



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Sähköisen raportoinnin kehittäminen juurruttamisen avulla Lohjan sairaalan medisiinisellä yhteisosastolla neljä

Isopuro, Satu

2014 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

Sähköisen raportoinnin kehittäminen juurruttamisen  
avulla Lohjan sairaalan medisiinisellä yhteisosastolla  
neljä

Satu Isopuro  
Terveystieteiden  
koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2014

Satu Isopuro

### Sähköisen raportoinnin kehittäminen juurruttamisen avulla Lohjan sairaalan medisiinisellä yhteisosastolla neljä

Vuosi 2014 Sivumäärä 59

---

Vuonna 2014 julkaistun rakenteisen kirjaamisen oppaan tavoitteena on esittää valtakunnallisesti yhtenäisten rakenteisten potilastietojen kirjaamista ja käyttöä potilastiedon kirjaajan tai käyttäjän näkökulmasta. Hoidon kirjaamisessa tietojärjestelmän optimaalinen hyödyntäminen edellyttää kirjaamismenetelmien ja käytännön toimintamallien kehittämistä.

Opinnäytetyö oli osa HUS:n Lohjan sairaalan ja Lohjan Laurean yhteistä Five Stars-partnership-hanketta. Opinnäytetyö kuuluu osana sähköisten palvelujen (e-palvelut) käyttöönottoa ja sähköiseen asiointiin soveltuvien potilaslähtöisten palvelumuotojen kehittämistyötä Lohjan sairaalassa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää sähköistä raportointia yhtenäisemmäksi osaston eri yksiköissä ja saada potilastietojärjestelmä mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. Tarkoituksena oli edistää raportointiin käytettävän ajan tehokasta käyttöä ja yhtenäisesti sopia niistä asioista, joista raportoidaan myös suullisesti. Tällöin voidaan varmistaa hoitajien riittävä tiedonsaanti työvuoron alkaessa ja turvata hoidon laadukas jatkuminen. Juurruttaminen valittiin kehittämismenetelmäksi, joka tarkoittaa toiminnassa olevaa tietoa ja tutkittua sekä teoreettista tietoa hyväksi käyttäen sovittaa uusi tuotettu toimintatapa toimintaympäristöön samanaikaisesti sen tuottamisen kanssa.

Osastolla on ollut sähköinen kirjaaminen käytössä vuodesta 2011. Nykyinen raportointi perustui vielä osittain paperisen kirjaamisen aikaan. Osastolla oli käytössä osittain suullinen raportointi, jolloin kerrotaan ydinasiat seuraavan vuoron hoitajalle. Vuoronsa aikana hoitaja käy koneella tarvittaessa tarkistamassa tietoja eli käyttää hiljaista raporttia.

Kehittämishankkeen alussa käytiin työryhmän kanssa läpi osaston nykyistä kirjaamiskäytäntöä. Työryhmän tavoitteeksi nousivat yhteiset linjat raportointi käytänteisiin. Apulaisosastonhoitajan ja opiskelijan välillä oli aktiivista vuoropuhelua. Laurean opiskelija keskittyi enemmän tiedonhankintaan ja sairaalan apulaisosastonhoitaja keskusteli osastolla hankkeesta hoitajien kanssa ja seurasi muutosta. Työn avulla luotiin osastolle uutta toimintamallia, joka mahdollistaa yhtenäiset käytänteet raportoinnilla. Suulliseen raportointiin luotiin malli, jossa on käytetty hoitajien käytännön kokemuksta ja eri tutkimuksia raportointi käytänteistä. Mallin avulla rajattiin ydinasiat, joista tulee suullisesti kertoa ja rajattiin asiat, joihin voidaan käyttää hiljaista raportointia.

Sähköinen kirjaaminen sujuu teknisesti hyvin. Työyhteisössä ollaan kehitetty sisällön tarkempaa kirjaamista rakenteisessa muodossa. Hiljaisen raportoinnin edellytyksenä on laadukas kirjaaminen. Tuloksien mukaan, jotka saatiin kyselylomakkeen avulla osaston seitsemältä hoitajalta, opinnäytetyö oli saanut osastolla muutosta aikaan ja auttanut hoitajia pohtimaan raportointi tapojaan. Laurean ja sairaalan henkilökunnan välinen yhteistyö on koettu erittäin sujuvaksi.

Avainsanat: hoitotyön kirjaaminen, sähköinen raportointi, suullinen raportointi, hiljainen raportointi, juurruttaminen.

Satu Isopuro

**Development of electronic reporting by means of dissemination in Lohja Hospital Internal Medicine ward four**

Year	2014	Pages	59
------	------	-------	----

---

On a national level the objective of the structured recognition guide published in 2014 is to introduce the use of unified patient records from the perspective of the user. Optimal use of the information system requires the development of a practical operating model.

The thesis was a part of a shared Five Star partnership project between HUS Lohja Hospital and Laurea Lohja. This thesis is a part of the introduction and development of the electronic services in Lohja hospital. The objective of this thesis is to develop electronic reporting to be more uniform throughout different units, and to use available patient information as efficiently as possible. The aim is to more efficiently make use of the time spent on making reports, and to mutually agree on issues that should also be reported orally. The purpose is to ensure the availability of the required information for the nurses in the beginning of their shift, and to ensure the continuity of quality health care. Dissemination was chosen as the development method. Dissemination means using the method while still developing it, by using the experience gained from testing, as well as theoretical knowledge.

Electronic reporting has been in use at the development site since 2011. Current reporting is still in part based on the time when paper was used in reporting. Oral reporting was used at participating wards, during which the nurses on duty reported main issues to the nurses working in the next shift. If needed, nurses on duty could inspect patient records on the computer, using silent reporting.

In the beginning of the development project, we reviewed the ward's current reporting methods with our team. The objective of our team was to ensure common practices in the processing of patients. There was active dialogue between the team members. The student of Laurea focused more on gathering information, while the assistant head nurse discussed the ongoing development project with other nurses, while also monitoring concrete changes affected by the project. The thesis was used to create a new operating model, which enables unified standards in reporting. A model was created for oral reporting, in which nurses experiences and research concerning different reporting customs was utilized. It was used to define main issues that should be reported orally, as well as ones that should be logged using silent reporting.

Electronic reporting works technically well. A more detailed recording of information, in a more structured form, is now being developed. A prerequisite for electronic reporting is quality recording. According to results gathered from seven different nurses with the use of a questionnaire, this development project had accomplished the desired changes, as well as assisting nurses in improving their reporting habits. The cooperation between Laurea and Lohja hospital has worked well.

Keywords: nursing recording, electronic reporting, orally reporting, silent reporting, dissemination.

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kehittämisympäristö.....	7
2.1	Kehittämisosaston hoidon kirjaaminen.....	8
2.2	Five Stars partnership -hanke.....	10
2.3	Keskeiset käsitteet.....	11
3	Teoreettinen tietoperusta.....	12
3.1	Potilaan hoidon ja kirjaamisen normeja.....	13
3.2	Hoitotyön kirjaaminen.....	15
3.3	Rakenteinen kirjaaminen sähköisesti.....	16
3.4	Sähköinen potilastietojärjestelmä.....	19
3.5	Sähköinen asiointi osana potilastietojärjestelmää.....	21
3.6	Hoitotyön raportointi.....	23
4	Kehittämistoiminnan menetelmät.....	28
4.1	Juurruttaminen.....	30
4.2	Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä.....	33
5	Kehittämistoiminnan toteutus.....	34
5.1	Kehittämistyön nykytilanteen kuvaus.....	35
5.2	Kehittämistyön tietoperustasta.....	38
5.3	Toimintatavan rakentaminen.....	38
6	Uusi toimintatapa.....	40
7	Kehittämistoiminnan arviointi.....	42
7.1	Arviointitulosten raportointi.....	43
7.2	Eettiset kysymykset kehittämissä.....	47
7.3	Eettisyys kehitystoiminnassa.....	48
7.4	Kehittämistyön arviointi.....	50
	Lähteet.....	51
	Kuvat.....	56
	Taulukot.....	58
	Liitteet.....	59

## 1 Johdanto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) strategiassa vuosille 2011-2020 strategisten linjauksien mukaan ajantasainen väestön ja yhteiskunnan tarpeiden kokonaiskuva edellyttää sähköisiä raportointiratkaisuja. Sähköisen raportoinnin on tuotettava yhdenmukainen ja yhtenäinen lopputulos. Sähköinen raportointi yhteisine ratkaisuneen edistää yhteistyötä laitoksessa ja irrottaa henkilöstön aikaa rutiinitehtävistä esimerkiksi asiantuntijatehtäviin, jonka vuoksi sähköisen raportoinnin kehittäminen on ajankohtaista. (Sähköisen raportoinnin kokonaisarkkitehtuuri: periaatteet, 2013.)

Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lohjan sairaalan medisiinisen yhteisosasto neljän (4) ja Laurea Lohja yhteistä Five Star partnership -hanketta. Hus eli Helsingin ja Uudenmaansairaanhoitopiiri on Suomen suurin sairaanhoitopiiri, joka tuottaa erikoissairaanhoidon palvelut 1,5 miljoonalle ihmiselle, johon myös Lohjan sairaala kuuluu. Lohjan sairaalan medisiinisellä yhteisosastolla on 47 potilaspaikkaa, keskeiset erikoisalajat ovat sisätaudit, keuhkotaudit ja neurologia.

Five Stars partnership -hanke koostuu peräkkäisistä osahankkeista, jotka muodostavat kokonaisuuden. Osahankkeen aikana tuetaan edellisen vaiheen toteutumista ja valmistaudutaan jo seuraavaan hankkeeseen. Tämä opinnäytetyö kuuluu osana sähköisten palvelujen (e-palvelut) käyttöönottoa ja sähköiseen asiointiin soveltuvien potilaslähtöisten palvelumuotojen kehittämistyötä Lohjan sairaalassa. (Nordplus Horizontal 2013.)

Opinnäytetyön aiheena on Lohjan sairaalan medisiiniselle yhteisosastolle neljä (4) toteutettava projekti, jonka tavoitteena on kehittää sähköistä raportointia yhtenäisemmäksi osaston eri yksiköissä ja saada Miranda-potilastietojärjestelmä mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. Keskeisenä tarkoituksena on kehittää osaamista hoitotyön raportoinnissa ja edistää raportointiin käytettävän ajan tehokasta käyttöä kuitenkin niin, että voidaan varmistaa hoitajien riittävä tiedonsaanti työvuoron alkaessa ja turvata hoidon laadukas jatkuminen.

Kyseessä on toimintakeskeinen opinnäytetyö, jossa korostuu työelämää kehittävä toiminta. Juurruttamista käytetään kehitystoiminnan menetelmänä. Juurruttaminen on tutkimus- ja kehittämistoimintaa jäsentävänä menetelmänä prosessi, jossa työtoiminnan tavoiteltu muutos ja toiminnan ympäristö muokkautuvat sopiviksi toisiinsa jo prosessin edetessä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005,4.)

## 2 Kehittämisympäristö

Lohjan sairaalan osasto neljä (4) kuuluu medisiiniseen tulosityksikköön. Työ on kolmivuorotyötä ja hoitotyössä osastolla on sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Osastolla työskentelee myös osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, laitoshuoltajia, osastosihteereitä ja osastolääkäreitä. Vakinaisia sairaanhoitajatoimia on 29 ja lähihoitajatoimia 12 sekä osastosihteeritoimia 5. Osastolla on käytössä työkierto eli hoitajat kiertävät työpisteestä toiseen periaatteena: kaikki osaavat ja tekevät kaikkea. Potilaspaikkoja osastolla 4A on 12. Osastolla 4B on 35 potilaspaikkaa, joista 17 on sisätautipotilaspaikkaa, 6 keuhkosairauksia sairastavien potilaspaikkoja ja 12 neurologisia sairauksia sairastavien potilaspaikkoja. (Hoitajien perehdytys lehtinen 2012.)

Osastolle neljä (4) potilas tulee joko päivystyksenä, osastosiirtona tai kutsuttuna kaikkina vuorokauden aikoina (Hoitajien perehdytyslehtinen 2012). Sisätautien vuodeosastolla 4A hoidetaan moniammatillisesti, asiantuntevasti ja potilaskeskeisesti muun muassa sydäninfarkti-, sydämen vajaatoiminta- ja rytmihäiriöpotilaita. Lisäksi osastolle tulee jatkohoitoon potilaita pääkaupunkiseudun sairaaloista, esimerkiksi sydämen ohitusleikkauksen, pallolaajennuksen tai tahdistimen laiton jälkeen. (Sisätautien vuodeosasto 4a.)

Medisiinisellä yhteisosastolla 4B hoidetaan erikoissairaanhoitoa tarvitsevia yleissisätauti-, keuhkosairaus- ja neurologisia potilaita. Suurin osa potilaista tulee osastolle päivystyspoliklinikan kautta. Potilaat tulevat osastolle hoitoon, tutkimuksiin ja kuntoutukseen sairaalan muilta poliklinikoilta tai osastoilta, pääkaupunkiseudun sairaaloista sekä alueen perusterveydenhuollon laitoksista. (Medisiininen yhteisosasto 4B.)

Yleisimmät sisätautisairaudet osastolla ovat diabetes, erilaiset infektiot, anemiat, syöpäsairaudet sekä alkoholin aiheuttamat haitat. Osastolla myös hoidetaan ja kuntoutetaan neurologisia potilaita, kuten esimerkiksi aivohalvauspotilaita. Yleisimmät keuhkosairaudet ovat astma, tupakoinnin aiheuttama keuhkoputkien ahtauma sekä keuhkosityöpä. (Medisiininen yhteisosasto 4B.)

Kuntouttavan hoitotyön merkitys osastolla on merkittävä ja se korostuu erityisesti neurologisten potilaiden kohdalla. Moniammatillisuus on hoidon kannalta ehdotonta, sillä potilaiden tarpeet ovat moninaiset aina perushoidosta jatkohoidon järjestämiseen. Omaisten huomioiminen, tukeminen ja ohjaaminen kuuluvat tärkeänä osana potilaan hyvään kokonaishoitoon. (Medisiininen yhteisosasto 4B.)

## 2.1 Kehittämisosaston hoidon kirjaaminen

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää medisiinisen yhteisosasto neljän (4) sähköistä raportointia yhtenäisemmäksi. Keskeinen tarkoitus on turvata riittävä tiedonsaanti vuorojen vaihtuessa, niin että taataan hoidon turvallinen jatkuminen, mutta raportointi olisi kuitenkin ajankäytöllisesti tehokasta. Raportointi on kehittynyt ja muuttunut sähköisen kirjaamisen aikana, mutta kehittämishanke on kuitenkin perusteltu ja hyödyllinen. Raportoinnin laatua kehitetään työyhteisön ja työryhmän yhteisen toiminnan kautta syksyyn 2014. Opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä osaston hoitotyön kirjaamiseen ja verrata käytännön kirjaamisen toteutumista 2014 ilmestyneeseen rakenteisen kirjaamisen ydinoppaaseen sekä kehittää osaston sähköisen raportointia yhtenäisemmäksi niin, että voidaan turvata laadukas ja turvallinen hoito vuorojen vaihtuessa.

Hus on tehty vuonna 2010 käsikirja laadukkaaseen kirjaamiseen. Käsikirjan tavoitteena on kuvata laadukas hoitotyön kirjaaminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä siirryttäessä paperisista dokumenteista sähköisen hoitokertomuksen käyttöön. Käsikirja kulkee potilaan hoitoprosessin mukaan huomioiden hoitotyön ydintiedot; hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Yliopistosairaaloiden moniammatillinen kirjaamisrungon mukaiseen kirjaamiseen perustuu hoitokertomuksen rakenteisuus. Tämä on askel kohti yhtenäistä potilaan hoidossa käytettävää hoitotyön kieltä, ja sen voi tallentaa kansalliseen arkistoon. (Junttila ym. 2010, 2-3.)

Hoitotyön yhteenveto kootaan potilaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön tiedoista, kuten hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulos sekä täydennetään tarvittaessa muilla tiedoilla (Junttila ym. 2010, 19). Yhteenvetoon yhdistetään kattava arviointi potilaan voinnista, jota verrataan tulotilanteeseen. Yhteenvettoa voidaan hyödyntää jatkohoitoaikassa ja seuraavilla hoitajaksoilla (Iivanainen & Syväoja 2008). Rakenteinen kirjaaminen helpottaa hoitotyön yhteenvetön tekemistä, koska tämän avulla tarvittavat tiedot löytyvät helposti potilaskertomuksesta ja ne ovat selkeästi luettavissa. Tulevaisuudessa loppuarvioon ei tarvitse kirjoittaa muualla koottua ja esitettyä tietoa, kuten lääkitys tai laboratoriotulokset vaan yhteenvedolle voidaan tuottaa linkki kyseiseen tietoon. (Junttila ym. 2010, 19.)

Rakenteisen kirjaamisen opas (2004) ja Hus:n käsikirja laadukkaaseen kirjaamiseen (2010) noudattavat hyvin pitkälti samoja vaiheita potilaskertomuksessa, kuten hoitoprosessin vaiheet ja hoitotyön prosessin vaiheet ovat samoilla rakenteilla. Potilastietojärjestelmä Mirandassa on kolme päänäköymää, jotka ovat esitiedot, keskeiset tiedot, johon tulee koko hoitajakson suunnitelma, ja hoitopäivä/-käynti, johon tulee päivittäisen hoidon suunnitelma ja toteutus. Hoitotyön yhteenveto kirjataan erikoisalanäkemykseen, kuten esimerkiksi ”sis”, ”kir” tai



”las”. Mirandan otsikkorakenteissa on huomioitu hyvin potilas ja hänen näkemys hoidosta sekä siinä tapahtuneissa muutoksissa.

**Miranda-potilastietojärjestelmän** hoitokertomukset jaetaan kolmeen suurempaan luokkaan, jotka ovat esitiedot, keskeiset tiedot ja hoitopäivä/-käynti. Ensimmäinen luokka on esitiedot, jossa kerrotaan tulohaastattelun tietoja. Esitietoihin kirjataan potilaan hoidon kannalta olennaiset taustatiedot, kuten aiemman sairaudet, aiemmat tutkimukset ja hoidot. Terveysteen vaikuttavia tekijöitä, kuten ruokavalio ja allergiat, tupakointi, päihteet, raskaus ja kuvaus potilaan liikkumisesta ja liikuntatottumuksista. Toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä arvioidaan tulotilanteessa fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen suoriutumisen suhteen. Elintoimintoihin kirjataan vitaalielintoiminnot, ravitsemustila, nestetasapaino, hygienia, eritystoiminta ja iho-/kudoseheys. Psykkiseen vointiin, kuvataan potilaan mielialaa, tunnereaktioita, orientoitumista, muistia, motivaatiota sitoutua hoitoon, noudattaa annettuja hoito- ohjeita ja hoitomyönteisyyttä tulotilanteessa. Potilaan elämäntilanteessa kuvataan elämäntilanne; perhe, ihmissuhteet, asuminen, työ, opiskelu, toimeentulo ja tukiverkostot. Potilaan ilmaisemat tietojen luovuttamiseen liittyvät rajoitukset tulee kirjata selkeästi. Esitietoihin voi kirjata myös muita hoitoon vaikuttavia tekijöitä, kuten vakuutukset tai esimerkiksi potilaan ja henkilökunnan turvallisuuteen liittyviä asioita. (Junttila ym. 2011, 1-4.)

Toinen luokka on keskeiset tiedot, johon kirjataan potilaan koko hoidon moniammatillinen suunnitelma. Hoidon ja/tai kuntoutuksen suunnitteluun kuuluvat toimintakykyyn vaikuttavat tekijät, elintoiminnot, psyykkinen vointi, potilaan elämäntilanne, potilaan/läheisen odotukset ja näkemykset, lähettävän tahon odotukset. Näissä edellä mainituissa osa-alueissa kar- toitetaan ja luodaan potilaan tarve, tavoite ja suunnitellaan toimet tavoitteen saavuttami- seksi. Keskeisiin tietoihin kirjataan myös Hoito ja kuntoutussopimukset sekä hoidon kannalta keskeisten potilaalle tehtyjen todistuksen ja lausuntojen merkinnät. (Junttila ym. 2011, 4-5.)

Kolmas luokka on hoitopäivä/-käynti, johon kirjataan potilaan päivittäisen hoidon suunnitel- ma, toteutus ja arviointi. Päivittäisen hoidon suunnitteluun kuuluvat toimintakykyyn vaikutta- vat tekijät, elintoiminnot, vitaalielintoiminnot, ravitsemustila, nestetasapaino, hygienia ja eritystoiminta, iho/kudoseheys, psyykkinen vointi, potilaan elämäntilanne, lääkehoidon to- teuttaminen ja vaikuttavuus sekä erityishuomiot. Edellä mainittujen osa kokonaisuuksien avulla suunnitellaan tämän hetken tarve, tavoite ja toiminto eli miten toteutetaan. Päivi- ttäiseen hoidon toteutukseen kirjataan hoidon poikkeamasta, kuten toimenpiteisiin johtavat poikkeamat, sairaalainfektiot, putoamiset ja kaatumiset ja painehaavaumat sekä jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot. (Junttila ym. 2011, 6-13.)

**Rafaela™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän** sisältämien mittareiden avulla voidaan määrittää kunkin potilaan toteutunut hoitotyön määrä. Hoitoisuuden kirjaaminen tapahtuu hoitoisuusluokitusmittarin avulla suoraan tietojärjestelmään kuudelta eri osa-alueelta. Hoitoisuusluokitusmittareita on kehitetty eri hoitotyön ympäristöihin. (Rafaela™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä 2013.)

Järjestelmä tuottaa tietoa toteutuneen hoitotyön määrän lisäksi, tiedon hoitotyöhön käytettävästä hoitajaresurssista. Järjestelmä laskee hoitajan keskimääräisen työn määrän kunakin päivänä eli niin kutsutun hoitoisuus hoitajaa kohden-arvon. PAONCIL-mittarin avulla voidaan selvittää optimaalinen työmäärä hoitajaa kohti. Tällaisessa optimaalisessa tilanteessa hoitohenkilökunta on käytössä tehokkaasti, asiakkaat saavat hyvää hoitoa ja hoitohenkilökunta jaksaa tehdä työnsä hyvin. Kerran hoitoisuusjaksossa (vuorokausi/työvuoro) kaikki yksikköön sisään kirjatut asiakkaat luokitellaan hoitoisuusluokitusmittarilla. (Rafaela™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä 2013; Haapakoski & Moisander 2001, 36.)

## 2.2 Five Stars partnership -hanke

Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Lohjan sairaalan medisiinisen yhteisosasto neljän (4) ja Laurea Lohja yhteistä Five Star partnership -hanketta. Hanke muodostuu peräkkäisistä osahankkeista, jotka muodostavat kokonaisuuden, jossa edellinen on valmistautumista seuraavaan ja seuraavassa tuetaan edellisessä vaiheessa toteutunutta. (Nordplus Horizontal 2013.)

Hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista kehitettiin vuotena 2010-2011. Asiakkaan näkökulmasta kirjaamista kehitettiin vuotena 2011-2012. 2012-2013 tuotetaan yhteistyöhankkeena ProStars sähköisten palveluiden kehittämisen valmisteleva osuus, joka kuuluu kansainväliseen FiveStars yhteistyöhankkeeseen 2013-2014. Hankkeen aikana tuotettu useita opinnäytetöitä yksiköiden kehittämiskohteista. Hankkeen tarkoituksena on valmistella sähköisten palvelujen (e-palvelut) käyttöönottoa ja sähköiseen asiointiin soveltuvien potilaslähtöisten palvelumuu- tojen kehittämistyötä Lohjan sairaalan eri yksiköissä. (Nordplus Horizontal 2013.)

Hankkeen hyötynä potilaille tarjotaan mahdollisuutta saada palvelua myös sähköisesti. Potilas saa tietoa hoitoon tai sairauteen liittyen tai omalla äidinkielellä ohjausta. Hoitohenkilökunnan etuna tulee olemaan se, että he oppivat käyttämään sähköisiä palveluita ja-kanavia potilaan hoidossa. Näiden avulla kasvaa henkilökunnan kehittämisosaaminen ja parannetaan kansainvälistä yhteistyötä. Hanke tuo mahdollisuuksia eri sidosryhmille. Sähköisiä palveluja tuotetaan tulevaisuudessa potilaan lähtökohdista suunniteltuna. Hoitohenkilökunta saa valmiudet hyödyntää sähköisiä menetelmiä potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja ar-

vioinnissa. Käyttökelpoiset sähköiset menetelmät sujuvoittavat toimintaa ja edistävät taloudellisuutta. (Nordplus Horizontal 2013.)

### 2.3 Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyössä perehdytään vuodeosastojen sähköisen raportoinnin kehittämiseen. Keskeisiä käsitteitä työssä ovat hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön raportointi, suullinen raportointi, hiljainen raportointi ja juurruttaminen.

**Hoitotyön kirjaamisessa** tietojärjestelmän optimaalinen hyödyntäminen edellyttää kirjaamisen menetelmien ja käytännön toimintamallien kehittämistä. Kaikki, jotka osallistuvat potilaan hoitoon voivat suorittaa kirjaamista. Eri ammattiryhmien näkökulmat potilaan hoitoon tuovat useita erilaisia tapoja hoidon kirjaamiseen. Hoitotyön kirjaamisen ja sähköisen dokumentoinnin tavoitteena on se, että tieto kirjataan yhden kerran siellä, missä se syntyy, jonka jälkeen se on kaikkien käytettävissä. Tiedot kumuloituvat potilastiedoksi ja tietokannaksi. Eri ammattiryhmien työttä tieto löytyy samasta ja on kaikkien hoitoon osallistuvien käytössä viiveettä. Tämä mahdollistaa viestinnän, tiedonkulun ja sujuvien palvelukokonaisuuksien kehittämisen. (Tanttu 2008, 149.)

**Hoitotyön raportointi** on keino, jolla turvataan potilaan hoidon jatkuvuus. Raportilla saadaan hoitotyössä tietoa päättyneen vuoron aikana potilaiden voinnissa ja hoitamisessa tapahtuneista asioista. Raportilla varmistetaan potilaan hoidon jatkuvuus ja turvallisuus hoitosuunnitelman mukaisesti vuorojen vaihtuessa. **Suullinen raportointi** sisältää asiat, joista hoitaja raportoi suullisesti seuraavan vuoron hoitajalle. **Hiljainen raportointi** tarkoittaa niitä asioita, joita vuoron aloittava hoitaja voi itsenäisesti käydä katsomassa tietokoneelta suullisen raportoinnin jälkeen. Raporttien sisältö perustuu sairaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin. (Lamond 2000, 794; Ruuskanen 2007, 13-14; Henttonen, Ojala, Rautava-Nurmi, Vuorinen & Westergård 2012, 52.)

**Juuruttamisessa** tieto nähdään kahdenlaisena: hiljaisena ja tutkimustietona. Toiminnassa oleva kokemuksellinen tieto on hiljaista tietoa (tacit knowledge). Tämä tieto on yhteyteen sidottua, yksilön ja yhteisön tietoa siitä, miten kussakin toimintaympäristössä toimitaan. Näkyvä, luettavissa oleva tieto on tutkimustietoa (explicit knowledge). Juurruttamisessa uuden tiedon tuottaminen tapahtuu näiden kahden tiedon vertailussa ja yhdistämisessä. Työyhteisöissä juurruttaminen tapahtuu opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan välisenä toimintana jota työryhmä, työyhteisön esimies ja ohjaava opettaja edistävät. Työryhmä, joka

kehittämistä edistää koostuu ammattikorkeakoulun opiskelijoista sekä työyhteisön valitsemista jäsenistä. Työ-yhteisön toiminnassa muutoksen aikaansaaminen edellyttää aktiivista työskentelyä sen jäseniltä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012, 20.)

### 3 Teoreettinen tietoperusta

Joka neljäs vuosi valtioneuvos vahvistaa sosiaali-terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste). Kaste-ohjelma tarttuu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistustarpeisiin, jotka pohjautuvat asiantuntijoiden ja kansalaisten tarpeisiin. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä se, että sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut ovat järjestetty asiakaslähtöisesti, ovat kaste-ohjelman tavoitteena. Koko väestötasolla painopistettä siirretään ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.)

”THL on yhteistyössä eri tahojen kanssa laatinut yhtenäisen tietorakenteen terveys- ja hoitosuunnitelmalle sekä ohjeistuksen selventämään sen käyttöä. Niiden avulla tietojärjestelmiä on mahdollista hyödyntää hoidon toteutuksessa. Suunnitelmaan kootaan kaikkien potilaan hoidon kannalta olennaisten terveysongelmien hoitoa koskevat tiedot. Eri palvelujen antajat käyttävät ja päivittävät samaa suunnitelmaa. Suunnitelma liitetään tietojärjestelmiin vuoteen 2014 mennessä.” (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012, 60.)

Uusi terveydenhuoltolaki koskee myös hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelmasta on koottu yhteinen kansallinen sisällönmäärittely, jonka käyttö helpottaa hoidon suunnittelua. Kaikilla kuntalaisilla on oikeus julkiseen perusterveydenhuoltoon väliaikaisen oleskelun aikana toisella paikkakunnalla. Se edellyttää omassa terveyskeskuksessa laadittua hoitosuunnitelmaa. Potilas voi itse huolehtia hoitosuunnitelmansa toimittamisesta seuraavaan hoitopaikkaan. Tämä edellyttää omassa terveyskeskuksessa laadittua hoitosuunnitelmaa. (Hoitosuunnitelma 2014.)

Hoitosuunnitelma on kirjallinen hoitotyön ja lääketieteellisen hoidon ohjelma, joka suunnitellaan yksilöllisesti kullekin potilaalle. Hoitosuunnitelmaan kootaan kaikki potilaan keskeiset terveysongelmat riippumatta siitä, missä yksiköissä hoidot toteutetaan. Suunnitelma on potilasasiakirja, joka on potilaskertomuksen osa. Sähköisiä potilastietojärjestelmiä käyttävissä yksiköissä suunnitelma muodostetaan potilastietojärjestelmässä. Suunnitelma arkistoidaan alkuun paikalliseen tai alueelliseen potilastietojärjestelmään, myöhemmin myös KanTa-arkistoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 60.)

1.7.2007 astui voimaan laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Lain tarkoituksena on edistää asiakastietojen turvallista käsittelyä ja asiakkaan tiedonsaantia omista tiedoistaan ja niiden käsittelyyn liittyvistä lokitiedoista. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjiksi on kaikkien terveydenhuollossa julkisen sektorin palvelun antajien liityttävä. Jos yksityiset terveydenhuollon palvelujen tuottajat haluavat arkistoida potilastiedot sähköisesti, tulee heidän liittyä tietojärjestelmään. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2013; Salo 2007, 15-19.)

Sosiaalihuoltoa tai terveydenhuoltoa järjestäessä lakia sovelletaan julkisten ja yksityisten sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluihin. Lakiin sisältyvä uudistus edellyttää valtakunnallisen keskitetyn potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmän luomista.

Kansaneläkelaitos hoitaa arkistointipalvelua, johon jokaisen rekisterinpitäjän potilasrekisterit ovat arkistoitu rekisteripitäjäkohtaisesti. Keskitetyn järjestelmän kautta tietoturva pystytään hoitamaan yhtenäisesti. Rekisterinpitäjät ovat edelleen vastuussa potilasrekisterien tietosisällöstä ja sen käsittelystä. Arkistopalvelussa olevia tietoja voidaan käyttää terveydenhuollon palveluntuottaja voi potilaan suostumuksella tai lain säännöksen nojalla käyttää tietoa ja oman yksikön tietojen lisäksi. Potilas voi peruuttaa hakutietojen luovutuskiellon tai tehdä siihen muutoksia. Kiellon sekä sen muutoksen tai peruutuksen tulee olla allekirjoitettu omakätisesti tai sähköisesti. Potilaalla on oikeus kieltää hakutietojensa luovutus tietyn terveydenhuollon palvelujen antajan tai potilasrekisterin osalta, sekä yksittäisen palvelutapahtuman tai palvelukokonaisuuden osalta. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2013; Salo 2007, 13-19.) Lisäksi potilasasiakirjoista on säädetty Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoja koskevassa asetuksessa 30.3.2009/298, jota sovelletaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävien asiakirjojen laatimiseen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298).

Kansainvälisesti on huomattu, että Suomen hyvä tilanne terveydenhuollon sähköisessä tiedonhallinnassa. Syyskuussa ilmestyneen ITIFin (The Information Technology & Innovation Foundation) maailmanlaajuisen terveydenhuollon IT-kehitystä analysoineen raportin mukaan Suomi on maailman johtava maa Tanskan ja Ruotsin ohella terveydenhuollon sähköisessä tiedonhallinnassa, erityisesti sähköisen tiedonhallinnan kattavuuden ja kansallisen ohjauksen osalta. Raportissa on pidetty menestyksen salaisuutena Suomen lainsäädäntöä, valitsemiamme standardeja sekä eri toimijoiden työryhmä- ja sidosryhmätyöskentelyä. (eArkisto ja eResepti parantavat potilastiedon käytettävyyttä hoidossa 2014.)

### 3.1 Potilaan hoidon ja kirjaamisen normeja

Sairaalaosastolle tullessaan ihminen määritellään potilaaksi, saa hän paikan potilaiden toimijaryhmässä ja samalla aseman, joka ei ole täysin yksilön vapaasti valittavissa. Potiluus asettaa rajat ja raamit, joiden puitteissa ihmiset asettuvat potilaiksi (Lämsä 2013, 17-18). Oikeudelliset periaatteet, joiden mukaan potilaita on kohdeltava, määritellään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Kun potilas asioi terveydenhuollon henkilöstön kanssa, hänellä on oikeus hyvään, kunnioitettavaan ja asialliseen kohteluun. Potilasta on kohdeltava loukkaamatta hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään. Potilaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri tulee ottaa huomioon mahdollisuuksien mukaan. Lapsipotilaita hoidettaessa otetaan huomioon myös muun perheen tarpeet. (Oikeus hyvään kohteluun 2013.)

Sairaalaosasto on usein potilaalle uusi ympäristö, jonka ihmiset, fyysiset tilat ja toiminta tuntuvat vierailta. Jatkuvan katsomisen, puhumisen, koskettamisen ja kuuntelemisen kohteeksi ihminen joutuu sairaalassa. Hänet luodaan lääketieteen objektiksi. Sairaalaan saapuessaan potilas luopuu oikeudestaan päättää, mikä häntä vaivaa ja joutuu hyväksymään lääketieteellisen näkemyksen taudistaan ja hoidostaan. Antropologisin termein liminaaltilaksi on kuvattu sairaalaan tuloa, jossa potilas riisutaan tavallisesta arjestaan. Arjesta riisuminen tapahtuu fyysisen eron lisäksi, erottamalla ihminen hänen normaaleista sosiaalisista suhteistaan. Sairaalassa potilas saa uudenlaisen roolin, joka eroaa hänen arkiminästäään. Hänellä on lupa keskittyä itseensä ja paranemiseensa ja olla passiivinen. (Lämsä 2013, 49.)

Potilaan aikaisemmasta selviytymisestä tarvitaan lisätietoja, koska potilaan toivomukset ja odotukset eivät aina tule esille tulohaastattelun yhteydessä. Näissä tapauksissa on yhteistyö omaisten ja aikaisempien hoidontajien kanssa ensiarvoista. (Hus, Hoitajan perehdytys lehtinen 2012.) Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa tähän käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa on potilaalla oikeus saada. Hoidon on oltava sekä objektiivisesti että subjektiivisesti hyvää. Lääketieteellisesti perusteltu ja näyttöön perustuva hyvä hoito on objektiivista. Subjektiivinen hyvä hoito tarkoittaa potilaan kokemusta hyvästä hoidosta. (Oikeus hyvään hoitoon 2013.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) antaa potilaalle oikeuden hoitoon pääsyyn hoitotakuun mukaisessa ajassa ja ilmoitettuna ajankohtana. Potilaalla on oikeus käyttää suomen tai ruotsin kieltä, mahdollisuuksien mukaan muuta äidinkieltä. (Potilaan asema ja oikeudet 2013.)

Potilas luopuu osastolle tullessaan käyttämästään lääketieteellisestä teknologiasta, vaatteidensa ohella. Kotona omasta lääkityksestään huolehtineen potilaan toimijuus vähenee sairaalaosastolle tullessa niin, että lääkehoitoa hallinnoi vastedes osasto. Osastolla hoitajat huolehtivat potilaan kotilääkkeiden saannin oikeellisuudesta ja oikea-aikaisuudesta. Lääkkeiden ja vaatteiden ohella haltuunotto koskee myös terveyteen liittyviä teknologisia laitteita ja niiden käyttöä. Jokaisen aikuisen perustaitona pidetty kuumeen mittaaminen on

sairaalassa henkilökunnan hallinnoimaa, kuten myös viime vuosina kotikäyttöönkin levinnyt automaattinen verenpaineen mittaus. Lääketieteen teknologiaan liittyvät materiaalisuudet ja toimijuus siirtyvät sairaalalle potilaaksi tulon prosessissa. (Lämsä 2013, 18,53.) Potilaan ihmisarvon, yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen turvataan tiedonsaantioikeuden toteutumisella. Potilaan oikeus tiedonsaantiin on oleellinen osa potilaan ja häntä hoitavan terveydenhuollon henkilökunnan välistä luottamuksellista hoitosuhdetta. (Tiedonsaantioikeus 2014.)

Vuonna 2014 julkaistun rakenteisen kirjaamisen oppaan tavoitteena on esittää valtakunnallisesti yhtenäisten rakenteisten potilastietojen kirjaamista ja käyttöä potilastiedon kirjaajan tai käyttäjän näkökulmasta. Opas käsittää esittelyn potilaskertomuksen yhtenäisistä rakenteista, näkymistä, otsikoista ja hoitoprosessin vaiheistuksesta. Ensimmäinen tarkoitus rakenteiden kirjaamisen oppaalla on tukea ja ohjeistaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien terveydenhuollon ammattilaisten potilastietojen kirjaamista ja hoidollisten merkintöjen tekemistä mahdollisimman yhdenmukaisella tavalla potilaskohtaiseen potilaskertomukseen. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 4-13.)

Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden ja sähköisen potilaskertomuksen avulla ajantasaista tietoa voidaan hyödyntää lisäksi eri toimipaikoissa tai terveydenhuollon organisaatioissa. Potilaskertomuksissa käytettävien rakenteiden ja niiden käytön tulee olla valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja, eivätkä keskeiset potilastiedon rakenteet saisi poiketa toisistaan eri organisaatioissa, jolloin potilaskertomustietoa voidaan käyttää ja hyödyntää eri terveydenhuollon toimipaikoissa ja organisaatioissa riippumatta siitä, kuka tiedon on tuottanut. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa organisaatiotasolla palvelujen toteutumisen arvioinnin ja oman organisaation toiminnan ohjauksen aikaisempaa paremmin. Myös lakiperustaiset valvonta- ja seurantatehtävät helpottuvat. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 4-14.)

### 3.2 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön osaamisen ydinaluetta on kirjaaminen. Kun se hallitaan, toteutuu sekä potilaan että sairaanhoitajan oikeusturva. Hoitotietojen kirjaamisen etiikassa tulee tarkasteltavaksi sen tehtävä ja merkitys, eettiset periaatteet sekä inhimillisyyden sisällyttäminen kirjaamiseen. Sairaanhoitaja saa henkilökohtaista ja jopa arkaluonteista tietoa asiakkaasta ja potilaasta. Tiedon saaminen on luottamuksen osoitus ja joskus mahdollista vasta pitkäaikaisen hoitosuhteen jälkeen. Ennen kaikkea sairaanhoitaja huomioi potilaan tahdon, ja tämä näkyy myös kirjaamisessa. (Haho 2009.) Kirjaamisen arvioinnin tavoite on tuottaa tietoa hoidosta, sen laadusta, sujuvuudesta, resurssoinnista tai tuloksista. Potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksen arviointi, joka tarkoittaa hoitoprosessin arviointia on myös kirjaamisen arviointia. Samalla se on myös toiminnan arviointia, onko hoidolle asetetut tavoitteet saavutettu?

Miten ne ovat vaikuttaneet potilaan terveydentilaan? Kirjaamisen arviointi tuottaa tietoa hoitotyön kehittämiseen ja toiminnan muutoksen perusteita. (Ensio & Saranto 2007, 123.)

Kaikki, jotka osallistuvat potilaan hoitoon voivat suorittaa kirjaamista. Eri ammattiryhmien näkökulmat potilaan hoitoon tuovat useita erilaisia tapoja hoidon kirjaamiseen. Tällainen joutaa helposti pirstaleiseen kirjaamiseen, eivätkä eri ammattiryhmät hyödynnä tarpeeksi potilaan kokonaishoidon kannalta tärkeitä kirjauksia silloin, kun toisen ammattiryhmän edustaja on tuottanut ne. Eri ammattiryhmien edustajat voivat tehdä päällekkäisiä merkintöjä samasta havainnoinnista tai tutkimustuloksesta. Myös saman ammattiryhmän sisällä esiintyy koordinoimatonta kirjaamista. (Ensio & Häyrinen 2008, 72.)

Potilaalla on oikeus saada kirjatuksi se, mitä hän pitää tärkeänä ja miten haluaa tulla hoidetuksi, sekä oikeus siihen, että kirjaaminen perustuu hänen yksilölliseen tilanteeseensa. Potilaan näkemys ja kokemus ovat tavoitteena, jotta saadaan hoidon sisältö mahdollisimman monipuolisesti kuvattua. Potilaalla on oikeus omiin ratkaisuihinsa ja hänellä on oikeus vaikuttaa siihen, mitä hänestä kirjoitetaan, sekä oikeus saada kirjatuksi se, minkä hän kokee tärkeäksi ja miten hän haluaa tulla hoidetuksi. Yksilölliseen tilanteeseen perustuvat hoito ja sen kirjaaminen ovat potilaan oikeus. Hoitoa tulisi arvioida yhdessä potilaan kanssa jatkuvasti hoidon kuluessa ja hoidon päättyessä. Potilaan omalla arviolla voimavaroistaan ja selviytymisistään on tärkeä merkitys myös hoitamisen ja hoitotyön yhteenvedon laadinnassa ja jatkohoidon suunnittelussa. (Kärkkäinen 2007, 89-94.)

Potilaan kokonaishoidossa on oleellista kirjaamisen merkitys, koska sen avulla luodaan edellytykset hoidon etenemiselle ja turvataan jatkuvuus. Selkeys ja loogisuus lisäävät kirjaamisen laatua. Tiedon kirjaaminen edellyttää paitsi kokonaisen käsitteemaailman hallintaa, kuin myös abstraktimpaa ymmärrystä siitä, miten eri lähteistä syntyneet tiedot ovat mahdollista yhdistää toisiinsa. Kirjaaminen, joka tapahtuu käytännön hoitotyössä, tukee yksittäisen hoitajan päätöksentekoa ja siinä erityisesti tiedon hallintaa ja käsittelyä. Kirjaamiskäytäntöä ohjaavat hoitajan eettiset velvoitteet, lainsäädäntö ja normisto. (Lento 2007, 6-7.) Hoitotyön kirjaamisen ja kirjaamistoiminnan toteutuksen tulisi moniammatillisuuden näkökulmasta tukea hoitohenkilökunnan ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten keskinäistä tiedonvaihtoa, päätöksentekoa ja työnjakoa tarkoituksenmukaisella tavalla. (Nykänen & Junntila 2012.)

### 3.3 Rakenteinen kirjaaminen sähköisesti

Elektronisen tietojärjestelmän käyttöoikeudet on aina rajattu potilaan yksityisyyden turvaamiseksi. Asiantuntijat, jotka osallistuvat potilaan hoitoon käyttävät kertomusjärjestelmää potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen ja



seurantaan käyttöoikeuksien mukaan. Työtehtävien ja toimintayksiköiden mukaan oikeuksia rajataan. Fyysiset esteet poistuvat elektronisen järjestelmän avulla, koska hoitotietoja voi lukea ja kirjata monessa paikassa. Mobiilitekniikan ansiosta, voidaan esimerkiksi hoitopäätökset kirjata suoraan potilaskertomukseen lääkärin kierron aikana, kuten myös päivittää lääkitystiedot ja kirjata hoitomääräykset. Käytännössä potilasasiakirjojen käsittely vuoteen vierellä voi nopeuttaa potilaan kotiuttamista. (Ensio & Saranto 2004, 14.)

Terveystieteiden elektronisessa järjestelmässä ei ole vielä mahdollista, että potilaat osallistuvat omien hoitotietojensa kirjaamiseen. Mobiilitekniikka on kuitenkin mahdollistanut sen, että potilaat voivat lukea hoitotietojaan sekä kotona, että hoito-organisaatiossa asiantuntijan kanssa. Moniammatillisten työryhmien välinen viestintä helpottuu elektronisten tietojärjestelmien avulla, koska potilaskertomusjärjestelmän sisällä on mahdollista lähettää ohjeita tai konsultoida potilaan tilasta muita hoitoon osallistuvia asiantuntijoita. (Ensio & Saranto 2004, 15.) Sähköisen kirjaamisen yleistymisen uskotaan vaikuttavan kirjaamisen laadun tarkkailuun ja laadun parantamiseen. Viime kädessä sähköisen kirjaamisen laatuun vaikuttavat kuitenkin aina hoitajan yksilölliset taidot ja tiedot sekä se, miten hän luokitellusta ja rakenteisesta tiedosta, tiedonpalasista, hahmottaa potilaan kulloisessakin hoitotilanteessa vaadittavan kokonaisuuden. (Lento 2007, 7.)

Laineen (2008) pro gradu -tutkimuksessa ”rakenteisen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana”, kuvaa hoitohenkilöstön kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta sekä ohjauksen ja tuen saamisesta. Tutkimuksessa selvitettiin myöskin, millaista tuen tarvetta ja ohjausta hoitohenkilöstö tarvitsee tulevaisuudessa rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta. Tutkimuksen mukaan kirjaaminen ja sen sisäistämisen oppiminen tuotti alussa ongelmia. Hoitajien mielestä kirjaamistavat ja luokitusten käyttö vaihtelivat. Tästä johtuen heidän mielestä kirjaaminen oli vaikeaa ja hoidon kokonaisuutta oli myös vaikea havaita tiedon lokeroinnin vuoksi, tietoa oli vaikea etsiä ja löytää. Tahän toivottiin yhtenäistä käytäntöä ja lisää koulutusta. Myös komponenttien paljous ja päällekkäisyys koettiin negatiivisena. Positiivisena koettiin vapaan kentän lisäluokitusten käyttöä kirjoittamiseen. Rakenteisen kirjaamisen ydintiedot tulivat kuitenkin selkeästi esiin.

Tietokoneiden vähyys ja sähköisen tietojärjestelmäohjelman hitaus koettiin aluksi ongelmalliseksi, mutta hoitajat kokivat hyvänä sen, että sähköinen järjestelmä lisäsi tietoteknillistä turvallisuutta, sillä nyt tiedot olivat helposti ja selkeästi luettavissa ilman käsialaongelmaa ja ne näkyivät reaaliaikaisesti hoitajan tunnistetietojen kera. Myönteisenä koettiin se, että perusteellinen ja tarkempi kirjaaminen loi pohjan hoitotyölle ja toisille työvuoroon tuleville hoitajille. (Laine 2008.)

Elektronisen kertomusjärjestelmän muodostavat hoitotiedot, jotka tukevat asiakas- ja potilaslähtöistä hoitoa sekä moniammatillista yhteistyötä ja turvaavat hoidon jatkuvuutta. Digitaalisen potilasasiakirjan kokonaisuus muodostuu monenlaisista, monella tapaa kerätyistä ja useaan tarkoitukseen hyödynnettävistä hoitotiedoista. (Ensio & Saranto 2004, 13.) Potilaan hoidon ja oikeusturvan on tarkoitus parantua jatkuvan potilaskertomuksen avulla, koska sähköiset potilastietojärjestelmät eivät kahlitse hoitopaikan valintaa vaan lisäävät valinnanvapautta, näin ollen myös potilas saa helposti itseään koskevat tiedot. Eettisesti tulee arvioida monesta näkökulmasta yhtenäistä elinikäistä sairaskertomusta ennen sen toteutumista, koska koko elämän käsittävä kirjausjärjestelmä voi olla haitta, joka luokittelee, leimaa tai aiheuttaa vääriä tulkintoja ihmisestä. Potilaan kannalta on hyvä asia, että arvioidaan eettisesti tietojen siirtyminen hoitojärjestelmästä toiseen, koska se edistää terveyttä, ehkäisee sairauksia ja tehostaa sairauksien hoitamista. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2010.)

Ikonen (2007) selvitti pro gradu -tutkimuksessa ”hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen” hoitohenkilökunnan valmiuksia elektroniseen kirjaamiseen. Tutkimus tehtiin kyselylomakkeilla, joissa hoitajat n = 438 arvioivat omia tietoteknisiä valmiuksiaan. Tuloksien mukaan kolmannes hoitajista piti omaa tietoteknistä osaamistaan hyvänä ja viidennes huonona. Esteenä tietotekniikka nähtiin aikaa vievänä ja käyttäjien tietoteknisen osaamisen rajallisuutta.

Virolaisen (2006) pro gradu -tutkimuksessa ”Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa” tuodaan esille hoitohenkilöstön näkemyksiä elektronisesta kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kysely tehtiin lomakkeilla, joissa hoitajat n = 159 arvioivat itseään. Kirjaamisen laadun arvioon vaikuttivat vastaajan ikä, koulutus, työpaikat ja valmistumisvuosi. Esimiehen ja työkavereiden tuki koettiin tärkeänä sähköisessä kirjaamisessa.

Potilasasiakirjoja käsittelevän henkilökunnan ohjaamisesta asianmukaisesti menettelytapoihin kuuluu rekisterinpitäjän velvollisuuteen. Toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan on annettava kirjallinen ohjeistus potilastietojen käsittelyyn liittyvistä asioista ja menettelytavoista omassa yksikössään. Hoitotyön koulutuksen saaneita ohjaavat oman ammattikuntansa eettiset ohjeet, hyvän hoidon periaatteet ja sisäistynyt professionaalinen hoitotyö, jotka ohjaavat hoitotyön kirjaamista. Hoitotyön kirjaamisella on eri tarkoituksia potilasturvallisuuden ja hoitotyöntekijöiden oikeusturvan parantamiseen. Hoitotyön suunnitelman käyttö lisää mahdollisesti myös työmotivaatiota ja vähentää kustannuksia. (Hallila 2005, 21-32.)

Potilaan näkökulmasta sähköisen potilaskertomuksen rakenteisuus parantaa hoidon laatua, ja se auttaa noudattamaan hoitosuosituksia, koska potilaan tiedot ovat aiempaa laadukkaampia,

paremmin saatavissa ja löydettävissä. Tulevaisuudessa Potilaan osallistuminen tulevaisuudessa sähköisen asiointin avulla tietojen tuottamiseen voi sekä voimaannuttaa potilasta ja parantaa hoitoprosessin joustavuutta potilaan näkökulmasta että lisätä terveydenhuollon tuottavuutta. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 12.)

Tilanteissa, joissa potilaalla on pitkäaikaissairaus, useita eri sairauksia tai paljon hoitokertoja (esim. yli 10 käyntikertaa vuodessa), on terveydenhuoltolaissa korostettu perusterveydenhuollon velvollisuutta sovittaa yhteen hoidon kokonaisuus. Terveydenhuoltolaki velvoittaa tässä tarkoituksessa laatimaan potilaalle tarvittaessa hoito- ja kuntoutussuunnitelman kiireettömässä hoidossa. Tarkoituksena on, että suunnitelman pohjalta potilaan hoitoa voidaan toteuttaa muuallakin kuin potilaan omassa terveystieteessä. Potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa laaditaan yhdessä suunnitelma. Olennaista on, että potilas- ja tarvittaessa hänen läheistensä sitoutuu suunnitelmaan, jonka yksi keskeinen tarkoitus on tukea potilaan omahoitoa. Tarkoituksena on, että luodaan toimintatapa, jossa potilas on itse aktiivisesti mukana suunnittelemassa hoitoa ja asettamassa sen tavoitteita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 60.)

Potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa tiedolla on suuri merkitys. Potilastietojen hallinta on kehittynyt terveydenhuollossa laajaksi järjestelmäksi (systemiksi), johon kuuluvat tietojen tuottaminen, säilyttäminen ja jakamiseen tarvittavat välineet, menettelytavat ja ohjeet sekä ihmiset toimijoina. Potilaan päivittäisen hoidon kannalta kirjatulla tiedolla on suuri merkitys. Hoitotietoja tarvitsevien tulee saada oleelliset tiedot viiveettä. Kirjaamisen yhdenmukaisuudella ja rakenteisuudella hyväksi käyttäen tämä on mahdollista. (Saranto & Sonninen 2008, 12.) Jäsentämällä eli rakentamalla voidaan lisätä systemaattista kirjaamista. Hoitotyön kirjaamisessa rakentaminen tarkoittaa sekä kirjaamisen rakenteen että sisällön kehittämistä. On tärkeää kehittää kirjaamisen sisällön jäsentämistä ja edistää sellaisten termistöjen käyttöä, jotka kuvaavat mielekkäästi hoitotoimintaa ja jotka tekevät mahdolliseksi tiedon jatkokäytön. (Sonninen 2008, 66.)

### 3.4 Sähköinen potilastietojärjestelmä

Eri organisaatiot, jotka vastaavat terveydenhuollosta, ovat verkostoitumassa keskenään, koska verkostoitumalla voidaan tehostaa yhteistyötä, tiedonvaihtoa ja hoitoprosesseja ja siten hoitaa potilaita entistä laadukkaammin. Kansallisen terveyshankkeen strategian tavoitteena oli tukea verkostoitumista ja alueellista yhteistyötä muun muassa toteuttamalla sähköinen potilaskertomus, joka on valtakunnallisesti yhdenmukainen ja yhteistoiminnallinen. Kansallisen terveyshankkeen tavoitteena oli, että sähköisen potilaskertomuksen käytössä hyödynnetään Duodecimin käypä hoito -suosituksia ja muita näyttöön perustuvia hoitosuosituksia, jotka perustuvat monipuolisia ja integroituja hakusovelluksia sisältäviä

päätöksentukijärjestelmiä potilastietojärjestelmiin ja ovat käytettävissä hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Ohjelmistoja, joiden avulla tietoa pystytään entistä paremmin käyttämään päätöksenteon tukena, tulee myös kehittää. (Hartikainen ym. 2011, 10-11.)

Hartikaisen pro gradu -tutkimuksessa (2008) ”sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilastietojärjestelmäntuomista muutoksista työtoimintaan”, tutkittiin teemahaastattelun avulla, minkälaisia muutoksia sähköinen potilastietojärjestelmä on tuonut Kuopion yliopistollisen sairaalan operatiivisten alojen sairaanhoitajien työhön. Sairaanhoitajat kokivat, että ohjelma haittaa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta, jonka vuoksi tietokonetta ei käytetty tulovaiheessa esitietojen kirjaamiseen. Hoitajat kokivat myös epävarmuutta tietokoneen käytössä. Kannettavaa tietokonetta ei ole totuttu käyttämään, osittain tietokoneen hitauden vuoksi ja langattoman verkko-ongelman vuoksi. Tietokoneelta potilastietojen selaaminen koettiin hitaammaksi, koska tieto on enemmän hajallaan. Tutkimuksen mukaan sähköisen potilaskertomuksen käyttöönoton jälkeen yhä useammat lääkärit kirjaavat määräyksiään itse lääkärinkierrolla ja tämä koetaan sairaanhoitajien mielestä hyvänä asiana.

Valtakunnallisiin sähköisen potilaskertomuksen määrittelyihin ja toimeenpanosuositukseen perustuu hoitotyön sähköinen kirjaaminen. Hoitopäätöksien tekemistä helpottaa kun hoitotyön kirjaamisessa kerätään tietoa potilaasta, joka jäsennetään tarkoituksen mukaisella tavalla. (Ahonen ym. 2007, 183.) Sähköisen potilaskertomuksen avulla saadaan uusia entistä tehokkaampia työkaluja tiedon tuottamiseen ja hyödyntämiseen. Potilaan suostumuksella eri palvelun antajat voivat hyödyntää toistensa tuottamia potilasasiakirjoja kansallisesta arkistosta. Jotta eri järjestelmät pystyisivät hyödyntämään toistensa tuottamaa tietoa, niiden on sitouduttava sekä tuottamaan että hyödyntämään yhteisesti sovittua kertomusrakennetta ja sisältömäärittelyjä, luokituksia ja sanasto. (Hartikainen ym. 2011, 11.)

Elektroninen potilaskertomus perustuu vahvasti rakenteiseen tietoon, jonka avulla tiedon käsittely helpottuu ja uudelleen käytön mahdollisuus laajentuu. Elektroninen potilaskertomus toteutuu erilaisina näkyminä, joille kirjataan tietoa vaihteittain otsikoita käyttäen. (Ensio 2008, 96.) Tietojärjestelmä toimii tietojen yhdistelemisen välineenä, mutta hoitajan tehtäväksi jää kuitenkin kertoa järjestelmälle se, mitä hän tarvitsee (Lento 2007, 7). ”Potilastietojärjestelmien perustarkoitus on tuottaa tietoa potilaan hoidosta” (Ensio & Saranto 2004, 18). Päivittäisen työn apuvälineenä elektroninen eli sähköisen potilaskertomuksen käyttö, hoidon suunnittelussa ja toteuttamisen dokumentoinnissa, asettaa hoitajan täysin uusien haasteiden eteen (Lento 2007, 6).

Sähköisen potilaskertomuksen käytössä on yleisesti kysymys tiedon ja informaation välittämisestä, käsittelyn ja hallinnan muutoksesta aiempaan, paperiseen maailmaan verrattuna (Ensio & Saranto 2004). Hoitajalle joka on tottunut kirjaamaan potilaansa hoitoon ja vointiin liittyviä tietoja paperimuotoisiin potilasasiakirjoihin, voi sähköinen, rakenteinen ja luokiteltu tieto jo pelkästään käsitteenä tuntua vieraalta (Lento 2007, 6-7). Työnantajan tulee huolehtia, että työntekijät saavat tietojärjestelmien käytössä tarvittavat valmiudet ja pitävät niitä yllä, kun järjestelmien käyttö laajenee. Tällä voidaan ehkäistä turhia ennakkoluuloja tietotekniikkaa kohtaan, edistää myönteistä asennoitumista ja vahvistaa järjestelmän käyttöturvallisuutta. (Ensio & Saranto 2004, 15.)

Lääkärilehden artikkelissa (36/2013) Aho ym. kertoo, että nyt kun sähköiset järjestelmät kattavat koko julkisen terveydenhuollon, voisi olettaa tiedonkulun erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksiin parantuneen. Vaikka tietoa siirretään yhä enemmän sähköisesti, niin silti potilaan hoidon kannalta välttämättömät tiedot eivät löytyneet vuonna 2010 yhtään paremmin kuin vuonna 2003, näin ollen Tiedonkulun ongelmat eivät ole vähentyneet. Potilastietojärjestelmien toiminnassa on puutteita, joita käyttäjät eivät pysty paikkaamaan. Potilastietojärjestelmät toimivat niin tietovarastoina kuin myös tiedonvälitysmekanismina. Eri organisaatioiden välinen potilasta koskeva viestintä perustuu näihin järjestelmiin kirjattuun tietoon. On haasteellista luoda järjestelmä, joka toimii hyvin sekä tiedon keruun että tiedon hakemisen näkökulmasta, mutta joka samalla mahdollistaa joustavan ja helpon tiedonvälityksen organisaatioiden kesken. Käyttäjien toiveita ja tarpeita ei ole otettu tietojärjestelmissä huomioon.

### 3.5 Sähköinen asiointi osana potilastietojärjestelmää

Sähköisellä asiointilla tarkoitetaan tuotteen tai tiedon käsittelyä tietoverkossa (Kansallisarkisto 2005). Sähköinen asiointi on viime vuosina tullut luonnolliseksi osaksi ihmisten elämää riippuen hänen roolistaan kansalaisena (Tietoyhteiskuntaneuvosto 2005, 52-53; Bauman 2013, 10). Sähköinen asiointi terveydenhuollossa on keskittynyt ammattiryhmien tietojen hakuun tai tietojen tarkastamiseen. Terveydenhuollossa vuorovaikutteisia palveluja on kehitetty pääasiallisesti hoitotietojen jakamiseen tai välittämiseen eri hoitotahojen kesken sekä sähköiseen ajanvaraukseen. Sähköisestä asiointista onkin muodostunut keskeinen asia terveydenhuollon palveluita tarvitseville potilaille sekä asiakkaille. (Saranto 2007, 232.)

Sähköisellä asiointilla tarkoitetaan julkisen hallinnon palvelujen käyttämistä tieto- ja viestintäteknologian avulla, jossa keskeisenä teknologiana sähköisessä asiointissa on Internet. Toimivien tietoteknisten yhteyksien ja päätelaitteiden lisäksi tarvitaan osaamista ja motivaatiota tietotekniikan käyttöön. Sähköisen asiointin kehittämällä pyritään myös parantamaan palvelujen saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta, sekä palvelujen

tasavertainen saavutettavuus, demokratia, tasa-arvo ja osallistuminen ovatkin tuottavuuden kanssa keskeisiä tavoitteita. (Hyppönen, Iivari & Ahopelto 2011, 13-14.)

Yhteiskunnan sähköisiä palveluja on jokaisen kansalaisen oikeus hyödyntää tasa-arvoisella tavalla, joka on tärkeä tunnistaa nopeasti kehittyvässä tietoyhteiskunnassa. Sähköisten palveluiden laadukkuuteen vaikuttavat myös saavutettavuus, helppokäyttöisyys sekä esteettömyys. Palveluiden käytettävyyttä lisää käyttäjätarpeiden huomioiminen jo järjestelmien suunnitteluvaiheessa. Palveluketjun välttämätön osa on koulutuksen ja muun opastuksen järjestäminen, kuten myös tietotekniikkaan liittyvät reaaliaikaiset tuki- ja neuvontapalvelut. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2010; Bauman 2013, 10.)

Asiakkaiden näkökulmasta käytännössä sähköinen asiointi vaikuttaa asioiden vireille tuloon, rekisteröintiin, käsittelyyn ja päätöksen lähettämiseen liittyviin työvaiheisiin. Mahdollisimman keskitettyyn kirjaamiseen siirtyminen alentaa järjestelmäkehityksen kustannuksia, tehostaa toimintaa ja asiakaspalvelua. Sähköinen asiointi on hyvin pitkälti asiakaslähtöistä, on asiakkaita varten laadittava selkeät menettelytapohjeet organisaation tarjoaman palvelun yhteyteen. Näin samalla toteutetaan julkisuuslain edellyttämää avoimuuden ja tiedottamisen velvoitetta. (Sähköinen asiointipalvelu 2013.)

Potilaan hyvän elämän kannalta tulee terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämisessä huomioida vaikuttava hoito, yksityisyyden suoja, turvallisuus ja potilaan suostumus sekä potilaan ja järjestelmän etujen ja ongelmien tasapaino. Kuten myös tietosuojakäytäntöihin ja palvelun saajan mahdollisuuksiin käyttää sähköisiä järjestelmiä on kiinnitettävä tarkkaavaisuutta. Tietoteknisiä perustaitoja vaaditaan kansalaisilta, jotta he pystyvät käyttämään tietojärjestelmiä, mutta tätä ei voi kaikilta edellyttää. Niille kansalaisille, jotka eivät osaa tai halua käyttää sähköistä asiointia tulee terveydenhuollon järjestää vastaavat palvelut. Tietojärjestelmien käyttö ei saa heikentää palvelujen laatua, sosiaalista kanssakäymistä ja inhimillisiä tekijöitä. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2010.)

Potilastietojen arkisto tarjoaa kansalaisille mahdollisuuden tarkastella omia potilastietojaan tietokoneeltaan vaivattomasti, ajasta ja paikasta riippumatta. Omakanta-palvelussa pääsee tulevaisuudessa tarkastelemaan omia potilastietoja Omakanta-palvelussa. Palvelussa voi myös asettaa suostumuksia ja kieltoja omien potilastietojensa käyttämisestä eri terveydenhuollon yksiköissä. (Potilastiedon arkisto 2013.) Omakanta on kansalaisten nettipalvelu, josta täysi-ikäinen näkee omat reseptikeskukseen ja potilastiedon arkistoon tallennetut tietonsa. Myös henkilökohtaisia terveystietoja voi tarkastella palvelun kautta, jos henkilölle on kirjoitettu sähköinen resepti tai hänen tietojaan on tallennettu Potilastiedon arkistoon. (Oma kanta

2013.) Valtakunnallisesta palvelusta hyötyvät kansalaiset liikkeessään eri osissa maata tai käyttäessään useampien terveydenhuollon palvelunantajien palveluita. Potilastiedon arkiston kautta potilastiedot ovat käytettävissä niissä terveydenhuollon toimintayksiköissä, jotka niitä potilaan hoidossa tarvitsevat. (Potilastiedon arkisto 2013.)

SADe on sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma, jonka tarkoituksena on tuottaa niin kansalaisten, viranomaisten kuin yritystenkin käyttöön yhteen toimivia ja asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia, jotka vahvistavat julkisen sektorin laatua ja kustannustehokkuutta. Ohjelman tarkoituksena on tarjota kansalaisille, yrityksille ja yhteisöille nopeaa ja helppoa asiointia, jossa palvelut ovat entistä helpommin saatavilla sekä tarjoavat uusia välineitä osallistumiseen ja vuorovaikutukseen. Julkishallinnolle tämän ohjelman tarkoituksena on tuottaa säästöjä ja parantaa tuottavuutta. Tavoitteena on myös entistä nopeampi ja virheettömämpi asioiden käsittely. (Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma 2013.)

Terveyden hoidosta ja ylläpidosta yritetään lisätä kansalaisten omaa vastuuta, jotta julkisen terveydenhuollon kustannukset eivät nousisi kohtuuttomiksi palvelutarpeen ja -kysynnän lisääntyessä, erityisesti väestön ikääntymisen johdosta. Teknologian, palvelujen ja menetelmien kehittymisen ansioista kansalaiset voivat huolehtia terveydestään enemmän yhä itse. Väestön halu huolehtia omasta terveydestään ja terveystietoisuus on lisääntynyt. Ihmistä aletaan hoitaa yhä enemmän kokonaisuutena terveystiedon ja osaamisen lisääntyessä, sen sijaan, että hoidettaisiin vain hänen yksittäistä sairauttaan. (Antikainen ym. 2009, 93.)

Etäterveydenhuoltopalvelujen kehittämisessä ja yleistymisessä ICT-tekniikalla tulee olemaan tärkeä rooli (Antikainen ym. 2009, 98; Bauman 2013, 251). Diagnostiikka on yksi tärkeä sovellusalue. Koko terveydenhuollon palveluketjun käyttäjät saavat potilastietoa etämitattuna. Tieto- ja viestintätekniikoiden kehittymisen avulla saadaan mahdolliseksi uudenlaisia omahoitoa, ennaltaehkäisyä ja terveyden ylläpidon palveluita (Antikainen ym. 2009, 96-98).

### 3.6 Hoitotyön raportointi

Hoitotyössä on käytössä kolme erilaista raportointitapaa: suullinen raportti, vuoteenvierusraportti ja hiljainen raportti. Suullisia tiedotustilaisuuksia eli raportteja pidetään hoitotyössä eri yksiköissä tarpeen mukaan. Raportteja ovat muun muassa aamu-, päivä-, ilta- ja yöraportti sekä lääkärinkierto. Hoitotyöntekijä tiedottaa suullisella raportilla potilaan hoitoon ja vointiin liittyviä asioita seuraavalle työvuorolle ennen oman työvuoron päättymistä ja samalla siirtää vastuun potilaiden hoidosta seuraavan työvuoron hoitajille. (Henttonen ym. 2012, 52.)

Hoitotyössä suullinen tiedotustilaisuus on yleisin tapa välittää tietoa työvuoron vaihduttua osastoilla (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4; Ruuskanen 2007, 13). Päättyvän vuoron hoitaja kertoo osastolla olevien potilaiden sairauteen, vointiin ja hoitoon liittyvistä asioista (Puumalainen ym. 2003, 4; Ruuskanen 2007, 11; Lamond 2000,794). Raportin kesto vaihtelee muutamasta minuutista tuntiin. Kestoon vaikuttavat potilaiden lukumäärä, hoitoisuus sekä vaihtuvuus. Raportin pituuteen vaikuttaa työn organisointiin liittyvät asiat ja raportin pitäjän persoona. Osa hoitajista kertoo pitkästi päivän tapahtumista, osa taas lyhyesti tai rutiininomaisesti. Raportointitilaisuudet keskeytyvät usein esimerkiksi potilaiden avuntarpeen tai puhelujen vuoksi. (Puumalainen ym. 2003, 4; Ruuskanen 2007, 11; Lamond 2000,794.)

Raportin aikana hoitajilla on tilaisuus keskustella potilaan voinnista ja tulevista hoitotoimenpiteistä. Raporttiaikaa käytetään myös osaston yleisistä asioista tiedottamiseen, koska silloin suurin osa henkilökunnasta on tavoitettavissa. Raportilla hoitaja saa sosiaalista tukea, ja se on eräänlainen turvaverkko työssä selviytymiseen. Tällöin on mahdollisuus saada vertaistukea ja apua ongelmatilanteissa. Raportin on koettu vahvistavan hoito-kulttuuria sekä tiimityöskentelyä. (Ruuskanen 2007, 14.)

Fung, Lin Koh ja Chow (2012) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon sektorilla raportoinnin keskeinen ominaisuus on riski johtaminen. Kun raportoidaan vahinkotilanteet, hoitajilla on mahdollisuus oppia virheistä ja välttää sen uusiutuminen ja kehittää virheiden ehkäisemiseen toimintatapa. Tarvitaan ymmärtävää ajattelutavan käyttöä raportilla, taitoa havaita keskeiset esteet ja hoitajien keskeinen raportointitapa.

Suullista tiedottamista on totuttu pitämään itsestään selvänä raportointimuotona, joka varmistaa potilaiden hoidon turvallisuuden ja jatkuvuuden seuraavassa vuorossa. Menettelyä on kuitenkin pohdittu kriittisesti, erityisesti siksi koska siihen kuluu runsaasti aikaa. (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4; Ruuskanen 2007, 13.) Ruuskasen (2007, 8) mukaan suullinen raportointi ei välttämättä edistä tarkoitustaan tiedon välittämisessä, eikä se vastaa muuttuneen ja kehittyneen hoitotyön tarpeisiin. Työvuoron vaihtuessa se ei edistä hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta. Suullinen raportointi ei toimi enää sellaisena työvälineenä, millaiseksi se on tarkoitettu.

Suomessa raportointikäytäntöjen kehittäminen merkitsi 90-luvun lopussa ja 2000-luvun alussa yleensä vuoteenvieruraportointiin siirtymistä yksilövastuullisen hoitotyön yleistyessä (Kuuppelomäki 1994; Cahill 1998). Vuoteenvierusraportin pitää vastuu- tai omahoitaja potilaan vuoteen vierellä, yhdelle alkavan vuoron hoitajalle. Hoitotyön tiedonsiirto vuoron vaihtuessa tapahtuu potilaan ja mahdollisesti hänen lähiomaisen välittömässä fyysisessä



läheisyydessä, ja siinä saatetaan käyttää omia muistiinpanoja, potilaskertomusta joko paperisena tai sähköisenä versiona. Arkaluonteisia tietoja ei kuitenkaan anneta potilaan, potilastovereiden tai omaisten läsnä ollessa suullisesti, vaan ne voidaan antaa joko kirjallisesti tai muussa tilassa. Raportin antaa yleensä potilaan omahoitaja.

Vuoteenvierusraportoinnin etuina on pidetty sitä, että potilas nähdään heti ja hänestä voidaan tehdä välittömiä havaintoja ja kysellä potilaalta itseltään lisätietoja voinnista. Myös potilaskeskeisyys korostuu, koska potilas voi myös esittää vointiinsa, tutkimuksiinsa ja jatkohoitoonsa liittyviä tietoja. (Kuuppelomaki 1994; Cahill 1998.)

McCloskey, Furlong ja Hansen (2012) tutkimuksessa selvitettiin potilaiden, perheiden ja hoitajien kokemuksia potilaan läsnäolosta raportointi tilanteessa. Potilaat ja perheet pitävät usein korvaamattomana tietoa, jota he saavat terveydentilastaan raportointitilanteessa, jossa kaikki osalliset voivat yhdessä vaihtaa tietoa. Tutkimus osoittaa, että osallistumalla hoitoonsa potilaat ovat motivoituneimpia omahoitoon, joka lisää potilasturvallisuutta ja tällöin potilaat myös sitoutuvat paremmin omaan hoitoonsa.

Tutkimuksen mukaan raportin kokonaisvaltaisena tavoitteena on systemaattinen tilannekatsaus, jossa voidaan yhdistää saatavilla oleva tieto potilaan kokemuksista, uskomuksista, mielipiteistä ja haluista. Tutkimus määrittää tiedon siirron terveydenhuollon henkilökunnan välillä vuoronvaihdossa, potilaan läsnäolo raportoinnissa käy ilmi osallistumisesta omaan hoitoon. Potilaan suurempi osallistuminen omaan terveydenhoitoon, edistää potilaan ja perheen osallistumista aktiivisesti tiedon vaihtoon terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (McCloskey, Furlong & Hansen 2012; Duffy 2013,44.)

Hiljainen raportointi on tiedon siirtämistä työvuorosta toiseen hoitotyön kirjaamisen perusteella (Hallila 2005, 125). Hiljainen raportointi on kirjallista tai sähköistä tiedonvälitystä (Puumalainen ym. 2003, 4). Hiljaisessa raportoinnissa seuraavaan työvuoroon tuleva henkilökunnan jäsen katsoo potilaan tiedot joko potilaskansiossa tai sähköisestä potilastietojärjestelmästä ja saa tarvittaessa kyselemällä lisätietoja potilaasta (Puumalainen ym. 2003; Winman 2011,54).

Sähköisissä potilastietojärjestelmissä potilaantiedot ovat usein erilaisessa järjestyksessä ja tiedot lokeroituneita eri lehdille, mikä eroaa paperidokumenteista siinä, että tietojen selaaminen saattaa olla hitaampaa ja tiedot saattavat olla eri paikassa kuin on totuttu. Eri tietojen yhtäaikainen tarkastelu ei myöskään välttämättä onnistu samalla tavalla kuten paperisista dokumenteista erilaisen rakenteen vuoksi, koska tietoja joudutaan hakemaan eri lehdistä tai valikoista. (Puumalainen ym. 2003; Winman 2011, 54.) Suomessa on vähän kokemusta hiljaisesta raportoinnista ja sitä on tutkittu lähinnä yksilövastuisen hoitotyön

näkökulmasta. Näiden tutkimusten mukaan hiljainen raportointi voi parantaa välitetyn tiedon luotettavuutta sekä säästää työaikaa. (Puumalainen, ym. 2003; 4 Ruuskanen 2007, 8-9.)

Puumalaisen ym. (2003, 4-7) tekemässä artikkelissa esiteltiin kehittämisprojekti, jonka tavoitteena oli luopua suullisesta raportoinnista työvuorojen vaihtuessa ja korvata ne hiljaisella raportilla. Kehittämisprojektissa oli mukana seitsemän sisätautien vuodeosastoa. Ennen muutosta välillisestä potilastyöstä eniten aikaa kului raportointiin (19%) ja muutoksen jälkeen raportointiin käytettiin vain 9 %. Hoitotyön kirjaamiseen käytettävä aika lisääntyi, mutta hoitajat kokivat kirjaamisen parantuneen muutoksen myötä. Hoitajien mukaan potilaiden hoitoon käytetty aika lisääntyi, hoidoista keskusteltiin enemmän potilaiden kanssa ja hoitajat tekivät enemmän itsenäisiä päätöksiä. Lisäksi hoitajat käyttivät enemmän aikaa sairaskertomuksiin perehtymiseen. Muutos vähensi työskentelyn kiireellisyyttä, eikä lisännyt oleellisesti työn määrää tai sen paineisuutta tai stressaavuutta. Tutkimuksessa mukana olleilla osastoilla tiedottamiseen (kirjaaminen ja raportointitilaisuudet) aikaa kului ennen muutosta keskimäärin 17 tuntia vuorokaudessa koko henkilökunnan yhteenlasketusta työajasta. Tästä ajasta raportointitilaisuuksiin käytettiin noin seitsemän tuntia. Siirtyminen hiljaiseen raportointiin vähensi kyseistä aikaa keskimäärin kolmeen ja puoleen tuntiin vuorokaudessa.

Poletick ja Holly tutkivat (2010) hoitajien vuoronvaihto raportointia. Tutkimuksessa he arvioivat tiedon laadun vaihdon hoitajien välillä ja he löysivät muutamia käytännön ongelmia raportoinnin vaiheessa. Hoitajien kommunikointi raportilla ei ole yhteensopiva suosituksien kanssa vaan mieluummin turvaututaan tuttuihin rutiineihin ja käyttäytymistapoihin, näin ollen tarvitaan yhdenmukainen malli ja lähestyminen raportointiin. Tutkimuksia apuna käyttäen rakennetaan sopiva lähestymistapa raportointiin, jossa huomioidaan myös potilas ja perhe.

Vuoronvaihto raportilla vaihdetaan tietoa potilaan hoidosta näyttöön perustuen hoitajalta toiselle ja se on yleinen tapa, jota käytetään sairaaloissa hoidon jatkuvuuden kannalta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää arviointia ja yhdistää saatavilla oleva laadullisia tutkimuksia, jotka liittyvät vuoronvaihto raportointiin ja näin ollen tehdä suosituksia, jolla voidaan parantaa tiedonkulkua hoitajien välillä ja lisätä samalla potilasturvallisuutta. Kolme asiaa nousi esille tutkimuksessa; osaston olemassa oleva hierarkia vaikuttaa vuoronvaihto raportointiin, osallistuminen vuoronvaihto raportointiin on keino, jonka avulla sopeudutaan osaston normeihin, odotuksiin ja tapoihin sekä se, että hoitaja olisi informaation portinvartija ja antaa tiedon, jota käytetään avuksi hoidon päätöksissä. (Poletick & Holly 2010.)

Eri tutkimuksien mukaan nykyinen tapa vuoronvaihto raportoinnissa palvelee monia tiedonsiirron tarkoituksia ja kehittää ryhmän tukea. Tutkimuksissa on ilmeistä, että hoitaja on portinvartija tiedonkululle mukaan lukien potilaan hoitoa ja seuloo mikä informaation on

tärkeää välittää ja jonka mukaan toimitaan. Vuoronvaihto raportointiin on suositeltu monia eri tapoja informaation siirtoon, jotta pystytään estämään informaation hajoaminen ja osoittamaan potentiaalinen kommunikaatio katkos johtuen yhdenmukaisuudesta, ottaen huomioon lääketieteellinen tiedon, sanallinen viestinnän ja varsinainen kliinisen kunnon. (Poletick & Holly 2010.)

Sharma (2013) suosituksissa pohdittiin, että mikä on paras saatavilla oleva näyttö koskien kliinistä suullista raportointia. Raportointia tapahtuu hoitajien vuoron vaihdon alussa ja se on tärkeä hoitotyön rituaali ja välttämätön hoidon jatkumiselle. Suullisen raportoinnin tarkoituksena on siirtää tietoa koskien potilaan hoitoa hoitajalta toiselle hoitajalle tiedottaen informaatiota koskien potilasta ja virallisesti vastuun antaminen seuraavan vuoron hoitajalle ja antaa ohjeita sekä tukea hoitajalle. Suullisella raportilla hoitajilla on myös mahdollisuus puhua potilaan voinnista, hoidosta ja erityistarpeita. Kuitenkin raportilla hoitaja voi saada myös osaamatonta tai jopa haitallista tietoa.

Suosituksessa arvioitiin hoitajien kokemuksen vaikutus ja kehittyminen kun muutettiin toimisto pohjasta suullista raportointia. Päämenetelmät kokemuksen vaihdolle oli käyttää hoitosuunnitelmaa ja dokumentointia potilaan vuoteenvierellä. Hoitajat olivat tyytyväisempiä dokumentointiin ja kehitys oli huomattavissa. Potilaan hoito oli saumatonta ja ajankäytön hallinta parantui, mukaan lukien aika, jonka hoitaja oli potilaan luona, parantui uudella menetelmällä. Raportoinnilla nousi kuusi tärkeää asiaa esille, jotka tulisi huomioida. Nämä asiat sisälsivät syyn hyväksymisen, potilaiden saumattoman hoidon, nimi ja ikä, rajoittamisen, hoitosuunnitelman ja oleellisen lääketieteellisen historian. Suosituksessa arvioitiin sisällön hyödyllisyys verrattuna normaaliin tapaan dokumentoida. 84.6 % suullisen raportoinnin tiedoista oli jo kirjoitettu ja helposti löydettävissä. 9.5 % tiedoista ei ollut oleellista, ainoastaan 5,9 % suullisen raportoinnin sisällöstä oli oleellista, jota ei voinut kirjoittaa. Tutkimuksen johtopäätökseen mukaan suoraviivaisempi suullinen raportointi prosessi on mahdollinen. (Sharma 2013.)

Kehittääkseen suullista raportointia, seuraavat asiat tulevat huomioida käytännössä: minimimäärä kirjoitettua tietoa ja parannettu johdon tiedotus, luodaan uusi rooli pitää suullista raporttia, standardoidut toimintaohjeet, koulutus ja harjoitus, elektroniset työvälineet, refleктоiva toimintatapa ja muutos johtotasolla. Tiedon siirron tarkistuslistan käyttöönotto paransi merkittävästi suullista raportointia ja sen myötä hoitoa. Vuoronvaihto raportointi antaa mahdollisuuden hoitajille oppia hiljaisen tiedon tarpeellisuuden hoitotyön ympäristössä, odotuksissa ja rituaaleissa. (Sharma 2013.)

Sharman (2013) suosituksien mukaan raportoinnin kehittämisessä tulisi huomioida seuraavia asioita; huolimatta tietotekniikan ja hoitotyön kehityksestä suullinen raportointi on silti

oleellinen osa potilaan hoidon jatkuvuudessa ja on suositeltava tapa toimia. Raportoinnin tulee sisältää kasvokkain tapahtuvaa kommunikointia. Standardoidut dokumentit ovat suositeltavia käyttää raportoinnin prosessissa. Yksityiskohtainen havainnointi ja kaikki oleellinen tieto potilaan historiasta on suositeltavaa huomioida raportoitaessa. Raportointi prosessin tulee sisältää potilaan hyväksymän hoitosuunnitelman. Potilaan hoidon vastuun siirtyminen seuraavan vuoron hoitajalle tulee tapahtua raportoinnin aikana.

ISBAR-työkalun, yleisemmin tunnettu SBAR, käyttö raportoinnin apuvälineenä voi parantaa kommunikaation laatua erilaisissa potilastiedon siirtämiseen liittyvissä tilanteissa, kuten vuoron vaihtoon tai potilaan siirtoon toiseen hoitoyksikköön liittyvä hoitotyön raportointi. Raportointimenetelmä kehitettiin 1990-luvulla Yhdysvaltojen armeijan käyttöön ja on nykyään käytössä useissa yhdysvaltalaisissa sairaaloissa. Menetelmä on otettu käyttöön, koska on todettu sekä kirjallisessa että suullisessa tiedonkulussa olevan paljon haasteita hyvän potilasturvallisuuden takaamiseksi ja käyttöönoton jälkeen on havaittu tiedonkulkuun liittyvien vaaratapahtumien vähentyneen merkittävästi. Seurantajaksossa alun liki 90 %:sta noin 40 %:iin tuhatta hoitopäivää kohti. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 87; Helovuori ym. 2011, 207-208; Potilasturvallisuus 2014.)

ISBAR koostuu viidestä elementistä, joita ovat Identification tai Introduction tai Identify (I-kirjain), joka tarkoittaa sekä potilaan että hoitotyöntekijän tunnistamista ja tapahtumapaikkaa. Situation (S-kirjain), joka tarkoittaa potilaan nykyiseen tilanteeseen liittyvää tietoa siitä, mikä juuri sillä hetkellä on oleellista potilaan voimien kannalta, kuten esimerkiksi mitä juuri nyt tapahtuu. Background (B-kirjain) joka tarkoittaa tilanteeseen liittyviä taustatekijöitä, jotka ovat yhteydessä tapahtumaan, esimerkiksi potilaan nykyiset ja aikaisemmat oleelliset sairaudet sekä niihin liittyvät hoidot ja ongelmat, allergiat ja mahdollinen tartuntavaara ja eristys. Assessment (A-kirjain), joka tarkoittaa potilaan tarkemman potilaan tilanarvion kuten peruselintoimintojen tarkkailujen tekemistä ja oman arvion tekemistä potilaan mahdollisen tilan syystä. Recommendation (R-kirjain), joka tarkoittaa esittäjän ehdotusta toivottavista tutkimus- tai hoitotoimenpiteistä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 87; Helovuori ym. 2011, 207-208; Potilasturvallisuus 2014.) Menetelmän avulla on mahdollista järjestää olennaista informaatiota selkeään ja tiiviiseen muotoon. Tämä mahdollistaa johdonmukaisen yhtenäisen kommunikaation kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa esimerkiksi raportoitaessa potilaasta. Kriittisen ajattelun taito kehittyy menetelmän avulla ja rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia. (Potilasturvallisuus 2014.)

#### 4 Kehittämistoiminnan menetelmät

Pedagogista toimintamallia, Learning by Developing, on kehitetty systemaattisesti vuodesta 2002 lähtien ja Korkeakoulujen arviointineuvosto on palkinnut Laurean koulutuksen

huippuyksikkönä LbD-toimintamalli keskiössä vuonna 2005 (Salminen & Kajaste 2005, 80). Pedagogisen strategian (2002), joka Laureassa on käytössä, lähtökohtana on että Laureassa opitaan opettamalla, tutkimalla ja kehittämällä (Salminen & Kajaste 2005, 59).

Lohjan alueellisessa kehittämissyhteistyössä koettiin tarvetta löytää tai muodostaa menetelmä, joka tukisi ja jäsentäisi erityisesti työelämän kehittämistä yhteisenä oppimisprosessina Juurruttamisen arvioinnissa tulee pohtia mikä on arvioinnin tarkoitus, kenelle sitä tehdään? Mistä näkökulmasta arviointi tapahtuu ja minkälaisia tuloksia on odotettu syntyvän. (Ahonen ym. 2012, 7-46.) Juurruttamisen edetessä arvioinnissa tulee huomioida myös eettiset näkökulmat. Arvioinnin tavoitteena onkin kehittää yhteisön toimintaa sekä juurruttamiseen osallistuvien työntekijöiden eettistä ohjeistoa (Etene 2011, 31).

Organisaation menestyksen turvaamisen keskeisimmistä asioista on uudistumistarpeiden tunnistaminen. Luovaa ajattelua voi olla myös sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa, ja johto voi sen sallia. Työyhteisön arvoilla on suuri merkitys siihen, miten luovuuteen ja erilaisuuteen suhtaudutaan. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2013, 29.)

Informaatioteknologian nopea lisääntyminen ja jatkuva kehittyminen saavat aikaan sen, että oppivat organisaatiot menestyvät ja työstä on tulossa lisääntyvien määrin tietointensiivistä työtä (Juuti 2011, 80).

Menneisyys on toisinaan organisaatiolle suorastaan ratkaiseva taakka kehityspyrkimysten kannalta, koska tällöin maailma avautuu jo liian monelle henkilöstön jäsenelle peruutuspeiliin katsomalla (Mattila 2011, 48). Kokemus siitä, että tasa-arvo toteutuu henkilöstön keskuudessa, on olennainen tekijä oikeudenmukaisuuteen liittyvän luottamuksen rakentumisessa (Mattila 2011, 52). Niin kauan kuin on vahva luottamus työnantajaa kohtaan, henkilöstö myös tulkitsee ja selittää asiat parhain päin (Mattila 2011, 53).

Yhteiskunnan ja organisaation asettamat tavoitteet, ohjeet ja normit, jotka koskevat yhteiskunnallisen järjestelmän ja sen osien kehittämistä ovat usein kehittämissprosessin lähtökohtana. Tavoitteiden ja tarkoitusten tulee olla samansuuntaiset työyhteisössä. Yksilön tavoitteet ja tarkoitukset voivat olla sen sijaan erilaiset ja työyhteisössä niiden yhteinen määrittäminen samansuuntaiseksi edellyttää yhteisön oppimista. Juurruttaminen käynnistyy kehittämissprosessissa muutoksen merkityksen löytämisellä. Tekijä, joka käynnistää muutoksen, voi tulla organisaation ja työyhteisön ulkopuolelta. Edistävää tekijää kehittämistoiminnassa on se, että työyhteisön jäsenistä mahdollisimman moni kokee kehitettävän alueen tärkeäksi osaksi omaa toimintaa. (Ahonen ym. 2012, 24-25.)

Viitalan (2007) mukaan muutosten toteuttamisessa johdon on muistettava, että kehittäminen ja projektityö ovat ihmistyötä. Ihmisten kautta johdetaan asioita, joka vaatii johtajilta sekä vuorovaikutus että voimaannuttamistaitoja. Vuorovaikutukseen liittyy vahvasti tiedon jakaminen ja välittäminen ihmisten väliseen yhteistyöhön. Aineeton pääoma, hiljainen tieto (tacit knowledge) on organisaation varauden lähde, mutta toisaalta myös haaste. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen. 2013, 108). Muutosvastarinnan käsittely on yksi kriittisimmistä osaluista muutosprosessissa (Aarnikoivu 2008, 165).

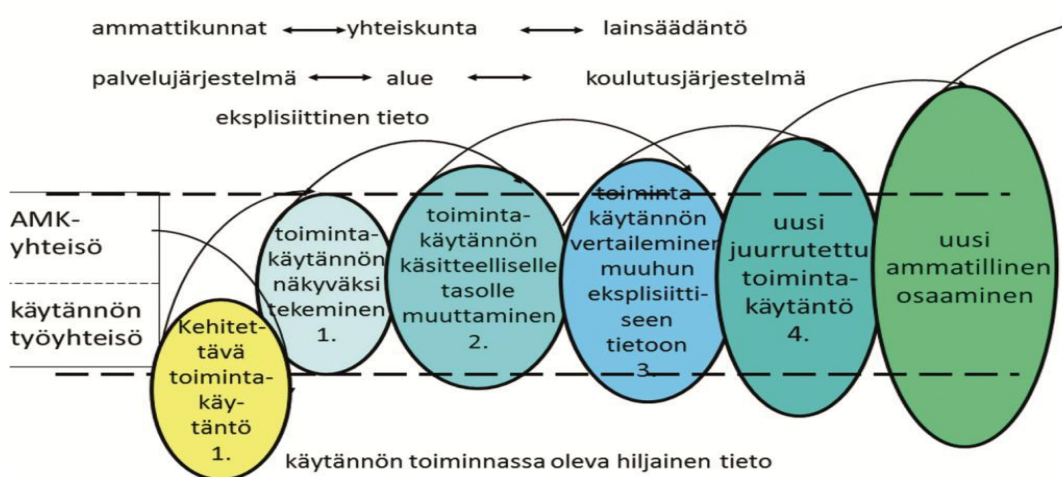
#### 4.1 Juurruttaminen

Muutosprosessi, vuorovaikutus ja johtajuus ovat juurruttamisen peruspilareita. Pitää antaa aikaa kehittämisprosessille ja se pitää resursoida niin, että työryhmän ja työyhteisön jäsenet voivat viedä kehittämisprosessia eteenpäin. Tämä mahdollistetaan johtajuudella. (Ahonen ym. 2012, 24.) Esimies johtaa luomalla alaisten tekemiselle merkityksen, joka edellyttää, että esimiehellä on riittävä tietämys alaistensa työtehtävistä (Aarnikoivu 2008, 16).

Johtajuus juurruttamistoiminnassa on erilaista verrattuna perinteiseen hierarkiaan perustuvaan johtamiseen. Johdon tulee sitoutua kehittämistyöhön, jolloin voidaan kehittää samanaikaisesti sekä toimintaa että toiminnan johtamista ja edistää siten toiminnan vakiintumista organisaatioon. (Peltola & Vuorento 2007, 98.) Johtajuus nähdään vahvimmin osaamisen ja muutoksen johtamisena. Johtajalta odotetaan läsnäoloa ja jämäkkää prosessien vaiheittaista johtamista yhdessä asetetun tavoitteen suuntaan. Keskeisiä tekijöitä ovat myös henkilöstön sitoutuminen, joka syntyy osallistumisen kautta. Siksi riittävän laajan osallistumisen mahdollistamiseen kannattaa kiinnittää runsaasti huomiota. Juurruttamisessa johtamisen suunta on alhaalta ylöspäin osaamisen johtamista työyhteisön oppimisen kautta. Johtajan tehtävä on mahdollistaa työyhteisössä oppiminen resursoimalla toimintaan sekä luomalla kehitysmuotoinen ilmapiiri työyhteisöön. Oppijan omaa vastuuta oppimisestaan vahvistetaan kun toiminnassa ylitetään organisaation perinteiset hierarkiat ja roolit. Muutoksen merkityksen tärkeyttä korostaa johtajan mukanaolo muutosprosessissa Tavoiteltu muutos tapahtuu työyhteisön ja organisaation toimintakulttuurissa ja kulttuurin uudistaminen on hidasta. Esimies osallistuu muutoksen eri vaiheisiin tukien ja mahdollistaen kehittämistoiminnan (Ahonen ym. 2012, 32-43).

Muutosprosessin keskeinen työväline on vuorovaikutus, jonka avulla tuotetaan ja toteutetaan muutos. Työyhteisön vastarinta tai sitoutumisen puute liittyy muutosta estäviin tekijöihin, ja niistä tulee keskustella avoimessa vuorovaikutuksessa. Opettaja ja opiskelijat voivat omalla toiminnallaan edistää muutosprosessia. (Ahonen ym. 2012, 24.) Juurruttamisen tarkoituksena on opettaa eri osapuolet tarkastelemaan kehittämisen kohdetta useasta eri näkökulmasta. Keskinäisen vuorovaikutuksen kautta toimijat pystyvät ymmärtämään syvemmin

ongelmanratkaisukeinoja sekä toimintaympäristön tarjoamia rajoitteita tai mahdollisuuksia. Onnistuessaan juurruttaminen auttaa organisaatiota jäsentämään ja yhtenäistämään tavoitteitaan sekä kaventaa työntekijöiden välisiä käsityseroja. (Kivisaari, Saari & Lehto 2008, 22; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4.) Vuorovaikutus toimijoiden kesken on juurruttamisen keskeinen elementti. Vuorovaikutuksen edistämässä on johtajuudella tärkeä rooli. Organisaation kulttuurit, toimijat ja toimintaympäristöt vaikuttavat juurruttamisprosessiin. (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 21-22.)



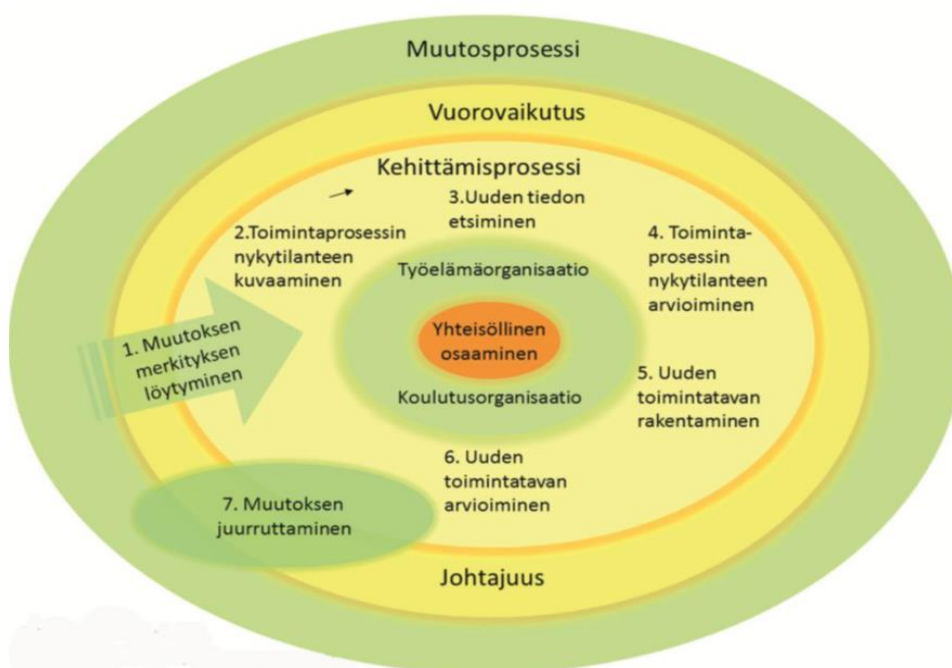
Kuva 1: Tiedon käsittelyn kierrokset juurruttamisessa (mukaillen Nonaka & Takeuchi 1995; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005)

Juuruttamismenettelmissä kuvataan ensin organisaation nykyinen toimintakäytäntö ja jäsenellään se käsitteelliselle tasolle. Seuraavaksi etsitään aiheesta tutkittua tietoa ja verrataan organisaation käytäntöjä tutkittuun tietoon ja laaditaan uusi toimintatapa kehitettävänä olevalle työyhteisön osa-alueelle. Jos koko henkilöstö kokee kehitettävän asian merkitykselliseksi, juurruttamisprosessi etenee paremmin. Juurruttamisprosessissa tapahtuu oppimista ja syntyy uutta tietoa sekä ammatillista osaamista. (Ahonen ym. 2012, 22-23.)

Juuruttamisessa kumppanuuden toimivuus, kumppaneiden välinen vuorovaikutus ja keskinäinen luottamus ja sen säilyttäminen korostuvat vaikuttaen voimakkaasti kehittämistyön onnistumiseen. Luottamuksen rakentaminen on aina otettava erikseen huomioon; perinteitä terveydenhuollon ja työelämän väliseen luottamukselliseen yhteistyöhön koulutuksessa ei ole ollut. Yhteinen kirjoittaminen, oppiminen ja kehitetyt uudet toimintatavat kumppaneiden tuottaa tavoitteena olevaa uutta ammatillista osaamista. Kehittämistyössä juurruttamalla muutetaan ja koetellaan aiemmin käytettyjä toimintamalleja. (Ahonen ym. 2012, 37.)

Juuruttamismenetelmään työyhteisön ja ammattikorkeakoulun välisessä kehittämistyön prosessissa kuuluu seitsemän eri vaihetta. Juurruttaminen käynnistyy, kun organisaatiossa on havaittu kehittämisen kohde. Tarve organisaation toiminnan kehittämiseen saattaa syntyä työyhteisön tarpeista tai olla organisaation ulkopuolelta tuleva kehittämistarve, esimerkiksi Kanta-järjestelmän käyttöön ottaminen työyhteisössä. Seuraavana vaiheena prosessissa on nykytilanteen mahdollisimman tarkka kuvaaminen. Kuvaamisen tarkoituksena on tuoda organisaation hiljainen tieto näkyväksi. Kolmantena vaiheena on organisaation osaamisen kartoittaminen sekä uuden tiedon etsiminen. Tässä työskentelyvaiheessa juurruttamisprosessissa mukana olevan oppilaitoksen edustajat ovat keskeisessä asemassa tuomalla organisaatioon uutta teoretietoa. (Ahonen ym. 2012, 25-26.)

Neljännessä työskentelyvaiheessa vertaillaan organisaation olemassa olevaa osaamista sekä hiljaista tietoa eksplisiittiseen tietoon, jonka tulee olla mahdollisimman uuteen tutkimustietoon perustuvaa. Juurruttamismenetelmän viidennessä vaiheessa rakennetaan uutta toimintatapaa ja työyhteisön jäsenet soveltavat tutkittua ja esille tullutta tietoa käytännön työhön. Kuudennessa vaiheessa arvioidaan työskentelyä sekä uuden toimintatavan hyötyä työyhteisölle. Viimeinen vaihe, muutoksen toteutuminen, seuranta ja toteutus eli juurruttaminen käynnistyy esimiehen johdolla. (Ahonen ym. 2012, 25-26.)



Kuva 2: Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä (Ahonen ym. 2012, 27)



Informaation kulku kaikkien kehittämistoiminnassa mukana olevien osapuolta välillä sekä aloitettaessa että kehittämishankkeen aikana on merkittävässä osassa. Säännöllinen tiedotus ja yhteydenpito eri toimijoiden välillä korostuvat ja siihen on varattava resursseja. Työyksikössä johdon sitoutuneisuus kehittämistyöhön on tärkeä tekijä toiminnan käytännön tason muutokselle ja vakiintumiselle osaksi yksikön toimintaa. (Ahonen ym. 2012, 37-38; Peltola & Vuorento 2007, 98.)

Muutos- ja uudistusvaatimusten mukaan tuomien haasteiden ratkaisujen oivaltaminen ja niihin ratkaisujen etsiminen on työyhteisön tehtävä. Hoitajien tulee olla kiinnostuneita kyseisen alueen kehittämistä, jotta he pystyvät pitkäjänteisesti edistämään työn kehittämistä omassa työyhteisössään. Muutosprosessi työyhteisössä on samanaikainen kehitysprosessin kanssa. Työyksikössä työryhmä, johon kuuluu asiasta innostuneita hoitajia ja opiskelijoita, voivat vain vaikuttaa muutokseen monella tapaa, mutta muutoksen tekee koko työyhteisö. Työryhmässä keskinäinen luottamus ja kumppanuus toiminnassa ovat keskeistä kehittämistyön toteutuksessa. (Ahonen ym. 2012, 30-38.)

#### 4.2 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, johon sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 161). Ensimmäinen aineistokeruumenetelmänä on lomakehaastattelu ja toisena on havainnointi (Tuomi & Sarajärvi. 2006, 76). Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kohteen mahdollisimman kokonaisvaltainen tutkiminen, jotta voidaan löytää ja paljastaa tosiasioita. Tulokset, joita saadaan selville, ovat aina sidoksissa aikaan ja paikkaan. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 161.)

Aineiston luonne asettaa rajat sille, millainen tutkimuksen teoreettinen viitekehys voi olla ja millaisia metodeja käyttää. Laadullisessa tutkimuksessa ongelmalliseksi muodostuu usein se, että sille on luonteenomaista käänellä ja katsella ilmiötä monelta kannalta, problematisoida jokaista itsestäänselvää näkökulmaa. (Alasuutari 1999, 83.) Aineistokeruumenetelmänä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on havainnointi ja haastattelu. Erityisesti osallistuva havainnointi on ollut yleinen tiedonkeruupa. Havainnoinnin lähtökohtana on halu ymmärtää kokemaansa ja näkemäänsä ja siten hahmottaa ympäristöä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Haastattelun ja kyselyn periaate on hyvin selkeä, kun halutaan tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii, on yksinkertaista ja järkevää kysyä asiaa häneltä. Joustavuus on haastattelun etuna. Haastattelun etuihin kuuluu myös se, että haastattelija voi myös samalla havainnoida, eli voidaan kirjoittaa mitä sanotaan lisäksi myös mitä sanotaan.

(Tuomi & Sarajärvi 2006, 74-75.) Havainnointia käyttämällä saadaan tietoa siitä, toimivatko ihmiset todella niin kuin he sanovat toimivansa. Havainnoinnin hyötynä on se, että sen avulla voidaan saada välitöntä suoraa tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Lomakehaastattelu eli strukturoitu haastattelu tapahtuu lomaketta apuna käyttäen, jossa kysymysten ja väitteiden muoto sekä esittämisjärjestys on täysin määrätty (Hirsjärvi ym. 2013, 208-213). Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut edistyvät yhtä aikaa. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskeskustelussa nousee esiin kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi. 2007, 129-131.)

## 5 Kehittämistoiminnan toteutus

Medisiinisellä yhteisosastolla neljä (4) on ollut sähköinen kirjaaminen käytössä vuodesta 2011. Sähköinen kirjaaminen sujuu osastolla teknisesti hyvin. Parhaillaan kehitetään sisällön tarkempaa kirjaamista rakenteisessa muodossa, koska sähköisen raportoinnin edellytyksenä on laadukas kirjaaminen. Osastolla on käytössä Miranda-potilastietojärjestelmä. Päivittäisessä hoitotyön kirjaamisessa on lähtökohtana potilaan oma ilmaisu. Myös välitavoitteita on hyvä olla. Tavoitteet tulee olla realistisia, jotta potilaalla on mahdollisuus selvittää niistä, kuten esimerkiksi suihkussa käyminen omatoimisesti. Tavoitteita tulee myös arvioida ja arvioinnin tulisi olla jatkuvaa. Kirjaamisen tulisi olla kokonaisvaltaista, jolloin potilas otetaan huomioon kokonaisuutena, psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. (Hoitajien perehdytys lehtinen 2012.)

Kehittämistyön työryhmään kuuluivat ylihoitaja, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, kliininen asiantuntija, Yamk-opiskelija ja opettaja Laureasta. Ydintyöryhmän muodostavat apulaisosastonhoitaja ja opiskelija. Työryhmä kertoi, että tämän hetkinen suullinen raportointi osastoilla tapahtuu niin, että osastolla 4B on vuorossa kaksi sisätautiin tiimiä ja yksi neurologian tiimi, jotka raportoivat oman tiimin sisällä vain niistä potilaista, joita kyseisessä vuorossa hoitavat. Sydänosastolla (4A) on kaksi tiimiä, joissa pidetään raportit yhdessä. Yöhoitaja kertoo yön oleelliset tapahtumat aamuvuorolle, kuten voinnin poikkeavuudet sekä raportoi lyhyesti yöllä tulleista potilaista. Tämän jälkeen kukin tiimi käy lävitse päivän oleelliset tapahtumat, kuten tutkimukset, siirrot ja tekee työnjaon. Aamuvuorossa oleva hoitaja kertoo iltavuorolaisille päivä tapahtumat ja voinnin poikkeavuudet tarvittaessa. Iltavuorossa oleva hoitaja kertoo yöhoitajille päivän tapahtumista. Yöhoitajalle ei raportoida päivän tapahtumia tai tekemisiä, ainoastaan voinnissa tapahtuneet muutokset. Esimerkiksi, että onko lääkityksessä jotain erityistä huomioitavaa sekä mitä seurantoja yöhoitaja potilaille toteuttaa, johon on osastolla erillinen paperinen seurantaavake.

Kaikissa raporttivaiheissa on tarkoitus keskustella, jos esimerkiksi potilaan tai omaisten taholta on jokin uhka ilmassa (uhattu väkivallalla tai pelkona, että sekava potilas poistuu

osastolta, tai eristetty potilas on sekava, ei ymmärrä eristystä ja voi aiheuttaa tartuntavaaran). Myös jos potilaalla on harvinaisempi laite hoitoa turvaamassa, niin varmistetaan että hoito jatkuu turvallisena myös seuraavassa vuorossa. Esimerkiksi pleuradreenejä on hyvin erilaisia, peritoneaalidialyysijä on osastolla jokunen vuodessa, jolloin varmistetaan että kaikki osaavat sen tehdä, kuten hengitystä tukevat laitteet, muut kuin pelkkä lisähappi. Sähköisen raportin rinnalla tarvitaan aina lisäksi yhteistä keskustelua.

Osastolla on käytössä osittain suullinen raportointi, jolloin kerrotaan ydinasiat seuraavan vuoron hoitajalle. Vuoronsa aikana hoitaja käy koneella tarvittaessa tarkistamassa tietoja eli käyttää hiljaista raporttia, kuten esimerkiksi potilaan taustatiedot, laboratoriotulokset ja röntgen- lausunnot. Hoitajat keskustelevat myös keskenään potilaan hoidosta, jos on jotain erityistä huomioitavaa tai kysyttävää ja ohjattavaa hoidossa. Hoitosuunnitelmia ja tavoitteita ei käydä lävitse suullisesti vaan hoitaja katsoo ne hiljaisesti. Suullisen raportoinnin painopiste on silloin suurempi jos osastolle on tullut uusi potilas tai jos vuorossa on uusi hoitaja tai pitkältä vapaalta tullut.

#### 5.1 Kehittämistyön nykytilanteen kuvaus

Kehittämistehtävän aiheena oli sähköisen raportoinnin hyödyntäminen. Hankkeen alussa lokakuussa 2013 käytiin työryhmän kanssa yleisesti läpi osasto neljän (4) nykyistä kirjaamis- ja raportointikäytäntöä. Kehittämishankkeen alussa käytiin työryhmän kanssa läpi osasto neljän (4) asiakkuuksien kuvaamisen, minkälaisia potilaita tulee osastolle neljä (4) ja minkälaisina aikoina (Liite 1). Potilaan palveluprosessin kuvauksen mukaan asiakas tulee osastolle neljän eritavan mukaisesti. Asiakas voi käyttää yksityistä palveluntuottajaa, joka tekee lähetteen erikoissairaanhoidon ensiapuun tai poliklinikalle, josta asiakas siirretään hoidontarpeen arvion mukaan osastohoitoon. Asiakas voi tulla myös ambulanssilla erikoissairaanhoidon päivystykseen, josta hoitava lääkäri voi siirtää asiakkaan osastohoitoon. Asiakas voi myös käyttää kunnallista palveluntuottajaa, kuten esimerkiksi terveyskeskuksen vastaanottoa tai perusterveydenhuollon päivystystä, josta hoitava lääkäri kirjoittaa lähetteen ja asiakas siirtyy erikoissairaanhoidon päivystyksen kautta osastolle. Asiakas voi myös tulla suoraan osastolle joko sovitusti osastosiirtona tai erikseen kutsuttuna.

Ydintyöryhmän tapaamisessa marraskuussa 2013 käytiin lävitse osasto neljän(4) kirjaamisen nykytilannetta, tämän tapaamisen perusteella tehtiin hoitotyön päivittäisen sähköisen kirjaamisen ja raportoinnin nykytilan kaavion (Liite 2). Nykytilan kaavion pääotsikoiksi muodostuivat tarve, tavoite, moniammatillinen yhteistyö, hoidon toteutus ja seuranta, arviointi ja raportointi. Hoitotyön päivittäisen sähköisen kirjaamisen ja raportoinnin nykytilanteen tarve on yhteiset linjat potilaiden prosessissa. Tavoitteena on tehdä niin välitavoitteita kuin väliarvioita. Moniammatillisen yhteistyön tulee olla selkeää ja loogista

sekä kokonaisvaltaista huomioon ottamista potilaan hoidossa. Hoidon toteutuksessa ja seurannassa tulee näkyä niin hoitajan oma hoitotyö ja yksilövästainen omahoitajuus kuin potilaan näkemys ja kokemus hoidosta. Kirjaamisen ja raportoinnin minimikriteerit tulee toteutua Rafaela™- ja Miranda-ohjelmia hyödyntäen sekä noudattaa niin yhteisiä sääntöjä ja arvoja kuin lainsäädäntöä. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon jatkoahoito-ohjeet, potilaan kulttuuri, yhteinen kieli ja myös tämän tulee olla kokonaisvaltaista sekä toteutua päivittäin. Raportointi on jaettava aamu-, iltaja yövuoro raportointiin. Raportoinnin eroja ja tapoja osastolla kartoitettiin myöhäisemmässä vaiheessa opinnäytetyötä.

Lähetin kaavion sähköpostitse apulaisosastonhoitajalle marraskuun lopussa, jotta osastolla on aikaa tutustua kaavioon jo etukäteen. Kaavio esitettiin osastotunnilla joulukuussa 2013. Pääsääntöisesti kaavio vastasi hoitotyön päivittäisen sähköisen kirjaamisen ja raportoinnin nykytilannetta, mutta pieniä tarkentavia muutosehdotuksia sain. Tapaamisen yhteydessä selkeytyi opinnäytetyön tarkoitus ja tarve, joka on sähköisen raportoinnin hyödyntäminen.

Toukokuussa tehtiin yhdessä apulaisosastonhoitajan kanssa päivittäisen kirjaamisen ja raportoinnin kyselylomake, jonka avulla kartoitettiin kirjallisesti osaston hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kirjaamisen ja raportoinnin nykytilanteesta (Liite 3). Kävin vastauksia läpi yhdessä apulaisosastonhoitajan kanssa. Vastaukset auttoivat hahmottamaan kirjaamisen ja raportoinnin nykytilannetta myös osaston hoitajien näkökulmasta. Kirjaamisen ja raportoinnin nykytilanteen kyselylomakkeessa on neljätoista eri kysymystä, joissa selvitetään sitä, että miten osaston hoitajat suhtautuvat kirjaamisen tärkeyteen. Lomakkeessa kysytään mitä eri asioita osaston hoitajat kirjaavat tulotilanteessa, hoidon suunnittelussa, hoidon toteutuksessa ja hoidon arvioinnissa sekä mihin nämä tiedot kirjataan. Miten moniammatillisuuden otsikoita hyödynnetään kirjaamisessa? Miten potilaslähtöisyys näkyy kirjaamisessa? Minkälaista on moniammatillisen työryhmän kirjaaminen, kuten lääkäreiden ja erityistyöntekijöiden ja minne he tiedon kirjaavat sekä onko tämä tieto helposti käytettävissä? Mitkä asiat ovat osaston hoitajien mielestä keskeisimmät kehittämistä vaativat osa-alueet kirjaamisessa? Lomakkeessa kartoitetaan myös sitä, että miten raportointi tapahtuu aamulla, iltapäivällä ja illalla ja onko työyhteisön toimipisteiden välillä eroja raportoinnissa. Lomakkeessa kysytään myös, että miten osaston hoitajat kehittäisi raportointia niin, että kirjattua tietoa hyödynnettäisiin mahdollisimman paljon ja minkälaisista asioista tarvitaan suullista tiedon siirtoa. Lomakkeeseen oli aikaa vastata kaksi viikkoa ja vastauksia sain neljä kappaletta.

Kahdessa vastauksessa luki, että kirjaaminen on erittäin tärkeää osastolla ja jokaisen tulisi muistaa kirjata kunnolla. Tulotilanteen, hoidon suunnittelun ja hoidon toteutuksen kirjaaminen sujuvat pääsääntöisesti hyvin osastolla ja kirjataan niin sanotusti oikein, mutta hoidon arvioinnin kirjaus on vielä epäselvää ja niin sanotusti lapsenkengissä, kuten yksi vastaajista kirjoitti. Moniammatillisissa määräyksissä ei ole omia otsikoita, vaan nämä tiedot

löytyvät tutkimus/ohje-otsikon alta. Potilaslähtöisyys näkyy kirjaamisessa ja pyritään kirjaamaan niin, että on huomioitu potilaan näkökanta ja hänen tarpeet. Moniammatillisen ryhmän kirjaamisessa on suuria eroja siinä, että miten ja minne tietoa kirjataan. Hoitajat hyödyntävät moniammatillisen ryhmän kirjaamista esimerkiksi niin sanotun nuijan avulla ja tekee tarvittavia muutoksia hoidossa sen mukaan. Keskeisempiä kirjaamisen kehitettäviä osa-alueita ovat vastaajien mukaan se, että kirjaamisesta tulisi tehdä vieläkin yksinkertaisempaa ja hoidon arviointi-osan kirjaamista selventää ja ohjeistaa. Vastauksien mukaan sähköinen kirjaaminen on helpottanut työskentelyä ja tarvittava tieto löytyy nopeasti. Vastauksissa on kerrottu, että osastolla niin aamu-,ilta- ja yövuoron raportointi tapahtuu suullisesti Miratelin potilaslistaa hyödyntäen. Raportointiin kuluva aika on yhden vastaajan mukaan huomattavasti lyhyempää nykyään kuin aikaisemmin. Kirjattua tietoa hyödynnetään vastaajan mukaan mahdollisemman paljon raportoinnilla niin, että siirryttäisiin hiljaiseen raportointiin.

Raportoinnin kehittämistä ja yhtenäistämistä osastoilla 4A ja 4B tarkennettiin vielä erikseen taulukon avulla, johon oli eritelty yläotsikkoina tärkeä raportoida suullisesti ja jokainen voi lukea itse. Näitä asioita kartoitettiin aamu-,ilta- ja yövuoron raportoinnilla. Sekä kysyttiin miten raportointia voisi kehittää. Tähän taulukkoon saatiin viisi vastausta. Tärkeitä asioista, joista tulisi raportoida suullisesti aamuvuoron alkaessa oli se, että olisi selkeämpää jos sairaanhoitaja pitäisi raportin kaikille. Suullisesti tulisi mainita tulosy, tämän hetkinen vointi, päivän tutkimukset, vitaalien seuranta, liikkuminen ja jos edellisessä vuorossa on sattunut jotain erityistä. Jokainen voi lukea itse-osiossa taustasairaudet tarkemmin, laboratorio-arvot ja tutkimustulokset. Tärkeää on se, että hoitosuunnitelma on hyvin tehty. Iltavuoron raportilla tulisi suullisesti kertoa samana päivänä kotiutuvien nopea ja päälipuolinen raportti, millä menee kotiin ja jatkohoito-ohjeet. Lääkärinkierrolla tulleet uudet lääkemääräykset, tähän hoitojaksoon liittyvät tärkeät taustatiedot, jokapäiväiseen hoitoon liittyvät mittaustarpeet ja tulevat suunnitelmat, potilaan selviytyminen ja autettavuus. Edellä mainituista asioista tulisi kertoa pintapuolisesti ja tarkemmin hoitaja voi lukea itse koneelta. Yövuoron raportoinnilla tulisi kertoa suullisesti kyseiseen hoitojaksoon liittyvät tärkeät taustatiedot, toiminnalliset avun tarpeet sekä lääkärin kierrolla tapahtuneet tärkeät muutokset potilaan hoidossa. Jokainen voi lukea itse potilaan pesut, haavahoidot ja omaisten kanssa käydyt keskustelut. Raportointia voisi hoitajien mielestä kehittää pitämällä Miratel-potilaslista ajantasalla ja lyhentämällä raportointiin käytettävää aikaa. Hoitosuunnitelmien tulisi olla ajantasalla, joka helpottaisi ja nopeuttaisi raportointia. Raportointitavat tulisi olla yhtenäisemmät, koska raportoinnin kestoissa on suuria eroja. Raportointitilanne tulisi olla rauhallinen, tällöin ei raportin pitäjä vastaisi puheluihin ja kanslian ovi tulisi huolehtia kiinni. Yksi tärkeimmistä asioista vastauksien mukaan olisi se, että sama hoitaja saisi jatkaa mahdollisimman pitkään samassa tiimissä, jolloin potilaiden tunteminen helpottaa raportointia ja luo turvallisuutta sekä hoitajalle että potilalle.

## 5.2 Kehittämistyön tietoperustasta

Sairaanhoitajan työ edellyttää itsenäistä päätöksentekoa. Sairaanhoitajan täytyy pystyä organisoimaan oma työnsä ja selvittämään itsenäisesti eteen tulevia ongelmia. Sairaanhoitaja ei tee ratkaisuja, joihin hänellä ei ole oikeuksia. Itsenäisessä ongelmanratkaisussa ja päätöksenteossa tulee huomioida koulutuksen antamat taidot ja sairaanhoitajan vastuu. (Hilden 2002, 55; Piper 2009, 8.) Sairaanhoitajalla on laajat teoreettiset tiedot, joita hänen on osattava soveltaa käytännön hoitotyöhön. Työ on hyvin vastuullista, ja sairaanhoitaja ratkaisee monia hoitoon liittyviä asioita itsenäisesti. Päätöksentekokyvyn ohella vaaditaan hyvää stressinsietokykyä, ongelmanratkaisutaitoja sekä erityistä tarkkaavaisuutta ja huolellisuutta. Työssä tulee myös opetella uuden tekniikan käyttöä. (Kasari ym. 2004, 18.)

Pätevyys tarkoittaa kykyä onnistua tehtävästä hyvin ja ihmisen itsensä ja muiden arvioimana. Ihmisellä on valmiuksia suhteessa kulloiseenkin tehtävään. Tällöin ihmisen itseluottamus on yhteensopiva suoriutumisen kanssa, hän tuntee omat rajansa sekä sen, mitä osaa ja mitä ei. (Hilden 2002, 33.)

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka hoitaa potilaita itsenäisesti ja kasvattaa asiantuntijuuttaan. Hoitotyön asiantuntemus vaatii hyvän hoitotyön tietoperustaa, arvoperustaa merkityksen ymmärtämistä, jatkuvaa itsensä kouluttamista sekä käytännön hoitotyön kokemusta. (Kasari ym. 2004, 22; Piper 2009, 3-4.) Ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen on tulevaisuudessa eräs työpaikkojen tärkeistä menestystekijöistä (Hilden 2002, 87). Hoitotyön asiantuntemuksen keskeisiksi ominaisuuksiksi hoitoteoreetikot ovat nimenneet vastuullisuuden, itsenäisyyden ja muutoskykyisyyden sekä kriittisyyden. Vastuullisuuteen kuuluu omasta toiminnasta vastaaminen ja sisäinen käsitys vastuusta. Itsenäisyyteen kuuluu vastuu tehdyistä päätöksistä ja näiden toteuttamisesta. Tulevaisuuden asiantuntijalta vaaditaan muutoksenhallintakykyä ja menetelmiä ottaa vastaan epävarmuutta. Kriittisen ja pohdiskeleva asioiden käsittely, joidenka avulla asiantuntija arvioi kriittisesti niitä toimintamalleja, jotka johtavat hänen toimintaansa. (Kasari ym. 2004, 22.)

Hoitotyön arvoperusta sisältää hoitotyötä ohjaavat arvot ja periaatteet, jossa hoitotyön auttamismenetelmissä tieto, taito ja arvot kohtaavat. Hoitotyön asiantuntemuksen pohja hahmottuu koulutuksen aikana, mutta kuitenkin vasta työelämän kokemukset ja ammatillinen kasvu johtavat asiantuntemukseen. Jatkuvasti muuttuvassa tietoyhteiskunnassa asiantuntijalta vaaditaan jatkuvaa uusiutumista. (Kasari ym. 2004, 22; Piper 2009, 209.)

## 5.3 Toimintatavan rakentaminen

Toukokuun lopussa tapasin osastolla kuusi hoitajaa eri moduuleista ja kaksi apulaisosastonhoitajaa. Heille esiteltiin uusi toimintamallikaavio, jota oltiin apulaisosastonhoitajan kanssa kehitellyt. Kuviossa 1 kuvataan tärkeät asiat, joista tulisi raportoida suullisesti. Kuviossa 2 käydään lävitse asioita, joihin voi käyttää hiljaista raportointia. Esittelin tapaamisessa ISBAR-kiireetön tilanne kaavion, jota voidaan käyttää pohjana kun rakennetaan sähköisen raportoinnin ydinasioita. Esittelin myös kaksi tutkimusta, joista on apua rakenteen määrittelyssä. Sharma (2013) tutkimuksessa kerrottiin JBI-suositukset, jossa kerrotaan suositukset koskien kliinistä suullista raportointia ja Poletic ja Holly (2010) tutkimuksessa selvitettiin hoitajien vuoronvaihto raportointia. Tutkimuksessa he arvioivat tiedon laadun vaihdon hoitajien välillä. Tutkimuksissa on oleellista ja hyödyllistä tietoa raportoinnista. Näiden tutkimuksen johtopäätöksiä pystyy hyödyntämään rakentaessa uutta toimintatapaa raportoida. Osastolla on jo tällä hetkellä paljon erilaisia tarkistuslistoja, jonka vuoksi uusi menetelmä juurrutetaan osastolle käytäntöön. Näin voidaan varmistaa laadullisen tiedon jatkuminen seuraavassa vuorossa.

Edellä kuvattuja menetelmiä pidettiin kaavioiden pohjana. Oleellisten asioiden kartoittamisessa käytettiin hyödyksi tutkimuksien antamaa tietoa. Kaaviot jätettiin osastolle viikoksi, jolloin myös muut hoitajat saivat ottaa kantaa ja tehdä ehdotuksia uuteen toimintatapaan. Apulaisosastonhoitaja laittoi esille kaaviot, joihin jokainen sai laittaa omia merkintöjään. Viikon päästä kävin hakemassa muutoksehdotukset ja päivitin kaaviota.

Tapaamisella syntyi paljon hyvää keskustelua hoitajien välillä, miten asioita voisi kehittää. Yhtenä vaihtoehtona raportin kestolle nähtiin se, että voisi sopia ajan jolloin raportti tulisi olla pidetty ja töiden alkaa, poikkeuksia lukuunottamatta, tämä helpottaisi varsinkin aamuvuorossa töiden sujuvuutta. Toisena asiana nousi esiin yöhoitajan raportointi, jonka yöhoitaja voisi kertoa ensimmäiselle hoitajalle, joka tulee aamuraportille ja tämän jälkeen lähteä kotiin nukkumaan, jolloin kyseinen aamuvuoron hoitaja kertoisi muille aamuvuorolaisille raportin yhteydessä myös yön huomioista.

Miratel-potilaslista toimii niin sanottuna muistilistana, joka kulkee hoitajan taskussa mukana. Tämän ajankohtainen päivittäminen on oleellista, mutta käytännössä välillä unohtuu. Osastolla on vain yksi kone, jossa päivittämistä voi tehdä. Ehdotuksena tuli, että jos ohjelman saisi myös muille koneille, joilla hoitajat kirjaavat niin samalla voisi päivittää myös muutoksia Miratel-potilaslistaan. Sähköisen raportoinnin runkoa aletaan juurruttamaan käytäntöön kun uusi malli on valmis, koko opinnäytetyön aikana sähköisen raportoinnin kehittämistä on puhuttu ja pohdittu osastolla, jolloin juurruttaminen on lähtenyt tapahtumaan jo opinnäytetyön alussa.

## 6 Uusi toimintatapa

Uusi toimintatapa on rakennettu apulaisosastonhoitajan ja osaston hoitohenkilökunnan kanssa. Kaavion pohjana toimii ISBAR-kiireetön tilanne ja rungossa on hyödynnetty JBI-suosituksia (Sharma 2013) ja Polletic ja Holly (2010) tutkimustuloksia. Toimintatavassa otettiin huomioon osastolle tehdyn kyselylomakkeen vastaukset sekä ehdotuksia, joita saatiin osaston hoitohenkilökunnalta kaavioiden arvioinnissa. Syyskuussa osastolle on tulossa uusi Uranus-päivitys, joka osaltaan tulee muuttamaan kirjaamista ja raportointia. Myös Kanta-arkistoon siirtyminen tulee vaikuttamaan hoitotyön kirjaamiseen. Hoitajilla on käytössä Miratel-potilaslista, jossa on ydinasiat kirjattu ja tästä voi tarvittaessa tarkistaa tietoja. Hoitajalla on tämä lista taskussa mukana, tämän tiedot pyritään päivittämään aina tietojen muuttuessa niin, että ajankohtaisin tieto on hoitajalla mukana. Uusi toimintatapa juurtuu parhaillaan käytäntöön.

Kaaviossa (Kuvio 1) käydään lävitse ydinasiat, joista tulee raportoida suullisesti, jotta tavoite yhtenäiset linjat toteutuisi ja voidaan taata laadullinen ja turvallinen hoidon jatkuminen seuraavassa vuorossa. Tässä mallissa kuvataan tärkeimmät asiat, joista raportoidaan suullisesti vuoron vaihtuessa. Kaaviossa on hyödynnetty ISBAR-menetelmää ja huomioitu JBI-suosituksia raportoinnin kehittämisessä (Sharma 2013) sekä Poletic ja Holly (2010) tutkimusta suullisesta raportoinnista vuoron vaihtuessa. Kaaviossa on myös huomioitu käytännön tietoa, jota saatiin kyselylomakkeen avulla.



Kuvio 1: Suullinen raportointi mukailien JBI-suosituksia (Sharman 2013), ISBAR-menetelmää ja Poletic ja Holly (2010) tutkimusta

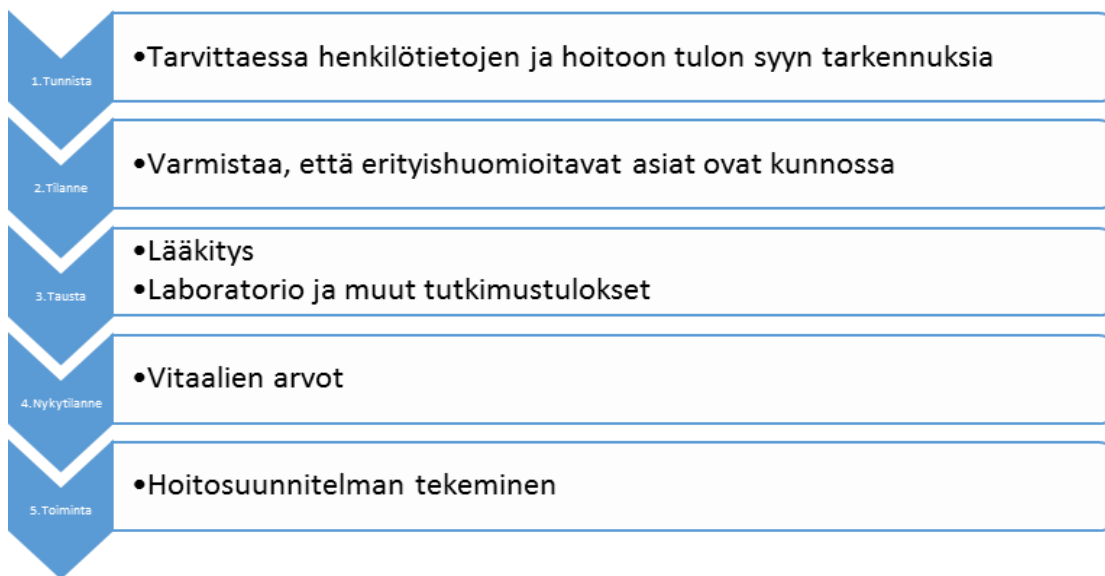
Tunnista kohtaan kuuluu henkilötiedot ja hoitoon tulon syy, kerrotaan potilaan tämän hetkinen tilanne ja edellisen vuoroin asioista vain jos on jotain akuuttia muutosta tapahtunut. Tilanne kohtaan kuuluu erityishuomioitavat asiat, joita ovat esimerkiksi päivän tutkimukset. Tausta kohtaan kuuluu lääketieteellinen historia, josta kerrotaan



muutokset, jotka ovat tulleet lääkärintierolla. Nykytilanteeseen kuuluu viraalit ja potilaan saumaton hoito. Potilaan liikkuminen, syöminen, erityis, seurannat, nesteytykset. Toiminta kohtaan kuuluu tutkimus- ja hoitosuunnitelma, joka on potilaan hyväksymä. Ajantasainen hoitosuunnitelma helpottaa ja nopeuttaa raportointia, koska kaikki tarvittavat tiedot löytyvät samasta paikasta.

Pääperiaatteena hoitajat pitivät osastolla sitä, että raportoinnilla kerrotaan asioista pääpiirteittäin, jonka jälkeen hoitava hoitaja voi tarvittaessa syventyä tietoihin raportin jälkeen. Kerrotaan vain niistä asioista, jotka vaikuttavat oleellisesti seuraavan vuoron tapahtumiin. Se, että sama hoitaja pysyisi samassa tiimissä mahdollisimman pitkään, auttaa potilaiden tuntemisessa, jolloin myös raportointi helpottuu ja tämä luo turvallisuutta niin hoitajalle kuin potilaalle. Raportointitilanteisiin kaivattiin rauhallisuutta, puhelut hoitajille keskeyttävät ja ovien sulkeminen ennen raportin alkua olisi muistettava. Miratel-potilaslistan ajantasalla pitäminen helpottaa myös raportin kulkua, koska tällöin jo iso osa oleellisista tiedoista löytyy kirjattuna.

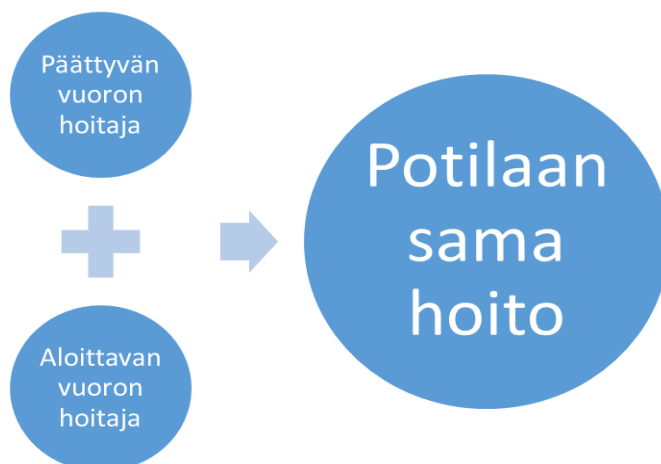
Suullisen raportoinnin lisäksi vuoroon tullut hoitaja selvittää itsenäisesti, hiljainen raportti, (Kuvio 2) potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeitä asioita hoitokertomuksesta, kuten esimerkiksi onko pesut tehty? Haavojen hoito-ohjeet ja omaisten kanssa käyty keskustelut.



Kuvio 2: Hiljainen raportointi mukaillen JBI-suosituksia (Sharman 2013), ISBAR-menetelmää ja Poletic ja Holly (2010) tutkimusta

Vuoronvaihto raportilla on myös mahdollisuus havainnointiin, jossa vuoron päättävä hoitaja kertoo ja näyttää vuoroon tulevalle hoitajalle tärkeää tietoa potilaan hoidosta ja antaa mahdollisesti lisätietoa ja selvennyksiä. Raportoinnin aikana tapahtuu potilaan vastuun

siirtyminen seuraavan vuoron hoitajalle. Osastolla tulee olla yhtenäinen käytäntö siitä, miten potilas ja hänen omaisensa huomioidaan hoidossa (Kuvio 3).



Kuvio 3: Raportoinnin yhtenäisyys

## 7 Kehittämistoiminnan arviointi

Uutta toimintatapaa aletaan juurruttamaan osastolle niin apulaisosastonhoitajan kuin hoitotyön työntekijöiden avulla. Toimintapa siirtyy pikku hiljaa käytäntöön työntekijöiden siirtäessä tietoa eteenpäin. Opinnäytetyön aikana uusi toimintatapa on jo alkanut alusta alkaen pikku hiljaa muokkautumaan uudeksi hoitohenkilökunnan pohtiessa omaa tapaansa raportoida ja kiinnäen huomiota tietoihin mistä on raportoitu. Juurruttaminen on parhaillaan käynnissä ja jatkuu vielä.

Kehittämisprojektin oleellinen osa on arviointi, jota voidaan toteuttaa erilaisista näkökulmista. Työelämää kehittävän toiminnan vaikutuksia voidaan tarkastella esimerkiksi työntekijän oppimisen ja hyvinvoinnin sekä työyhteisön työskentelyn näkökulmasta. Parhaimmillaan arviointi on kiinteä osa kehittämishankkeen toteuttamista ja palvelee sen päämäärien saavuttamista. Arviointitietoa voidaan kerätä erilaisilla menetelmillä ja yhdistellä erilaisia lähestymistapoja. Keskeistä on pyrkiä ymmärtämään, miksi tulokset saavutetaan tai miksi niitä ei saavuteta. Teoreettiseen kuvaukseen vertaillaan kerättyä aineistoa pyritään näin tunnistamaan niitä muutosvoimia, jotka edistivät tai estivät muutoksen syntyä. Arvioinnin tarkoituksena on tarjota lopullinen raportti, joka osoittaa, mitä työllä on saavutettu. (Ahonen & Ora-Hyytiäinen 2009; Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 47; Vehkaperä, Pirilä & Roivas 2013, 140-142.)

Opinnäytetyön valmistuminen pienissä kehittämistehtävissä oli juurruttamista parhaimmillaan. Kun tehtävät eivät ole vain irrallisia kokonaisuuksia vaan kaikki nitoutuvat lopussa yhteen opinnäytetyöksi. Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja mielenkiintoinen, joka antoi

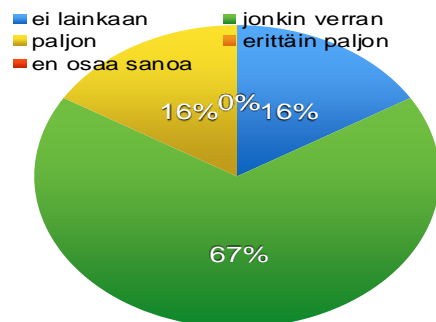
mahdollisuuden päivittää omaa ammatillista osaamista sähköisessä kirjaamisessa ja raportoinnissa. Projektityössä toimiminen on ennestään jo tuttua ja helppo tapa kehittää käytännön työtä. Lähdeaineistoa opinnäytetyöhön löytyi runsaasti, työssä pyrittiin käyttämään lähteissä materiaalia, joka oli julkaistu 2000-luvulla. Lähdeaineistoa kerättiin kirjastosta, internetistä ja erilaisista tietokannoista niin suomalaisista kuin ulkomaisista.

Työryhmässä Lohjan sairaalassa kehittämistoiminnan alkuun pääseminen oli helppoa. Opettajilta saama ennakkomateriaali Five Stars partnership -hankkeesta auttoi suuresti. Työryhmä oli innolla mukana kehittämisessä ja ydintyöryhmän tapaamisien järjestäminen sujui helposti. Ydintyöryhmä tapasi usein ja keskustelua käytiin myös sähköpostitse. Yhteistyö oli sujuvaa ja vuorovaikutteista. Apulaisosastonhoitajan kiinnostus projektiin ja hänen ammattitaito ja käytännön kokemus auttoivat suuresti työtä eteenpäin. Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus täyttyivät mielestäni odotetusti. Tapaamisien avulla saatiin laadukasta keskustelua ja aktiivista pohdintaa hoitajien kesken, miten käytäntöä voisi muuttaa toimivampaan ja yhtenäiseen suuntaan.

#### 7.1 Arviointitulosten raportointi

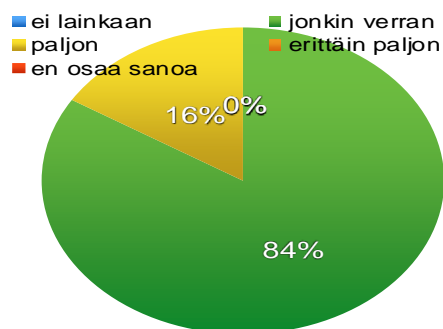
Tulosten arvioinnissa käytettiin kirjallista haastattelulomaketta (Liite 4), jonka lähetin osastolle jo etukäteen elokuun lopussa. Haastattelulomakkeen runkoon saatiin ohjeistusta opinnäytetyön ohjaajalta, tämän jälkeen lomaketta muokattiin yhdessä apulaisosastonhoitajan kanssa jäsentämällä kysymyksiä yksityiskohtaisemmiksi. Syyskuun aikana haastattelu toteutettiin osastolla. Osaston hoitajista pyrittiin saamaan mahdollisimman moni vastaamaan kyselyyn, jotta tulokset ovat luotettavia ja niitä voidaan hyödyntää arviointitulosten raportoinnissa. Arviointilomaketta jaettiin osastolle kymmenen kappaletta. Työryhmässä mukana olleilta hoitajilta, joita oli kahdeksan, saatiin kaksi vastausta. Vastaus aikana heistä osa oli lomalla ja osa sairaslomalla. Loput viisi vastausta saatiin osastotunnin yhteydessä, jolloin osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja kertoivat opinnäytetyöstä ja pyysivät hoitajia vastaamaan. Uusi toimintamalli herätti keskustelua osastolla ja sai hoitajat pohtimaan raportointi käytäntöjä. Työn ohella ruvettiin kiinnittämään huomiota raportin kestoan ja siihen, että raportoidaan vain oleelliset asiat.

Seitsemästä vastauksesta yksi oli kokonaan tyhjä, joten arviointi tehtiin kuuden lomakkeen vastauksien pohjalta. Ensimmäiseen kysymykseen, jossa kysyttiin onko työryhmä edistänyt hoitotyön sähköisen raportoinnin kehittämistä työyhteisössä, neljässä lomakkeessa oli vastauksena jonkin verran, yhdessä vastauksena ei lainkaan ja yhdessä paljon vastauksena. Vastauksista 67 % oltiin sitä mieltä, että opinnäytetyön avulla sähköinen raportointi on kehittynyt osastolla työn aikana.



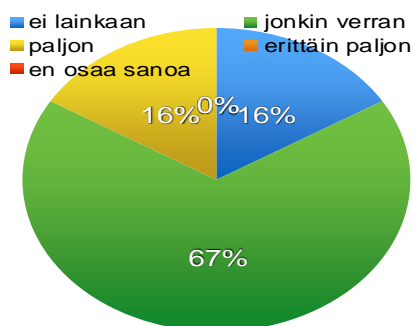
Taulukko 1: Sähköisen raportoinnin kehittyminen työyhteisössä

Toisessa kysymyksessä kysyttiin, voidaanko vastaajan mielestä uutta toimintamallia hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössä. Viidessä lomakkeessa oli vastauksena jonkin verran ja yhdessä paljon. 84 % mukaan uutta toimintamallia voidaan hyödyntää jonkin verran työyhteisössä.



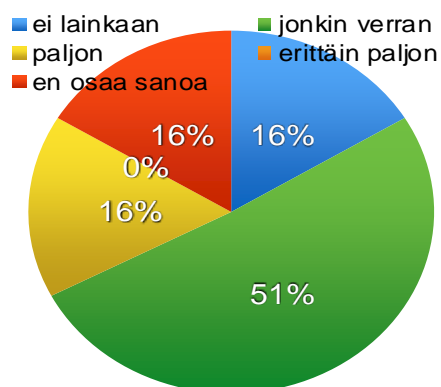
Taulukko 2: Uuden toimintamallin hyödyntäminen työyhteisössä

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin, onko työryhmä toimintamalli tuottanut uusia ajatuksia ja ideoita. Lomakkeista neljä vastasi jonkin verran, yksi ei lainkaan ja yksi paljon. Vastauksista 67 % mukaan uusi toimintamalli on tuottanut jonkin verran uusia ajatuksia ja ideoita työyhteisölle.



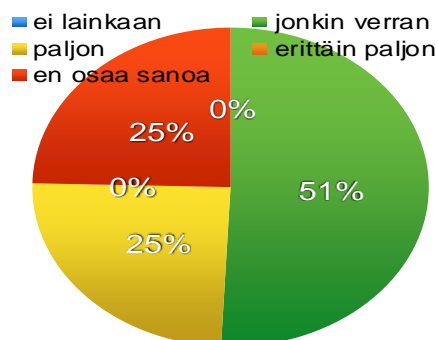
Taulukko 3: Uusien ajatusten ja ideoiden tuominen työyhteisöön

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin, onko uusi toimintamalli parantanut raportoinnin sujuvuutta ja tehokkuutta. Kolme vastasi jonkin verran, yksi vastaus oli en osaa sanoa ja yksi paljon. 51 % mukaan uusi toimintamalli on jonkin verran parantanut raportoinnin sujuvuutta ja tehokkuutta työyhteisössä.



Taulukko 4: Uusi toimintamalli on parantanut raportoinnin sujuvuutta ja tehokkuutta

Viidennessä kysymyksessä kysyttiin, onko raportointi muuttunut yhtenäisemmäksi eri moduleissa. Kolme vastasi jonkin verran, kaksi paljon ja yksi vastaus oli ei osaa sanoa. Vastaajista 51 % oli sitä mieltä, että raportointi on jonkin verran muuttunut yhtenäisemmäksi eri moduleissa.

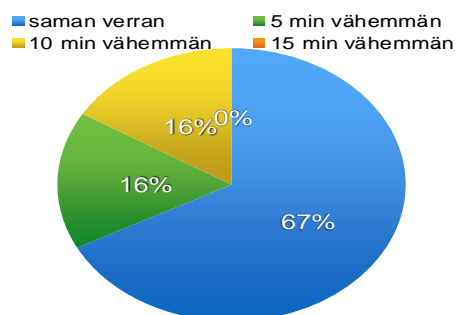


Taulukko 5: Toimintatapa suullisessa raportoinnissa on muuttunut yhtenäisemmäksi eri moduleissa

Kohtaan kuusi, johon sai perustella vastausvaihtoehtoja kysymyksiin 1-5, oli vain yksi kirjallinen vastaus, jossa vastaaja kertoi, ettei hän ole edes kuullut koko työryhmästä.

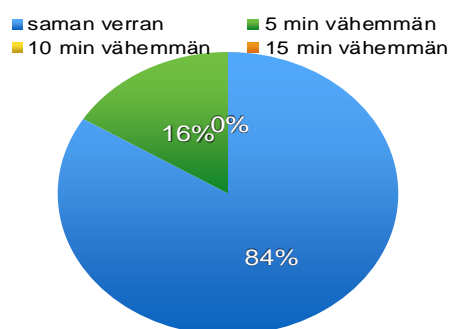
Kohdassa seitsemän kartoitettiin ajallisesti onko raportoinnin kesto muuttunut nykyään verrattuna vuosi sitten. Raportti aamuvuoron alkaessa neljä vastaajaa kertoi, että raportilla

kuluu sama aika, yksi 5 minuuttia vähemmän ja yksi 10 minuuttia vähemmän. Vastaajista 67 % oli sitä mieltä, että raportti aamuvuoron aika kestää saman verran nykyään kuin vuosi sitten.



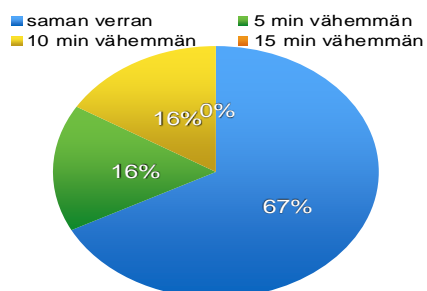
Taulukko 6: Raportti aamuvuoron alkaessa

Raportti iltavuoron alkaessa, jossa kuusi vastausta oli, että aikaa kuluu saman verran ja yksi vastaus, jonka mukaan 10 minuuttia vähemmän. Vastaajista 84 % kertoi, että raportti iltavuoron alkaessa kestää saman verran kuin vuosi sitten.



Taulukko 7: Raportti iltavuoron alkaessa

Raportti yövuoron alkaessa, jossa neljä vastausta oli saman verran, yksi 5 minuuttia vähemmän ja yksi 10 minuuttia vähemmän. Vastaajista 67 %:a oli sitä mieltä, että raportti yövuoron alkaessa kestää nykyään saman verran kuin vuosi sitten.



Taulukko 8: Raportti yövuoron alkaessa

Kohdassa kahdeksan pyydettiin palautetta kehittämistoiminnasta, johon yksi oli vastannut.

Olisi hyvä informoida paremmin osastolla työntekijöiden osallistumisesta suurempiin koulutuksiin yms, jotka vaikuttavat/ voisi vaikuttaa osaston toimintaan. Informaation kulkiessa työkaverit voisivat ymmärtää ja tukea "opiskelijoita" paremmin.

Yhteenvetona arvioinnin tuloksien perusteella opinnäytetyö on auttanut jonkin verran sähköisen raportoinnin kehittämiseen. Arvioinnin perusteella osastolle olisi pitänyt olla enemmän yhteistyötä koko osaston henkilökunnan kanssa, koska vastausten mukaan henkilökunta ei ollut tarpeeksi tietoinen uudesta toimintamallista. Arviointiin saatiin myös vastauksia vähän, jonka vuoksi tulokset eivät ole täysin luotettavia. Osastolla oli samaan aikaan iso Uranus-potilastietojärjestelmän päivitys, joka vei paljon hoitajien aikaa, tämä myös osaltaan vaikutti pieneen vastauksien määrään. Pienen vastausprosentin vuoksi prosentuaaliset vastaukset eivät anna oikeaa kuvaa kehittämistyön arvioinnista. Osastolla on hoitajia 30-40, jonka vuoksi hoitajien kokonaismäärään vertaaminen tuloksissa ei onnistunut.

## 7.2 Eettiset kysymykset kehittämistyössä

Eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät juurruttamisen menetelmään voidaan sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin. Juurruttamisen tavoitteena on niin työyhteisön kuin oman työn kehittäminen. Juurruttamisen näkökulmassa ihminen nähdään aktiivisena ja oppivana toimijana. (Ahonen ym. 2012, 12-15.) Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoitajan tulee arvioida omaa ja muiden pätevyyttä ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Sairaanhoitajan velvollisuus kehittää ammattitaitoaan jatkuvasti toimiessaan ammatissaan. Työyhteisössä työskentelevien sairaanhoitajien tulee myös yhdessä vastata siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvää ja että sitä parannetaan jatkuvasti. Oman työn kehittämiseen osallistuminen on tärkeä eettinen näkökulma (Etene 2011, 28).

Kaikenlaisen kehittämisen tulee perustua eettisesti kestäviin päätöksiin. Näiden päätösten tulee olla realistisessa suhteessa todellisuuteen ja sen voimavaroihin. Kehittämistyössä tapahtuva eettisten näkökohtien arviointi ei saa olla vain ammattilaisten asia. Myös asiakkaiden ja potilaiden, sekä juurruttamisen menetelmässä opiskelijoiden, näkökulmalla on annettava arvoa. Eettisten periaatteiden mukaisesti kaikilla osapuolilla on oikeuksia ja velvollisuuksia. (Etene 2011, 32.)

Sairaanhoitajien tulee osallistua ihmisten terveyttä, elämänlaatua ja hyvinvointia koskevaan keskusteluun sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla. Sairaanhoitajan tulee myös toimia yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistaa näiden

osallistumista potilaan hoitoon. Hänen tulee lisätä ihmisten kykyä hoitaa itseään ja antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Ammatillisen kasvun tavoitteena on parantaa suoritusta ja osaamista, kuten uuden tiedon hankkiminen, taitojen ja tekniikoiden kehittäminen sekä henkilökohtaisen arvostuksen kehittäminen ulkopuolisten silmissä. Usko ammatillisen kasvun hyödyllisyydestä ja uskomukset kehittämistoiminnan tehokkuudesta vaikuttavat siihen, miten halukkaasti henkilö osallistuu kehittämistoimintaan ja oman ammatillisen osaamisen ylläpitoon ja parantamiseen. (Hilden 2002, 33.)

Eettiset kysymykset ja ongelmat, jotka liittyvät teknologiaan ovat samantyyliä kuin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Käytännön tilanteen monimuotoisuudesta ja tulkinnoista, jotka eroavat toisistaan, syntyvät eettiset ongelmat. Ihmisarvo ja sen haavoittuvuus ovat teknologian tarkastelun arvoperusta. Keskeisiä eettisiä periaatteita teknologian hyödyntämisessä ovat hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen, itsemääräämisoikeus, yksityisyyden suoja, oikeudenmukaisuus ja turvallisuus. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2010.)

### 7.3 Eettisyys kehitystoiminnassa

Terveydenhuollon henkilöstön ammatilliset arvot ovat luonteeltaan eettisiä. Ammattieettiset ohjeet ja periaatteet konkretisoivat eri ammattiryhmien arvoperustaa. Keskeisiä terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa ohjaavia arvoja ovat ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, huolenpito ja oikeudenmukaisuus, jotka määrittävät, millaista on eettisesti hyvä terveydenhuolto. (Törmänen & Paasivaara 2012, 41.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea muun muassa sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. Eettisissä ohjeissa määritellään sairaanhoitajan ja potilaan suhdetta. Sairaanhoitaja vastaa toiminnastaan ensisijaisesti niille potilaille jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Sairaanhoitajan tulee suojella ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Hänen tulee kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja luoda hoitokulttuuri, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Sairaanhoitajapäivillä 2014 julkaistiin sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet. Ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien päivittäisessä työssä kollegiaalisuutta ja velvoittavat sairaanhoitajia toimimaan kollegiaalisesti toisiaan kohtaan. Sairaanhoitajien kollegiaalisuus tarkoittaa ammattikunnan jäsenten välistä tasa-arvoa ja vastavuoroista suhdetta. Tämä tukee sairaanhoitajien ammatillista työskentelyä ja tähtää yhteisen tavoitteen saavuttamiseen, joka



on potilaan paras mahdollinen hoito. Kollegiaalisuus vaikuttaa myös sairaanhoitajien ammattikunnan sisäiseen yhtenäisyyteen ja asemaan yhteiskunnassa.

Juurruttamisen menetelmässä vuorovaikutus nähdään yhteisen kehittämisen yhtenä keskeisimpänä työvälineenä (Ahonen ym. 2012, 18). Kuunteleminen ja kuuleminen sekä nähdäksi ja kuulluksi tuleminen ovat vuorovaikutukseen liittyviä eettisiä perusasioita. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996) määrittelevät avoimen vuorovaikutuksen myös osaksi sairaanhoitajan ja potilaan välistä hoitosuhdetta. Toimivat vuorovaikutus edellyttää keskinäistä luottamusta, rehellisyyttä ja molemminpuolista sitoutumista sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan (Etene 2011 6). Ahonen ym. (2012, 23) näkevät myös juurruttamisen menetelmässä sitoutumisen sovittuihin tavoitteisiin tärkeänä. Juurruttamisen menetelmässä tärkeä ”me-henki” syntyy osallistumalla ja sitoutumalla toimintaan. Juurruttamisen kannalta avoin vuorovaikutus onkin siis tärkeää.

Sairaanhoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskeaan päätöksentekoon. Potilaan antamat luottamukselliset tiedot sairaanhoitaja pitää salassa, ja sairaanhoitaja harkitsee milloin keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Sairaanhoitajan tulee kuunnella potilasta ja eläytyä tämän tilanteeseen. Potilaan ja sairaanhoitajan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Sairaanhoitajan tulee toimia tehtävässään myös oikeudenmukaisesti. Hänen tulee hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihonväristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996) ohjeistavat myös potilaan tietojen salassapidosta. Uuden toimintatavan juurruttaminen tapahtuu työyhteisössä hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden välisenä toimintana. Koska juurruttamisen menetelmään osallistuvat myös opiskelijat, tulee tähän tietojen luottamuksellisuuteen kiinnittää erityistä huomiota. (Ahonen ym. 2012, 21.) Ahosen ym. (2012, 24) mukaan juurruttamisen yksi peruspilari on johtajuus. Johtajuuden eettisyys nousee myös tärkeäksi eettiseksi arvoksi juurruttamisen menetelmää tarkastellessa. Eettinen johtaja on oikeudenmukainen, rehellinen ja lojaali. Eettinen johtaja osaa myös kokea myötätuntoa sekä olla tarvittaessa nöyrä ja varovainen. (Lewis & Gilman 2005, 36-37.) Juurruttamisen menetelmässä uuden toimintatavan käyttöönotto tapahtuu samanaikaisesti uutta toimintaa tuottamalla. Tällaisessa tilanteessa tulee kiinnittää erityisesti huomiota johtajuuden eettisyyteen. Erialaisten johtajuuteen liittyvien päätösten ja linjausten tuleekin olla sopusoinnussa henkilöstön eettisten periaatteiden kanssa. (Etene 2011, 7.)

Tietotekniikka ja tietojärjestelmät eivät ole vain välineitä, vaan niihin yhdistyy monenlaisia arvoja. Uutta teknologiaa on ennen käyttöönottoa tarkasteltava ja arvioitava sosiaali- ja terveydenhuollon monesta eri näkökulmasta. Turvallisuus, sosiaalinen näkökulma, palvelujärjestelmä, käyttäjät, tarkoitetut ja mahdolliset tarkoittamattomat vaikutukset sekä kustannukset on huomioitava eettisen arvioinnin lisäksi. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2010.) Opinnäytetyössä eettisyyttä on pyritty huomioimaan kokonaisvaltaisesti. Haastattelut on toteutettu nimettömästi, eikä niistä voi tunnistaa vastaajaa. Koko osaston henkilökunnalle tarjottiin mahdollisuutta osallistua kehittämiseen.

#### 7.4 Kehittämistyön arviointi

Kirjaamisen näkökulmasta kokonaisvaltaisen hoidon kulmakivi on ottaa huomioon myös potilaan näkemys ja kokemus, ja saada se näkyviin päivittäisen hoitotyön kirjaamiseen. Tieto pitäisi olla moniammatillista ja selkeää kirjoituskieltään, sekä loogisesti löydettävissä. Raportoinnin näkökulmasta oleellisten ja päivittäiseen hoitoon vaikuttavien asioiden suullinen raportointi, ydintietojen kertominen lyhyesti, jotta hoitoon tarvittava tieto siirtyy seuraavaan vuoroon. Niin sanottuna ongelmakohtana kirjaamisessa ja raportoinnissa on mielestäni se, että miten saadaan potilaan oma näkemys ja kokemus näkymään hoitotiedoissa, eikä vain kirjoiteta hoitajan tekemää työtä. Hoitotyössä tuli huomioida entistä laajemmin potilaan osa kokonaisvaltaisen ja moniammatillisen kirjaamisen osana

Tietotekniikan kehityksen myötä uskon, että Suomessa tulee tulevaisuudessa paljon lisääntymään terveystietojen etäkäyttö. Potilaat ovat entistä enemmän mukana oman terveytensä hoidossa ja haluavat vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaat tekevät omaseurantaan tietotekniikan avulla, jolloin on mahdollista reaaliaikainen yhteydenpito hoitavan hoitohenkilökunnan kanssa.

Jatkokehittämiskohteena mielenkiintoista olisi selvittää raportoinnin kehittymisestä osastolla, esimerkiksi puolen vuoden päästä, koska työ on herättänyt osastolla hoitajia pohtimaan omaa toimintaansa raportoida ja tarve yhtenäisille toimintatavoille on olemassa.

## Lähteet

### Kirjat

Aarnikoivu, H. 2008. Esimiehenä arjessa. Helsinki: Wsoypro.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Vantaa: Edita Prima Oy.

Ahonen, O., Karjalainen-Jurvelin, R., Ora-Hyytiäinen, E., Rajalahti, E & Saranto, K. 2007. Sähköisen kirjaamisen opettaminen terveysalan koulutuksessa. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 3. Uudistettu painos

Antikainen, M., Halonen, M., Kaikkonen, J., Kettunen, J., Myllyoja, J., Ryytänen, T. & Vähä, P. 2009. Palvelut muokkaavat kaikkia toimialoja. VTT

Bauman, E. 2013. Game- based teaching and simulation in nursing and healthcare. New York; springer publishing company.

Cahill, J. 1998. Patients perception of bedside handovers. Journal of clinical nursing 7, 354-358.

Duffy, J. 2013. Quality caring in nursing and health system: implications for clinicians, educators and leaders. Springer publishing company.

Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A-L. & Tanttu, K. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: Wsoy.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silvevprint.

Ensio, A. & Saranto, K. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto.

Haapakoski, P. & Moisander, M-L. 2001. Hoitoisuusluokituksella näkymätön työ näkyväksi. Sairaanhoidaja 9 vol 74.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Hallila, L. 2005. Raportointikäytäntöjen kehittäminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, terveyshallinnon ja -taloudenlaitos. Kuopio

Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011c. Potilasturvallisuuden varmistamisen työkaluja. Teoksessa Potilasturvallisuus. Kliinikko käsikirjat. Helsinki: Edita Prima Oy.

Henttonen, T., Ojala, M., Rautava-Nurmi, H., Vuorinen, S & Westergård, A. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. SanomaPro oy.

- Hirsijärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi
- Iivanainen, A & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Pro gradu- työ. Kuopion yliopisto: Terveys hallinnon ja- talouden laitos.
- Juuti, P. 2011. Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen. Vantaa: Hansaprint.
- Junttila, K., Heija, R., Konttinen, R., Kotavuopio, T., Leppänen, S., Paavilainen, E., Saloranta, T., Tuhkanen, A. & Vahtera, P. 2011. Somatiikan sähköisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen selitysoppi.
- Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3 uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kasari, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I, Lipponen, V., Ketola., M-L & Hietanen, H. Hoitotyönosaaminen. 2004 Helsinki: wsoy
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen M & Peltomaa K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen graafiset palvelut Oy.
- Kuuppelomäki, M. 1994. Vuoteenvierusraortoinnin edut ja haitat. Hoitotiede Vol 6 (4).
- Kärkkäinen, O. 2007. potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidtajaliitto.
- Laine, E-K. 2008. Rakenteisen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto: Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Lundgren-Laine, H., Salanterä, S & Haapalainen- Suomi, S. 2007. näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:53/2007.
- Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus : etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Helsinki : Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL
- Mattila, P. 2011. Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. Helsinki: Talentum.
- Ora-Hyytiäinen, E. 2009. Learning by developing: toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja B-32. Vantaa.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2013. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma.
- Piper, S. 2009. Health Promotion for Nurses. Theory and Practice. Taylor and Francis
- Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. Tutkiva hoitotyö 1(1).
- Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen. kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (kaste) 2012-2015. STM & Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.

Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Yliopistopaino. Helsinki.

Timonen, H. 2011. Potilasturvallisuuskulttuuri yksityissairaalassa kysely henkilöstölle. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Terveystieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi

Törmänen, O & Paasivaara, L. 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Porvoo: Bookwell Oy

Vehkäperä, U., Pirilä, K. & Roivas, M. 2013. Innostu ja innovoi käsikirja innovaatioprojektioihin. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja: Helsinki

Hartikainen, K., Häyrinen, K., Luomala, T., Komulainen, J., Porrasmäe, J. & Suhonen, M. Ydintieto-opas. 2011. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa.

Winman, Thomas-Rystedt, Hans. 2011. Electronic patient records in action-Transforming information into professionally relevant knowledge. Health Informatics Journal.

#### Internet

Aho, J., Kalliola, P., Kurunmäki, H., Mäkelä, K., Uusitalo, L., Valli, M., Virjo, I. & Ylinen, S. 2013. Tiedonkulku erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen takkuua yhä. Terveystieteen artikkeli. Lääkärilehti. Viitattu 18.11.2013. <http://www.laakarilehti.fi/sisallys/index.html?nr=36,yr=2013>.

eArkisto ja eResepti parantavat potilastiedon käytettävyyttä hoidossa. 2009. <http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/-/view/1523905>. 18.11.2013.

Fung, W.-M., Lin Koh, S.-S & Chow, Y.-L. 2012. Attitudes and perceived barriers influencing incident reporting by nurses and their correlation with reported incidents: a systematic review. Vol 10, no 1. <http://joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/44>

Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Viitattu 11.11.2013. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12\\_2009/etiikka/hoitotietojen\\_kirjaamisen\\_etiikk/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2009/etiikka/hoitotietojen_kirjaamisen_etiikk/)

Hoitosuunnitelma. Viitattu 18.2.2014.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki/usein\\_kysyttya/hoitosuunnitelma](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki/usein_kysyttya/hoitosuunnitelma)

Hyppönen, H., Iivari, A-K & Ahopelto, M. 2011 Sosiaali- ja terveydenhuollon asioiden sähköiset hankkeet Suomessa 2010. Raportti 31/2011. Tampere: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 14.10.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. 2013. Viitattu 14.10.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6st%C3%A4>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 2013. Viitattu 15.10.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1978/19780038?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=s%C3%A4hk%C3%B6inen%20k%C3%A4sitte%2A>.

Lamond, D. 2000. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing* 31(4), 794-804.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01349.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

Lewis, C. W. & Gilman, S. C. 2005. *The ethics challenge in public service: A problem-solving guide*. San Francisco: Jossey Bass.

Lehtovirta, J. & Vuokko, R. 1/2014. *Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas: Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.1.2014.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN\\_ISBN\\_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1)

McCloskey, R., Furlong, K & Hansen, L. 2012 *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. Vol 10, No 28 suppl.  
<http://joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/109> Viitattu 28.4.2014

Nykänen, P. & Junntila, K. 2012. *Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti*. Viitattu 11.11.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e63ed18f-68ca-4cfd-ac0a-fe8187528ffa>

Omakanta. 2013. Viitattu 17.11.2013. <http://www.kanta.fi/3>

Poletick, E. & Holly, C 2010. A systematic review of nurses' inter-shift handoff reports in acute care hospitals Vol 8, No 4 (2010)  
<http://joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/109>

Potilastiedon arkisto. 2013. Viitattu 17.11.2013. <http://www.kanta.fi/7>

Potilaan oikeudet. 2014. Viitattu 18.2.2014. <http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/10>

Potilas asiakirjojen laatiminen ja käsittely. 2014. *Opas terveydenhuollolle*. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Helsinki. Viitattu 12.11.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf)

Potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä uusi asetus. 2014. Viitattu 5.1.2014.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1417311>

Potilasturvallisuus. 2014. Viitattu 10.4.2014.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/hoitotyön\\_kehittaminen/potilasturvallisuus/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/hoitotyön_kehittaminen/potilasturvallisuus/)

Mikä on rafaela? 2013. Viitattu 10.11.2013. <http://www.rafaela.fi/?q=fi/esitteet-ja-julkaisut>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 25.1.2014.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Sairaanhoitajan kollegiaalisuus ohjeet. 2014. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 9.8.2014.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan-kollegiaalisuus/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan-kollegiaalisuus/)

Sharma, L. 2013. Nursing: Clinical handover. Viitattu 30.4.2014.  
<http://joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/109>

Sherlock, C. 1995. The patient handover: a study of its form, function and efficiency. Nursing standards 9, 33-36.  
<http://europepmc.org/abstract/MED/7577549/reload=0;jsessionid=QjYs9qqmEOKCaNlkIduT.58>

Siltala, H. 2013. Sähköisen raportoinnin kokonaisarkkitehtuuri: periaatteet. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) strategiasuunnitelma 2011-2020  
<https://opensource.thl.fi/wiki05/pages/viewpage.action?pageId=3211277#Sähköisenraportoinninkokonaisarkkitehtuuri:periaatteet>. Viitattu 23.4.2014

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Etene. Viitattu 24.1.2014.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf)

Sähköinen asiointipalvelu. 2005. Viitattu 15.10.2013. <http://www.narc.fi/asiointikaavio/>

Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma. 2013. Valtiovarainministeriö. Viitattu 17.11.2013.  
[http://www.vm.fi/vm/fi/05\\_hankkeet/023\\_sade/index.jsp](http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/023_sade/index.jsp).

Tiedonsaantioikeus. 2013. Viitattu. 23.10.2013.  
[http://www.hus.fi/potilaalle/potilaan\\_oikeudet/tiedonsaantioikeus/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/potilaalle/potilaan_oikeudet/tiedonsaantioikeus/Sivut/default.aspx)

Virolainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Muut

Hoitajien perehdytyslehtinen. 2012. Hus. Lohjan sairaala. Medisiininen tulostusyksikkö osasto 4A ja 4B.

Nordplus Horizontal. 2013. Application 5 Stars partnership. Laurea-ammattikorkeakoulu.

## Kuvat

Kuva 1. Tiedon käsittelyn kierrokset juurruttamisessa

Kuva 2. Juurruttaminen ja sen vaiheet ammattikorkeakoulun ja työelämän välisessä



## Kuviot

Kuvio 1. Suullinen raportointi

Kuvio 2. Hiljainen raportointi

Kuvio 3. Raportoinnin yhtenäisyys

## Taulukot

Taulukko 1. Sähköisen raportoinnin kehittyminen työyhteisössä

Taulukko 2. Uuden toimintamallin hyödyntäminen työyhteisössä

Taulukko 3. Uusien ajatusten ja ideoiden tuominen työyhteisöön

Taulukko 4. Uusi toimintatapa on parantanut raportoinnin sujuvuutta ja tehokkuutta

Taulukko 5. Toimintatapa suullisessa raportoinnissa on muuttunut yhtenäisemmäksi eri moduleissa

Taulukko 6. Raportti aamuvuoron alkaessa

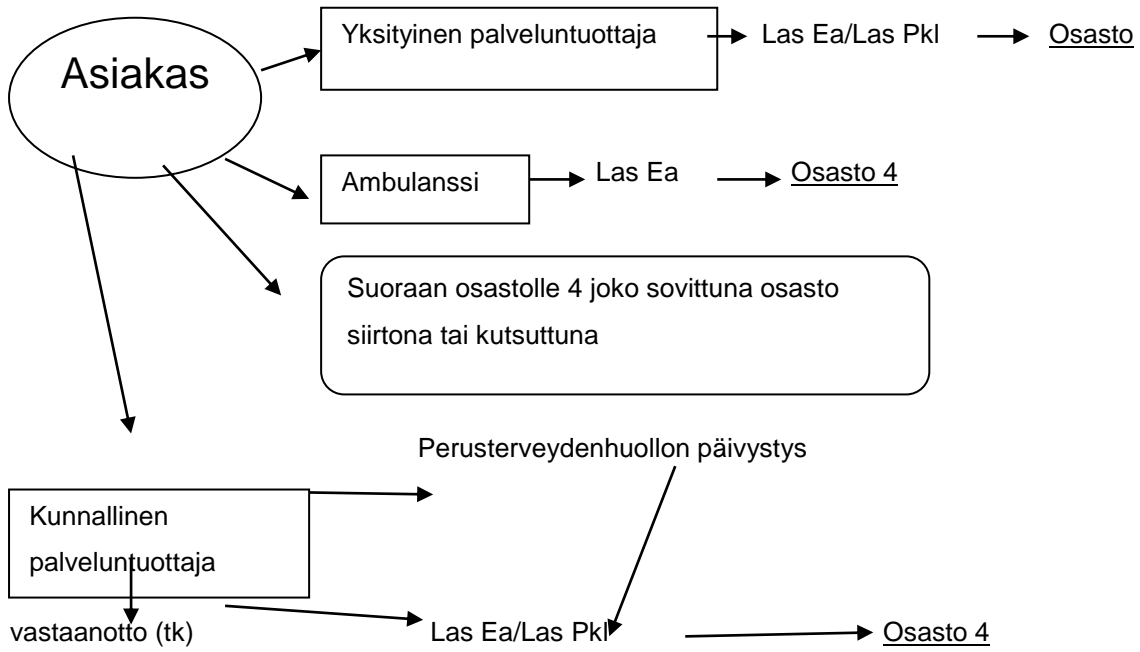
Taulukko 7. Raportti iltavuoron alkaessa

Taulukko 8. Raportti yövuoron alkaessa

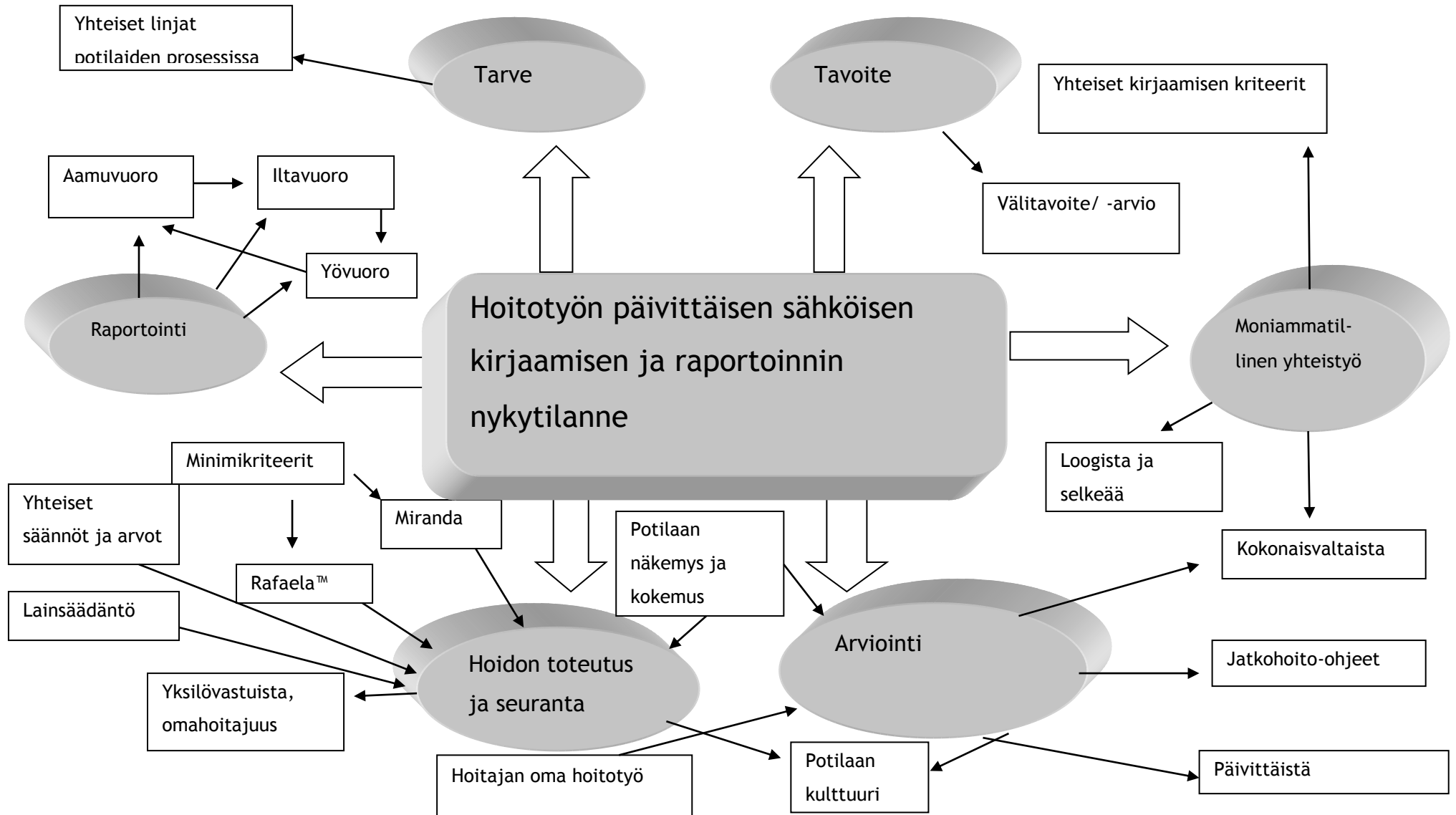
## Liitteet

Liite 1. Potilaan palveluprosessin kuvaus.....	60
Liite 2. Hoitotyön päivittäisen sähköisen kirjaamisen ja raportoinnin nykytilanne .....	61
Liite 3. Kirjaamisen työryhmälle kysymyksiä .....	62
Liite 4. Sähköisen raportoinnin-arviointilomake .....	63

Liite 1. Potilaan palveluprosessin kuvaus



Liite 2. Hoitotyön päivittäisen sähköisen kirjaamisen ja raportoinnin nykytilanne



### Liite 3. Kirjaamisen työryhmälle kysymyksiä

#### Kirjaamisen työryhmälle kysymyksiä nykytilanteesta 16.4.2014

1) Miten mielestäsi suhtaudutaan kirjaamisen tärkeyteen osastolla?

Kysymysten 2-5 kohdalla voi miettiä myös mistä kirjattava tieto on peräisin ja mitä tapahtumia liittyy kirjattavaan tietoon, esim mittaukset, soitot omaisille jne

2) Mitä asioita kirjaatte tulotilanteesta?

3) Mitä tietoja kirjaatte hoidon suunnittelusta ja mihin ne kirjataan?

4) Mitä tietoja kirjaatte hoidon toteutuksesta ja mihin ne kirjataan?

5) Mitä tietoja kirjaatte hoidon arvioinnista?

6) Miten moniammatillisia otsikoita hyödynnetään kirjaamisessa?

7) Miten potilaslähtöisyys näkyy kirjaamisessa?

8) Minkälaista on moniammatillisen työryhmän kirjaaminen (lääkärit ja erityistyöntekijät)? Minne he kirjaavat ja onko tieto helposti käytettävissä?

9) Miten hoitajat hyödyntävät tätä tietoa?

10) Mitkä ovat mielestänne keskeisimmät kehittämistä vaativat osa-alueet kirjaamisessa?

11) Haluatteko vielä kertoa jotakin huomiota kirjaamisesta?

12) Miten raportointi tapahtuu

A) aamulla

B) iltapäivällä

C) illalla

13) Onko työyhteisöjen toimipisteissä eroja raportoinnissa?

14) Miten kehittäisitte raportointia, niin että kirjattua tietoa hyödynnetään mahdollisimman paljon?

15) Minkälaisista asioista tarvitaan suullista tiedon siirtoa?

Kiitos vastauksista!

## Liite 4. Sähköisen raportoinnin-arviointilomake

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella hoitotyön sähköisen raportoinnin kehittämisprojektin työryhmän toimintaa. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja ja ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut Hoitotyön sähköisen raportoinnin kehittäminen. Työryhmä on laatinut uuden toimintamallin ehdotuksen, joka löytyy lomakkeen lopusta.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastaustauksiasi ja esittää kehittämis ehdotuksia työryhmälle.

Vastausvaihtoehdot ovat	1.	ei lainkaan
	2.	jonkin verran
	3.	paljon
	4.	erittäin paljon
	5.	en osaa sanoa

1. Työryhmä on edistänyt hoitotyön sähköisen raportoinnin kehittymistä työyhteisössämme?

1 2 3 4 5

2. Uutta toimintamallia voidaan mielestäni hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössämme?

1 2 3 4 5

3. Työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olemme voineet kehittää hoitotyön sähköistä raportointia?

1 2 3 4 5

4. Kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut hoitotyön sähköisen raportoinnin sujuvuutta ja tehokkuutta?

1 2 3 4 5

5. Suulliseen raportointiin käytettävä toimintatapa on muuttunut yhtenäisemmäksi eri moduleissa?

1 2 3 4 5

6. Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-5)

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Kuinka paljon vähemmän aikaa kuluu suulliseen raportointiin nykyään kuin vuosi sitten?

Vastausvaihtoehdot ovat

- A. Saman verran
- B. 5 min vähemmän
- C. 10 min vähemmän
- D. 15 min vähemmän

a) Raportti aamuvuoron alkaessa

A B C D

b) Raportti iltavuoron alkaessa

A B C D

c) Raportti yövuoron alkaessa

A B C D

8. Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta?

---

---

---

---

Kiitos arvioinnistasi!

Ystävällisin terveisin Satu Isopuro