulla oli palaverin johtaminen sekä esille nousseiden asioiden kirjaaminen. Palaverin jälkeen hoitaja kirjasi yhteenvedon kokoomalehdelle. Kuntoutuspalaverit koettiin todella raskaiksi ja hoitajien saattoi olla vaikea poimia muiden työntekijöiden esittämät asiat. Yhteisen kielen puuttuessa hoitajien oli vaikea kirjata erityistyöntekijöiden esittämät asiat tarkasti. Kuntoutuspalavereissa nousseet hoidon muutokset tulisi päivittää hoidon suunnitelmaan, näin ei kuitenkaan osastolla käynyt.

Oppaaseen kirjoitimme tulotilanteen kuvauksesta ja hoidon suunnittelun vaiheista tiivistelmät. Tiivistelmiä voisi käyttää perehdytyksessä tai työntekijöiden muistilistana. Tiivistelmässä kerrotaan, mitä otsakkeita voi käyttää tulotilanteen kuvauksessa ja mitä asioita kirjataan minkäkin otsakkeen alle. Tiivistelmä sisältää myös hoidon suunnittelun vaiheet ja miten ne tulisi kirjata. Lisäksi oppaassa on kirjattuna uusi toimintatapa. Oppaaseen liitimme myös taulukon, jossa vertaamme FIM-toimintakykymittarin osa-alueita FinCC-tarveluokituksiin. Oppaan lopussa on esimerkki kuntoutujan tulotilanteen kuvauksesta ja hoidon suunnitelmasta.

Osastolla ollessamme kirjasimme alustavan version toimintatavan muutoksesta. Ennen kuntoutujan osastolle tuloa työntekijät sopivat kuka kuntoutujan ottaa vastaan. Tämän henkilön tulisi ottaa myös puhelinraportti vastaan. Vastaanottava hoitaja voi siirtää työtehtäviään muille, jotta hänellä olisi aikaa ottaa kuntoutuja rauhassa vastaan. Tulotilanteen kirjaaminen aloitetaan heti kuntoutujan tullessa osastolle. Mahdollisuuksien mukaan tulotilanteen voisi kirjata kannettavalla tietokoneella kuntoutujan vierellä. Vastaanottava hoitaja aloittaa hoidon suunnitelman tekemisen jo samana päivänä. Suunnitelmaan voi aluksi kirjata vain pari ilmeisintä tarvetta, tavoitetta ja toimintoa. Väliaikaisesti päätavoitteeksi voi kirjata osasto L51. Hoidon suunnitelmaa tulee päivittää viimeistään ensimmäisen kuntoutuspalaverin jälkeen. Hoitoa tulisi suunnitella moniammatillisesti. Myös muut kuin omahoitaja saa päivittää hoitosuunnitelmaa. Tarpeiden määrittelyn apuna voi käyttää FIM-toimintakykymittaria. Kuntoutuspalavereissa nousseet hoidon tarpeet, tavoitteet ja toiminnot tulee kirjata suoraan hoidon suunnitelmaan. Kokoo-

ma-lehdelle, jonne ennen kirjattiin palavereista yhteenveto, kirjattaisiin tästä lähtien vain väliarviointi.

Alustava versio uudesta toimintatavasta oli työyhteisöllä luettavana noin viikon ajan. Tämän jälkeen pidimme osastotunnin, jossa esittelimme ehdotustamme. Uudesta toimintatavasta keskusteltiin. Moniammatillinen hoidon suunnittelu koettiin edelleenkin hankalaksi. Yhteistä aikaa ei meinannut löytyä. Samaan aikaan tietokoneen äärellä istuminen koettiin turhauttavaksi. Työyhteisö koki myös tarvetta selkiyttää sitä mihin kirjataan, milloin kirjataan, kuka kirjaa ja mitä. Ehdotuksen jälkeen työyhteisön yhdyshenkilöt pitivät vielä kaksi osastokokousta oppaan läpikäymiseksi. Osastotunneilla työyhteisö sopi lopullisesti, mitä toimintatavan muutos tulee pitämään sisällään. Yhdyshenkilöt lähettivät meille sovitut muutokset ja me kirjasimme ne oppaaseen. Esittelimme oppaan työyhteisölle loppusyksystä 2009.

#### 7.5.2 Uuden toimintatavan muodostaminen Launeen kotihoidossa

Suoritimme Launeen kotihoidossa 2,5 opintopisteen laajuisen työharjoittelun syksyllä 2009. Harjoittelun alussa tutustuimme heidän työhönsä kahden päivä ajan. Toisena päivänä olimme aamuvuorossa ja toisena iltavuorossa. Lisäksi osallistuimme kotihoidon arviointikäynneille. Jakson aikana tarkastelimme Launeen kotihoidon tiimi 1:sen hoidon suunnittelun kirjaamista. Pidimme tapaamisia yhdyshenkilöiden kanssa, joissa keskustelimme muodostuvasta toimintatavasta ja oppaan sisällöstä.

Työyhteisö oli ennen hanketta kirjannut päivittäistä kirjausta asiakkaista harvoin. Hankkeen myötä he alkoivat kirjata jokaisen käynnin. Työyhteisö koki ajan löytymisen haasteena. Lisäksi se, että toiset tiimit eivät kirjanneet kaikkia käyntejä, koettiin haittaavana tekijänä. Hoidon suunnitelman teko oli monille suuri urakka, ja työyhteisössä oli sovittu, että hoidon suunnitelmat tuli olla valmiina kahden viikon kuluttua kotihoidon käyntien aloituksesta. Työntekijöiden tuli allekirjoituttaa hoidon suunnitelmat asiakkailla, mikä vaikeutti muutosten tekemistä. Sen vuoksi hoidon suunnitelmiin ei kirjattu kaikkia muutoksia. Hoidon suunnitelmat tuli tar-

kistaa kolmen kuukauden välein. Työyhteisön jäsenet kokivat suurimmaksi vaikeudeksi löytää sopivia komponentteja ja otsakkeita. Heillä oli käytössä vihko, jonne he kirjasivat asiat, joille oli vaikea löytää sopiva luokitus. Kotihoidossa tiimivastaava tekee arviointikäynnit, jotka vastaavat tulotilanteen kuvausta. Tuleva omahoitaja pyrki olemaan mukana aina kun mahdollista.

Kotihoidossa on käytössä RAVA - toimintakykymittari. Mittaria käytetään ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnissa. Mittarin mukaan toimintakykyä arvioidaan seuraavien toimintojen avulla: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke. Mittarin avulla lasketaan RAVA - indeksi, jota hyödynnetään asiakkaan toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnissa. Lisäksi indeksia käytetään hoidon tarpeen arviointiin ja suunnitteluun sekä muutosten seurantaan. Sillä voidaan myös perustella hoitoon liittyviä päätöksiä ja valintoja. RAVA - indeksia voidaan hyödyntää myös työyksikön kehittämisessä ja arvioinnissa sekä kunnan tai valtakunnan tasolla palveluiden arvioinnissa ja päätöksen teossa. (Hagerlund 2009b.) Usein tiimivastaava teki arviointikäynnillä jo ensimmäisen RAVA - mittauksen.

Oppaaseen kirjoitimme aluksi tiivistelmät tulotilanteen kuvauksesta ja hoidon suunnittelun vaiheista. Oppaassa on uusi toimintatapa tulotilanteesta ja hoidon suunnittelussa. Rakensimme taulukon RAVA - toimintakykymittarin otsakkeista ja FinCC-tarveluokituksesta. Koska ensimmäinen RAVA - mittaus tehdään usein jo arviointikäynnillä, voisi sitä hyödyntää tarpeenmäärityksessä. Työssämme emme voi taulukkoa näyttää, sillä RAVA-toimintakykymittari on lisenssin alainen. Keräsimme työntekijöiltä asioita, joille heidän oli ollut vaikea löytää sopivaa komponenttia ja etsimme luokituksista ehdotuksia. Teimme myös esimerkin asiakkaan tulotilanteen kuvauksesta ja hoidon suunnitelmasta. Hoidon suunnitelmaa oli työryhmä jo aloittanut työstämään. Teimme siihen tarvittavia muutoksia ja lisäsimme tarpeita.

Jakson jälkeen jätimme ehdotuksen toimintatapamuutoksesta tiimille luettavaksi. Tämän jälkeen pidimme työyhteisön kanssa palaverin alustavasta toimintamallista. Palaverissa keskustelimme uudesta toimintatavasta. Tiimiläiset kokivat, että

heidän ei ole mahdollista aloittaa hoidon suunnitelman tekoa heti asiakkuuden alkamisesta. Syiksi he mainitsivat ajan puutteen sekä teknisten taitojen heikkouden. Sovimme yhdessä, että tiimi ottaa tavoitteeksi sen, että hoidon suunnitelmaan kirjattaisiin vähintään yksi tarve, tavoite ja toiminto kotihoidon ensimmäisen käynnin jälkeen. Kaikkien, jotka kokevat tietotekniset taitonsa heikoiksi, tulisi hakeutua koulutukseen.

Hoidon suunnitelman päivitys oli asiakasvastaavan vastuulla. Jotta taakka helpotuisi, työyhteisössä sovittiin, että kaikki saavat päivittää hoidon suunnitelmia. Koska hoidon suunnitelman asiakkaalla allekirjoittuttaminen vaikeutti suunnitelmien päivitystä, projektin ohjaaja päätti ottaa yhteyttä kotihoidon johtajaan. Asiiaan ei kuitenkaan tullut muutosta hankkeen aikana. Kirjasimme kuitenkin uuteen toimintatapaan, että pienetkin muutokset tulee kirjata asiakkaan hoidon suunnitelmaan, sillä keskustelu allekirjoittamisesta oli laitettu vireille.

Palaverissa keskustelimme myös komponenteista. Sovimme yhdessä minkä komponentin alle mitäkin kirjataan. Työyhteisön jäsenet kokivat vaikeaksi löytää siistimiselle ja muille kodinhoidollisille toiminnoille sopivia komponentteja. Suurin osa työntekijöistä oli kirjannut ne tarveluokituksessa *selviytymiseen liittyvän avuntarve* - komponentin alle ja toimintoluokituksessa *puhtaudesta huolehtiminen* - komponentin alle. Turvakäynneistä oli jo yhteisesti sovittu, että ne kirjataan *terveyspalveluiden käyttö – muu avustava palvelu (palvelutapahtuman aikana)* komponenttien alle. Raha-asiat he kirjaavat *potilaan omaisuuden haltuunotto tai tarkistus* komponenttien alle. (Liljamo, Kaakinen, & Ensio 2008, 15–54.)

MMSE-muistintesti kirjataan *muistihäiriö* - komponentin alle. GDS15-masennustesti kirjataan tarveluokituksessa *masentuneisuus* - komponentin alle ja toimintoluokituksessa *mielialan seuranta* - komponentin alle. Myös lääkkeiden ”kipotukselle” oli hankala löytää komponenttia. Toimintoluokituksesta ei löydy lääkkeiden jakamisen komponenttia, joten päädyimme siihen, että se kirjataan *lääkkeiden antaminen* - komponentin alle. Asiakkaan löytyessä kotoa kaatuneena, tulee se kirjata toimintoluokituksen *ulkoisen turvallisuuden lisääminen* - komponentin alle. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 15–54.)

Korvahuuhtelu kirjataan *tutkimuksen, toimenpiteen suorittaminen* -komponentin alle. Jäimme vielä pohtimaan, sitä minkä komponentin alle kirjataan, jos asiakas ei ole kotona tai jos hänet tapaa pihalla, eikä hän suostu palaamaan takaisin kotiin. Jos asiakas ei ole kotona, on se rinnastettavissa siihen, jos asiakas jättää tulematta vastaanotolle tai muuhun sovittuun tapaamiseen. Joten päädyimme siihen, että se tulisi kirjata *terveyspalveluiden käyttö*-komponentin alle toimintoluokitukseen. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 15–54.)

Jos asiakkaan tapaa pihalla, eikä hän suostu palaamaan kotiin, tulisi toimintoluokitus valita sen mukaan, mikä on syynä siihen, ettei asiakas palaa takaisin. Esimerkiksi jos hän ei muista, että hänellä käy kotihoito, on syynä muistin heikkeneminen. Valmiin oppaan esittelimme työyhteisölle marraskuun lopussa. Tilaisuudessa kävimme vielä oppaan sisällön läpi.

## 8 UUSI TOIMINTATAPA TULOTILANTEESSA JA HOIDON SUUNNITTELUSSA

### 8.1 Uusi toimintatapa osastolla L51

Osaston L51 uusi toimintatapa kirjattiin oppaaseen seuraavalla tavalla:

- Ryhmän kesken sovitaan, kuka ottaa uuden kuntoutujan vastaan (mikäli hän ei ole etukäteen sovittu omahoitaja). Vastaanottava hoitaja ottaa vastaan myös puhelinraportin.
- Vastaanottavalle hoitajalle varataan aikaa kuntoutujan vastaanottamiseen ja tulotilanteen kattavaan kirjaamiseen potilastietojärjestelmän KOKO eli Hoitotyön yhteenveto - lomakkeelle Hoitotyön tulotilanteen kuvauksen mukaisesti. Tarpeen vaatiessa vastaanottava hoitaja voi siis siirtää työtehtäviään muille tiimin jäsenille.
- Tulohaastattelun voi tehdä suoraan kannettavalle tietokoneelle, mikäli kyseessä on siihen soveltuva kuntoutuja.
- Tulohaastattelutiedoissa tulee näkyä kuntoutujan oma näkemys, mikäli se on mahdollista.
- Vastaanottava hoitaja aloittaa hoidon suunnittelun heti kuntoutujan tulopäivänä.
- Hoidon suunnitteluun kirjataan Päätaavoite (aluksi esim. LKS L51 ja pvm) sekä ensimmäiset selkeimmin nousseet hoidon tarpeet (SHTal), tavoitteet ja suunnitellut toiminnot (keinot, ShTol). Näitä päivitetään (lisätään/päätetään), kun kuntoutujasta tiedetään enemmän.
- Päivittämisestä on vastuussa omahoitajan lisäksi koko ryhmä. Hoitoon tulosityy kirjataan kattavasti Hoitojaksokirjaus-osioon (Hj.kirjaus), jolloin se näkyy Hoidon suunnittelun näytöllä.
- Tarpeiden määrittelyn apuna voidaan käyttää FIM - toimintakykymittaria. Siitä nousseet toimintakyvyn vajavuudet ja ongelma-alueet ovat hoidon tarpeita.
- FIM – lomake (uusittu 2009) täytetään moniammatillisesti. Uusituslomakkeessa on näkyvissä suuntaa-antava jako (hoitaja, ft, tt). FIM päivitetään aina kuntoutujan tilanteen muuttuessa. Kuntoutuspalaveriin sovittujen

kuntoutujien nimien perään lyhenne FIM, kun se on päivitettävä. Merkin-  
nän voi tehdä kuka tahansa kuntoutujan palaveriin osallistuva.

- Hoitoa suunnitellaan moniammatillisesti mm. kuntoutuspalavereissa. Siel-  
lä nousseet hoidon tarpeet, tavoitteet ja toiminnot (keinot) kirjataan suo-  
raan hoidon suunnitteluun (HoSu). Erityistyöntekijöiden (ft, tt, pt) osuus  
hoidon suunnittelusta (tavoitteet ja keinot) on luettavissa sairauskertomuk-  
sesta FYS, TOI, PT - lomakkeista (esim. FYS - lomake ja Fysioterapia-  
suunnitelman laatiminen -otsikon alla), joista hoitaja poimii ja muokkaa  
tavoitteet sekä keinot Hoitotyön luokitusten mukaisiksi. Keinojen tulee ol-  
la niitä, joita hoitaja käyttää päivittäisessä hoitotyössä. Näin toteutuu kun-  
toutujan yhdenmukainen ohjaus.
- Hoitaja kirjaa sairauskertomukseen KOKO- lomakkeelle Väliarviointi-  
otsikon alle kuntoutujan kokonaistilanteen hoitotyön näkökulmasta aina  
kuntoutuspalaverin jälkeen.
- Jokainen kuntoutuspalaveriin osallistuva perehtyy itsenäisesti etukäteen  
kuntoutujan taustatietoihin, jotta itse palaverin aika säästyisi kuntoutujan  
nykyisen tilanteen läpikäyntiin.
- Hoitaja keskustelee hoidon suunnittelusta kuntoutujan kanssa kuntoutuk-  
sen edetessä - näin kuntoutujan näkökulma sekä toiveet tulevat huomioi-  
tua.
- Kirjaamisen helpottamiseksi voi käyttää uusia kannettavia koneita ja kirja-  
ta niillä mm. neuvotteluhuoneessa, jossa toista kannettavaa säilytetään.

## 8.2 Uusi toimintatapa Launeen kotihoidossa tiimissä 1

Tiimi 1:n uusi toimintatapa kirjattiin oppaaseen seuraavalla tavalla:

- Jokaisesta asiakkaalle tehdystä käynnistä kirjataan päivittäiskirjausta.
- Hoidon suunnittelu ja sen kirjaaminen aloitetaan heti asiakkaan tullessa  
kotihoiton piiriin. Tavoitteena on, että hoidon suunnitelmaan kirjataan vä-  
hintään yksi tarve, tavoite ja toiminto (keino) ensimmäisen käynnin jäl-  
keen.
- Jos hoidon suunnittelun kirjaamisen esteenä ovat puutteet ohjelmiston käy-  
tön hallinnassa, tulisi hakeutua koulutukseen.

- Hoidon suunnittelussa apuna voidaan käyttää kartoituskäynnistä kirjoitettua tekstiä, yhdessä sovittuja komponentteja sekä RAVA:a, MMSE:tä ja GDS15:ta.
- Hoidon suunnitelmaan voidaan kirjata aluksi vain pari ilmeisintä tarvetta (voidaan myöhemmin poistaa, päivittää tai muuttaa).
- Hoidon suunnitelma tulisi päivittää aina asiakkaan tilan tai hoidon muuttuessa. Myös tilapäiset muutokset kirjataan suunnitelmaan.
- Vaikka muutoksia ei olisi tullut, suunnitelma tarkastetaan vähintään kolmen kuukauden välein. (1.4.2011 asti)
- Myös muut kuin asiakasvastaava saavat päivittää asiakkaan hoitosuunnitelmaa.

## 9 KEHITTÄMISTOIMINNAN ARVIOINTI

Arvioinnin tarkoituksena on suunnata kehitystoiminnan osallistujat sekä itsearviointiin että yhteisölliseen, vuorovaikutteiseen arviointiin. Arvioinnissa tulisikin tulla esille niin henkilökohtainen kuin yhteisöllinen oppiminen. (Anttila 2009, 54–56.) Arvioinnin tulisi liittyä myös työyhteisön kokemuksiin yhteistyöstä ja työryhmän toiminnasta (eNNI-työryhmä 2009).

Hankkeen arvioinnissa tulisi arvioida tavoitteiden ja projektisuunnitelman toteutumista (Ruuska 2006, 250–251). Arviointia suunnitellessamme otimme huomioon hankkeen tavoitteet ja toiminnan. Arvioinnissa tulisi myös etsiä tekijöitä, joiden avulla hanke saadaan toimimaan. (Anttila 2009, 54–56.) Pitäisi etsiä myös tekijöitä, mitkä ovat heikentäneet omaa kehittymistä, jotta tulevaisuudessa voidaan kehittää hankkeen toteutusta (eNNI-työryhmä 2009). Hankkeen onnistumista ei arvioida menneen perusteella, vaan sen tarkoituksena on tähdätä tulevaan parantuvaan suoritukseen (Anttila 2009, 54–56). Arviointiin sisältyy myös arviointi uuden toimintamallin hyödynnettävyydestä tulevaisuudessa, sekä tekijöistä, jotka edistävät hyödynnettävyyttä (eNNI-työryhmä 2009).

Jaoimme työyhteisöjen jäsenille hankkeen arviointilomakkeet [Liite 8]. Lomakkeet koostuivat väittämistä, joihin vastattiin asteikolla *1= täysin eri mieltä, 2= jokseenkin eri mieltä, 3= jokseenkin samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä, 5= en osaa sanoa*. Lisäksi osaan väittämistä vastaaja sai perustella vastauksensa. Lomakkeessa oli myös avoimia kysymyksiä. Halusimme arvioida hankkeen aikana syntynyttä osaamista, kehittymistä ja muutosta. Aikaa vastata lomakkeeseen oli noin viikko. Yhteensä kysymyksiä lomakkeessa oli 14.

Ensimmäisellä väittämällä halusimme arvioida, oliko vastaaja kokenut saavansa tarpeeksi mahdollisuuksia vaikuttaa uuden toimintatavan rakentamiseen. Seuraavalla kahdella väittämällä halusimme arvioida sekä yksilön että työyhteisön osallistumista ja sitoutumista hankkeeseen. Neljäs väittämä koski hankkeen aikana syntynyttä kirjaamisen muuttumista. Tähän lisäsimme kysymyksen miten, jotta saisimme yksityiskohtaisempaa tietoa kirjaamisen muuttumisesta. Viidennellä kysymyksellä halusimme kartoittaa muun ammatillisen osaamisen kehittymistä.

Työryhmän toiveiden mukaisesti työryhmän toiminnan arvioinnin jaoimme kolmeen osaan. Työyhteisön yhdyshenkilöiden, esimiesten ja ammattikorkeakoulun edustajien toiminta ja tuen antaminen arvioitiin erillisillä väittämillä. Väittämien lisäksi halusimme myös perustelut vastauksille. Halusimme myös arvioida uuden toimintatavan onnistumista. Tämän toteutimme kysymyksellä: Miten koet voivasi hyödyntää uutta toimintatapaa tulevaisuudessa? Jotta arviointi suuntaisi työyhteisöä uuden toimintatavan juurruttamisessa tulevaisuudessa, kysyimme mitä toimintatavan muuttuminen edellyttää työyhteisössä. Vastauksia voisivat hyödyntää yhdyshenkilöt ja esimiehet hankkeen loppuessa. Halusimme myös arvioida sitä uskoko vastaaja toimintatavan muuttuvan. Lopuksi arvioitiin tekijöitä, mitkä olivat heikentäneet ja edistäneet ammatillista kehittymistä hankkeen aikana. Halusimme antaa myös mahdollisuuden muun palautteen antamiseen.

Täytetyt lomakkeet haimme työyhteisöistä joulukuun alussa. Asteikkoon perustuvat kysymykset analysoimme manuaalisesti ja avoimet kysymykset sisällönanalyysimenetelmää soveltaen. Avoimien kysymysten vastaukset ryhmittelimme [Liitteet 9 ja 10]. Teimme vastauksista yhteenvedot, jotka esittelimme työyhteisöille eNNI-hankkeen lopetustilaisuuksissa. Tulokset esittelimme powerpoint-esityksenä L51:llä ja kalvoina kotihoidossa, minkä lisäksi keskustelimme niistä.

## 9.1 Arvioinnin tulokset osastolta L51

Vastauksia saimme yhteensä 21. Lähes kaikki vastaajista (18 vastaajaa) kokivat saaneensa tarpeeksi mahdollisuuksia vaikuttaa uuden toimintatavan rakentamiseen. Kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä. Yli puolet (13) vastaajista koki sitoutuneensa hankkeeseen, seitsemän vastaajaa taas oli eri mieltä. Tuloksia esitellessämme keskustelimme asiasta työyhteisön jäsenten kanssa. He kertoivat vastauksien erojen johtuneen siitä, ettei kaikkien ollut mahdollisuutta osallistua tapaamiseen. Uusi toimintatapa ei myöskään koskettanut samalla tavalla kaikkia erityistyöntekijöitä. Kaksikymmentä vastaajaa kuitenkin vastasi työyhteisön osallistuneen hankkeeseen aktiivisesti ja sitoutuneen siihen.

Lähes kaikkien (17) vastaajien mielestä kirjaaminen oli muuttunut laadukkaammaksi. Kaksi vastaajaa oli eri mieltä ja kaksi ei osannut sanoa. Uusi toimintatapa ja rakenteisuus ei ole vielä osana kaikkien ammattiryhmien kirjaamista, jolloin kaikkien kirjaamista hanke ei muuttanut suuresti. Puolet vastaajista (11) koki hoidon suunnittelun ja hoidon suunnitelman tekemisen muuttuneen laadukkaammaksi. Kirjaaminen oli yleisestikin helpottunut ja kehittynyt. Hankkeen myötä myös ajattelu oli muuttunut tiedon lisääntyessä. Moniammatillisuuden ja moniammatillisen kirjaamisen tarve oli konkretisoitunut hankkeen aikana.

Yli puolet vastaajista (16) koki työyhteisön yhdyshenkilöiden toiminnan olleen kehittymistä tukevaa. Yhdyshenkilöiltä oli saanut aina apua ja he olivat kannustaneet työyhteisön jäseniä. Yhdyshenkilöiden sitoutuminen hankkeeseen koettiin olleen kehittymistä tukevaa. He olivat tiedottaneet tapaamisista tehokkaasti ja antaneet kaikille mahdollisuuden tuoda mielipiteensä julki. 19 vastaajaa koki myös esimiehen toiminnan olleen kehittymistä tukevaa. Esimies oli mahdollistanut hankkeen resurssit. Työvuorot oli järjestetty niin, että kaikilla oli mahdollisuus osallistua tapaamisiin. Lisäksi hän oli hoitanut muutkin järjestelyt. Esimiehen sitoutuminen, kannustus ja positiivinen tuki koettiin kehittymistä edistävänä. Lähes kaikkien vastaajien (19) mielestä myös ammattikorkeakoulun vastuuhenkilöiden toiminta oli kehittymistä tukevaa. Opetus ja koulutus sekä keskustelut ja ohjeet olivat kehittymistä tukevia tekijöitä. Opiskelijat olivat vastaajien mielestä motivoituneita ja sitoutuneita. He osasivat tuoda uutta näkökulmaa työyhteisön kehittämiseen. Yhteistyö koettiin helpoksi.

Työyhteisön jäsenet kokivat hyödyntävänsä uutta toimintatapaa päivittäisessä työssään. Uuden toimintatavan myötä kirjaaminen on helpottunut ja selkiytynyt. Myös moniammatillisen yhteistyön nähtiin edistyneen yhtenäisten käytäntöjen myötä. Työyhteisössä koettiin, että toimintatavan toteuttaminen edellyttää asennemuutosta ja kaikkien sitoutumista. Työyhteisöltä vaaditaan myös kärsivällisyyttä ja ajankäytön suunnittelua. Tukeva työtoveruus nähtiin tärkeäksi tekijäksi toimintatavan muuttuessa. Vastaajat kertoivat tarvitsevänsä enemmän tietokoneita. Uuden toimintatavan toteutuminen edellyttää eri ammattiryhmien välistä keskustelua ja yhteistyön lisääntymistä. Kaikki vastaajat (21) uskoivat toimintatavan muuttuvan.

Ammatillisen osaamisen kehittymistä edistivät koulutukset ja avoimet keskustelut sekä koulutuksissa toteutunut caseharjoittelu. Myös oma motivaatio ja kuntoutuja-lähtöisyyden huomioiminen kirjaamisessa edisti kehittymistä. Yhteistyö ja muiden ammattiryhmien näkökulmaan perehtyminen edisti ammatillista osaamista. Osaamista heikensi ajan vähyys ja se etteivät kaikki päässeet kaikkiin tapaamisiin. Osa vastaajista koki tiedon omaksumisen tarpeeksi nopeasti olleen joskus hankalaa. Myös korkeat vaatimukset kirjaamiselle olivat heikentäneet osaamisen kehittymistä. Silti vastaajat toivat muussa palautteessa ilmi, että ovat tyytyväisiä päässeensä mukaan hankkeeseen. Vaikka hanke oli tuntunut alussa liian abstraktilta, kokivat he hankkeen kaikille hyödylliseksi. Innostus kehittämiseen oli herännyt työyhteisössä.

## 9.2 Arvioinnin tulokset Launeen kotihoidosta

Vastauksia saimme yhteensä 11. Lähes kaikki vastaajat (9 vastaajaa) kokivat saaneensa tarpeeksi mahdollisuuksia vaikuttaa uuden toimintatavan rakentamiseen. Lähes kaikki vastaajat (9) olivat osallistuneet hankkeeseen aktiivisesti ja kokivat myös työyhteisön sitoutuneen yhteiseen kehittämiseen. Vastaajien kirjaaminen (8) oli muuttunut hankkeen aikana laadukkaammaksi. Kolme vastaajaa ei osannut sanoa, oliko kirjaaminen muuttunut. Kirjaaminen oli muuttunut tarkemmaksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. Vastaajat panostivat enemmän kirjaamiseen ja ajattelivat tarkemmin kirjauksen sisältöä kuin ennen. Kirjaaminen oli muuttunut myös arvioivammaksi ja komponenttien käyttö oli monipuolisempaa. Yksi suurimpia muutoksia oli se, että kaikki hoitotyön toiminnot kirjataan.

Kirjaamisen lisäksi eNNI-hankkeessa mukana oleminen oli tuonut muitakin muutoksia työntekijöiden ammatilliseen osaamiseen. Tiedon siirtyminen oli parantunut. Hoidosta oli tullut kokonaisvaltaisempaa. Hoidon suunnitelmien tekeminen oli helpottunut ja niihin panostettiin enemmän. Tosin yksi vastaaja oli huomionnut myös sen, että työtaakka tuntui muuttuneen suuremmaksi. Työyhteisön yhdyshenkilöiden toiminta oli tukenut kahdeksan vastaajan mielestä työyhteisön kehittymistä. Yhdyshenkilöt olivat olleet tukena koko tiimille ja paneutuneet kehittämi-

seen. Kuitenkin kiireen koettiin haitanneen yhdyshenkilöiden toimintaa. Yhdyshenkilöt olivat puhuneet päivittäisen kirjaamisen puolesta.

Vastaajat olivat eri mieltä siitä, oliko esimiehen toiminta tukenut työyhteisön kehittymistä. Monet vastaajista olivat eritelleet lähiesimiehen ja johtavan esimiehen toiminnan vastauksissaan. Tuloksia analysoidessamme emme voineet laskea tarkkoja lukuja, sillä osa vastaajista oli vastannut siis kahteen vaihtoehtoon. Sisällönanalyysistä kävi ilmi, että lähiesimiehen toiminnan vastaajat olivat kokeneet kehitystoimintaa tukevana tai eivät osanneet sanoa, mikä lähiesimiehen rooli kehittämistoiminnassa oli ollut. Johtavan esimiehen toimintaa ei koettu kehitystoimintaa tukeväksi. Vastaajat kokivat esimiehen joidenkin kommenttien vieneen pohjan siltä kehitystyöltä, jota oli jo tehty. Osa työyhteisön jäsenistä ei ollut saanut tarpeeksi tukea ja resursseja kehittämistoimintaan. Kuitenkin osa vastaajista oli myös kokenut esimiesten toiminnan kehitystä tukevana.

Ammattikorkeakoulun vastuuhenkilöiden toiminta koettiin (9 vastaajaa) kehittymistä edistävänä. Kaksi vastaajista ei osannut sanoa. Projektin ohjaajan pitämät koulutukset koettiin hyödyllisiksi ja kiinnostaviksi. Osa vastaajista olisi kaivannut enemmän käytännön tukea. Kaksi työyhteisön jäsentä oli vastannut perusteluihin, ettei eNNI-hanke ole pystynyt kehittämään oikeita komponentteja kotihoidolle. Kuitenkin osa vastaajista koki toiminnan olevan kotihoitoa tukevaa ja vuorovaikutuksen toimineen hyvin. Opiskelijoiden koettiin olevan motivoituneita.

Vastaajat kokivat kirjaamisen muuttuvan helpommaksi uuden toimintatavan myötä. Toimintatavan muuttuessa asiakkaan oikeusturvan koettiin toteutuvan paremmin ja asiakastietojen parantuvan. Työyhteisön jäsenet kokivat olevansa uuden toimintatavan myötä myös esimerkkinä muille kotihoidon työntekijöille. Uuden toimintatavan toteutuminen edellyttää vastaajien mielestä lisää tietokoneita tai mobiililaitteita. Myös työrauhan ja ajan saaminen koettiin olevan tärkeitä. Kaikkien sitoutuminen ja osallistuminen nähtiin toimintatavan toteutumisen edellytyksenä. Vastaajat myös toivoivat esimiehiltä enemmän kannustusta ja kaikkien Lahden kotihoidon työntekijöiden mukaan tuloa, jotta saataisiin yhteiset säännöt kirjaamiseen. Kymmenen vastaajaa uskoi toimintatavan muuttuvan.

Ammatillisen osaamisen kehittymistä hankkeen aikana oli edistänyt työtovereiden tuki ja kannustus. Myös koulutukset edistivät osaamista. Oma panos nähtiin tärkeänä. Oma kirjaamisen sisällön pohtiminen ja hoidon näkeminen kokonaisvaltaisemmin oli vastaajien mielestä kehittänyt osaamista. Ammatillista osaamista oli heikentänyt ajan puute. Hankkeen koettiin vievän paljon aikaa. Myös esimiesten vähättelevä asenne mainittiin heikentäväksi tekijäksi. Muuhun palautteeseen vastaajat olivat kirjoittaneet toiveen siitä, että rakenteinen kirjaaminen ja uusi toimintatapa toteutuisi koko organisaatiossa.

## 10 POHDINTA

Sairaanhoitajaliiton tilastojen mukaan Suomessa oli marraskuussa 2007 Valviran rekisteröimiä sairaanhoitajia 103 734. Tämä luku sisältää sekä työikäiset että eläkkeelle jääneet sairaanhoitajat, kätilöt, terveydenhoitajat ja ensihoitajat. Pelkästään sairaanhoitajaksi rekisteröityjä oli 74 000. (Sairaanhoitajaliitto 2009.) Kaikkien valmiiden hoitotyön ammattilaisten sekä ammattiin valmistuvien tulisi hallita uusi, rakenteellinen kirjaamismalli viimeistään siinä vaiheessa, kun lain siirtymäaika päättyy vuonna 2011. Tämä edellyttääkin investointeja sekä laitteiston että henkilöstön koulutusten suhteen – varsinkin, kun otetaan huomioon, ettei läheskään kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa ole vielä täydellisesti siirrytty sähköiseen kirjaamiseen.

Erilaiset kehityshankkeet ovat yksi vaihtoehto saada henkilöstön kirjaamistaidot ajan tasalle. Hoitotyön tulisi aina pohjautua tieteelliseen näyttöön, ja tällaisena aikana, jona tietoa tulvii erilaisista lähteistä jatkuvasti, on työelämässä haasteena viimeisimmän tutkitun tiedon saaminen käytäntöön. Juuri erilaiset kehittämissankkeet ovat mainio tapa saada käyttöön uusia, työyhteisöille räätälöityjä työtapoja, jotka samalla pohjautuvat viimeisimpiin suosituksiin.

Kehittämishankkeen avulla mahdollistuu myös työelämän ja oppilaitoksen välinen yhteistyö, ja tätä kautta avautuu opiskelijoille mahdollisuus osallistua kehittämishankkeisiin jo opiskeluaikana. Ammattikorkeakoulun itsessään tulisikin linkittyä tiiviisti työelämään ja sitä kautta olla juurtunut käytäntöön - kuitenkin tieteelliset vaatimukset ovat yhteydessä niin opetukseen kuin tutkimukseen, joka kehittää työelämää ja tukee alueellista kehitystä (Raij 2007, 8).

Työyhteisöt ovat kokeneet hyötyvänsä siitä, että opiskelijat ja opettajat panostavat kehittämistyöhön. Hyötyä työyhteisöt saavat perustelujen, näytön hakemisen, tiivistämisen, tutkimus- ja kehittämismenetelmien osaamisen, arvioinnin sekä raportoinnin muodossa. Opiskelijat ovat kokeneet saaneensa hyötyä käytännön kehittämisyhteistyöstä osaamisen ja ammatillisen identiteetin kehittymisenä. Opettajat puolestaan ovat hyötynneet hankkeesta oman osaamisensa päivittymisenä. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 24.)

Kehittämishankkeessa mukana oleminen on opiskelijalle samaan aikaan haastava ja palkitseva kokemus: se kehittää vuorovaikutustaitoja erilaisten yhteisöjen kanssa, opettaa kyseenalaistamaan valmiita käytäntöjä, sen kautta oppii ymmärtämään kehittämistoimintaan tarvittavia resursseja sekä herättää oman ammatillisen mielenkiinnon erilaisiin kehittämistarpeisiin. Kehittämisessä mukana oleminen vaatii jokaiselta siihen osallistuvalla sitoutumista, ennakkoluulottomuutta ja ennen kaikkea aikaa, jotta ajatusmaailman on mahdollista muokkautua uuden toimintatavan mukaiseksi.

Lähdimme hankkeeseen mukaan, sillä halusimme opinnäytetyönämme tehdä jotain työelämälähtöistä ja hoitohenkilökunnalle käytännön työssä hyödyllistä. Koimme kehittämishankkeesta olevan hyötyä omalle ammatilliselle osaamisellemme ja se toikin meille käytännön näkemystä kehittämistyöhön vaadittavista tekijöistä. Onnistuakseen hankkeeseen on sitouduttava ja siihen on panostettava. Esimerkiksi esimiehen on luotava resursseja, jotta kehittämistyön mielekkyys oman työn ohella säilyy henkilökunnalla.

ENNI-hanke toteutettiin projektityöskentelynä. Projekti on itsenäinen, selkeästi määritelty kokonaisuus. Vastuu on keskitetty tiettyyn pisteeseen, vaikka mukana olisi useita eri tahoja. Se edellyttääkin ryhmätyöskentelyä. Projektit ovat ainutkertaisia, koska ihmiset ja ympäristötekijät muuttuvat. Näin ollen projektia ei voida toistaa. Projekti kokee runsaasti muutoksia, joista osa ei ole projektin kannalta merkittäviä. Kuitenkin osa muutoksista voi muuttaa koko projektin luonteen ja tavoitteet. (Ruuska 2001, 10.)

Projektin määrittelyyn pätee myös seurannaisperiaate. Meneillään olevassa projektin vaiheessa ei tiedetä, mitä seuraavassa vaiheessa tapahtuu. Edellisen vaiheen tulokset vaikuttavat seuraavan vaiheen tehtäviin. Seuraavan vaiheen yksityiskohdat tarkentuvat työn edetessä. Kaikkiin projekteihin liittyy riskejä ja epävarmuutta, mikä liittyy olennaisena osana projektityön luonteeseen. Riskien määrä ja laatu riippuu siitä, miten projektin eri vaiheet toteutetaan. Huonosti määritellyssä ja rajatussa projektissa riskien määrä kasvaa. (Ruuska 2001, 10.)

Projektin elinkaari voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: käynnistys-, rakentamis- ja päättämisvaihe. Projektin käynnistämiseen tulee olla tarve. Tarve voi olla uusi idea tai halu uudistaa vanhoja käytäntöjä. (Ruuska 2001, 20–21.) ENNI-hankkeen käynnistämisen tarve oli lainsäädännön muuttuminen.

Erityisen haasteelliseksi eNNI-hankkeen Lahden ensimmäisessä osaprojektissa muotoutui se, että meillä opinnäytetyöparina oli kaksi hyvin erilaista työyhteisöä yhteistyökumppaneina: toinen sairaalamaailmasta ja toinen kotihoidosta. Periaatteessa tässä hankkeessa olisikin ollut ainesta kahteen erilliseen opinnäytetyöhön, mutta se, että saimme kuuden opintopisteen laajuisen harjoittelun liitettyä tähän ja molemmissa työyhteisöissä päädyttiin samaan kehityskohteeseen, mahdollisti yhden opinnäytetyön tekemisen.

Kehittämiprojektin arviointi ei ole yksinkertaista. Projektityön laatua on arvioitava sekä lopputuloksen että tuotantoprosessin näkökulmasta. Onnistumista arvioidaan tavoitteisiin ja projektisuunnitelmaan verraten. Projektilla on sisällöllisten ja laadullisten tavoitteiden lisäksi myös toteutuksellisia, taloudellisia ja ajallisia tavoitteita. (Ruuska 2006, 250–251) ENNI-hanke toteutui ajallaan. Kaikkiin projektin vaiheisiin oli projektin alussa määriteltä aikataulu. Projektin eri vaiheet valmistuivat ajallaan. Hanke päätettiin joulukuussa 2009, kuten oli suunniteltu.

Hankkeen arvioinnissa pyrimme arvioimaan sisällöllisten, laadullisten ja taloudellisten tavoitteiden saavuttamista. Kehittämishankkeen onnistumista tulisi arvioida myös lopputuloksen tuottaman hyödyn näkökulmasta (Ruuska 2006, 252). Suurin eNNI-hankkeesta saatava hyöty on projektin toimijoiden oppiminen ja toiminnan muuttuminen laadukkaammaksi. Kirjaamisen ja ammattiosaamisen muuttumista arvioimme kyselyssä. Arvioimme myös toiminnan muutosta ja oppaiden hyödyllisyyttä. Ennen projektin loppumista oppaat eivät olleet kauan työyhteisön käytettävissä, joten pidempi aikaista toiminnan muutosta ja oppaiden toimivuutta emme voineet arvioida.

Projektin tavoitteet saattavat olla ristiriidassa keskenään. Tavoitteiden tärkeysjärjestys vaihtelee sen mukaan, kenen näkökulmasta niitä tarkastellaan. (Ruuska 2006, 251) Projektin johtaja ja työyhteisöjen esimiehet pitivät huolta taloudellis-

ta tavoitteista. Kaikille projektin osapuolille olivat tärkeitä laadulliset ja toteutukselliset tavoitteet. Osa tavoitteista oli kuitenkin ulkopuolelta valtakunnallisesta eNNI-hankkeesta tulevia tavoitteita. Osa toteutuksellisista ja ajallisista tavoitteista oli ulkopuolelta määrättyjä.

Laatutoiminta ei ole vain virheiden etsimistä ja korjaamista vaan osa hankkeen kaikkea toimintaa. Hankkeen laadusta vastaavat kaikki hankkeeseen osallistuvat. (Ruuska 2008, 235) Hankkeen onnistuminen on riippuvainen hankkeessa mukana olevien henkilöiden osallistumisesta ja osaamisesta (Ruuska 2006, 252). Hankkeen arvioinnissa tuli ilmi, että molemmissa työyhteisöissä jäsenet kokivat työyhteisön osallistuneen aktiivisesti hankkeeseen. Yksilötasolla arvioituna sitoutumisessa kuitenkin tuli eroja. Kiinnostavaa onkin pohtia, mitkä tekijät vaikuttavat sitoutumiseen. Varmasti jo se, onko hankkeeseen lähdetty yhteisen keskustelun pohjalta vai onko hanke ollut ylemmältä taholta tullut määräys, vaikuttaa motivaatioon ja sitä kautta hankkeeseen sitoutumiseen. Myös hankkeen resurssointi on oleellinen seikka: toisessa työyhteisössä oli yhdyshenkilöt irrotettu vahvuudesta tekemään pelkkää kehitystyötä kahden viikon ajaksi, kun toisessa yhdyshenkilö teki oman työnsä ohella hanketta.

Myös yhdyshenkilöiden valinta oli hyvin erilainen työyhteisöissä. Osastolla L51 molemmat yhdyshenkilöt olivat osaston vakituista henkilökuntaa, kun taas kotihoidossa vain toinen yhdyshenkilö oli tiimin sisältä, ja toinen oli koko kaupunkia kiertävä muistihoitaja. Osastolla yhdyshenkilöt pystyivätkin jakamaan taakkaansa ja saamaan toisiltaan vertaistukea jatkuvasti, kun kotihoidossa tiimin sisäinen yhdyshenkilö oli jollain tasolla hyvin yksin ajamassa hankkeen asiaa. Tosin muistihoitajan mukana olo toi näkemystä muiden tiimien kirjaamistavoista.

Projektin onnistumisen kannalta hyvin tehty projektisuunnitelma ja tavoitteet ovat tärkeitä. Kuitenkaan hyväkään projektisuunnitelma ei auta, jos projektin organisoinnissa tai johtamisessa on ongelmia. (Ruuska 2006, 252) Hankkeen arvioinnissa tuli ilmi esimiesten suhtautumisen tärkeys. Kun esimies uskoo itsekin hankkeeseen ja mahdollistaa hanketta antamalla resursseja, ovat työntekijät huomattavasti sitoutuneempia kuin silloin, jos esimies vähättelee hankkeen merkittävyyttä ja

ilmaisee ääneen sen, ettei alun perin uskonut hankkeen toteutuvan tai tuovan muutosta kirjaamistapoihin.

### 10.1 Osaprojektin kuvauksen eettisyys ja luotettavuus

Helsingin julistuksessa vuodelta 1964 on lueteltu tutkimuksen eettisyyttä pohties-  
sa huomioitavia kysymyksiä: 1) tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavia fyysisesti,  
psykkisesti tai sosiaalisesti, 2) tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurem-  
pi kuin haitan, 3) tutkimus on oltava vapaaehtoista siihen osallistuville, 4) vastuu  
on oltava tutkimuksen johtajalla ja 5) kokeellisessa tutkimuksessa on tiedostettava  
tiedot ongelmat ja onko toimenpide mahdollisesti eettisesti oikein (Vehviläinen-  
Julkunen 1998, 27).

Koemme tämän osaprojektin kuvauksen olevan eettinen ja luotettava, sillä olem-  
me pyrkineet kuvaamaan hankkeen etenemistä mahdollisimman todenmukaisesti  
mitään lisäämättä tai poisjättämättä. Emme ole myöskään kaunistelleet tai muuten  
vääristelleet hankkeen etenemistä. Olemme tehneet työmme perusteellisesti ja  
työyhteisöjä kunnioittaen. Hankkeeseen osallistuneet yhteistyökumppanit ovat itse  
hakeutuneet mukaan ja hankkeesta on heille ollut hyötyä.

Se, mitä tähän opinnäytetyöhön olemme kirjanneet, on verrattavissa hankkeen  
osa-alueiden laajuuteen. Esimerkiksi tekemämme kartoitukset ovat olleet vain  
pieni osaprojektin alue, joilloin emme ole niitä myöskään tähän työhön kuvanneet  
tai avanneet enempää kuin on tarpeellista. Kuitenkin kartoitusten luotettavuuden  
vuoksi olemme liitteinä tuoneet julki esimerkiksi laadullisten kysymysten vasta-  
uksiin tekemiämme ryhmittelyjä.

Hankkeelle määrittelemämme omat tavoitteet koemme saavuttaneemme täysin.  
Tekemämme kartoitukset olemme tehneet luotettavasti, ja ne ovat palvelleet tar-  
koitustaan olla keskustelun- ja ajattelunherättäjiä. Kartoitukset toimivat mittareina,  
joiden tulisi olla luotettavia. Mittareiden reabiliteettia voidaan parantaa tes-  
taamalla niitä, antamalla hyvät ohjeet vastaajille, tutkijoiden tulisi käyttäytyä mit-  
taustilanteissa samalla tavalla ja kohteesta joutuvat virhetekijät tulisi minimoida.  
(Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 210.)

Kartoitusten luotettavuuteen on kuitenkin mitä todennäköisimmin vaikuttanut tiukka aikataulu, jonka puitteissa meillä ei ollut mahdollisuutta testata lomakkeita etukäteen. Myös se, että arviointilomake on ainoa, jonka kävimme työyhteisöjen kanssa läpi jo jakeluvaiheessa kohta kohdalta, on huomioitava. Aiempia kartoituksia emme kyenneet käymään samalla tavalla läpi, jolloin työyhteisöillä ei ollut mahdollisuutta kysyä tarkentavia kysymyksiä tulkinnanvaraisiksi kokemistaan kohdista. Pyrimme kuitenkin kaikkiin kyselylomakkeisiin laatimaan mahdollisimman selkeät ja yksiselitteiset ohjeet.

Se, että työyhteisöjen jäsenet vastasivat työnajan puitteissa kyselyihin, vaikuttaa luotettavuuteen, sillä vastaaminen saattoi keskeytyä tai aikaa saattoi olla niukasti käytettävissä omien töiden lomassa. Uskomme, että useampi työyhteisön jäsen vastasi kyselyyn juuri siksi, että vastaamiseen ei tarvinnut käyttää omaa aikaa.

Konsultoimme myös hankkeen ohjaajaa kaikkien kyselylomakkeiden suhteen lomakkeen työstövaiheessa, jotta laatimamme kysymykset kartoittaisivat oikeita asioita. Varsinkin määrällisissä kysymyksissä oleellista on, että mittari mittaa todella sitä, mitä sen on tarkoitus mitata (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 207).

Koemme kuitenkin, että tilanteissa, joissa olemme kartoitukset tehneet, olisi kuka tahansa saanut samansuuntaisia tuloksia. Tulokset eivät kuitenkaan ole absoluuttisesti toistettavia, mutta se ei niiden tarkoitus ole ollutkaan. Esimerkiksi hankkeen arvioinnista saadut tulokset ovat heijastaneet kaikkien työyhteisöjen jäsenten sen hetkisiä, henkilökohtaisia ajatuksia hankkeen onnistumisesta. Jos sama kartoitus tehtäisiin nyt, kun aikaa on kulunut muutama kuukausi, olisivat tuloksetkin todennäköisesti hieman muuttuneet. Heli Nieminen tuo ilmi artikkelissaan Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus, että laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan oma näkemys, johon sisältyvät hänen henkilökohtaiset tunteensa ja intuitionsa. Juuri tästä syystä tulkinta ei ole toistettavissa tai yleistettävissä oleva, mutta toisaalta laadullisin menetelmin ei yleistettävyyteen edes pyritä. (Nieminen 1998, 215–216.)

Koska tekemissämme kyselyissä otos oli pieni, analysoimme vastauslomakkeet manuaalisesti sekä määrällisten että laadullisten kysymysten osalta. Tällä tavalla toimiessa mahdolliset virheet pyrimme välttämään tarkistamalla saamiemme vastausten lukumäärän ja vastaajien määrän keskenään määrällisissä kysymyksissä. Kuitenkin osassa kysymyksistä oli toimittu vastoin annettuja ohjeita, ja annettu useampia vastauksia kuin ohjeistus määräsi tai oli jätetty vastaamatta kaikkiin kysymyksiin, mikä vaikuttaa tulosten luotettavuuteen juuri pienen otoksen vuoksi. Esimerkiksi arvioinnissa osa kotihoidon vastaajista oli eritelty kahden eri esimiehen toiminnan, mikä oli otettava huomioon vastausten analyysissä.

Laadullisissa kysymyksissä annetut vastaukset olivat hyvin vaihtelevia ja osa ei ollut vastannut lainkaan. Nämä osin vähätkin vastaukset ryhmittelimme manuaalisesti otsikoiden alle. Laadulliseen tutkimukseen kuuluu aineiston tulkinta kehittämällä luokituksia, joiden alle annetut vastaukset soveltuvat. Se, että otsikointi tapahtuu saadun aineiston pohjalta eikä pakottamalla aineistoa ennalta määrättyyn muottiin, on olennaista. Tästä syystä analyysi onkin tutkijoiden tulkinta aineistosta. (Nieminen 1998, 219.)

Mielestämme olemme luoneet molemmille työyhteisöille oppaat, jotka vastaavat juuri heidän tarpeisiinsa. Koemme antaneemme heille käytännöntyöhön sopivan työkalun, jota hyödyntää erityisesti kirjatessa hoitotyön tulotilannetta tai tehdessä hoidon suunnitelmaa. Tämän lisäksi tekemämme taulukot, joissa yhdistyvät FIM-toimintakykymittari ja FinCC-tarveluokitus tai RAVA-toimintakykymittari ja FinCC-tarveluokitus, ovat kumpikin käyttökelpoisia, kirjallisen hoidon suunnitelman laatimista helpottavia työkaluja.

## 10.2 Jatkokehityksiä

ENNI-hankkeeseen oli varattu vuosi aikaa itse kehittämistyölle ja uuden toimintatavan kokeilu sekä juurruttaminen jatkuvat yhä edelleen työyhteisöissä. Suurimman työn tässä hankkeessa tekevätkin nimenomaan mukaan lähteneet työyhteisöt, jotka jatkavat toimintatapojen ja käytäntöjen muokkaamista kokeilun kautta vielä pitkään – se on työ, joka ei koskaan tule lopullisesti tiensä päähän.

Jatkokehityksaiheina mukana olleissa työyhteisöissä voisivat olla hoidon prosessin jälkimmäiset vaiheet: hoitotyön toteuttaminen sekä hoitotyön tuloksellisuuden arviointi. Varmasti päivittäisessä kirjaamisessa ja siihen liittyvissä käytännöissä on edelleen kehitettävää. Rakenteellisen kirjaamisen myötä esimerkiksi päällekkäisestä kirjaamisesta tulisi luopua, sillä turha moneen paikkaan kirjaaminen vie aikaa ja kapasiteettia. Tärkeää olisi, että tarvittava tieto olisi löydettävissä mahdollisimman helposti ja mutkattomasti. Myös hoidon arvioinnissa uskoisimme löytyvän vielä kehitettävää, sillä nykyään puhutaan paljon tehokkuudesta ja vaaditaan laadukasta hoitoa. Juuri arviointi onkin yksi keino tuoda hoitotyön tuloksellisuus näkyväksi.

ENNI-hankkeen loputtua työyhteisössä aloitetaan uuden toimintatavan juurruttaminen. Hankkeen onnistumisen arvioinnin kannalta olisi tärkeää kuulla, miten juurruttaminen on onnistunut. Jatkotutkimuksena voisikin tutkia sitä, miten eNNI-hankkeessa kehitetty uusi toimintatapa on käytössä työyhteisöissä jonkin ajan kuluessa. Aihetta voisi tutkia esimerkiksi puolen vuoden ja vuoden jälkeen. Samalla saataisiin tietoa siitä, tarvitseeko työyhteisö hankkeen loppumisen jälkeen tukea juurruttamiseen. Tutkimuksessa voisi kuvata myös sitä miten toimintatapaa on muokattu hankkeen loppumisen jälkeen.

Jatkokehityksaiheena on mainittava myös Lahdessa käynnistetty eNNI-hankkeen toinen osaprojekti, johon on valikoitunut uudet yhteistyökumppanit ja uudet opiskelijat. Myös toisesta osaprojektista valmistuu Lahden ammattikorkeakoulusta opinnäytetyö.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. ProTerveys 6/2005, 4–11.

Anttila, P. 2009. Realistinen evaluaatio kehittämiseen tähtäävän arvioinnin menetelmänä. Teoksessa Ora-Hyytiäinen, E. (toim.) Learning by developing – toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Laurea – ammattikorkeakoulun julkaisusarja B23. Helsinki: Edita Prima, 43–55.

eNNI-hankkeen kuvaus. 2008. Laurean ammattikorkeakoulu [viitattu 10.2.2009]. Saatavissa:

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

Ensio, A. 2007. Rakenteinen, elektroninen potilaskertomus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 96.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. Helsinki.

Hagerlund, T. 2009a. FCG Oy: FIM tm- järjestelmä – kuntoutuksen laadunhallintamenetelmä. Kuntaliitto [viitattu 22.1.2010]. Saatavissa:

[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37852](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37852)

Hagerlund, T. 2009b. FCG Oy: RAVA-järjestelmä – vanhuspalvelut toimiviksi ja tehokkaiksi. Kuntaliitto [viitattu 22.1.2009]. Saatavissa:

[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37581](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37581)

Hartikainen, K., Häyrinen, K., Luomala, T., Komulainen, J., Porrasmaa, J. & Suhonen, M. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten raken-

teisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa versio 3.0 [viitattu 1.9.2009]. Saatavissa: [http://www.kanta.fi/earkisto/opas\\_versio\\_3.0.pdf](http://www.kanta.fi/earkisto/opas_versio_3.0.pdf)

Häyrynen, K. & Ensio, A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 97–111.

Kaakinen, P. & Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. Sairaanhoitaja nro 1/2008.

Kallioinen, O. 2008. Oppiminen Learning by Developing- toimintamallissa. Laurea ammattikorkeakoulu [viitattu 2.3.2009]. Saatavissa: <http://markkinointi.laurea.fi/julkaisut/a/a61.pdf>

Keskinen, E. & Ovaskainen, A. 2008. Hoitotyön kirjaamisen laatuksiteerit Keljon vanhainkodin osastolle A2. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu [viitattu 15.12.2009] Saatavissa: <https://oa.doria.fi/handle/10024/36648>

Kratz, C. 1992. Hoitotyön prosessi. Helsinki: WSOY.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja 2007. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 89–96.

Lahden kaupunki. 2008. Lahden kaupungin kotihoidon kriteerit ja palvelujen sisältö 1.4.2008 [viitattu 15.1.2010]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/51F3CB3CCD8FB2F0C2256F07001DD73C>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.

Laurean ammattikorkeakoulu. 2007. Pedagoginen strategia 2007. [viitattu 8.11.2009]. Saatavissa:

[http://www.laurea.fi/internet/fi/03\\_tietoa\\_laureasta/01/03\\_Strategiat/peda\\_str\\_250607.pdf](http://www.laurea.fi/internet/fi/03_tietoa_laureasta/01/03_Strategiat/peda_str_250607.pdf)

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa [viitattu 14.5.2009] Saatavissa: [http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC\\_OHJEKIRJA\\_VERSION\\_1\\_0\\_final\\_a.pdf](http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf)

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 215–221.

Raij, K. 2007. Learning by Developing [viitattu 30.1.2010]. Saatavissa:

[http://www.laurea.fi/internet/fi/02\\_tk\\_ja\\_palvelut/01\\_ryhma1/07\\_Julkaisut/01\\_A\\_sarja/index.jsp](http://www.laurea.fi/internet/fi/02_tk_ja_palvelut/01_ryhma1/07_Julkaisut/01_A_sarja/index.jsp)

Ruuska, K. 2001. Projekti hallintaan. Asiantuntija-sarja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Ruuska, K. 2006. Terveysthuollon projektinhallinta, mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum Media Oy.

Ruuska, K. 2008. Pidä projekti hallinnassa, suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki: Talentum Media Oy.

Sairaanhoitajaliitto 2009. Tilastoja [viitattu 7.2.2010]. Saatavissa:

<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/viestinta/tilastoja/>

Saranto, K. & Sonninen, A. L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 12–16.

Tantt, K. & Ora-Hyytiäinen, E. 2008. Systemaattinen kirjaamismalli haltuun. Sairaanhoitaja 11/2008 vol 81. 23-24.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26–34.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 206–214.

## JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Ahonen, O. 2008. Koulutuksen ja käytännön yhteistyössä tapahtuva oppiminen ja jatkuva kehittäminen juurruttamalla. PowerPoint-esitys. Materiaali eNNI-työryhmän hallussa.

eNNI-työryhmä. 2009. Lahden alueellinen yhteistyön suunnitelma. Materiaali eNNi-työryhmän hallussa.

Luttinen, T. 2009. Osastonhoitaja. Neurologinen kuntoutusosasto L51. PowerPoint-esitys.

Takaluoma M. 2009a. eNNI hankkeen info. PowerPoint-esitykset Lahdessa 17.2. ja 24.2.2009

Takaluoma M. 2009b. Lahden aluetyöryhmän toteutuneet tiedotus- ja koulutustilaisuudet 30.4.2009 mennessä. Hankkeen ohjaajan keräämä materiaali.

## LIITTEET

## LIITE 1

FinCC -luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset

<b>KOMPONENTTI</b>	<b>Komponentin sisällön yleiskuvaus</b>
<b>Aktiviteetti</b>	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
<b>Erittäminen</b>	Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, veren- vuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
<b>Selviytyminen</b>	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät
<b>Nestetasapaino</b>	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
<b>Terveyskäyttäytyminen</b>	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
<b>Terveyspalvelujen käyttö</b>	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapal- veluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osa- tekijät
<b>Lääkehoito</b>	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liit- tyvät osatekijät
<b>Ravitsemus</b>	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osa- tekijät
<b>Hengitys</b>	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
<b>Kanssakäyminen Turvallisuus</b>	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvalli- suusriskit
<b>Päivittäiset toiminnot</b>	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
<b>Psyykkinen tasapaino</b>	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osa- tekijät
<b>Aistitoiminta</b>	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
<b>Kudoseheys</b>	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten ker- rosten kuntoon liittyvät osatekijät
<b>Jatkohoito</b>	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoi- topaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät
<b>Elämäntahti</b>	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät

**Verenkierto**

Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät

**Aineenvaihdunta**

Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät

(Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 5)

## LIITE 2

## Kirjaamisen kartoitus- ja kyselylomake

ENNI-HANKE 24.2.2009

Tekijät: Laura Häkkinen ja Eeva Siljander, Lahden ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma

Pyydämme sinua arvioimaan omaa kirjaamistasi sekä numeerisesti (1= *täysin eri mieltä*, 2= *jokseenkin eri mieltä*, 3= *en osaa sanoa*, 4= *jokseenkin samaa mieltä*, 5= *täysin samaa mieltä*) että avoimin vastauksin. Ympyröi mielestäsi sopivin vastausvaihtoehto ja perustele/selvennä antamaasi vastausta väittämien alla oleville viivoille. Kiitos vastauksista!

*täysin eri mieltä**täysin samaa mieltä*Hoidon tarpeen määrittäminen

Kirjaan yleensä asiakkaan hoidon tarpeet.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Käytän hoidon tarpeen määrittämisessä pääsääntöisesti apuna eri komponentteja (FinCC-luokitus).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

---



---



---

Hoidon suunnittelu

Käytän tavallisimmin hoidon suunnittelussa apuna eri komponentteja.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Määritän yleensä hoidolle tavoitteet.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

---

---

---

### Hoidon toteutus

Kirjaan kaiken toteuttamani hoidon.

1                      2                      3                      4                      5

Käytän päivittäisessä kirjaamisessani eri komponentteja monipuolisesti.

1                      2                      3                      4                      5

---

---

---

Mitä asioita kirjatessasi sinun on vaikea löytää oikeaa komponenttia?

---

---

---

### Hoidon arviointi

Arvioin pääsääntöisesti hoidon toteutusta verraten asetettuihin tavoitteisiin.

1                      2                      3                      4                      5

Arviointi on osa päivittäiskirjaamistani.

1                      2                      3                      4                      5

---

---

---

Hoitosuunnitelma

Millaisissa tilanteissa ja kuinka usein tarkistat hoitosuunnitelman paikkaansa pitävyyden?

---

---

---

Onko sinulla ongelmia hoitosuunnitelman laadinnassa? Millaisia tai mistä johtuvia?

---

---

---

Muuta huomioitavaa/kehittämistä kirjaamisessa

---

---

---

## LIITE 3

Kirjaamisen alkukartoituksen avoimien kysymysten sisällönanalyysiryhmät:  
osasto L51

Mitä asioita kirjatessasi sinun on vaikea löytää oikeaa komponenttia?

- omaiset (tapaamiset, keskustelut, osallistuminen, kohtaaminen). (10vastaajaa)
- kotiloma (2)
- kuukautisvuoto
- lähettävä taho
- sairaala-apulaiset
- yhteydenotot (esim.sosiaalihoitaja)
- muisti
- raha-asiat (ym.taloudelliset asiat)
- toiveet hoidolle
- uhkatilanteet (esim. epämääräisesti aggressiiviset tilanteet)
- kaatuminen (ilman kummempia vammoja tai seurauksia)
- puhevaikeudet
- saapuminen (alkukartoitus)
- lääkärin tapaaminen

Millaisissa tilanteissa ja kuinka usein tarkistat hoitosuunnitelman paikkaansa pitävyyden?

- kuntoutujan tilan/tarpeiden muuttuessa (10)
- muulloinkin jos aikaa (3)
- kuntoutuskokouksissa (ennen tai jälkeen) (3)
- kirjaamistilanteissa (esim.viikottain) (2)
- kuntoutujan tullessa (2)
- en ikinä (2)
- siirtovaiheessa
- vapaiden/loman jälkeen
- huomatessa, että se on vanhentunut

Onko sinulla ongelmia hoitosuunnitelman laadinnassa? Millaisia tai mistä johtuvia?

- aikaongelma (4)
- yhteinen aika moniammatillisessa työryhmässä vähissä (esim. ei tiedä ft, tt tavoitteita) (4)
- ohjauksen/kokemuksen puute (3)
- rauhallisen tilan löytäminen vaikeaa (2)
- uusi komponenttijärjestys vaatii totuttelua (2)
- vaikea löytää sopivaa komponenttia
- päivittäminen vierasta
- jotain hienosäätöongelmia

Muuta huomioitavaa/kehittämistä kirjaamisessa:

- lyhyet ja selkeät kirjaukset (3)
- rauhallinen kirjaustila/tilanne(2)
- selkeät ja johdonmukaiset komponentit
- eri väriset komponentit
- aiempien raporttien lukeminen jää vähäiseksi
- lisää koulutusta
- kuvailevampi teksti
- asiakaslähtöisyys
- hoduissa puutteita
- sovittujen lyhenteiden käyttö

## LIITE 4

Kirjaamisen alkukartoituksen avoimien kysymysten sisällönanalyysiryhmät:

Launeen kotihoito tiimi1

Mitä asioita kirjatessasi sinun on vaikea löytää oikeaa komponenttia?

- kotihoitoon sopivia komponentteja vaikea löytää (3vastaajaa)
- rr-mittaus
- vs-mittaus
- hoidon lopetus
- puhelin keskustelut
- asiakas ei kotona
- asiakas kaatuneena
- kun on yhteydessä omaisiin
- muistiongelmat
- haavahoito
- näytteiden otto
- henkilökohtaisen hygienian monipuolisuuden puutteet
- ei-hoidolliset käynnit (esim. siistiminen, lakanan vaihdot)

Millaisissa tilanteissa ja kuinka usein tarkistat hoitosuunnitelman paikkaansa pitävyyden?

- kun muutoksia käynneissä/hoidossa (7)
- kun on aikaa
- uusien ja vieraiden asiakkaiden kohdalla
- satunnaisesti
- liian harvoin (syynä ajan puute)
- noin 2 krt/vuosi

Onko sinulla ongelmia hoitosuunnitelman laadinnassa? Millaisia tai mistä johtuvia?

- uuden hoitosuunnitelman teko-ohjeiden muistaminen. Ohjeet/käyttö epäselvää.(3)
- ajan puute (3)
- oikeiden sanavalintojen löytyminen vapaassa tekstissä(2)
- oikeiden komponenttien löytyminen (2)
- rauhaton ympäristö
- välillä vaikeuksia, mutta apua saa helposti

Muuta huomioitavaa/kehittämistä kirjaamisessa:

- kirjaamisen tulisi olla päivittäistä/ kaikki tulisi kirjata (2)
- hoidon arviointi hyvin puutteellista
- pitäisi kirjata enemmän asiakkaan voinnista ja sen muutoksista
- aika ei riitä (erityisesti viikonloput ja illat)
- ongelmana ohjelmassa otsakkeiden lisäys kesken kirjaamisen
- fraasit saisi olla kotihoidolle läheisempiä

## LIITE 5

## Kehittämiskohteen kartoituslomake

eNNI-hanke: LKS os.L51 ja Launeen kotihoitotiimi  
Tekijät: Laura Häkkinen ja Eeva Siljander

Toukokuussa 2009

Tapaamme toukokuussa kehittämiskohteen valinnan merkeissä. Kuitenkin haluamme etukäteen tiedustella tarpeitanne ja toiveitanne kehittämiskohteesta, josta valinnan jälkeen laadimme teille ohjeen. Palauta täytetty lomake viimeistään 7.5.2009 kansliassanne olevaan eNNI-kirjekuoreen.

Valitse max. kolme vaihtoehtoa ja numeroi ne tärkeysjärjestykseen (1=tärkein, 2= toiseksi tärkein ja 3 =kolmanneksi tärkein). Kirjoita numero ruutuun mieleisesi vaihtoehdon kohdalle. Vaihtoehdot on otsikoitu hoitotyön prosessin mukaan, kuitenkin kehityskohde valitaan alakohdista.

**Toivon kehityskohteen olevan:**Hoidon suunnittelu

- ☐ Hoidon tarpeen määrittäminen
- ☐ Hoidon tarpeen oikeiden komponenttien löytäminen ja niiden yhdenmukainen käyttö
- ☐ Hoidon tavoitteiden asettaminen

Hoidon toiminnot

- ☐ Oikeiden komponenttien (FinCC-luokitukset, otsikot) löytäminen
- ☐ Hoidon keinojen laadinta

Hoidon toteutus

- ☐ Laadukas hoidon toteutuksen kirjaaminen (potilaslähtöisyys, selkeys, kuvailevuus jne.)

Hoidon arviointi

- ☐ Arvioiva kirjaaminen / hoidon arviointi
- ☐ Hoidon yhteenvedon tekeminen

Jokin uusi toimintatapa

- ☐ Raportoinnin käyttöönotto / uusi raportointitapa
  - ☐ Kirjaamisen yhteiset pelisäännöt (kuka kirjaa, mitä kirjaa, mihin kirjaa, milloin kirjaa)
  - ☐ Muu, mikä?
-

## LIITE 6

Rakenteisen kirjaamisen opas osastolle L51

eNNI-HANKE  
LKS: OS L51

Syksy 2009  
Tekijät: Laura Häkkinen ja Eeva Siljander

**LKS NEUROLOGINEN KUNTOUTUSOSASTO L 51**  
**HOITOTYÖN TULOTILANTEEN KUVAUS JA**  
**HOIDON SUUNNITTELU**

**Hoitotyön tulotilanne ja sen kuvaus**

Tulotilanteessa hoitaja kerää tietoja potilaasta käyttäen apunaan otsakkeita. Osa tiedosta voidaan siirtää lähetteestä tulotilanteen kuvauksen pohjaksi. Henkilötiedot, riskitiedot ja lääkehoitoon liittyvät asiat on tarkistettava aina hoitojakson alussa. Tulotilanteessa voidaan käyttää apuna esimerkiksi seuraavia FinCC-luokitusten mukaisia otsakkeita:

- **hoidon syy**
- **esitiedot** : hoidon syyhyn liittyvät oireet, taudin kulku, tiedot muista sairauksista, elämäntilanne, elinympäristö ja aikaisemmat kuntoutusjaksot (kuntoutuksen kannalta merkittäviä).
- **ongelmat** : subjektiiviset tai objektiiviset oireet, poikkeavat fyysiset tai psyykkiset löydökset, sosiaaliset ongelmat sekä tutkimuslöydökset.
- **lääkehoito**: jos ohjelmistossa on lääkeshoidolle oma rakenteinen osionsa, ei otsikkoa tarvitse käyttää.
- **apuvälineet** : liikuntarajoitteisen henkilön käyttämät apuvälineet.
- **toimintakyky** : Kuntoutujan kyky selviytyä fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista päivittäisten toimintojen vaatimuksista. Kuntoutujan oma käsitys toimintakyvystä sekä siinä tapahtuneista muutoksista.
- **terveyteen vaikuttavat tekijät** : henkilön terveyteen tai sairauteen vaikuttavat elämäntavat, esim. tupakointi.
- **riskitiedot** : tiedot, joiden huomiotta jättäminen saattaa aiheuttaa riskin kuntoutujan tai hoitohenkilökunnan terveydelle, esim. lääkeaineallergiat.

**Hoidon suunnittelu**

Hoidon suunnitelma ei ole koskaan valmis, vaan se elää kuntoutujan tilanteen ja hoidon mukaan!

**Hoidon tarve:**

- Jo olemassa olevat tai mahdolliset ongelmat liittyen kuntoutujan terveydentilaan.
- Ongelmia voidaan poistaa tai helpottaa hoitotoimenpiteillä.

- Kartoittaessa otetaan huomioon kjan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä muut ympäristötekijät, jotka vaikuttavat hoitoon.
- Olennaista on ottaa huomioon myös kjan omat näkemykset hoidon tarpeista.
- Tarpeiden tulisi olla tärkeysjärjestyksessä.
- FinCC- tarveluokituksen käyttö, tarpeen määrittely vapaalla tekstillä.
- Hoidon tarpeen määrittelyssä apuna voi käyttää FIM-toimintakykymittaria.

#### **Hoidon tavoitteet:**

- Asetetaan yhdessä kjan kanssa, jotta ne sopivat hänen elämäntilanteeseensa ja jotta hänen motivaationsa, tyytyväisyytensä ja hoitoon sitoutumisensa kasvaa.
- Tavoitteiden tulisi kattaa kaikki kirjatut kjan hoidontarpeet.
- Realistisia (mitä kjan tilassa odotetaan tapahtuvan), konkreettisia (selkeitä, kaikille ymmärrettäviä), aikaan sidottuja (milloin arvioidaan) sekä mitattavissa olevia.
- Tavoitteita voi asettaa pitkälle ja lyhyelle aikavälille (pää tavoite ja välitavoitteita).
- Yhdessä sovitut tavoitteet kerrataan, kirjataan ja päivitetään säännöllisesti.
- Tulisi olla tärkeysjärjestyksessä.

#### **Suunnitellut hoitotyön toiminnot:**

- Valitaan hoidon tarpeiden mukaisesti.
- Toiminnot, joita tarvitaan tavoitteiden saavuttamiseksi.
- Toiminnoissa suunnitellaan, mitä hoitoa annetaan, miten ja millä aikataululla.
- Huomioidaan myös kjan oma näkemys.

#### **Työnjako tulotilanteessa ja hoidon suunnittelussa**

- Ryhmän kesken sovitaan, kuka ottaa uuden kuntoutujan vastaan (mikäli hän ei ole etukäteen sovittu omahoitaja). Vastaanottava hoitaja ottaa vastaan myös puhelinraportin.
- Vastaanottavalle hoitajalle varataan aikaa kuntoutujan vastaanottamiseen ja tulotilanteen kattavaan kirjaamiseen potilastietojärjestelmän KOKO eli Hoitotyön yhteenveto - lomakkeelle Hoitotyön tulotilanteen kuvauksen mukaisesti. Tarpeen vaatiessa vastaanottava hoitaja voi siis siirtää työtehtäviään muille tiimin jäsenille.
- Tulohaastattelun voi tehdä suoraan kannettavalle tietokoneelle, mikäli kyseessä on siihen soveltuva kuntoutuja.
- Tulohaastattelutiedoissa tulee näkyä kuntoutujan oma näkemys, mikäli se on mahdollista.
- Vastaanottava hoitaja aloittaa hoidon suunnittelun heti kuntoutujan tulopäivänä.

- Hoidon suunnitteluun kirjataan Päätaavoite (aluksi esim. LKS L51 ja pvm) sekä ensimmäiset selkeimmin nousseet hoidon tarpeet (SHTal), tavoitteet ja suunnitellut toimenpiteet (keinot, ShTol). Näitä päivitetään (lisätään/päätetään), kun kuntoutujasta tiedetään enemmän.
- Päivittämisestä on vastuussa omahoitajan lisäksi koko ryhmä. Hoitoon tulosityy kirjataan kattavasti Hoitojaksokirjaus-osioon (Hj.kirjaus), jolloin se näkyy Hoidon suunnittelun näytöllä.
- Tarpeiden määrittelyn apuna voidaan käyttää FIM - toimintakykymittaria. Siitä nousseet toimintakyvyn vajavuudet ja ongelma-alueet ovat hoidon tarpeita.
- FIM –lomake (uusittu 2009) täytetään moniammatillisesti. Uusituslomakkeessa on näkyvissä suunta-antava jako (hoitaja, ft, tt). FIM päivitetään aina kuntoutujan tilanteen muuttuessa. Kuntoutuspalaveriin sovitujen kuntoutujien nimien perään lyhenne FIM, kun se on päivitettävä. Merkinnän voi tehdä kuka tahansa kuntoutujan palaveriin osallistuva.
- Hoitoa suunnitellaan moniammatillisesti mm. kuntoutuspalaverissa. Siellä nousseet hoidon tarpeet, tavoitteet ja toimenpiteet (keinot) kirjataan suoraan hoidon suunnitteluun (HoSu). Erityistyöntekijöiden (ft,tt,pt) osuus hoidon suunnittelusta (tavoitteet ja keinot) on luettavissa sairauskertomuksesta FYS, TOI ,PT - lomakkeista (esim. FYS - lomake ja Fysioterapiasuunnitelman laatiminen -otsikon alla), joista hoitaja poimii ja muokkaa tavoitteet sekä keinot Hoitotyön luokitusten mukaisiksi. Keinojen tulee olla niitä, joita hoitaja käyttää päivittäisessä hoitotyössä. Näin toteutuu kuntoutujan yhdenmukainen ohjaus.
- Hoitaja kirjaa sairauskertomukseen KOKO- lomakkeelle Väliarviointi-otsikon alle kuntoutujan kokonaistilanteen hoitotyön näkökulmasta aina kuntoutuspalaverin jälkeen.
- Jokainen kuntoutuspalaveriin osallistuva perehtyy itsenäisesti etukäteen kuntoutujan taustatietoihin, jotta itse palaverin aika säästyisi kuntoutujan nykyisen tilanteen läpikäyntiin.
- Hoitaja keskustelee hoidon suunnittelusta kuntoutujan kanssa kuntoutuksen edetessä - näin kuntoutujan näkökulma sekä toiveet tulevat huomioitua.
- Kirjaamisen helpottamiseksi voi käyttää uusia kannettavia koneita ja kirjata niillä mm. neuvotteluhuoneessa, jossa toista kannettavaa säilytetään.

[FIM-toimintakykymittarin ja FinCC-tarveluokituksen yhdistelmätaulukko kuuluu tähän]

## **Case**

Asiakas, 60-vuotias mies, tulee Päijät-Hämeen keskussairaalan neurologiselta osastolta kuntoutukseen. Asiakas on sairastanut oikean puoleisen infarktin maaliskuussa 2009, josta seurauksena vasemman puolen hemiplegia neglect oireineen. Perussairautena RR-tauti, hyperkolesterolemia ja neurologisella osastolla todettu korkeat verensokeri arvot (VS 10 – 16). Ongelmana vasemman puolen pleeginen halvaus ja tuntopuutokset. Anamneesissa runsasta alkoholinkäyttöä ja tupakointia. Vaikuttaa depressiiviseltä. Asiakas asuu yksin omakotitalossa, lähin omainen on Ruotsissa asuva tytär.

## **Hoitotyön tulotilanne**

### **Hoidon syy**

Kuntoutus oikean puoleisen aivoinfarktin oireiden takia.

### **Esitiedot**

Kuntoutuja on sairastanut oikeanpuoleisen aivoinfarktin maaliskuussa 2009. Sen seurauksina hän kärsii vasemman puolen hemiplegiasta neglect-oireineen. Perussairauksina RR-tauti ja hyperkolesterolemia. PHKS:ssa havaittu korkeita verensokeriarvoja. Kja asuu yksin omakotitalossa ilman kotiapuja. Lähin omainen on Ruotsissa asuva tytär. Kja on työkyvyttömyyseläkkeellä. Motivaatio kuntoutumiseen on korkealla, haluaa kotikuntoiseksi.

### **Ongelmat**

Vasemman puolen pleeginen halvaus ja tuntopuutokset.

Kja kertoo ettei vielä ole sopeutunut muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Selviytyminen arveluttaa.

Välit tyttäreen hyvät mutta etäiset. Muutenkin sosiaalinen verkosto suppea.

### **Apuvälineet**

Kja käyttää lukiessa silmälaseja. Kotona selviytynyt ilman muita apuvälineitä.

### **Terveysteen vaikuttavat tekijät**

Tupakoinut noin 30 vuotta. Kertoo polttavansa noin askin päivässä.

Alkoholin kulutus runsasta. Kertoo juovansa kuusi keskiolutpulloa päivässä lisäksi kirkkaita viinoja viikonloppuisin.

## Toimintakyky

Ei hallitse eikä hahmota kehonsa vasenta puolta. Ei selviä päivittäisistä toimista ilman apua. Siirtymiset hankalia, PHKS:ssa kahden avustamana. Hahmotushäiriö vaikeuttaa ruokailuja, mutta kja kertoo sen onnistuvan suhteellisen itsenäisesti. Tunnistaa ja osaa ilmaista wc-tarpeensa. Muisti normaali, asiallinen mies.

## Riskitiedot

Kja kertoo olevansa penisilliinille allerginen. Saanut siitä joskus ihoreaktion.

## Hoidon suunnitelma

TARVE	TAVOITE	TOIMINTO
<b>Aktiveetti</b> <b>Aktiveetin muutos</b> <b>Aktiveetin heikkeneminen</b> *Vasemman puolen pleegisen halvauksen vuoksi ei hallitse Kehoaan	Kehonhallinta paranee niin, että kykenee siirtymään pyörätuoliin yhden auttamana ja kykenee Istumaan tuettuna ruokailun ajan	<b>Aktiveetti</b> <b>Aktiveettia edistävä toiminta</b> <b>Toiminnallinen kuntotus</b> *Fysioterapiassa päivittäiset Tasapainoharjoitukset  <b>Liikeharjoitusten toteuttaminen</b> *Matalat siirtymiset vasen puoli Johtaen kahden avustamana Tarravyötä käyttäen *Fysioterapiassa päivittäiset Liikeharjoitukset  <b>Toiminnallisuutta ylläpitävä Asentohoito</b> *Vuoteessa hemikäsi tuetaan Tyynyin lavasta lähtien *Hemijalan tukena suuri Hemityyny kylkiasennossa *Istuessa hemikäsi tuetaan Pöytälevylle kyynerpäästä lähtien, Vuoteessa tuenta tyynyin Tai vuodepöydällä  <b>Aistitoiminta</b> <b>Tasapainoistuin muutosten Huomiointi</b> <b>Tasapainon havainnointi</b> *Ohjataan sanallisesti ja Manuaalisesti ylläpitämään Vartalon symmetriaa  <b>Päivittäiset toiminnot</b> <b>Liikkumisessa avustaminen</b> <b>Istumaharjoituksista</b> <b>Huolehtiminen</b> *Avustetaan siirtymään Pyörätuoliin istumaan ruokailujen Ajaksi

TARVE	TAVOITE	TOIMINTO
<b>Päivittäiset toiminnot</b> <b>Peseytymiseen ja hygieniaan</b> <b>Liittyvä avun tarve</b> *Vasemman puolen pleegisen halvauksen vuoksi ei kykene Peseytymään itsenäisesti	Kykenee peseytymään ohjattuna  Kokee olonsa puhtaaksi ja iho Pysyy ehyenä	<b>Päivittäiset toiminnot</b> <b>Puhtaudesta huolehtiminen</b> <b>Peseytymisessä avustaminen</b> *Pesuissa manuaalinen ohjaus Huomioiden kaksikätsyys *Suihku 1x/vko, pikkupesut Ohjattuna aamuin, illoin  <b>Suun tai hampaiden hoidossa</b> <b>Avustaminen</b> *Suun hoidon manuaalinen ohjaus Aamuin ja illoin *Vasemmanpuoleisen poskitaskun Tarkistaminen pesujen yhteydessä  <b>Kudoseheys</b> <b>Ihon kunnon seuranta</b> *Ihon seuranta pesujen yhteydessä Ja tarvittaessa perusrasvaus
<b>Päivittäiset toiminnot</b> <b>Pukeutumiseen liittyvä avun tarve</b> *Vasemman puolen pleegisen halvauksen vuoksi ei kykene Pukeutumaan itsenäisesti	Kykenee pukeutumaan ohjattuna  Kokee vaatetuksen mielekkääksi	<b>Päivittäiset toiminnot</b> <b>Puhtaudesta huolehtiminen</b> <b>Pukeutumisessa avustaminen</b> *Manuaalinen ja sanallinen ohjaus Pukeutumisessa halvaantuneen Puolen kautta ja riisuutuminen Oikean puolen kautta. Käytetään Välijä, helposti puettavia vaatteita Huomioiden päivä- ja yövaatteet.
<b>Päivittäiset toiminnot</b> <b>Ruokailuun liittyvä avun tarve</b> *Vasemman puolen hahmotus-Häiriön vuoksi tarvitsee Järjestelyapua	Kykenee ruokailemaan itsenäisesti	<b>Päivittäiset toiminnot</b> <b>Ruokailun järjestäminen</b> <b>Ruokailussa avustaminen</b> *Aterian ja välineiden järjestäminen Pöydälle siten, että kuntoutuja Hahmottaa ne.
<b>Päivittäiset toiminnot</b> <b>WC-toimintoihin liittyvä avun tarve</b> *Vasemmanpuoleisen pleegisen halvauksen vuoksi ei kykene Siirtymään WC:hen itsenäisesti	Kykenee päivisin asioimaan WC:ssä avustettuna	<b>Päivittäiset toiminnot</b> <b>WC-toimintojen turvaaminen</b> <b>WC-toiminnoissa avustaminen</b> *Päivisin ja iltaisin siirtymiset Pyörätuoliin ja WC:hen kahden Avustamana *Yöllä virtsapullon käyttö ohjattuna

TARVE	TAVOITE	TOIMINTO
<b>Turvallisuus</b> <b>Tapaturmariski</b> *Tuntoaisti- ja hahmotushäiriöiden Vuoksi vaarana vasemman Puolen raajojen huomiotta Jättäminen, lisäksi tapaturma- Riskiä	Ei satuta itseään, ei synny Lisävammoja	<b>Turvallisuus</b> <b>Ulkoisen turvallisuuden</b> <b>Lisääminen</b> <b>Turvallisen ympäristön</b> <b>Järjestäminen</b> *Halvaantuneen puolen huomiointi Siirroissa *Siirtymiset kahden auttamana  <b>Potilaan liikkumisen</b> <b>Rajoittaminen ja seuranta</b> *Kolmipistevyön käyttö pyörä- Tuolissa *Vuoteessa laitat ylhäällä.  <b>Aistitoiminta</b> <b>Tuntoaistiin liittyvä ohjaus</b> *Sanallinen ja manuaalinen ohjaus Halvaantuneen puolen raajojen Turvalliseen sijaintiin
<b>Aineenvaihdunta</b> <b>Aineenvaihdunnan häiriö</b> <b>Verensokerin muutos</b> *Kuntoutujalla todettu korkeita Verensokeriarvoja	Verensokeriarvojen tasaantuminen Kuntoutusjakson aikana	<b>Aineenvaihdunta</b> <b>Aineenvaihduntaan liittyvä</b> <b>Tarkkailu ja hoito</b> <b>Verensokerin tarkkailu ja hoito</b> *Verensokerin seuranta 2x/vrk  <b>Terveyskäyttäytyminen</b> <b>Terveyttä edistävä ohjaus</b> *Annetaan kille tietoa korkeista Verensokeriarvoista ja niihin Liittyvistä riskeistä
<b>Verenkierto</b> <b>Verenkierron häiriö</b> <b>Verenpaineen muutos</b> *Kuntoutujalla korkeat Verenpaineet	RR-taudin saattaminen hoito- Tasapainoon kuntoutusjakson Aikana	<b>Verekierto</b> <b>Verenkierron seuranta</b> <b>Verenpaineen seuranta</b> *RR-mittaus päivittäin Makuuasennossa

TARVE	TAVOITE	TOIMINTO
<b>Terveyskäyttäytyminen</b> <b>Terveyttä uhkaavat elintavat</b> <b>Tupakointi</b> *Kuntoutuja kertoo polttaneensa Noin 30-v. Ja nykyään noin askin Päivässä  <b>Päihteiden käyttö</b> *Kuntoutuja kokee alkoholin- Käytön olleen ongelma jo jonkin Aikaa. Kertoo juovansa 6 pulloa Keskiolutta päivässä sekä Lisäksi kirkasta viinaa viikon- Loppuisin.	Kuntoutujan motivoituminen Elintapamuutoksiin	<b>Terveyskäyttäytyminen</b> <b>Terveyttä edistävä ohjaus</b> *Annetaan kjalalle tietoa päihteiden Käytön lopettamisesta  <b>Hoitoon sitoutumisen</b> <b>Edistäminen</b> <b>Hoidon suunnitteluun ja</b> <b>Toteutukseen osallistaminen</b> *Keskustellaan kjan kanssa Päihteiden käytön merkityksestä  <b>Päätöksenteon tukeminen</b> *Sopivan tukimuodon etsiminen Yhdessä kuntoutujan kanssa. *Lopettamispäätökseen Kannustaminen
<b>Psyykkinen tasapaino</b> <b>Minäkuvan muutos</b> Kuntoutuja kertoo, ettei ole vielä Sopeutunut muuttuneeseen Tilanteeseensa ja kokee olevansa Epävarma selviytymisestään Sekä tulevaisuudestaan.	Muuttuneeseen elämäntilanteeseen Sopeutuminen	<b>Psyykkinen tasapaino</b> <b>Mielialan seuranta</b> *Kirjataan kjan oma näkemys Mielialastaan päivittäin  <b>Minäkuvan muutoksen hoito</b> *Annetaan aikaa sopeutua Minäkuvan muutokseen sekä Mahdollisuus keskusteluun  <b>Sisäisen turvallisuuden</b> <b>Vahvistaminen</b> *Kartoitetaan sosiaalinen tuki- Verkosto ja otetaan yhteys Läheisiin mahdollisuuksien Mukaan.

## LIITE 7

Rakenteisen kirjaamisen opas Launeen kotihoidon tiimille 1

eNNI-HANKE  
Launeen kotihoito tiimi 1

Syksy 2009  
Tekijät: Laura Häkkinen ja Eeva Siljander

## LAUNEEN KOTIHOITO TIIMI 1

### HOITOTYÖN TULOTILANTEEN KUVAUS JA HOIDON SUUNNITTELU

#### Hoitotyön tulotilanne ja sen kuvaus

Tulotilanteessa hoitaja kerää tietoja potilaasta käyttäen apunaan otsakkeita. Osa tiedosta voi siirtyä lähteestä tulotilanteen kuvauksen pohjaksi. Henkilötiedot, riskitiedot ja lääkehoitoon liittyvät asiat on tarkistettava hoitojakson alussa. Tulotilanteessa voidaan käyttää apuna esimerkiksi seuraavia FinCC-luokitusten mukaisia otsakkeita:

- **hoidon syy:** kuvataan lyhyesti miksi kartoituskäynti tehdään.
- **esitiedot :** hoidon syyhyn liittyvät oireet, taudin kulku, tiedot muista sairauksista, elämäntilanne, elinympäristö ja aikaisemmat hoitojaksot (hoidon kannalta merkittäviä).
- **ongelmat :** subjektiiviset tai objektiiviset oireet, poikkeavat fyysiset tai psyykkiset löydökset, sosiaaliset ongelmat sekä tutkimuslöydökset.
- **lääkehoito** (jos ei omana tiedostonaan)
- **apuvälineet :** liikuntarajoitteisen henkilön käyttämät apuvälineet.
- **toimintakyky :** henkilön kyky selviytyä fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista päivittäisten toimintojen vaatimuksista. Toimintakykymittarin käyttö. Potilaan oma käsitys toimintakyvystä.
- **terveyteen vaikuttavat tekijät :** henkilön terveyteen tai sairauteen vaikuttavat elämäntavat, esim. tupakointi.
- **riskitiedot :** tiedot , joiden huomiotta jättäminen saattaa aiheuttaa riskin potilaan tai hoitohenkilökunnan terveydelle, esim. lääkeaineallergiat
- **hoidon suunnittelu:** suunnitellut kotihoidon käynnit.

#### Hoidon suunnittelu

- Ohjaa tehokasta hoidon kohdentamista ja sen tavoitteellista toteuttamista.
- Sen avulla turvataan asiakkaan hoidon yksilöllisyys ja jatkuvuus.
- Hyvä hoidon suunnittelu helpottaa hoidon toteuttamista, arviointia ja päivittäistä kirjaamista.
- Sillä on juridinen perusta.
- Hoidon suunnitelma ei ole koskaan valmis, vaan se elää asiakkaan tilanteen ja hoidon mukaan!

#### Hoidon tarve:

- Jo olemassa olevat tai mahdolliset ongelmat liittyen asiakkaan terveydentilaan.
- Ongelmia voidaan poistaa tai helpottaa hoitotoimenpiteillä.
- Kartoittaessa otetaan huomioon asiakkaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja muut ympäristötekijät, jotka vaikuttavat hoitoon.
- Olennaista on ottaa huomioon myös asiakkaan omat näkemykset hoidon tarpeista.
- Tarpeiden tulisi olla tärkeysjärjestyksessä.
- FinCC- tarveluokituksen käyttö, tarpeen määrittely vapaalla tekstillä.
- Hoidon tarpeen määrittelyssä apuna voit käyttää RAVA:a, MMSE:tä sekä GDS15.

### **Hoidon tavoitteet:**

- Asetetaan yhdessä asiakkaan kanssa, jotta ne sopivat hänen elämäntilanteeseensa ja jotta hänen motivaationsa, tyytyväisyytensä ja hoitoon sitoutumisensa kasvaa.
- Tavoitteiden tulisi kattaa kaikki kirjatut asiakkaan hoidontarpeet.
- Realistisia (mitä asiakkaan tilassa odotetaan tapahtuvan), konkreettisia (selkeitä, kaikille ymmärrettäviä), aikaan sidottuja (milloin arvioidaan) ja mitattavissa olevia.
- Tavoitteita voi asettaa pitkälle ja lyhyelle aikavälille (pää tavoite ja välitavoitteita).
- Yhdessä sovitut tavoitteet kerrataan, kirjataan ja päivitetään säännöllisesti.
- Tulisi olla tärkeysjärjestyksessä.

### **Suunnitellut hoitotyön toiminnot:**

- Valitaan hoidon tarpeiden mukaisesti. Toiminnot, joita tarvitaan tavoitteiden saavuttamiseksi.
- Toiminnoissa suunnitellaan, mitä hoitoa annetaan, miten ja millä aikataululla.
- Huomioidaan myös asiakkaan oma näkemys.

### **Työnjako tulotilanteessa ja hoidon suunnittelussa**

- Jokaisesta asiakkaalle tehdystä käynnistä kirjataan päivittäistä kirjausta.
- Hoidon suunnittelu ja sen kirjaaminen aloitetaan mahdollisimman pian asiakkaan tullessa kotihoidon piiriin. Tavoitteena on, että hoidon suunnitelmaan kirjataan vähintään yksi tarve, tavoite ja toiminto (keino) ensimmäisen käynnin jälkeen.
- Jos hoidon suunnittelun kirjaamisen esteenä on puutteet ohjelmiston käytön hallinnassa, tulisi hakeutua koulutukseen.
- Hoidon suunnittelussa apuna voidaan käyttää kartoituskäynnistä

kirjoitettua tekstiä, yhdessä sovittuja komponentteja sekä RAVA:a, MMSE:tä ja GDS15:ta.

- Hoidon suunnitelmaan voidaan kirjata aluksi vain pari ilmeisintä tarvetta (voidaan myöhemmin poistaa, päivittää tai muuttaa).
- Hoidon suunnitelma tulisi päivittää aina asiakkaan tilan tai hoidon muuttuessa. Myös tilapäiset muutokset kirjataan suunnitelmaan.
- Vaikka muutoksia ei olisi tullut, suunnitelma tarkastetaan vähintään kolmen kuukauden välein. (1.4.2011 asti)
- Myös muut kuin asiakasvastaava saavat päivittää asiakkaan hoidon suunnitelmaa.

### **Yhdessä sovitut komponentit**

- **Siistiminen ja muut kodinhoitoon liittyvät asiat:**

Tarve: Selviytyminen → Selviytymiseen liittyvä tuen tarve

Toiminto: Päivittäiset toiminnot → Puhtaudesta huolehtiminen

- **Turvakäynnit:**

Toiminto: Terveyspalveluiden käyttö → Palvelutapahtuman aikaisen hoidon koordinointi – hoitoon osallistuvat tahot → Muu avustava palvelu (palvelutapahtuman aikana)

- **Käynti jää tekemättä, koska asiakas tulee pihalla vastaan eikä suostu palaamaan sisälle :**

Toiminto: Valitse komponentti sen mukaan mikä on syy siihen, ettei asiakas suostu palaamaan asunnolleen.

- **Asiakas ei ole kotona:**

Toiminto: Terveyspalveluiden käyttö.

- **Raha-asiat:**

Toiminto: Turvallisuus → Ulkoisen turvallisuuden lisääminen → Potilaan omaisuuden haltuunotto/ Potilaan omaisuuden tarkistaminen

- **Asiakas löytyy kaatuneena:**

Toiminto: Turvallisuus → Ulkoisen turvallisuuden lisääminen.

- **Korvahuuhtelu:**

Toiminto: Terveyspalveluiden käyttö → Tutkimuksen, toimenpiteen suorittaminen

- **Jos asiakkaalta lähtee ääni flunssan/allergian vuoksi:**

Tarve: Valitse komponentti sen mukaan, mitä ongelma aiheuttaa asiakkaalle.

(esim: Kanssakäyminen → Kommunikointiongelma → Puheen tuottamisen vaikeus)

Toiminto: Valitse komponentti sen mukaan, mitä keinoa käytät ongelman ratkaisemiseksi

(esim: Lääkehoito → Lääkkeen antaminen → Lääke suun kautta)

- **MMSE:**

Tarve: Selviytyminen → Potilaan heikentynyt selviytymiskyky → Muistihäiriö

- **GDS15:**

Tarve: Psyykkinen tasapaino → Masentuneisuus

Toiminto: Psyykkinen tasapaino → Mielialan seuranta

- **Lääkkeiden ”kipotus”:**

Toiminto: Lääkehoito → Lääkkeiden antaminen

[RAVA-toimintakykymittarin ja FinCC-tarveluokituksen yhdistelmätaulukko kuuluisi tähän]

## **CASE: KOTIHOITO**

Asiakas on 74-vuotias yksin kerrostalohuoneistossa asuva nainen. Hän itse ei kerro perussairauksia olevan, vanhoista sairaskertomuksista tulee ilmi kuitenkin II-typin diabetes, sepelvaltimo- ja RR-tauti sekä krooninen sydämen eteisvärinä. Lääkelistan mukaan käytössä Marevan 3mg sekä Protaphane flexpen 21KY. Itse kertoo, ettei lääkityksiä ”piikin” lisäksi ole ollenkaan. Asiakas ei itse osaa pistää insuliinia, joten sisko huolehtinut pistoksista. Siskon kertoman mukaan asiakas ei ole suostunut lähtemään kontrollikäynneille omalle lääkärilleen tai laboratoriokokeisiin viimeisen puolen vuoden aikana.

Asiakkaalla ei ole omia lapsia. 4 siskoa, joista vanhin tällä hetkellä laitoshoidossa muistivaikeuksien vuoksi. Pään traumoja asiakas ei muista tapahtuneen. Otsassa kuitenkin arpi, jonka vanhojen tekstien mukaan saanut avomiehen lyönnin seurauksena. Avomies laitoshoidossa 4 vuotta sitten tapahtuneen halvaantumisen vuoksi.

Sisko kertoo asiakkaan muistivaikeuksien alkaneen noin puoli vuotta sitten. Ongelmien alkua ei edeltänyt mikään erityinen tapahtuma. Asiakkaan muisti on selkeästi heikentynyt – etenkin lyhytkestoinen muisti on huono. CERAD-testissä kaikissa osioissa poikkeavat tulokset. MMSE-testissä pisteet 12/30. Kellotaulun piirtää kuitenkin täydellisesti ja myös muiden kuvioden piirtäminen mallista onnistuu ongelmitta.

Alkoholia käyttää muutaman kerran viikossa – pääasiassa keskisolutta. Asiakas ei kuitenkaan muista, minkä verran kerralla. Kieltää alkoholinkäytön olevan ongelma. Asiakas myös tupakoi sisätiloissa.

Asiakas kävelee päivittäin tutun reitin lähikauppaan. Eksymisiä ei ole tapahtunut. Raha-asioiden hoitaminen ei enää suju. Pankkitili tyhjentynyt lukuisten kaupassa käyntien seurauksena. Asiakkaan näkö on normaali ja hänellä on silmälasit käytössä. Kuulo normaali. Liikkuminen rollaattorin turvin. Kuitenkin rollaattorin käyttö usein unohtuu – etenkin sisätiloissa. Ei virtsankarkailua ja vatsantoiminta normaali. Asiakas peseytyy ja pukeutuu omatoimisesti. Käynnillä asiakkaan hiukset kovin likaiset, mutta vaatteet ovat siistit. Myös hampaat vaikuttavat pesemättömiltä. Asiakkaan jääkaapissa on runsaasti vanhentuneita elintarvikkeita. Asiakkaalla aloitetaan käynnit kaksi kertaa päivässä (aamulla ja iltapäivällä).

## **CASE: TULOTILANNE**

**Hoidon syy:** Asiakkaan sisko kertoo, ettei asiakas enää pärjää yksin kotona muistivaikeuksien vuoksi. Tähän asti sisko auttanut, muttei enää kykene. Tehty kartoituskäynti 20.9.2009.

**Esitiedot:** Siskon mukaan asiakkaan toimintakyky laskenut viime talvesta lähtien. Perussairauksina II-tyypin diabetes, krooninen sydämen eteisvärinä, sepelvaltimo- sekä RR-tauti. Asiakas asuu yksin kerrostalokaksiossa. Asunto hissitalon toisessa kerroksessa. Ei omia lapsia, mutta 4 siskoa, joista vanhin laitoshoidossa muistivaikeuksien vuoksi. Nuorempi sisko tähän asti autellut kykyjensä mukaan. Avomies ollut laitoshoidossa viimeiset 4 vuotta.

**Ongelmat:** Diabetekseen ja huonoon ravitsemukseen liittyen asiakkaalla iltapäivisin taipumus hypoglykemiaan. Muistamattomuuden vuoksi säännöllinen lääkitys jäänyt toteutumatta asianmukaisesti. Asiakas ei ymmärrä enää rahankäyttöään.

**Lääkehoito:** ks. Ystävällisesti lääkelista

**Apuvälineet:** Kävellessä käyttää rollaattoria. Silmälasit myös käytössä.

**Toimintakyky:** Peseytyy ja pukeutuu itsenäisesti. Hiukset likaisen oloiset. Vaatteet siistit. Myös hampaat vaikuttavat pesemättömiltä. Ei kykene enää kodinhoidollisiin toimintoihin – sisko autellut näissä. Asiakas kovin muistamaton, erityisesti lyhytkestoinen muisti heikentynyt. CERAD-testissä kaikissa osa-alueissa poikkeavat tulokset. MMSE 12/30. Orientaatio 4/10: tietää vuoden, maan, läänin ja asuinkerroksen. Paikaksi sanoo ”minun luona”. Päiväystä, viikonpäivää kysyttäessä kävelee kalenterin luokse. Mieleenpainaminen 3/3. Palauttaminen 0/3. Laskutehtävä 1/5. Esineet nimeää oikein 2/2. Lauseentoisto 0/1: ei edes lähde toistamaan perässä. Ohjeen noudattaminen 1/3: ottaa paperin vasempaan käteen ja laittaa sitten polvien väliin taittamatta. Lukee tekstin, ei sulje silmiä 0/1. Ei kirjoita ymmärrettävää lausetta, verbi puuttuu 0/1. Kellotaulun piirtää täydellisesti 1/1. Liikkuminen huteraa, liikkui käynnillä ilman rollaattoria ja siskon kertoman mukaan asiakas ei läheskään aina muista käyttää rollaattoria.

**Terveysten vaikuttavat tekijät:** Asiakas tupakoi sisätiloissa. Kertoo polttaneensa työikäisestä lähtien. Ei kuitenkaan osaa kertoa nykykäytön määriä. Asiakkaan alkoholinkulutus säännöllistä. Juo viikoittain keskiolutta, mutta ei osaa sanoa, kuinka paljon juo päivässä. Kulutus vähentynyt siskon otettua raha-asiat ja kaupassa käynnit hoitoonsa.

**Riskitiedot:** Saanut joskus allergisen ihoreaktion penisilliinistä.

**Hoidon suunnittelu:** Aloitetaan kotihoidon käynnit kaksi kertaa päivässä, aamulla ja iltapäivällä. Asiakkaan kanssa yhdessä sovittu, että tilataan ruuat ateriapalvelulta. Otetaan asiakkaan lääkehoito kokonaan kotihoidon vastuulle.

**Hoidon suunnitelma**

TARVE	TAVOITE	TOIMINTO
<b><u>Päivittäiset toiminnot</u></b> <i>Ruokailuun liittyvä avun tarve</i> Asiakas ei tunnita nälkää, Eikä täten muista syödä. Jääkaapissa vanhentunutta Ruokaa.	Syö välipalojen lisäksi Vähintään yhden lämpimän Aterian päivässä.  Aliravitsemukselta välttyminen	<b><u>Päivittäiset toiminnot</u></b> <i>Ruokailun järjestäminen</i> Ateriapalvelu kaupungilta Ma-pe, Dilalta la-su  <b><u>Ravitsemus</u></b> <i>Ravinnon saannin turvaaminen</i> <i>Ruokailun seuranta</i> Seurataan, onko ateriapalvelun Ruokat syöty. Jos ei, lämmite- Tään ruoka asiakkaan vastusteluista huolimatta ja Asetetaan pöytään. Jätetään Myös välipaloja esille.  <b><u>Ravitsemus</u></b> <i>Ravitsemustilan seuranta</i> <i>Ravitsemuskartoituksen</i> <i>Tekeminen</i> MNA-testi 2x/vuosi <i>Painon kontrollointi</i> Painon seuranta 1x/vko

TARVE	TAVOITE	TOIMINTO
<p><b><u>Lääkehoito</u></b></p> <p><u>Lääkehoidon toteuttamiseen</u></p> <p><u>Liittyvät tekijät</u></p> <p>Avun tarve lääkkeiden ottamisessa</p> <p>Asiakas ei muista ottaa lääkkeitään.</p> <p>Säännöllinen lääkitys jäänyt</p> <p>Toteutumatta. Ei osaa itse pistää</p> <p>Insuliinia.</p>	<p>Saa oikean ja säännöllisen</p> <p>Lääkehoidon</p>	<p><b><u>Lääkehoito</u></b></p> <p><u>Lääkehoidon ohjaus</u></p> <p>Selvitetään lääkärin kanssa</p> <p>Säännöllisen lääkityksen tarve.</p> <p><u>Lääkkeiden jako dosettiin</u></p> <p>Lääkkeet jaetaan dosettiin</p> <p>1xvkossa (tiistaisin).</p> <p>Lääkkeet ja dosetti keittiössä</p> <p>Kotihoito-tarralla merkityssä</p> <p>Kaapissa.</p> <p>Kotihoidon apteekkipalvelu.</p> <p>Reseptit kotihoito-kansiossa.</p> <p><u>Lääkkeen antaminen</u></p> <p><u>Lääke suun kautta</u></p> <p>Annetaan lääkkeet kotihoito-</p> <p>Käynnin yhteydessä.</p> <p><u>Lääkeinjektion anto</u></p> <p>Pistetään 21KY Protaphanea</p> <p>Aamuisin. Käyttämättömät</p> <p>Kynät jääkaapissa, käytössä</p> <p>Oleva kynä ja neulat kotihoito-</p> <p>Kaapissa.</p>
<p><b><u>Päivittäiset toiminnot</u></b></p> <p><u>Peseytymiseen ja hygieniaan</u></p> <p><u>Liittyvä avun tarve</u></p> <p>Ei täysin pysty itsenäisesti huolehti-</p> <p>Maan riittävästä puhtaudesta.</p>	<p>Asiakkaan hyvä, puhdas olo. Ihon</p> <p>Pysyminen ehjänä.</p> <p>Pääsee kokosuihuun 1x/vko</p>	<p><b><u>Päivittäiset toiminnot</u></b></p> <p><u>Puhtaudesta huolehtiminen</u></p> <p>Peseytymisessä avustaminen</p> <p>Aamuisin ohjataan sanallisesti</p> <p>Suorittamaan pikkupesut ja</p> <p>Tarkastetaan asiakkaan</p> <p>Yleinen siisteys. Kokosuihku</p> <p>Tiistaisin, samalla tarkistetaan</p> <p>Ihon eheys.</p> <p><u>Suun tai hampaiden hoidossa</u></p> <p><u>Avustaminen</u></p> <p>Ohjataan sanallisesti asiakas</p> <p>Pesemään hampaansa</p> <p>Aamukäynnillä</p>

TARVE	TAVOITE	TOIMINTO
<b><u>Aineenvaihdunta</u></b> <u>Aineenvaihdunnan häiriö</u> Verensokerin muutos Asiakkalla iltapäivisin taipumus Hypoglykemiaan	Verensokeriarvojen pysyminen Hoitotasolla. Vältetään Hypoglykemiaa.	<b><u>Aineenvaihdunta</u></b> <u>Aineenvaihduntaan liittyvä</u> <u>Tarkkailu ja hoito</u> Verensokeriin liittyvä tarkkailu Ja hoito Mitataan verensokeriarvo Iltapäiväkäynnillä. Tarvittaessa Annetaan lisävälipalaa.
<b><u>Verenkierto</u></b> <u>Verenkiertohäiriö</u> Verenpaineen muutos RR hieman koholla (140/90)  <u>Sydämen rytmin muutos</u> Asiakkalla krooninen eteisvärinä	Verenpaineen aleneminen tasolle 135/85.  Asiakas kykenee elämään Normaalista elämää sairautensa Kassa. INR-arvot pysyvät Hoitotasolla (2-4).	<b><u>Verenkierto</u></b> <u>Verenkierron seuranta</u> Verenpaineen seuranta Verenpainekontrolle 1x/kk  <b><u>Terveyspalvelujen käyttö</u></b> <u>Näytteiden ottaminen</u> Verinäyte INR-kontrolle 2vkon välein, Tarvittaessa useammin.
<b><u>Terveyskäyttäytyminen</u></b> <u>Terveyttä uhkaavat elintavat</u> Päihteiden käyttö Asiakas ei koe alkoholin säännöllistä Käyttöä ongelmaksi, kuitenkin ei Muista käyttämiään määriä.	Alkoholin käyttö pysyy kohtuuden Rajoissa, käytöstä ei synny Terveydellisiä riskejä (lääkkeiden Ja alkoholin yhteisvaikutukset, Alkoholisoituminen)	<b><u>Terveyskäyttäytyminen</u></b> <u>Elintapojen arviointi</u> Päihdetottumusten Selvittäminen Seurataan tyhjien pullojen Määrää sekä alkoholin Vaikutusta asiakkaan Toimintakykyyn.  Tarvittaessa alkoholin oston Rajoittaminen.

TARVE	TAVOITE	TOIMINTO
<b><u>Turvallisuus</u></b> <u>Tapaturmariski</u> Tupakointi ja hellan käyttö saattavat aiheuttaa tulipalovaaran muistin heikentymisen vuoksi.	Asiakkaan toiminta ei aiheuta Tulipaloa	<b><u>Turvallisuus</u></b> <u>Ulkoisen turvallisuuden</u> <u>Lisääminen</u> Tapaturmariskin huomioiminen Palovaroittimen pattereiden Tarkistus 1x/vuosi (joulukuu). Hellan käytön esto.  Asiakkaan ohjaus tupakoinnin parvekkeella  Tulta kestävän esiliinan Hankinta.
<b><u>Turvattomuuden tunne</u></b> Muistin heikentymisen vuoksi Eksymisen vaara	Eksymistilanteet eivät aiheuta Hengenvaarallista tilannetta	<b><u>Ulkoisen turvallisuuden</u></b> <u>Lisääminen</u> Päivittäiset käynnit 2x/vrk Asiakkaan luona. Päälysvaatteiden nimikointi.
<b><u>Päivittäiset toiminnot</u></b> <u>Liikkumiseen liittyvä avun tarve</u> Asiakkaan liikkuminen epävarmaa, Unohtaa käyttää rollaa.	Asiakkaan liikkuminen tapahtuu Mahdollisimman tarvallisesti.	<b><u>Päivittäiset toiminnot</u></b> <u>Apuvälineiden käytön ohjaus</u> Muistutetaan asiakasta rollan Käyttämisestä (myös Sisätiloissa).
<b><u>Päivittäiset toiminnot</u></b> Asiakas ei kykene enää itse huolehtimaan kotinsa siisteydestä	Asiakkaan koti on siisti ja viihtyisä	<b><u>Päivittäiset toiminnot</u></b> <u>Puhtaudesta huolehtiminen</u> Asiakkaan koti imuroidaan joka Toisen viikon torstai (parittomat Viikot). Suihkupäivinä huolehditaan WC:n siisteys. Lisäksi Ohjataan asiakasta itse osallistumaan kodin siisteyteen mm. viemällä roskat, pyyhkimällä tasoja yms.

## LIITE 8

## Hankkeen arviointilomake

ENNI-hanke: LKS L51, Launeen kotihoito tiimi 1  
 Laura Häkkinen, Eeva Siljander

17.11.2009

**Arviointilomake**

Pyydämme sinua arvioimaan eNNI-hankkeen aikana syntynyttä osaamista, kehittymistä ja muutosta sekä numeerisesti että avoimin vastauksin. Valitse vain yksi vastausvaihtoehto. Ympyröi vastauksesi. Täytähän lomakkeen 6.12.2009 mennessä. Haemme täytetyt lomakkeet kansliastanne 7.12.2009.

Vastausvaihtoehdot:

- 1= täysin eri mieltä
- 2= jokseenkin eri mieltä
- 3= jokseenkin samaa mieltä
- 4= täysin samaa mieltä
- 5= en osaa sanoa

1. Minulla on ollut mahdollisuus riittävästi vaikuttaa uuden toimintatapamallin rakentamiseen.

1   2   3   4   5

2. Olen osallistunut hankkeeseen aktiivisesti sitoutumalla yhteiseen kehittämiseen.

1   2   3   4   5

3. Työyhteisö on osallistunut hankkeeseen aktiivisesti sitoutumalla yhteiseen kehittämiseen.

1   2   3   4   5

4. ENNI-hankkeen myötä kirjaamiseni on muuttunut laadukkaammaksi.

1   2   3   4   5

Miten?

---



---



---

5. Millaisia muutoksia eNNi - hanke on tuonut ammatilliseen osaamiseen ?

---

---

---

6. Työyhteisön yhdyshenkilöiden toiminta on tukenut hyvin työyhteisön kehittymistä.

1 2 3 4 5

Perustelut:

---

---

---

7. Esimiehen toiminta on tukenut hyvin työyhteisön kehittymistä.

1 2 3 4 5

Perustelut:

---

---

8. Ammattikorkeakoulun vastuuhenkilöiden (opettaja ja opiskelijat) toiminta on edistänyt työyhteisön kehittymistä.

1 2 3 4 5

Perustelut:

---

---

9. Miten koet voivasi hyödyntää tulevaisuudessa uutta toimintatapaa?

---

---

---

10. Mitä uuden toimintatapamallin toteuttaminen edellyttää työyhteisössä?

---

---

---

11. Uskon työyhteisön toimintatavan muuttuvan.

1 2 3 4 5

12. Mitkä tekijät ovat edistäneet ammatillista osaamistani hankkeen aikana ?

---

---

---

13. Mitkä tekijät ovat heikentäneet ammatillista osaamistani hankkeen aikana ?

---

---

---

14. Muuta palautetta hankkeesta:

---

---

---

## LIITE 9

Hankkeen arvioinnin avoimien kysymysten sisällönanalyysiryhmät:  
osasto L51

Väite 4: eNNi-hankkeen myötä kirjaamisen on muuttunut laadukkaammaksi. Miten?

- Kirjaaminen kuntoutujalähtöisempää (8 vastaajaa)
- Kirjaaminen kuvaavampaa, kattavampaa (8)
- Kirjaaminen tavoitteellisempaa, päämäärätietoisempaa, arvioivampaa (4)
- Hosujen päivittäminen ja lukeminen jatkuvaa (4)
- Kirjaaminen monimuotoisempaa, komponentit monipuolisemmin käytössä (3)
- Kirjaaminen laadukkaampaa (3)
- Kirjaaminen tiivistynyt

Kysymys 5: Millaisia muutoksia eNNi-hanke on tuonut ammatilliseen osaamiseeni?

- Hoidon suunnittelu ja hosun tekeminen laadukkaampaa (11)
- Kirjaaminen kehittynyt, helpottunut (8)
- Tieto lisääntynyt ja ajattelu muuttunut (3)
- Moniammatillisuuden ja moniammatillisen kirjaamisen tarpeen konkretisoituminen (2)
- Hoito tavoitteellisempaa (2)
- Prosessiajattelu ja hoitotyön päätöksenteko varmistunut

Väite 6: Työyhteisön yhdyshenkilöiden toiminta on tukenut hyvin työyhteisön kehittymistä. Perustelut:

- Helppo pyytää ja saada apua (9)
- Aktiivisesti mukana, sitoutuneita (8)
- Tiedotus hyvää (4)
- Antaneet mahdollisuuden tuoda mielipiteen julki (2)
- Tukeneet, kannustaneet (2)
- Saatavilla oleminen
- Positiivisuus

Väite 7: Esimiehen toiminta on tukenut hyvin työyhteisön kehittymistä. Perustelut:

- Resurssointi: työvuorot, aika, muut järjestelyt (14)
- Kannustus, positiivinen tuki, rauhoittelu (9)
- Sitoutuminen (5)
- Hankkeen mahdollistaminen (3)
- Hyvä tiedottaminen (2)

Väite 8: Ammattikorkeakoulun vastuuhenkilöiden (opettaja ja opiskelijat) toiminta on edistänyt työyhteisön kehittymistä. Perustelut:

- Opetus ja luennot hyviä (5)
- Opiskelijat kiinnostuneita, innostuneita, motivoituneita, sitoutuneita (5)
- Uuden näkemyksen tuominen, kehittämisen tarpeen näkeminen (4)
- Yhteistyö helppoa (3)
- Opiskelijoiden käytännön ymmärrys (2)
- Keskustelu, ohjaus, vinkit hyviä (2)
- Aktiivisuus yhteydenotoissa
- Tapaamiset hyvin valmisteltuja
- Tuki yhdyshenkilöille hyvä
- Määrätietoinen hankkeen eteenpäin vienti

Kysymys 9: Miten koet voivasi hyödyntää tulevaisuudessa uutta toimintatapaa?

- Niin kuin on yhdessä sovittu, koko ajan arjessa (5)

- Kirjaamisen selkiytyminen, parantuminen, helpottuminen (5)
- Rakenteellinen kirjaaminen on kehittynyt (2)
- Moniammatillisen yhteistyön edistyminen (2)
- Käytäntö yhtenäistyy (2)
- Omahoitajan taakka helpottuu
- Hoidon suunnittelu helpottuu (3)
- Päällekkäinen kirjaaminen vähentyy
- Kirjaamisprosessin nopeutuminen

Kysymys 10: Mitä uuden toimintatapamallin toteuttaminen edellyttää työyhteisössä?

- Avoimuutta, uskallusta, muutoshalua, asennemuutosta, aktiivisuutta, sitoutumista (12)
- Aikaa (ajankäytön suunnittelu), kärsivällisyyttä (9)
- Työyhteisöltä positiivisuutta ja tukevaa työtoveruutta (5)
- Lisää tietokoneita (5)
- Yhteistyön lisääntymistä ammattiryhmien välillä (3)
- Keskustelua, pohdintaa yhdessä osastotunnilla (3)
- Rauhallista tilaa (2)
- Yhtenäistä toimintatapaa (2)
- Kokeilua

Kysymys 12: Mitkä tekijät ovat edistäneet ammatillista osaamistani hankkeen aikana?

- Informaatio, tieto, koulutus (6)
- Yhteiset, avoimet keskustelut (4)
- Kuntoutujalähtöisyyden huomioiminen kirjaamisessa (2)
- Oma kiinnostus, motivaatio (2)
- Caseharjoittelu (2)
- Yhteistyö (2)
- Opiskelijoiden tekemä toimintatapamalli
- Yhdyshenkilöiden kannustavuus
- Muiden ammattiryhmien näkökulmaan perehtyminen
- Omahoitajuuden vahvistuminen

Kysymys 13: Mitkä tekijät ovat heikentäneet ammatillista osaamistani hankkeen aikana?

- Ei mitkään (3)
- Ajankäytön ongelma (3)
- Ei ole päässyt mukaan kaikkiin tapaamisiin (2)
- Joskus tiedon omaksuminen hankalaa (2)
- Kirjaaminen hidasta
- Potilastyölle jää vähemmän aikaa
- Kirjaamisvaatimuksien ahdistavuus
- Ei ole päässyt tekemään hosuja ohjatusti
- Työyhteisö ei ole ollut toivotun sitoutunut

Kysymys 14: Muuta palautetta hankkeesta:

- Tyytyväisyys mukana olemisesta (3)
- Ei ole päässyt kaikkeen mukaan, siksi välillä pihalla (2)
- Innostus kehittämiseen on herännyt (2)
- Hanke on sähköisen kirjaamisen edistysaskel
- Luulin, että tämä on vaikeampaa
- Hanke jokaiselle hyödyllinen
- Toivottavasti toteutuu käytännössä
- Hanke vienyt liikaa aikaa
- Mielenkiintoinen haaste
- Hanke mennyt hyvin
- Kuntoutus pääsee nopeasti vauhtiin ja kokonaisuus paranee
- Hyvä antaa aikaa uuden asian toteutukseen
- Alussa turhan abstrakti

Hankkeen arvioinnin avoimien kysymysten sisällönanalyyssiryhmät:

Launeen kotihoito tiimi 1

Väite 4. ENNI-hankkeen myötä kirjaamiseni on muuttunut laadukkaammaksi. Miten?

- Kirjaaminen tarkempaa ja kokonaisvaltaisempaa (5)
- Panostaa enemmän kirjaamiseen, ajattelee enemmän sisältöä (5)
- Kirjaaminen arvioivampaa (4)
- Kaikki kirjataan (3)
- Teksti luettavampaa
- Komponenttien käyttö monipuolisempaa
- Kirjaaminen asiakaslähtöisempää

Kysymys 5. Millaisia muutoksia eNNi - hanke on tuonut ammatilliseen osaamiseen ?

- Kirjaaminen parantunut, helpompaa (2)
- Tiedon siirtyminen parempaa (2)
- Hoito kokonaisvaltaisempaa (2)
- Hosujen tekoon tullut varmuutta, tarkkuutta ja panostusta (2)
- Laki hallussa
- Enemmän työtä
- Hoidossa arvioivampi näkemys

Väite 6. Työyhteisön yhdyshenkilöiden toiminta on tukenut hyvin työyhteisön kehittymistä.

Perustelut:

- Tukena ollut koko tiimille, apua saanut (5)
- Kiire haitannut yhdyshenkilön panoksen antamista
- Asiaan paneutunut
- Etsitty yhdessä ratkaisuja
- Puhunut päivittäisen kirjaamisen puolesta

Väite 7. Esimiehen toiminta on tukenut hyvin työyhteisön kehittymistä. Perustelut:

- Jotkin kommentit vieneet pohjan siltä työltä, mitä tehty tiimien kirjaamisen eteen (4)
- Ei ole saanut tukea (4)
- Ei ole ollut aidosti kiinnostunut
- Ei ole saanut tarpeeksi resursseja
- Ei ole osallistunut tarpeeksi
- Esimies ollut hyvin mukana

Väite 8. Ammattikorkeakoulun vastuuhenkilöiden (opettaja ja opiskelijat) toiminta on edistänyt työyhteisön kehittymistä. Perustelut:

- Teoriatunnit hyviä, mielenkiintoisia ja ytimekkäitä (3)
- eNNi-hanke ei ole pystynyt kehittämään oikeita komponentteja, jotka vastaavat kotihoidon tarpeita (2)
- Toiminta ollut kotihoitoa tukevaa
- Olisi kaivannut enemmän käytännön tukea
- Henkilökemiat toimineet hyvin
- Eivät tiedä, mitä työ kotihoidossa on
- Opiskelijat motivoituneita

9. Miten koet voivasi hyödyntää tulevaisuudessa uutta toimintatapaa?

- Kirjaaminen muuttuu rutiininomaiseksi, helpottuu. Laadukas kirjaaminen jatkuu. (5)
- eNNi toteutuu jo tiimissä (2)
- Asiakkaan oikeusturva toteutuu

- Parempi tietoisuus asiakkaan asioista jo etukäteen
- Asiakastiedot paranee
- Olemalla esimerkkinä muille
- Hosujen teko helpottuu

10. Mitä uuden toimintatapamallin toteuttaminen edellyttää työyhteisössä?

- Koneita, mobiililaitteita (5)
- Sitoutumista, kaikkien osallistumista (5)
- Aikaa kirjaamiseen (5)
- Työrauhaa (2)
- Kaikki työyhteisöt mukaan
- Esimiehiltä kannustusta
- Kärsivällisyyttä
- Ajattelutavan muutosta

12. Mitkä tekijät ovat edistäneet ammatillista osaamistani hankkeen aikana ?

- Työkavereiden tuki, kannustus (2)
- Hyvät luennot, koulutukset (2)
- Miettiä tarkemmin ja kokonaisvaltaisemmin hoitoa kuin aikaisemmin (2)
- Hosujen tekeminen
- Luokitusten läpikäyminen
- Tietokone

13. Mitkä tekijät ovat heikentäneet ammatillista osaamistani hankkeen aikana ?

- Ajanpuute, mennyt paljon aikaa hankkeeseen (2)
- Komponentit sairaalamaailmaan suuntautuneet
- Esimiesten vähättelevä asenne

14. Muuta palautetta hankkeesta:

- Olisi hyvä käydä ainakin laki läpi koko henkilöstön kanssa, eivät usko kirjaamisen olevan pakollista
- Onneksi on ohi
- Hyvä juttu, toivotaan että toteutuu tulevaisuudessa koko kaupungin organisaatiossa sekä koko valtakunnassa