

S T A D I A

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

# HOITOTYÖN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN MALMIN KOTISAIRAALASSA

Sosiaali- ja terveysala ylempi  
ammattikorkeakoulututkinto  
Terveysalan koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (ylempi amk)  
Opinnäytetyö  
Kevät 2007

---

Tarja Tuominen

|  |   |                            |
|--|---|----------------------------|
| Koulutusohjelma<br>Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma   | Tutkintonimike<br>Ylempi ammattikorkeakoulututkinto |                            |
| Tekijä/Tekijät<br>Tarja Tuominen   |   |                            |
| Työn nimi<br>Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen Malmin kotisairaala  |   |                            |
| Opinnäytetyö   | Aika<br>Kevät 2007                                  | Sivumäärä<br>49+liitteet 3 |
| <p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää hoitotyön kirjaamista toimintatutkimuksellista lähestymistapaa käyttäen Malmin kotisairaala Akuutissairaaloitten hoitotyön tavoitteiden mukaisesti ja kuvata kotisairaalan hoitotyön erityispiirteitä kirjaamisen osalta. Kehittämistyössä tehtävänä oli kartoittaa tärkeimmät kehittämisaalueet kirjaamisen osalta ja kuvata työyhteisön näkemys kehittämistyöstä vuoden lopussa ja selvittää jatkokehittämishaasteet seuraavalle vuodelle. Tavoitteena oli parantaa hoitotyön laatua ja vaikutuksia. Kehittämistyö tapahtui vuonna 2006 ja siihen osallistui koko työyhteisö. Lähtötilanteessa kartoitettiin hoitotyön kirjaamisen kehittämisaalueita arviointilomakkeen ja keskustelun avulla. Kehittämistyöhön kuuluivat useat kehitystyökokoukset, joissa keskustelun ja kirjallisen materiaalin avulla käsitteellistettiin prosesseja, kehitettiin uusia toimintatapoja ja arvioitiin toimintaa. Lisäksi hoitotyöntekijät kävivät koulutuksissa kehittämistyön aikana.</p> <p>Kehittämistyössä kirjaamisen kehittämisen tema-alueet olivat: hoitotyön suunnitelma, lääkehoidon toteutuksen kirjaaminen, kivun hoito ja ohjaus ja potilaiden kokemusten kirjaamisen lisääminen. Kehittämistyössä käytettiin lähestymistapana käytännöllistä toimintatutkimusta, jossa vastuuhenkilö ja työyhteisön jäsenet määrittelivät yhdessä ongelmat ja niiden syyt ja suunnittelivat tarvittavat toiminnot ongelmien ratkaisemiseksi. Toimintatutkimus oli sopiva lähestymistapa, koska kehittämistyöllä pyrittiin vastaamaan johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan ja kehittämään jo olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Kehittämistyön tuloksena parannettiin kirjaamiskäytäntöjä hoitotyön suunnitelman, lääkehoidon, kivun hoidon, ja ohjauksen suhteen, laadittiin kirjallisia ohjeita, luotiin toimintaprosesseja ja laadittiin kirjaamisen kriteerit Malmin kotisairaalaan ja selvitettiin jatkokehittämishaasteet. Kehittämistyö jatkuu edelleen raportin kirjoittamisen jälkeen.</p> <p>Hoitotyön suunnitelman kirjaamisessa käsitteiden ja termien sisällön ymmärtäminen loi yhteistä hoitotyön ammattikieltä. Hoidon prosessimallin avulla hoitotyöntekijä voi jäsentää paremmin potilaan hoitotapahtuman kirjaamista. Yhteiset toimintatavat lääkehoidossa minimoivat mahdollisia virheitä ja yhteisesti sovitut kirjaamisen kriteerit parantavat hoitotyön laatua. Kirjalliset ohjeet auttavat potilaiden kivun hoitoa ja ohjausta. Potilaslähtöinen kirjaaminen sisältää potilaan kokemuksia esimerkiksi terveydentilastaan, kivusta, oireistaan ja toiveista hoidon suhteen.</p> |   |                            |
| Avainsanat<br>hoitotyön kirjaaminen, kotisairaala, toimintatutkimus  |   |                            |

|  |                                 |                        |
|--|---------------------------------|------------------------|
| Degree Programme in<br>Health Promotion  | Degree<br>Master of Health Care |                        |
| Author/Authors<br>Tarja Tuominen   |                                 |                        |
| Title<br>Developing documentation of nursing care in Malmi Home hospital   |                                 |                        |
| Master Thesis  | Date<br>Spring 2007             | Pages<br>49+3 appendix |
| <p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this development project was to improve the documentation of nursing care and describe the characteristics of this documentation in Malmi Home hospital in 2006. The research mission was to determine what areas of documentation needed developing and to describe how the work community saw their progress at the end of the year. The aim was to improve the quality and influences of nursing care.</p> <p>Participatory action research was an appropriate approach because the project responded to a practical need. Problems and their causes were defined by author and members of the work community and together they planned the necessary steps to overcome the problems. The themes of the development project were, for example to improve the documentation of nursing care plans and to develop the implementation of medication. The result of this development project was the improvement of documentation practices in nursing care planning, medication, pain care and counselling; compilation of criteria for documentation in Home hospital; and determining further points of improvement. This work will continue after this report.</p> <p>Clear common practices are needed to minimize possible errors, for example in medication. Understanding of concepts and terms helped in creating common professional language for nursing and in correct filling in documents. The criteria of nursing documentation improve the quality of nursing care. Patient oriented documentation includes patient's experiences about her state of health, pain, symptoms and wishes about treatment.</p> |                                 |                        |
| <p>Keywords<br/>documentation of nursing care, action research, Home hospital</p>  |                                 |                        |

## SISÄLLYS

|   |    |
|---|----|
| 1 JOHDANTO  | 1  |
| 2 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISTYÖN LÄHESTYMISTAPANA        | 3  |
| 3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT                    | 6  |
| 4 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ                        | 7  |
| 4.1 Toimintaympäristönä Malmin kotisairaala               | 7  |
| 4.2 Hoitotyön kirjaamista ohjaavia tekijöitä              | 9  |
| 4.2.1 Hoitotyön kirjaamisen teoreettinen perusta          | 9  |
| 4.2.2 Kirjaamisen lainsäädännölliset näkökohdat ja ohjeet | 10 |
| 4.2.3 Pegasos potilastietojärjestelmä                     | 12 |
| 4.2.4 Hoitotyön kirjaaminen Akuuttisairaалassa            | 14 |
| 4.3 Hoitotyön kirjaaminen kotisairaалassa                 | 16 |
| 5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI                                 | 19 |
| 6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET                                 | 23 |
| 6.1 Kirjaamisen lähtötilanne                              | 23 |
| 6.1.1 Potilaan hoitoprosessin alkuvaihe                   | 23 |
| 6.1.2 Lääkehoidon toteutuksen kirjaaminen                 | 26 |
| 6.1.3 Kivun hoito ja ohjaus                               | 28 |
| 6.1.4 Hoitoprosessin loppuvaihe ja haavahoito             | 29 |
| 6.2 Tärkeimmät kirjaamisen kehittämisalueet               | 31 |
| 6.2.1 Hoitotyön suunnitelma                               | 31 |
| 6.2.2 Lääkehoidon toteutus ja kirjaaminen                 | 32 |
| 6.2.3 Potilaan kivun hoito ja ohjaus                      | 33 |
| 6.2.4 Potilaiden kokemusten kirjaamisen lisääminen        | 33 |
| 6.3 Malmin kotisairaalan kirjaamisen kriteerit            | 34 |
| 6.4 Työyhteisön arvio kehittämisestään                    | 40 |
| 6.5 Jatkokehittämishaasteet                               | 41 |
| 7 POHDINTA  | 42 |
| 7.1 Kehittämistyön tulosten tarkastelua                   | 42 |
| 7.2 Vastuuhenkilön arvio kehittämisprosessista            | 44 |
| 7.3 Kehittämistyön eettiset näkökohdat ja luotettavuus    | 45 |
| LÄHTEET   | 47 |
| LIITTEET 1-3  |    |

## 1 JOHDANTO

Potilaan hoidon eri vaiheiden kirjaaminen potilaskertomukseen on oleellinen osa hoitotyötä. Hoidon samoin kuin sen kirjaamisen lähtökohtana ovat tiedot potilaasta ja hänen hoitotyön tarpeistaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö on ollut viimeisien vuosien aikana muutosten alla. Tietojärjestelmiä ja teknologiaa hyväksikäyttämällä pyritään tehostamaan terveydenhuollon toimintaa. Valtioneuvosto teki periaatepäätöksen 11.4.2002 terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Osana toimintojen ja rakenteiden uudistamista kehitetään terveydenhuollon tietohallintoa. Valtioneuvoston päätöksen mukaan ”valtakunnallinen sähköinen sairaskertomus” otetaan käyttöön vuoden 2007 loppuun mennessä. Käytännössä tämä tarkoittaa kuntien ja kuntayhtymien sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien yhteensopivuuden kehittämistä siten, että samalla varmistetaan korkean tietoturvan ja tietosuojan taso. Mahdollisuus käyttää sähköisessä muodossa olevaa potilastietoa ajantasaisesti yli organisaatorajojen on edellytys palvelujen asiakaslähtöiselle ja tehokkaalle tuottamiselle ja uusien toimintamallien käyttöönotolle. Sosiaali- ja terveysministeriö edellyttää, että sähköistä potilasasiakirjajärjestelmää tulee kehittää palvelemaan entistä paremmin terveydenhuollon organisaation sisäistä työtä ja kulloistakin hoitotilannetta. Edellytetään myös, että terveydenhuoltohenkilökunta hallitsee systemaattisen kirjaamisen rakenteen sekä ymmärtää omien tietojensa ja osaamisensa merkityksen potilaan kokonaisuhoitoon kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto on vaatinut paljon koulutusta ja kehitystyö on jatkuvaa. Hoitotyöntekijät ovat joutuneet omaksumaan uusia tapoja kirjaamiselle, koska on siirrytty manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen. Vaikka sähköinen kirjaaminen on strukturoidumpaa, kirjaamisen ajatuksellinen sisältö pysyy samana. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen kuuluu osana hoitotyön laadun kehittämiseen, koska tarkoituksenmukainen työväline auttaa kohti hyvää potilaan kokonaisuhoitoa. Tietotekniikka antaa monipuoliset mahdollisuudet kehittää hoitotyöhön uusia toimintatapoja ja käyttää tieteellistä tietoa ja sen avulla on mahdollista tuoda esille, ylläpitää ja arvioida potilaan hoidon ja palvelujen laatua (Saranto – Eriksson – Kärkkäinen – Rouvala 2003).

Helsingin kaupungin Akuutisairaaloiden hoitotyön linjauksissa ja tavoitteissa vuosille 2006–2007 oli tavoitteena, että potilaan mukaanottoa häntä koskevaan päätöksentekoon

lisätään, hoidon suunnittelu, tavoitteet, toteutus ja arviointi tehdään yhdessä potilaan hoitotiimin kanssa, mikä pitäisi näkyä myös hoitotyön dokumenteissa. Avaintekijät tavoitteisiin pääsemiseksi olivat: potilaan toimintakykyä arvioidaan kattavasti ja säännöllisesti, mahdollistetaan potilaan osallistuminen hoidon suunnitteluun, potilasta ja omaisia ohjataan ja opetetaan yksilöllisesti ja hoitava tiimi tunnistaa potilaan voimavarat. Tavoitteiksi oli kirjattu myös, että hoitotyön dokumentointi on systemaattista ja sitä ohjaavat sovitut käytännöt, jotta hoitotyön vaikuttavuuden arviointi mahdollistuu. (Hoitotyön linjaukset ja tavoitteet Akuuttisairaalassa 2006–2007.) Hoitotyön suunnitelman tehtävänä on vahvistaa tiedonvälitystä, varmistaa hoidon jatkuvuus ja kuvata potilaan hoidon etenemistä (Saranto – Ensio 1999:194–195).

Tulospalkkausjärjestelmän puitteissa kotisairaaloissa on jo aikaisemmin kehitetty hoitotyön kirjaamista esimerkiksi potilaiden tulotilanteiden ja kivun hoidon kirjaamisen osalta ja kehittämistyö jatkuu myös tämän raportin jälkeenkin. Kirjaaminen oli ajankohtainen aihe, koska tavoitteena on siirtyä suullisesta raportoinnista yhä enemmän hiljaiseen raportointiin ja se edellyttää hyviä, informatiivisia kirjaamiskäytäntöjä. Työyhteisössä oli tarvetta myös yhtenäistää hoitotyön toimintatapoja. Tässä kehittämistyössä työyhteisöllä tarkoitetaan kotisairaalan hoitotyöntekijöitä, osastonhoitajaa, osastonsihteerä ja lääkäreitä ja hoitotyöntekijöillä kotisairaalassa hoitotyötä tekeviä työntekijöitä. Kehittämistyö on esimerkki työyhteisön tavoitteellisesta oman työn laadun kehittämisestä, jonka tuloksia voi mahdollisesti hyödyntää samantapaisissa hoitotyön ympäristöissä.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kehittää hoitotyön kirjaamista toimintatutkimuksellista lähestymistapaa käyttäen Malmin kotisairaalassa Akuuttisairaaloiden hoitotyön tavoitteiden mukaisesti ja kuvata kotisairaalan hoitotyön erityispiirteitä kirjaamisen osalta. Kehittämistyön tehtävänä on kartoittaa tärkeimmät kehittämisalueet kirjaamisen osalta ja kuvata kuinka kirjaaminen kehittyi kehittämistyön aikana ja selvittää jatkokehittämishaasteet. Kehittämistyön tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua ja vaikutuksia. Kehittämistyö tapahtui vuonna 2006 ja siihen osallistui koko työyhteisö.

## 2 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISTYÖN LÄHESTYMISTAPANA

Tässä raportissa kuvataan hoitotyön kirjaamisen kehittämisprosessia Malmin kotisairaalaissa. Kehittämistyön lähestymistapana on käytännöllinen toimintatutkimus, jossa vastuhenkilö ja työyhteisön jäsenet määrittelevät yhdessä ongelmat ja niiden syyt ja suunnittelevat tarvittavat toiminnot ongelmien ratkaisemiseksi. (Lauri 1997:118–119.)

Toimintatutkimuksen kehittäjänä on tunnettu amerikkalainen sosiaalipsykologi Kurt Lewin. Hän esitteli käsitteen 1940-luvulla useissa kirjoituksissaan ja luonnosteli sen perusideat. Englantilaisella kielialueella australialaiset Carr ja Kemmis sekä Grundy yhdistivät toimintatutkimuksen idean ja Habermasin tiedonintressiteorian. Carr ja Kemmis puhuvat teknisestä, käytännöllisestä ja emansipatorisesta toimintatutkimuksesta, kun Grundy laajentaa kaiken tutkimuksen ja ylipäättään toiminnan arvioimiseen edellä mainittujen kolmen käsitteen avulla. Kurt Lewin alkoi kehittää toimintatutkimusta menetelmänä pyrkiessään tutkimuksen avulla auttamaan sosiaalityöntekijöitä ratkaisemaan töhönensä liittyviä käytännön ongelmia. (Heikkinen – Jyrkämä 1999:26; Lauri 1997:115.)

Toimintatutkimusta kuvataan itsereflektiivisenä kehänä, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. Kun useita toimintatutkimuksen syklejä asetetaan peräkkäin, syntyy etenevä spiraali. (Carr – Kemmis 1986:186; Heikkinen – Jyrkämä 1999:36.) Kun ihminen reflektoi, hän etäännyy itsestään ja katselee omaa toimintaansa ja ajatteluaan uudesta näkökulmasta (Heikkinen – Jyrkämä 1999:36 ).

Toimintatutkimukselle ei ole mitään yksiselitteistä ja kaikkien hyväksymää määritelmää eikä sitä voi erottaa siinä käytettyjen tutkimustekniikkojen perusteella, koska ne vaihtelevat (Kuula 1999:218). Kuula (1999:218) on kuvannut toimintatutkimuksen tutkimusprosessia niin, että tutkittavat ovat aktiivisia osallistujia muutos- ja tutkimusprosesseissa, tutkijan ja tutkittavien suhteen perustana on yhteistyö ja yhteinen osallistuminen, toimintatutkimus suuntautuu käytäntöön ja se on ongelmakeskeistä. Tutkimusprosessi on syklinen: ensin valitaan päämäärät, sitten tutkitaan ja kokeillaan käytännön mahdollisuuksia edetä päämääriin. Tämän jälkeen taas arvioidaan ensiaskelia ja muotoillaan ja

tarkennetaan päämääriä, tehdään käytännön kokeiluja, arvioidaan näitä jne. Tutkimusprosessissa vuorottelevat suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi.

Toimintatutkimukseen liittyy käsitys toiminnan vähitellen ja usean vaiheen kautta tapahtuvasta prosessinomaisesta kehittämisestä. Työtään kehittävässä yhteisössä pyritään toisin sanoen hyödyntämään kehittämiskokemuksista ja eri aineistonkeruuvaiheista saatava palaute meneillään olevan toiminnan muuttamiseksi ja uudentyyppisten toimintakäytäntöjen toteuttamiseksi. (Kiviniemi 1999:63.) Lähestymistapa edellyttää yhteisöltä valmiutta muutoksiin ja itsensä kehittämiseen ja oman toiminnan arvioivaan tarkasteluun (Kiviniemi 1999:65). Kotisairaalan henkilökunta on elänyt muuttuvassa terveydenhoitojärjestelmässä mukana ja työyhteisö on joutanut ja sopeutunut muutoksiin hyvin.

Tämän kehittämistyön toimintatutkimusprosessi toteutettiin mukaillen Laurin (1997: 115–118) esittämän toimintatutkimuksen seitsemää eri vaihetta: 1) kohdeyhteisössä valitseva tilanteen ja esiintyvien ongelmien selvittäminen eli kartoitusvaihe, 2) esiintuleiden ongelmien käsittely ja tiedostaminen kohdeyhteisössä sekä muutoshalukkuuden selvittäminen eli prosessointivaihe, 3) toiminnan uudelleensuuntaaminen ja tavoitteiden asettaminen eli sitoutumisvaihe, 4) muutokseen tähtäävän toiminnan konkreettinen suunnittelu eli suunnitteluvaihe, 5) toiminnan toteutus ja seuranta eli toteuttamisvaihe, 6) muutosprosessin ja sen tulosten arviointi ja 7) muutoksen vakiintuminen pysyväksi toimintamalliksi eli hyväksymisvaihe.

Kehittämistyön raportin kirjoittaja toimi vastuuhenkilönä. Kehittämishojelman vastuuhenkilölle asetetaan Laurin (1997:117) mukaan tiettyjä vaatimuksia: kehittämistoiminnan vastuuhenkilön on oltava tietoinen siitä, mitä vastuu ja johtajuus merkitsevät. Vastuun lähtökohtana on kokonaisuuden hallinta eli kehitettävänä olevan kohteen muutostavoitteiden sisällöllinen tuntemus, tavoitteiden saavuttamiseksi määriteltyjen keinojen hallinta ja suunnitellusta aikataulusta huolehtiminen. Vastuuhenkilön on oltava tavoitettavissa ja käytettävissä, pystyttävä ratkaisemaan esiin nousevia akuutteja ongelmia, tuettava ja motivoitava osallistujia ja luotava kehittämistyölle innostava ilmapiiri. Vastuuhenkilöllä on oltava valta toteuttaa suunnitelma ja hänen on saatava toteuttamiseen vaadittavat resurssit.



Kehittämistyössä pyrittiin käyttämään ihmisten kokemustietoa muutoksen voimavarana ja työyhteisö osallistui kehitystyökokouksissa ja prosessin aikana aktiivisesti keskusteluun. Keskustelun kautta määriteltiin yhteisiä tavoitteita ja toiminnan muutoksia. Työntekijät nähtiin oman työnsä parhaina asiantuntijoina ja kehittäjinä. (vrt. Lahtonen 1999:203–204.) Myös kokeneempien hoitotyöntekijöiden ammattitaitoa esimerkiksi potilaiden kokonaisvaltaisesta havainnoinnista käytettiin kehittämistyössä hyväksi. Kehittämistyössä oli piirteitä myös dialogisesta tutkimuskäytännöstä. Dialogisessa tutkimuskäytännössä tutkija voi olla aktiivinen osallistuja ja eritellä omia oletuksiaan raporttiin. (Tuomi – Sarajärvi 2003:82.) Kehittämistyön vastuuhenkilö työskenteli sairaanhoitajana työyhteisössä koko kehittämistyön ajan ja pystyi näin ollen suuntaamaan kehittämistyötä saadun palautteen ja arvioinnin mukaan haluttuun suuntaan

Hoitotyöhön kuuluu kiinteästi kehittäminen ja arviointi. Toimintatutkimus on todettu hyväksi lähestymistavaksi kirjaamista kehitettäessä esimerkiksi Turun yliopistollisen keskussairaalan pitkäaikaisessa hoitotyön kirjaamisen kehittämisohjelmassa. (Lehti 2004.) Lehden (2004) mukaan kirjaamiskäytännön jatkuva kehittäminen ja arviointi muodostuivat osaksi hoitotyön normaalia toimintaa. Säännöllinen arviointi antoi klinikoille tietoa siitä, missä vaiheessa kehittämistyössä ollaan ja mihin asioihin olisi syytä kiinnittää enemmän huomiota. Asiantuntijaryhmän jäsenet antoivat tarvittaessa ohjausta ja opetusta kirjaamisen kehittämisessä osastoilla.

### 3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kehittää hoitotyön kirjaamista toimintatutkimuksellista lähestymistapaa käyttäen Malmin kotisairaалassa Akuuttisairaaloiden hoitotyön tavoitteiden mukaisesti ja kuvata kotisairaalan hoitotyön erityispiirteitä kirjaamisen osalta. Kehittämistyö oli koko työyhteisön yhteinen hanke ja asiantuntijoina olivat hoitotyöntekijät. Raportin kirjoittaja toimi kehittämistyön vastuuhenkilönä. Kehittämistyössä tehtävänä oli kartoittaa tärkeimmät kehittämisaalueet kirjaamisen osalta ja kuvata kirjaamisen kehittymistä ja selvittää jatkokehittämishaasteet seuraavalle vuodelle. Kehittämistyön tavoitteena oli parantaa hoitotyön laatua ja vaikutuksia. Kehittämistyö tapahtui vuonna 2006. Yksityiskohtaiset kysymykset olivat seuraavat:

1. Mitkä olivat hoitotyön kirjaamisen tärkeimmät kehittämisaalueet Malmin kotisairaалassa?
2. Miten kirjaaminen kehittyi kehittämistyön aikana?
3. Mitkä ovat jatkokehittämishaasteet?

## 4 KEHITTÄMISTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

### 4.1 Toimintaympäristönä Malmin kotisairaala

Malmin kotisairaala on yksi Malmin terveystieteiden sairaalan akuuttiosastoista. Se on toiminut vuodesta 1996 ja on vakiintunut kiinteäksi osaksi terveystieteiden sairaalan toimintaa. Toimialueena on Helsingin pohjoinen asuinalue. Kotisairaala antaa potilailleen sairaalatasoista hoitoa heidän kodeissaan. Toiminta jatkuu ympärivuorokautisena vaikka yöhoito siirtyi 30.4.2005 Helsingin kaupungin yökotihoidolle. Kotisairaalahoito on vaihtoehto sairaalassa tapahtuvalle hoidolle. Potilaspaikkoja on tällä hetkellä 20, lisäksi on soittolistapotilaita, jotka saavat ottaa tarvittaessa yhteyttä suoraan kotisairaalaan, jos heidän voimissaan tapahtuu muutoksia.

Kotisairaalan tarkoituksena on viedä Akuuttisairaalan osaamista ja organisaatiota potilaan kotiin. Aluksi Malmin kotisairaala oli selkeästi vaihtoehto akuuttiyksikön osastohoidolle ja potilaat olivat pääosin elämänsä loppuvaihetta eläviä palliatiivisen hoidon potilaita sekä geriatrisen arvioinnin ja kuntoutuksen potilaita. Kotihoidon toiminnan kehittyessä geriatrinen arviointi on siirtynyt kotihoitoon ja kotisairaalassa hoidetaan enemmän esimerkiksi vaikeata infektiota sairastavia potilaita.

Potilaat tulevat kotisairaalaan lääkärin läheteellä Malmin sairaalan vuodeosastoilta, päivystyspoliklinikalta, erikoissairaanhoidosta tai peruspiirin avohoidosta. Kotisairaala antaa suonensisäistä lääkitystä infektiopotilaille kotona, tukee ja arvioi vanhuspotilaiden kotona selviytymistä, antaa saattohoitopotilaille mahdollisuuden elää kotona elämänsä loppuvaiheessa mahdollisimman laadukasta ja kivutonta aikaa ja kuolla omassa kodissaan. Potilaina voi olla myös eri syistä anemiaa sairastavia, jotka tarvitsevat punasoluti-putusta, insuliinihoidon tasapainotusta tarvitsevia, epävakaata sydämen vajaatoimintaa sairastavia tai esimerkiksi puutteellisesta valtimo- tai laskimoverenkierrosta johtuvasta tulehtuneesta jalka- tai säärhaavasta toipuvia potilaita. Kotisairaala antaa myös kuntouttavaa hoitoa esimerkiksi halvauspotilaille ja lonkkaleikatuille potilaille. Vuonna 2005 potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 8,5 vuorokautta, kotona kuolleita oli 38 ja hoitajat tekivät noin 9500 kotikäyntiä. Kotisairaalan toiminta määritellään avohoidoksi. Potilas maksaa (vuonna 2006) 7 euroa hoitajan ja 11 euroa lääkärin käynnistä, kuitenkin enintään 12 euroa vuorokaudessa. Kotihoidon kanssa yhteisillä potilailla, joille on tehty

hoito- ja palvelusuunnitelma sisältyvät kotisairaalan käynnit määritettyyn kuukausimaksuun. Kotisairaalassa työskentelee kokopäiväinen lääkäri, osastonhoitaja, osastosihtööri ja 10 hoitotyöntekijää, joista osa työskenteli kehittämistyön aikana osa-aikaisesti. Hoitotyöntekijöitä ja lääkäri vaihtuivat kehittämistyön aikana. Käytettävissä on myös fysioterapeutti ja sosiaalihoitaja ja konsultaatiopalvelut esimerkiksi puheterapeutilta ja ravitsemusterapeutilta. Koska potilaat ovat kotona, tiedon siirto pohjautuu paljon hoitotyöntekijän tietoon, näkemykseen ja kokemukseen ja kirjaaminen on erittäin tärkeää informaation kulun ja hoidon jatkuvuuden turvaamisen kannalta. Malmin kotisairaalassa potilaiden hoidon syy 1.1.–30.4.2004 prosentteina kuvattuna oli infektio 43 %, seuranta/lääkitys 12 %, punasolutiputus 1 %, kotiutuksen turvaaminen 17 %, haavahoito 4 %, terminaalihoido, syöpä 18 %, muu 6 % (yhteensä 100 %) (Helsingin kaupunki, terveyskeskus, kotisairaaloitten arviointiryhmä 2004).

Kotisairaalassa toiminta on tiimityötä. Työyhteisössä on kolme tiimiä, joille on nimetty omat potilaat. Yhteistyö sairaalan vuodeosastojen, kotihoidon ja omaisten kanssa on olennainen osa toimintaa. Kotisairaalassa toteutetaan yksilövastuista hoitotyötä. Lääkäri ja omahoitaja vastaavat potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Hoitotyön tarkka dokumentointi on omahoitajan vastuulla. Henkilökunta tukee ja ohjaa omaisia ja kotihoidon henkilökuntaa sekä toimii opiskelijoiden ohjaajana. Hoitohenkilökunta on työvuorossa tavoitettavissa matkapuhelimen avulla. Käytössä on neljä henkilöautoa. Henkilökunnan jatkuva koulutus, osastotunnit ja tarvittaessa työnohjaus ovat keskeisiä sekä toiminnan kehittämisen, että henkilökunnan jaksamisen kannalta. Tavoitteena on, että potilaille luodaan turvallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde, niin että potilas kokee saavansa yksilöllistä hoitoa omassa elinympäristössään. Tavoitteena on myös, että potilas kokee olonsa turvalliseksi ja että itsemääräämisoikeus toteutuu ja hoidon jatkuvuus turvataan.

## 4.2 Hoitotyön kirjaamista ohjaavia tekijöitä

Hoitotyötä ohjaavat niin organisaation kuin hoitotyöntekijänkin oma arvomaailma, mutta myös lainsäädännölliset ja eettiset näkökohdat. Hoitotyöntekijä tekee työssään itsenäisiä päätöksiä ja arvioi potilaan hoidon vaikutuksia. Potilailla on oikeus saada riittävästi tietoa hoidostaan ja toisaalta oltava varmoja omasta tietosuojastaan.

### 4.2.1 Hoitotyön kirjaamisen teorettinen perusta

Hoitotyön kirjaamisen rakenne perustuu päätöksentekoprosessiin, jonka osa-alueet ovat hoitotyön ongelmien, tavoitteiden ja toimintojen määrittely, hoitotyön toteutus ja seuranta sekä kokonaishoidon arviointi. Lauri ja Salanterä (2002) esittivät, että lukuisten tutkimustulosten mukaan hoitotyön päätöksenteossa käytetään analyyttisiä ja intuitiivisia ajatteluprosesseja ja näiden ajatteluprosessien yhdistelmiä. Analyyttisen ajatteluprosessiin perustuva päätöksenteko etenee systemaattisesti ongelman liittyvän tiedon hankinnasta tiedon analysointiin, ongelmien määrittelyyn, toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Lisäksi tarvitaan intuitiivista, fenomenologiaan (ihmisten kokemuksia analysoiva filosofia ja siitä johdetut metodit) perustuvaa ajatteluprosessia, jossa kokonaistilanne hahmotetaan nopeasti ja tehdään sitten päätöksiä.

Potilaslähtöinen hoitotyön päätöksenteko perustuu potilaan itsensä kertomaan tietoon, josta hoitotyöntekijä tekee tärkeitä johtopäätöksiä. Tämä edellyttää myös kykyä asettua potilaan asemaan ja kuunnella potilasta ja/tai läheistä aktiivisesti. Kun potilas tulee hoidon piiriin, hoitotyöntekijä voi kysyä häneltä, mitä potilas itse ajattelee sairaudesta ja miten se on haitannut hänen elämäänsä ja millaisia odotuksia hänellä on hoidon suhteen. Hoitotyöntekijän ja potilaan välisen keskustelun jälkeen hoitotyöntekijä tekee kriittisen analyysin aikaisemmasta tiedosta, potilaan kertomasta ja omista havainnoistaan. (Hallila 2005:29.) Kotisairaalan potilaiden hoitoon osallistuvat usein myös muut perheen jäsenet ja heidän mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin tulisi näkyä myös hoitotyön kirjaamisessa. Hoitotyöntekijöiden tulee kuitenkin aina kunnioittaa päätöksenteossaan ensisijaisesti potilaan tahtoa.

Kuokkanen (2000) on tutkinut sairaanhoidon opiskelijoiden päätöksentekoprosessia ja päätöksentekomalleja koulutuksen aikana. Hänen mukaansa kokeneet hoitajat osasivat

kerätä kvalitatiivista tietoa paremmin kuin kokemattomat ja kokeneet hoitajat tekivät havaintoja potilaasta käyttämällä eri aisteja, esimerkiksi tarkkailemalla potilaan puhetta ja käyttäytymistä ja käyttämällä haju, -kuulo-, näkö- ja tuntoaisteja. Aloittelevat hoitajat tekevät taas päätöksiä nojautuen ohjeisiin ja sääntöihin.

Kotisairaalassa työskentelevän hoitotyöntekijän hoidollisen päätöksenteon perusta kehittyy koulutuksen, työn ja kokemuksen kautta saadusta ja hankitusta tiedosta. Työssä jokainen tilanne ja potilas ovat ainutlaatuisia ja yksilöllisiä. Päätöksiä on tehtävä nopeasti ja itsenäisesti. Kotona tilanteet voivat olla odottamattomia ja jokaisen potilaan avuntarve erilainen. Tarvitaan uskallusta itsenäiseen päätöksentekoon ja toimintaa yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Tarvitaan myös kokonaisvaltaista näkemystä potilaan hoidosta ja siihen osallistuvasta ympäristöstä.

Kotisairaalan hoitotyöntekijät kunnioittavat potilaan itsemääräämisoikeutta ja potilaan oma tahto otetaan huomioon ehkä eri tavalla kuin osastolla, koska työympäristönä on ihmisten koti. Hoitotyötä ja sen kirjaamista ohjaavat hoitotyöntekijän arvomaailma ja työyhteisön yhteiset arvot. Hoitotyössä ja sen kirjaamisessa tulee ottaa huomioon myös eettiset velvoitteet. Terveystieteiden päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Etiikka tulee konkreettiseksi ja käytännölliseksi, kun on kysymys terveydestä ja sairaudesta, syntymästä ja kuolemasta, hyvästä elämästä sekä ihmisen haavoittuvuudesta ja rajallisuudesta. (ETENE 2001.)

#### 4.2.2 Kirjaamisen lainsäädännölliset näkökohdat ja ohjeet

Hoitotyön kirjaamista sääntelevät myös lait, asetukset ja ohjeet. Lähtökohtana hoitotyön kirjaamiselle on, että mikä on kirjattu, on myös tehty ja mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty. Potilastietojen käsittelyn kannalta keskeinen säädös on henkilötietolaki (533/22.4.1999), joka on kaikkea henkilötietojen käsittelyä sääntelevä yleislaki. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat kuten läheteet, laboratorio-, röntgen-, - ja

muut tutkimusasiakirjat ja – lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen ja hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut 19.1.2001 asetuksen potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001). Hyvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi potilasasiakirjojen tulee olla oikeita, virheettömiä ja laajuudeltaan riittäviä. Potilassuhteen luottamuksellisuus ja potilaan yksityisyyden suoja edellyttävät huolellisuutta potilasasiakirjojen laatimisessa ja säilyttämisessä. Opas terveydenhuollon henkilöstölle ohjaa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä potilasasiakirjojen laatimisessa sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:3.) Tavoitteena on, että työpisteistä löytyvät ajan tasalla olevat ohjeet ja ATK-tukihenkilöt ovat tarvittaessa käytettävissä ongelmatilanteissa.

Potilaalla on oikeus siihen, että hoitoratkaisut tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, toisin sanoen hänen suostumuksellaan. On tärkeää, että potilas saa riittävästä tiedosta terveydentilastaan, hoidon sisällöstä ja vaikutuksista, mahdollisista riskitekijöistä ja hoitovaihtoehdoista. Laki velvoittaa terveydenhuollon henkilöstön antamaan potilaalle ennen hoitoon ryhtymistä ja hoidon aikana riittävästi ja ymmärrettävässä muodossa olevaa tietoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992.)

Tietotekniikkaa käytettäessä on tärkeää varmistaa ihmisten tietosuojaa. Tietokoneella on helppo etsiä tietoa, joten jokaisen on oltava tietoinen tietosuojasta käsitellessään potilasasiakirjoja. Työpisteissä löytyy ohjeita ja säädöksiä miten tietoja tulee käsitellä. Potilassuhde perustuu aina luottamukseen, jolloin potilaan on voitava olla varma, että hänen tietojään käytetään asianmukaisesti. Potilasasiakirjoissa olevat tiedot ovat arkaluonteisia ja salassa pidettäviä. Potilasasiakirjojen käsittelyssä on noudatettava huolellisuutta ja hyvää tietojenkäsittelytapaa sekä huolehdittava myös merkintöjen asiallisuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:3.)

Potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä annetut säädökset ja tarkempi ohjeistus koskevat kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa. Terveydenhuollon toimintayksiköllä tarkoitetaan kansanterveyslaissa (66/1972) tarkoitettua terveyskeskusta, erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) tarkoitettua sairaalaa ja siitä erillään olevaa sairaanhoidon toimintayksikköä sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päättämää muuta hoitovastuussa olevaa kokonaisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:18.)

Vuonna 1999 uudistettu Suomen perustuslaki (731/1999) sisältää perusoikeussäännöksiä. Sen mukaan jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu. Tämä merkitsee yksilöiden perusoikeuksien ja –vapauksien korostumista henkilötietojen käsittelyssä. Tavoitteena on lisätä yksilöiden itsemääräämisoikeuden edellyttämiä mahdollisuuksia tiedonsaantiin. (Orre – Mäkelä – Nylander 2002:21.)

#### 4.2.3 Pegasos potilastietojärjestelmä

Helsingin kaupungin terveyskeskussairaaloissa on otettu porrastetusti käyttöön sähköinen potilaskertomusjärjestelmä Pegasos vuosien 2001–2002 aikana. Pegasos on sosiaali- ja terveystietojärjestelmä, jonka on tehnyt Novo Group Oyj. Sen tarkoitus on palvella kaikkia hoitotyötä tekeviä vähentäen rutiinitöitä ja parantaen tiedon saatavuutta. Asiakkaan näkökulmasta järjestelmän tarkoitus on nopeuttaa ja parantaa palvelua. Järjestelmää voidaan käyttää terveyskeskuksissa, sosiaalitoimen yksiköissä ja sairaaloissa. Avohoito, osastohoito ja kotihoito ovat keskeiset osa-alueet Pegasos potilas- ja terveystietojärjestelmässä. (Vuorela 2003:91.)

Sähköinen asiakas- ja potilaskertomus on oleellinen osa uutta järjestelmää. Sen avulla kaikki sosiaali- ja terveystoimen dokumentaatiot kerääntyvät helposti selattavaksi yhdeksi kokonaisuudeksi. Tällä hetkellä Malmin kotisairaалassa ei lääkelistoja kirjata sähköisesti. Kotisairaala oli mukana pilottiryhmänä kokeilemassa lääkelistan sähköistä kirjaamista ja siinä todettiin vielä paljon käyttöongelmia, jonka takia siitä luovuttiin. Myöskään esimerkiksi verensokeriseurantalistaa ei ole vielä sähköisessä muodossa. Paperiset potilaskertomukset kulkevat vielä sähköisen kertomuksen rinnalla, koska lääkäri tarvitsee kotikäynneillä vielä paperista versiota, josta löytyy viimeiset sairaskertomukset ja laboratoriotulokset tulostettuna. Potilailta pyydetään myös kirjallisesti lupa, jos halutaan



saada tietoa esimerkiksi HUS:n sairaaloista ja yleensä tiedot faksataan kotisairaalaan pyynnön jälkeen. Ajanmukaisten potilastietojen vienti sähköiseen potilaskertomukseen on hoitotyöntekijän ja lääkärin vastuulla. Kotisairaalassa kirjattuja tietoja potilaasta käyttävät hyödykseen esimerkiksi kotihoito, fysioterapeutti, sosiaalihoitaja ja muut hoitoon mahdollisesti osallistuvat tahot, joten sähköinen kirjaaminen on tärkeä viestintäväline myös yhteistyöorganisaatioille. Potilaiden kotona tulee olla myös hoitoon vaikuttava ajanmukainen tieto ja käynnit kirjataan myös kotona nimikirjoituksineen.

Pegasos-potilastietojärjestelmässä hoitotyön suunnittelu toteutetaan annetun prosessimallisen struktuurin mukaan vapaamuotoisena tekstinä. Taustalla vaikuttaa Roperin, Loganin ja Tierny`n elämisen toimintojen malli, ja käytettävissä olevat sähköiset lomakkeet käsitteineen ovat valmiina. Valmiilta tarvealustalta voi valita potilaalle hoitotyön suunnittelussa erilaisia tarpeita. Käytettävissä on myös ”muu” kohta, johon voitavuviivan jälkeen lisätä potilaalle muunkin tarpeen. Roper – Logan – Tierney`n (1992) hoitotyön mallissa ihmisen elämisen toiminnot jaotellaan seuraavasti: turvallisen ympäristön ylläpitäminen (esim. ympäristö, tapaturmavaara, tulipalovaara, tartuntavaara, lääkkeiden käyttöön liittyvä vaara, fyysiset ongelmat, psyykkiset ongelmat, aistitoimintojen heikkenemisen ja menettämisen aiheuttamat vaarat), viestiminen (esim. vieraat ihmiset, vieras kieli, aistitoimintojen heikkeneminen), hengittäminen, syöminen ja juominen, erittäminen, henkilökohtaisesta puhtaudesta ja pukeutumisesta huolehtiminen, liikkuminen, työskenteleminen, harrastaminen, leikkiminen, sukupuolisuuden ilmaiseminen, nukkuminen ja kuoleminen.

Elämisen toimintoihin vaikuttavat fyysiset, psykologiset, sosiokulttuuriset, ympäristölliset ja poliittisetaloudelliset tekijät. Potilaan elämisen toimintoja peilataan riippuvuusriippumattomuus -tilanteeseen. Riippumattomuus on suurimmalle osalle ihmisiä aikuiselämää hallitseva piirre ja monien onkin vaikea hyväksyä esimerkiksi sairauden tai vamman aiheuttamaa pakollista riippuvuutta. Hoitotyössä on osattava arvioida, milloin potilaan riippuvuus on pysyvää ja onko häntä autettava hyväksymään se. Hoitotyön tavoitteena on kannustaa potilaita saavuttamaan tai ylläpitämään maksimaalinen riippumattomuus elämisen toiminnoissaan, mutta joissakin tilanteissa he ovat täysin riippuvaisia hoitotyöntekijöistä, esimerkiksi silloin kun he ovat tajuttomia tai vaikeasti sairaita. (Roper ym. 1992.) Kotisairaalassa hoidetaan paljon syöpää sairastavia potilaita, jotka sairautensa loppuvaiheessa ovat täysin riippuvaisia hoitotyöntekijöistä, toisaalta

hoidetaan paljon nuoria infektiosta toipuvia potilaita, jotka ovat toipuessaan täysin riippumattomia hoitotyöntekijöistä.

Kirjaamisen muuttuminen elektroniseen muotoon on tuonut hoitotyölle sekä mahdollisuuksia että vaatimuksia. Mahdollisuuksia ovat esimerkiksi tietojenkäsittelyn hyödyt potilaan tietojen etsimisessä, hakemisessa, yhdistelemisessä ja tilastoinnissa, mutta tämä on mahdollista vain, jos kirjaukset tallennetaan strukturoidusti. (Ensio – Saranto 2004:44). Suomessa on eri projekteissa (esim. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2005) kehitetty hoitotyön kirjaamista elektronisessa potilaskertomuksessa strukturoimalla ja jäsentämällä hoitotyön kertomuksen sisältöä hoitotyön luokitusten avulla ja yhtenäistetty kirjaamisen sisällöllisiä rakenteita. Nimikkeistöjen ja luokitusten avulla tavoitellaan käsitteellistä selkeyttä, joka on välttämätöntä potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi erityisesti hoitovastuun siirtyessä organisaatiosta toiseen. Yhteinen käsitys termien ja käsitteiden merkityksestä luo yhteistä hoitotyön ammattikieltä (Ikonen 2005; Ensio – Saranto 2004).

Nahm ja Poston (2000) ovat tutkineet USA:ssa integroidun elektronisen hoitosuunnitelman vaikutusta hoitotyön kirjaamiseen ja potilaiden tyytyväisyyteen. Tutkittavana olivat satunnaisesti valittujen (N=4) vuodeosastojen kirjaukset hoitosuunnitelmalomakkeisiin (N=288), potilasmäärä oli 108. Tuloksien mukaan hoitotyön dokumentoinnin laatu parani tilastollisesti merkittävästi elektronisen kirjaamisen käyttöönoton jälkeen kaikkina ajankohtina. Potilaiden tyytyväisyyteen sillä ei ollut merkitystä. Potilaiden opetukseen liittyvät merkinnät myös lisääntyivät.

#### 4.2.4 Hoitotyön kirjaaminen Akuutissairaalassa

Helsingin kaupungilla työryhmä laati hoitotyön dokumentoinnin laatukriteerit, jotka esiteltiin henkilöstölle keväällä 2003. Ne oli laadittu rakenne-prosessi-tulos -malliseksi. Tarkoitus on että, hoitotyön dokumentointia ohjaavat hoitotyön periaatteet. Hoitotyön dokumentoinnista on tarkoitus muodostua kokonaisuus, joka käsittelee hoidon kannalta olennaisia asioita järjestelmällisesti eli suunnitelma, päivittäiskirjaukset ja hoidon arviointi kuvaavat samoja asioita. Tavoitteena on myös että, kirjaaminen on informatiivista, arvioivaa, kuvaavaa ja virheetöntä niin, että potilaan hoidon kannalta juridiset vaatimukset täyttyvät. Hoitotyön dokumentoinnin laatukriteerien ja arvioinnin tavoitteena on

yhtenäistää hoitotyön kirjaamiskäytäntöjä, hyvä kirjaaminen parantaa potilaan hoidon jatkuvuutta ja yksilöllisyyttä sekä tavoitteena on saada hoidon vaikuttavuus näkyviin dokumentoidussa hoitotyössä. (Isotalo 2003.)

Hoitotyön kehittämishankkeen toisessa vaiheessa keväällä 2003 työryhmä jatkoi työtään ylihoitaja Leila Luodon johdolla ja muodosti hoitotyön dokumentoinnin laatukriteerien pohjalta mittarin, jonka avulla oli tarkoitus selvittää kirjaamisen taso eri sairaaloissa kahdella eri mittauskerralla. Mittaukseen osallistuivat kaikki seitsemän terveyskeskus-sairaalan akuuttiyksikköä. Näistä yksiköistä mukana oli 34 työyksikköä. Mittausta varten jokaisesta työyksiköstä valittiin mittaaja, joka arvioi oman sairaalansa toisen osaston hoitotyön dokumentointia potilasasiakirjoista. Mittaajia varten järjestettiin kaksi samansisältöistä 2,5 tunnin koulutustilaisuutta. Arvioitavaksi potilaskertomuksiksi valittiin 33 % työyksiköiden virallisista sairaansijoista pyöristettynä ylöspäin. Potilaan tuli olla akuutti- tai päivystysosastolla tai kotisairaalassa vähintään kolme vuorokautta ja hoitajakso päättynyt. Arviointijakso valittiin sovitusti niin, etteivät työyksiköt tienneet sitä tarkasti. Hoitotyön dokumentointia arvioitiin 306 potilasasiakirjasta. (Isotalo 2003.)

Hoitotyön dokumentoinnista tarkasteltiin esimerkiksi, että onko potilaan vointi sairaalaan tullessa dokumentoitu hoitajan havainnoimana ja potilaan kokemana. Hoitotyön suunnitelmista arviointiin onko ne kirjattu vähintään yhdeltä elämisen toimintojen alueelta ja arvioidaanko hoitotyön suunnitelmaa päivittäisessä kirjaamisessa. Mittauksessa tarkasteltiin esimerkiksi myös, että käsitteleekö hoitotyön dokumentoinnin kokonaisuus potilaan hoidon kannalta olennaisia asioita järjestelmällisesti. (Isotalo 2003.)

Isotalon (2003) mukaan tulokset osoittivat esimerkiksi, että mittariin valittua tavoitetasoa ei saavutettu, kuin joissain yksittäisissä kohdissa. Isotalo toteaa pohdinnassaan, että Pegasos- ohjelmaan laadittua hoitosuunnitelmaa käytettäessä tarvittaisiin yhteisesti sovitun kirjaamiskäytännön, jossa hoitosuunnitelmaa käytetään ohjelman mukaisesti. Tulosten perusteella näytti myös siltä, että hoitotyössä oli otettu käyttöön hoitotyön yhteenvetomake ja jätetty hoitotyön suunnitelman kirjaaminen vähemmälle. Saman sairaalan sisällä oli myös erilaisia kirjaamiskäytäntöjä.

Helsingin kaupungin akuuttitoimintojen hoitotyön dokumentoinnin laatukriteereissä oli, että vastuu kirjallisen hoitotyön suunnitelman laatimisesta on omalla hoitajalla (sekä korvaavalla hoitajalla) omahoitajan ollessa lomalla tai vapaalla. Tavoitteena on että,

kaikille potilaille laaditaan hoitotyön suunnitelma, hoitotyön dokumentoinnin kokonaisuus käsittelee hoidon kannalta olennaisia asioita järjestelmällisesti, hoitotyön suunnitelma työvälineenä toimii ja että, kirjaaminen on informatiivista, arvioivaa, kuvaavaa ja virheetöntä.

#### 4.3 Hoitotyön kirjaaminen kotisairaалassa

Kotisairaalaan tulevat potilaat käydään mahdollisuuksien mukaan haastattelemassa ennen kuin he kotiutuvat. Potilaiden tapaamisella ennen heidän tuloaan kotisairaalan hoidon piiriin pyritään lisäämään potilaiden tietoa kotisairaалasta ja toisaalta positiivista tunnetta vastaanotosta. Ensikäynnin potilaan kotona suorittaa yleensä hoitotyöntekijä. Lääkäri käy hoitajan kanssa tapaamassa potilaat myöhemmin. Joten informatiivinen ja kuvaava hoitotyön kirjaaminen ensikäynnistä antaa tärkeää tietoa lääkärille ja muille hoitoon osallistuville potilaan toimintakyvystä ja sen hetkisestä voinnista. Hoitotyöntekijöiden päivittäinen kirjaaminen hoidon vaikuttavuudesta on tärkeää, koska lääkäri ei näe potilaita päivittäin; lääkäri käy tapaamassa uudet potilaat ja sen jälkeen vain tarvittaessa. Lääkäri kirjaa omat määräykset ja jatkosuunnitelmat potilaskertomukseen ja tarvittaessa tietoa siirretään myös suullisesti.

Hoitotyön kirjaaminen alkaa potilaan sisäänkirjauksen jälkeen määrittelemällä potilaan hoidon tavoite. Potilaan ja hoitajan tunnistetiedot ja päivämäärät näkyvät automaattisesti. Hoitotyön yhteenvedolomakkeelle kirjataan tulotilanne, väliarviointia ja loppuarvio ja jatkohoitoasiat. Päivittäinen kirjaaminen tapahtuu hoitajaksoittain hoitotyön kirjaimisalustalle joka työvuorossa. Yöhoito on ulkoistettu kotihoitoon, joten yökirjaaminen kotisairaalan potilaidenkin osalta tapahtuu kotihoidon lomakkeelle. (Lomake tarkoittaa tässä opinnäytetyössä nimettyä sähköistä kirjaamisen alustaa.) Kun hoitotyöntekijä kirjaa päivittäiselle seurantalomakkeelle potilaskäyntejä, kellonajan voi muuttaa siksi, kun kotikäynti on tehty. Kotisairaалassa ei ole käytettävissä pientietokonetta kotikäynneillä kirjaamisessa, joten kirjaaminen tapahtuu vasta toimistolla kotikäyntien jälkeen. Pegasokseen kirjattaessa potilaalle määritellään tarpeita, joita on valmiina valittavissa, hoitotyön diagnoosi, hoitotyön tavoitteita, keinoja ja arviointia tulisi tapahtua jatkuvasti. Hoitotyön suunnitelman kirjaamiseen Pegasos – järjestelmään hoitotyöntekijät ovat saaneet koulutusta, mutta monesta on tuntunut, että on keskitytty enemmän tekniseen suorittamiseen ja kirjaamisen sisältö on unohtunut sähköiseen kirjaamiseen siirryttäessä.

Kehittämistyön työyhteisössä oli havaittu jo aikaisemmin lääkehoidon kirjaamisessa ja toteutuksessa puutteita, esimerkiksi lääkelistamerkinnoissa ja tähän ongelmaan haluttiin uusilla toimintatavoilla parannusta. Lääkehoidon toteutus, vaikuttavuuden seuranta ja sen kirjaaminen on oleellinen osa hoitotyötä. Kotona korostuvat potilaan itsehoitotaidot ja tiedot mahdollisista haittavaikutuksista sekä potilasta hoitavan ja lääkehoitoa toteuttavan yhteistyö. Poikkeama lääkemääräyksen vastaanotossa voi liittyä lääkemääräyksen sisällön ymmärtämiseen tai kirjaamiseen potilasasiakirjoihin. Tällainen poikkeama voi tapahtua, kun lääkemääräys siirretään tai kopioidaan esimerkiksi lääkekorttiin tai määräys välitetään suullisesti. Potilaan terveydentila, tiedot ja taidot vaikuttavat hänen itsehoitokykyynsä ja siten lääkehoidon onnistumiseen. Potilaan tulee saada osallistua mahdollisuuksien mukaan lääkehoidon suunnitteluun ja olla selvillä lääkehoidon tavoitteista, seurannasta ja arvioinnista. Lääkärin sekä lääkehoitoa toteuttavan ja farmaseuttisen henkilöstön tehtävänä on ohjata ja neuvoa potilasta lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Potilaan lääkelistan ajantasaisuus ja oikea lääkkeiden annostelu oikeaan aikaan on oleellista lääkehoidon jatkuvuuden ja potilaan turvallisuuden kannalta. Päällekkäisiä lääkityksiä ja mahdollisia haitallisia yhteisvaikutuksia tulee välttää ja potilaan lääkelistan oikeellisuus tulee varmistaa hänen siirtyessään hoitopaikasta toiseen. Kotisairaalan potilailla voi olla erilaisia kipulääkityksiä ja annokset voivat vaihdella nopeastikin. Myös potilaita ja muita hoitoon osallistuvia ohjataan tarvittaessa kipulääkkeiden annosteluun ja onnistuneen kivun hoidon edellytys on hoidon vaikuttavuuden seuraaminen ja dokumentointi. Myös potilaiden ohjaus esimerkiksi mahdollisten lääkkeiden sivuvaikutusten seuraamiseen on kotisairaalassa tärkeää, koska potilaat ovat ilman tarkkailua useita tunteja vuorokaudessa.

Kotisairaalassa on totuttu käyttämään VAS-mittaria (Visual Analogue Scale) säännöllisesti kivun arvioinnissa. Idvall ja Ehrenberg (2002) analysoivat Ruotsissa kivun hoitotyön kirjaamista akuuttiin postoperatiiviseen hoitoon liittyen. He kävivät läpi yhden sairaalan 172 toisen postoperatiivisen päivän potilasasiakirjaa ja tekivät kyselyn 63 hoitajalle. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kirjaamisen sisältöä ja hoitajien näkemyksiä kirjaamisesta. Asiakirja – analyysi oli osa laajempaa postoperatiivisen hoidon laadun tutkimusta. Tulokset osoittivat että arviointijakson (24 tuntia) aikana lääkehoito oli kirjattu 99 % potilasasiakirjoista. Maininta potilaan kipukokemuksesta ainakin kerran 93 % asiakirjoista. 59 % asiakirjoista oli maininta kivun arvioinnista kipumittarin avulla

ainakin kerran, mutta vain 10 % asiakirjoista oli kipumittarin lukema kirjattuna vähintään kerran työvuoron aikana. Tulokset osoittivat myös, että kirjaaminen oli yksipuolista, esimerkiksi kipu levossa ja liikkeessä oli eroteltu ainoastaan 13 % kirjauksista. Kirjausten mukaan noin 12 % potilaista sai informaatiota kivunhoidosta ennen operaatiota. Ainostaan 6 asiakirjassa oli maininta hoitajan yhteydenotosta lääkäriin tai jostain ei lääkkeellisestä kivunlievitysmenetelmän käytöstä. Kirjauksista ei käynyt ilmi miten kivun hoitotyötä oli suunniteltu ja toteutuiko se suunnitelmien mukaan. Kirjauksista ei myöskään selvinnyt onnistuiko kivunhoito.

Potilaat tulevat kotisairaalan hoidon piiriin hyvin erilaisista syistä, joten heidän tarpeensa ja hoidon tavoitteet ovat kaikilla yksilöllisiä, joka pitäisi näkyä myös hoitotyön kirjaamisessa. Potilaan omat kokemukset ja tuntemukset ovat aitoja ja tilannesidonnaisia. Hoitotyöntekijä saa arvokasta tietoa potilaan tilanteesta kuuntelemalla ja havainnoimalla ja välittää muille tietoa kirjaamalla potilaan tuntemukset ja omat havainnot. Potilaslähtöinen kirjaaminen sisältää potilaan kokemuksia esimerkiksi terveydentilastaan, kivusta, oireistaan ja toiveista hoidon suhteen. Usein hoitotyöntekijät jättävät kirjaamatta potilaan omin sanoin kuvailemia tuntemuksia, vaikka ne ovat erittäin arvokasta tietoa hänen voinnistaan. Kärkkäisen (2005) tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilaan yksilöllinen hoito ei tule esille hoitotyössä tehdyissä kirjallisissa merkinnöissä ja että hoitotyön suunnitelmiin kirjatut potilaiden ongelmat eivät aina vastaa potilaiden hoidon tarvetta. Pegasos-järjestelmään kirjatessa, ohjelma ei ohjaa hoitotyöntekijää potilaslähtöiseen kirjaamiseen.

Potilaan elämäntilannetta kartoitetaan hoitoprosessin alkuvaiheessa ja mahdolliset muut hoitoon osallistuvat, esimerkiksi omaiset pyritään ottamaan mukaan hoidon suunnitteluun. Potilaille ja muille hoitoon osallistuville annettu mahdollinen ohjaus ja sovitut asiat tulisi myös kirjata järjestelmällisesti. Potilaan ja muiden hoitoon osallistuvien ohjauksen ja opetuksen kirjaamisessa on usein puutteita. Hoitotyön yhteenvetolomakkeissa on kirjattu esimerkiksi, että potilas on saanut kirjallisia ohjeita, mutta epäselväksi jää onko niitä käyty potilaan kanssa yhdessä läpi tai mitä potilas jo osaa ja missä hän tarvitsi vielä ohjausta.

Kotisairaalan työyhteisössä oli muunlaisesta hoitotyön ympäristöstä tulleita hoitotyöntekijöitä, esimerkiksi päivystysalueelta ja leikkaussaliympäristöstä, jossa ei välttämättä järjestelmällistä hoitotyön suunnitelman tekoa ole tarvittu. Työyhteisössä työskenteli

myös vastavalmistuneita sairaanhoitajia, jotka kokivat tarvitsevansa tukea ja ohjausta kirjaamisessaan. Osalle oli Pegasos- potilastietojärjestelmäkin melko uusi asia.

## 5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI

Hoitotyön kirjaaminen oli Malmin kotisairaalassa ollut toivottu kehittämisen aihe. Hoitotyöntekijät ovat kokeneet Pegasokseen kirjaamisen ajoittain vaikeaksi ja hoitotyön kirjaamisesta on tullut heidän mukaansa mekaanista ja kuvaileva, potilaslähtöinen kirjaaminen on unohtunut keskittyttäessä tekniseen suorittamiseen. Kirjaamisen lähtötilanteen arviointiin ja kehittämisalueiden tunnistamiseen kehittämistyön vastuuhenkilö halusi koko työyhteisön mukaan yhteisesti hyväksytyjen kehittämisalueiden tunnistamisen takaamiseksi.

Tammikuussa kehittämistyön kartoitusvaiheessa vastuuhenkilö esitteli työyhteisölle kehittämistyön aihetta opinnäytetyösuunnitelman muodossa ja työyhteisö hyväksyi aiheen. Kehittämistyön kartoitusvaiheessa helmikuussa (2006) kirjaamisen lähtötilanteen arvioinnissa käytettiin apuna vastuuhenkilön kokoamaa lomaketta (liite 1), joka rakentui terveyskeskussairaaloiden hoitotyön kirjaamisen laatukriteerien ja kotisairaalassa huomioitavien ja kirjaamisen minimikriteereistä koostuviin kohtiin. Kotisairaaloilla ei ollut omia kirjaamisen kriteereitä vielä olemassa, joten apuna lomakkeen teossa käytettiin Jorvin sairaalassa (2003) kehitettyjä kirjaamisen kriteereitä. Lomakkeita täytettiin 11 kappaletta. Tulokset käsiteltiin Excel-tietokoneohjelmalla. Kirjaamisen arviointia ja keskustelua hyväksikäyttäen muodostettiin kehittämistyön pääteemat, joiden mukaan kehittämistyössä edettiin. (Taulukko1.)

Kehittämistyöhön osallistui koko työyhteisö, mutta kirjaamisen lähtötilanteen kirjalliseen arviointiin osallistuivat 10 hoitotyöntekijää ja osastosihteeri. Työyhteisön esimies eikä lääkäri arvioinut kirjaamista. Arviointilomakkeessa oli 54 eri kohtaa, joita hoitotyöntekijät tarkastelivat omien potilaiden potilasasiakirjoista ja osastosihteeri vapaasti valitun potilaan kohdalta. Potilaat, joiden asiakirjoista hoitotyön kirjaamista tarkasteltiin, olivat olleet hoidon piirissä eri syistä, mutta hoitosuhde oli jo loppunut tai juuri loppumaisillaan, niin että hoitotyön loppuarvio oli jo kirjattu. Potilaskertomuksissa oli eri kirjaajien tekstejä. Lomakkeen lopussa oli lisäksi tilaa kirjoittaa omia ehdotuksia vapaasti kirjattuna.

Arviointiasteikko oli kaksijakoinen; ensiksi onko kirjattu lomakkeessa olevia asioita (kyllä - ei), toiseksi 9 hoitotyöntekijää ja vastuuhenkilö arvioi omaa tieto-taito osaamistaan viisiportaisella asteikolla, jossa 1 kuvasi erittäin hyvää kirjaamista ja 5 kehitettävää aluetta. Tämä osa arvioinnista jäi hoitotyöntekijöiden omaan käyttöön kehittämistyön ajaksi. Lomakkeet palautettiin nimettömänä vastuuhenkilölle ja kopiot jäivät hoitotyöntekijöiden omaan käyttöön. Kehittämistyön loppuvaiheessa hoitotyöntekijät vertasivat omaa kehittymistään kehittämistyön alkuvaiheeseen palautekyselyyn vastaamalla.

Arviointilomake käytiin kehityskokouksessa kohta kohdalta läpi, jotta asiat käsiteltiin samalla tavalla. Arviointiaika oli helmikuu 2006. Arvioinnin tuloksia tarkasteltiin kehitystyökokouksissa. Lomakkeen yksityiskohtaisuudella tekijä halusi varmistaa, että kirjaamista tarkasteltiin mahdollisimman tarkasti, jotta mahdolliset kehittämiskohdat löytyisivät. Sillä että hoitotyöntekijät joutuivat itse tarkastelemaan tekstejä, oli tarkoituksena taata työyhteisön jäsenien aktiivinen osallistuminen kehittämistyön alusta lähtien prosessiin ja kehittämisalueiden tunnistamiseen ja oman työnsä reflektointiin. Tuloksia esitetään raportissa joko kuvioina tai sanallisesti.

Kehittämistyön prosessointi-, sitoutumis-, suunnittelu- ja toteuttamisvaiheisiin kuuluivat useat kehitystyökokoukset (N=8), joissa keskustelun ja kirjallisen materiaalin avulla käsitteellistettiin prosesseja, asetettiin tavoitteita, kehitettiin uusia toimintatapoja ja arvioitiin toimintaa. Kokeneempien ja kauan kotisairaalassa työskennelleiden hoitotyöntekijöiden asiantuntijuus oli kehittämistyössä tärkeä voimavara. Osaston lääkäri osallistui kehittämistyöhön hyväksymällä tuotetut ohjausmateriaalit käyttöön. Lääkäri vaihtui kehittämistyön aikana. Kokousten ajankohdista ja sisällöstä ilmoitettiin ilmoitustaululla hyvissä ajoin ja kokouksista poissaolleita työntekijöitä informoitiin kehittämistyön kokousten sisällöstä jälkeenpäin. Työntekijöissä oli vaihtuvuutta kehittämistyön aikana, mutta uudet työntekijät pyrittiin ottamaan kehittämistyöhön heti mukaan. Kehitystyökouksista vastuuhenkilö kirjasi käsitellyt asiat pöytäkirjoiksi ja koko kehittämistyön prosessin etenemisen päiväkirjamaisesti raportiksi, joka oli työyhteisön käytettävissä. Kehittämistyössä lähteinä käytetyt tutkimukset olivat myös kirjattuna erillisessä kehittämistyökansiossa. Työntekijöillä oli myös mahdollisuus käydä erilaisissa koulutuksissa kehittämistyön aikana ja kotisairaaloiden yhteinen foorumi oli maaliskuussa, jonka yhteydessä pidetyssä kehittämisäamupäivässä käsiteltiin esimerkiksi kivun hoidon kirjaamista.



Marraskuussa (2006) hoitotyöntekijät arvioivat kehittämistyön tuloksia oman kirjaamisen osalta ja esittivät jatkokehittämishaasteet. Hoitotyöntekijöitä pyydettiin myös kuvaamaan, miten potilaslähtöisyys näkyy heidän mielestä omassa kirjaamisessa. Arviointi tapahtui vastuuhenkilön tietokoneelle tekemällä kyselylomakkeella, jossa pyydettiin kuvaamaan, miten kirjaaminen oli kehittynyt tai ei ollut kehittynyt ja mahdolliset perustelut. Työntekijät tulostivat lomakkeen nimettömänä ja poistivat vastaamisen jälkeisen tietokoneelta. Lomakkeet kerättiin vastuuhenkilölle kirjakuoreen. Kysymykset oli laadittu kehittämistyön pääteemojen mukaan: hoitotyön suunnitelman kirjaaminen, kivun hoidon kirjaaminen, lääkehoidon toteutus ja kirjaaminen ja ohjauksen kirjaaminen ja lisäksi miten potilaslähtöisyys ilmenee hoitotyön kirjaamisessa. Kehittämistyön lopussa olleeseen arviointiin osallistuivat vain koko kehittämistyön ajan mukana olleet hoitotyöntekijät (N=5), kehittämistyön vastuuhenkilö arvioi kehittämistyötä raportissa. Kehittämistyön arviointilomakkeiden vastaukset vastuuhenkilö luokitteli sisällöllisesti omiin teemoihinsa ja jäsenteli vastaukset sanallisesti raporttiin yhdistelemällä eri lomakkeista saatuja vastauksia. Kehittämistyössä saatujen muutosten vakiintumista seurataan seuraavina vuosina.

Seuraavassa taulukossa (taulukko1) on kuvattu kehittämistyön kokousten ajallinen eteneminen, osallistujat, tavoitteet, toteutus, menetelmät ja tuotokset.

TAULUKKO 1. Kehittämistyön prosessin kuvaus.

| Ajankohta   | Osallistujat                            | Tavoitteet   | Toteutus ja menetelmät   | Tuotos  |
|---|---|--|--|---|
| 2006<br>Tammikuu<br>kartoitusvaihe  | vastuuhenkilö+<br>6 työyhteisön jäsentä | Työyhteisö tutustuu kehittämistyöhön - kehittämistyön tarkoitus ja toimintatavat tutuksi                             | Kirjallinen opinnäytetyösuunnitelma<br>Keskustelu<br><br>Päiväkirja<br>kokouspöytäkirja  | Yhteisesti hyväksytty kehittämisaihe  |
| Helmikuu<br>kartoitusvaihe<br>prosessointivaihe   | vastuuhenkilö+<br>6 työyhteisön jäsentä | Työyhteisö tutustuu kehittämistyöhön - kirjaamisen arvioinnin apulomakkeeseen tutustuminen -sopia arviointiaika      | Keskustelu<br>Lomakkeen läpikäyminen kohta kohdalta<br>Päiväkirja<br>Kokouspöytäkirja  | Yhteisesti hyväksytty arviointilomake ja kirjaamisen lähtötilanteen arviointiaika   |
| Maaliskuu<br>kartoitusvaihe<br>prosessointivaihe<br>sitoutumisvaihe<br>suunnitteluvaihe   | vastuuhenkilö+<br>7 työyhteisön jäsentä | Löytää yhteiset kirjaamisen kehittämis-alueet arvioinnin avulla<br>Esittää Hoitotyön prosessi                        | Keskustelu<br>Arviointilomakkeen tulokset Excelillä<br>Hoitotyön prosessi<br>Päiväkirja<br>Kokouspöytäkirja<br>Kirjallinen materiaali  | Yhteisesti hyväksytyt kirjaamisen kehittämisalueet<br>Hoitotyön suunnitelman käsitteiden ”aukaisu”  |
| Maaliskuu   | 3 työyhteisön jäsentä                   |  | Sairaanhoitajapäivät   | Lisää tietoa kirjaamisesta  |
| Maaliskuu<br>prosessointivaihe<br>sitoutumisvaihe<br>suunnitteluvaihe<br>toteuttamisvaihe | vastuuhenkilö+<br>7 työyhteisön jäsentä | Parantaa kivun hoidon kirjaamista<br>Kehittää lääkehoidon kirjaamista<br>Huomioida potilaiden kokemusten kirjaaminen | Keskustelu<br>Kivun hoidon kirjaamisen prosessi<br>Kehittämistyö kivun hoidosta<br>Läkehoidon prosessi<br>Kokouspöytäkirja<br>Kotisairaalan kehittämisamupäivä<br>Päiväkirja | Kivun hoidon ja lääkehoidon kirjaamisen kehittäminen<br>Potilaiden kokemusten kirjaamisen lisääminen<br>Uusien toimintatapojen hyväksyminen |
| Huhtikuu<br>suunnitteluvaihe<br>toteuttamisvaihe  | vastuuhenkilö+<br>5 työyhteisön jäsentä | Kerrata kehittämisalueita<br>Kehittää ohjausmateriaalia  | Keskustelu<br>Kivun hoidon prosessi<br>Hoitotyön prosessi<br>Läkehoidon prosessi<br>Kokouspöytäkirja, päiväkirja   | Ohjauksen kirjaamisen kehittäminen<br>Läkehoidon kirjaamisen kehittäminen   |
| Toukokuu<br>suunnitteluvaihe<br>toteuttamisvaihe  | vastuuhenkilö+<br>5 työyhteisön jäsentä | Esittää Ohjausmateriaali   | Keskustelu<br>Kirjalliset ohjeet<br>Kokouspöytäkirja, päiväkirja   | Yhteisesti hyväksytyt lomakkeet käyttöön  |
| Syyskuu<br>toteuttamisvaihe   | vastuuhenkilö+<br>5 työyhteisön jäsentä | Työyhteisö tutustuu kirjaamisen kriteereihin   | Keskustelu<br>Kirjallinen materiaali<br>Kokouspöytäkirja, päiväkirja   | Yhteisesti hyväksytyt kirjaamisen kriteerit   |
| Marraskuu<br>arviointi  | 5 hoitoyöntekijää                       | Arvioida kirjaamisen kehittämistä  | lomake   | Kirjaamisen kehittämisen arviointi  |
| Joulukuu<br>arviointi   | vastuuhenkilö+<br>5 työyhteisön jäsentä | Julkistaa arvioinnin yhteenveto<br>Arvioida kehittämistyötä  | Kirjallinen materiaali<br>Keskustelu<br>Palautteiden sisällön tarkastelu   | Kehittämistyön tulokset<br>Jatkokehittämis-haasteet   |

## 6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

### 6.1 Kirjaamisen lähtötilanne

Kehittämistyön kartoitusvaiheessa kirjaamisen lähtötilannetta arvioitiin lomakkeen avulla. Saatuja tuloksia käytettiin hyväksi suunniteltaessa kehittämistyön teemoja. Tuloksia esitetään jaoteltuna kirjaamismerkintöihin potilaan hoitoprosessin alkuvaiheeseen liittyen, lääkehoidon toteutuksen kirjaamisesta, kivun hoidosta ja ohjauksesta sekä hoitoprosessin loppuvaiheesta ja haavahoidosta.

#### 6.1.1 Potilaan hoitoprosessin alkuvaihe

Potilaille kirjataan mahdollisimman nopeasti tulotilanne hoitotyön yhteenvetolomakkeelle heidän tullessaan hoidon piiriin. Potilaan tulotilanteen kirjaamiseen ja omienhoitajien nimeämiseen tulotilanteeseen kiinnitettiin edellisenä vuonna huomiota ja hoitotyöntekijät arvioivatkin niiden kirjaamisen hyväksi. Hoitotyön tavoitteet ja diagnoosi oli kirjattu joka potilaan kohdalla ja ensikäynti oli huomioitu.

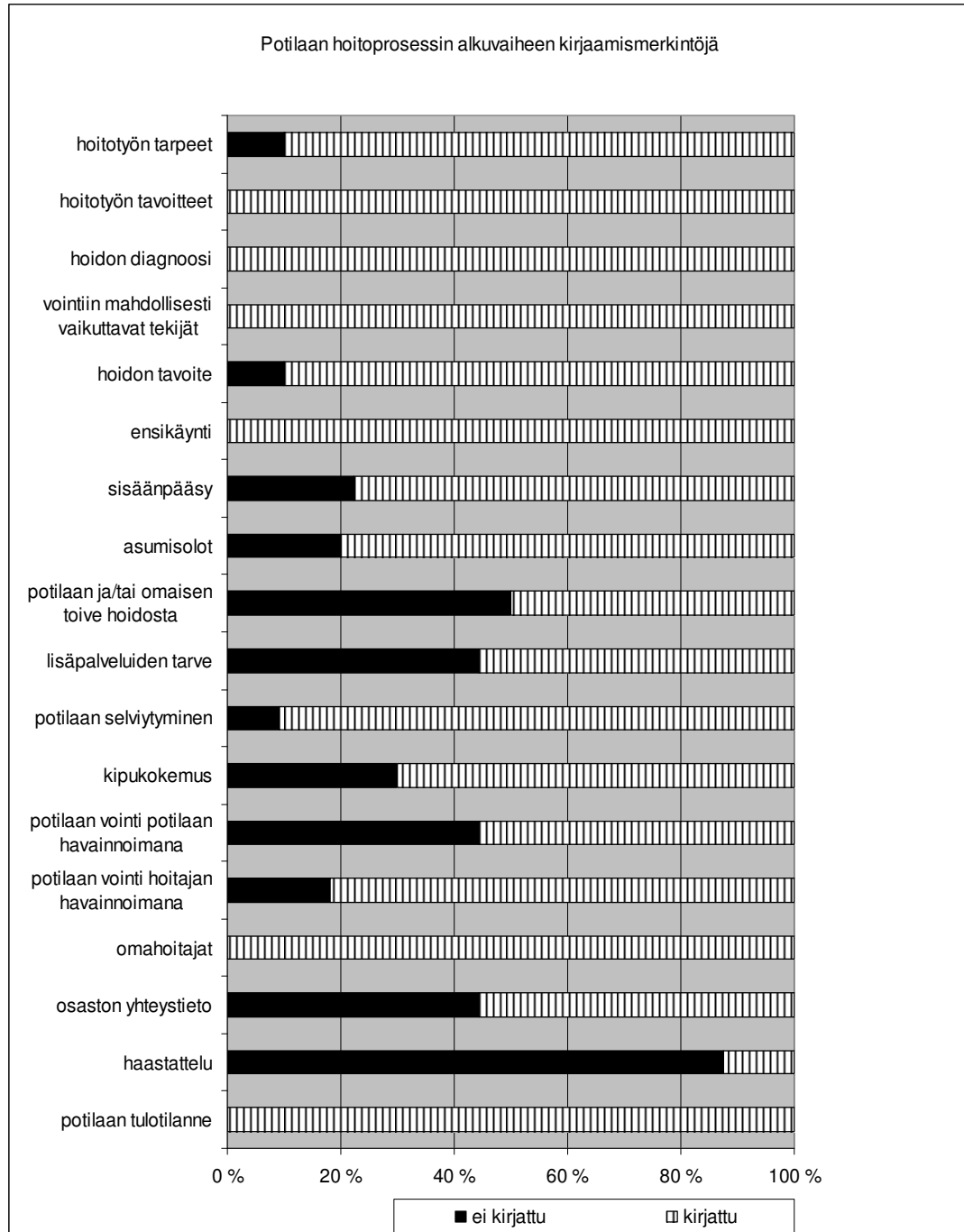
Potilaalle sisäänpääsy merkintöjä puuttui. Sisäänpääsillä tarkoitetaan, että miten mahdollistetaan potilaan luokse pääsy. Kirjauksien puutteeseen vaikutti se, että Pegasokselle ei kirjattu potilaalle sisäänpääsystä tarkempia yksityiskohtia. Yleensä potilaat antavat avaimen kotisairaalan käyttöön ja avaimesta kirjataan Pegasokselle merkintä + ja käytössä on avainvihko ja ovikoodit merkitään paperiseen potilaslistaan sisäänpääsyn helpottamiseksi. Avainten tunnistetiedot pyritään kirjaamaan niin, ettei niistä selviä potilaiden tunnistetietoja. Avainten saannista ja luovutuksesta pitäisi täyttää allekirjoituksin arvoesinelomake, joka säilytetään.

Potilaan asumisolomerkintöjä puuttui, mutta kaikilla potilailla se ei ole olennaista tietoa. Asumisoloihin kiinnitetään huomiota esimerkiksi kuntoutusta tarvitsevilla potilailla ja kun kartoitetaan apuvälineiden tarvetta. Potilaan ja/tai omaisen toiveita hoidon suhteen varmaankin kysytään, mutta sitä ei järjestelmällisesti kirjata. Potilaan haastattelun merkintöjä puuttui. Haastattelu kohdan arviointiin vaikutti, että kaikkia potilaita ei pystytä haastattelemaan ennen heidän tuloaan kotisairaalan hoidon piiriin. Haastattelusta kirjataan potilaan hoitotyön tulotilannelomakkeeseen; haastattelu+. Lisäpalveluiden tarpeen merkintöjä puuttui, mutta tähän vaikutti ilmeisesti potilaan omatoimisuuden aste, esi-

merkiksi yleensä infektiopotilaat ovat hyväkuntoisia ja täysin omatoimisia ja silloin potilailla ei ole minkäänlaista lisäpalveluiden tarvetta.

Osaston yhteystiedon merkintöjä puuttui. Yhteystiedon kirjaaminen potilaan tulotilanteeseen ei ollut yhteisesti sovittu käytäntö. Potilaan voinnin kirjaamisessa hänen itsensä havainnoimana oli hoitotyöntekijöiden mukaan kehitettävää ja merkintöjä puuttui myös potilaan voinnista hoitajan havainnoimana. Potilaan omasta kokemuksesta kivusta puuttui merkintöjä. Tavoitteena oli, että kaikilta potilailta kysytään ja kirjataan kivusta. Sitä yleensä kysytään, mutta ei aina hoitotyöntekijöiden mukaan kirjata.

Seuraavassa kuviossa (kuvio 1) on esitetty prosentteina, mitä oli kirjattu ja missä kirjaamismerkinnät puuttuivat potilaan hoitoprosessin alkuvaiheen hoitotyön kirjaamisessa.



KUVIO 1. Potilaan hoitoprosessin alkuvaiheen kirjaamismerkintöjä; mitä oli kirjattu ja mitä ei.

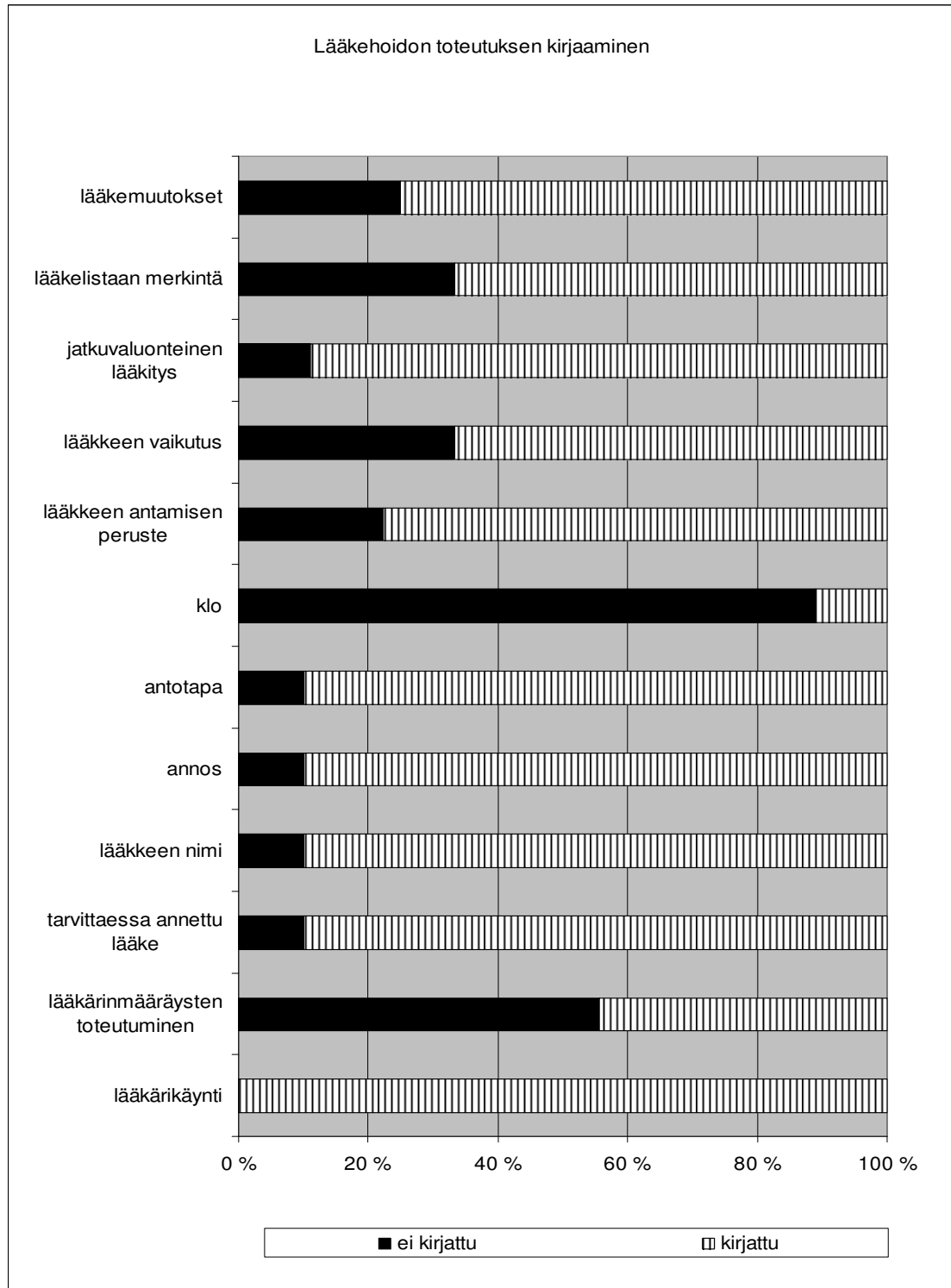
### 6.1.2 Lääkehoidon toteutuksen kirjaaminen

Lääkärinkäynti kirjataan säännöllisesti päivittäiseen hoitotyön lomakkeeseen. Siitä on helppo tarkistaa milloin lääkäri on tavannut potilaan ja mitä lääkärikäynnillä on sovittu.

Lääkehoidon toteutumisen kirjaamisessa huomattiin, että Pegasokseen kirjattaessa muutetaan kellonaika potilaalla käynnin ajankohdaksi ja lääkkeenantoaikaa ei järjestelmällisesti kirjata. ”Lääkärinmääräysten toteutuminen” otsikko oli valittavissa päivittäiskirjaamis- alustalla ja sen käyttö ei ollut yhteisesti vielä sovittua. Osastoilla se oli yleisesti käytössä. ”Lääkelistaan merkintä” kirjaaminen ei ollut yhteisesti sovittu käytäntö. Lääkelistat olivat paperisena potilaskansioissa ja kotona.

Lääkehoidon kirjaamisessa oli selvästi kehittämistä ja toimintatavoissa tarkentamista kaikilla osa-alueilla.

Seuraavassa kuviossa (kuvio 2) on kuvattu mitä oli kirjattu ja mitä ei lääkehoidon toteutuksen kirjaamisen osalta.

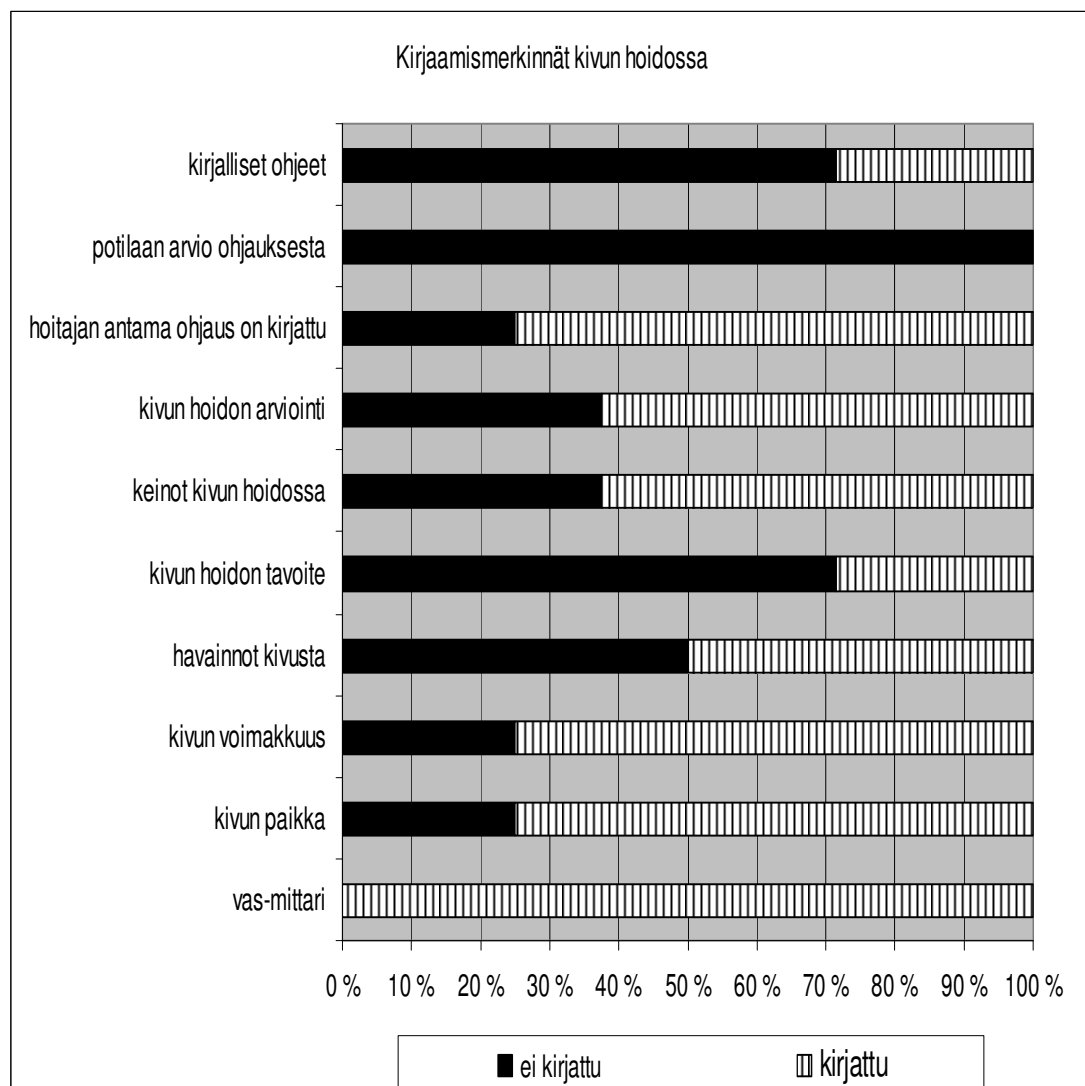


KUVIO 2. Mitä oli kirjattu ja mitä ei lääkehoidon toteutuksessa.

### 6.1.3 Kivun hoito ja ohjaus

VAS -mittaria käytettiin ja kirjattiin jo säännöllisesti, koska edellisenä vuonna sen käyttö oli yksi tulospalkkaustavoitteista. Potilaan ohjauksen ja kivun hoidon kirjaamismerkinnöissä oli eniten puutteita potilaan arvioissa ohjauksesta ja kehitettävää oli hoitajan antaman ohjauksen kirjaamisessa. Koko kivun hoidon kirjaamisprosessissa havaittiin kehitettävää. Kirjaamismerkintöjen puuttumiseen vaikutti se, että minkälaisen potilaan kirjaamista tarkasteltiin; kivut eivät ole läheskään kaikkien potilaiden ongelmana.

Seuraavassa kuviossa (kuvio 3) esitetään mitä merkintöjä kivun hoidossa ja ohjauksessa oli ja mitkä puuttuivat. Ohjaus tarkoittaa kaikkea ohjausta.



KUVIO 3. Mitä oli kirjattu ja mitä ei potilaan kivun hoidossa ja ohjauksessa.



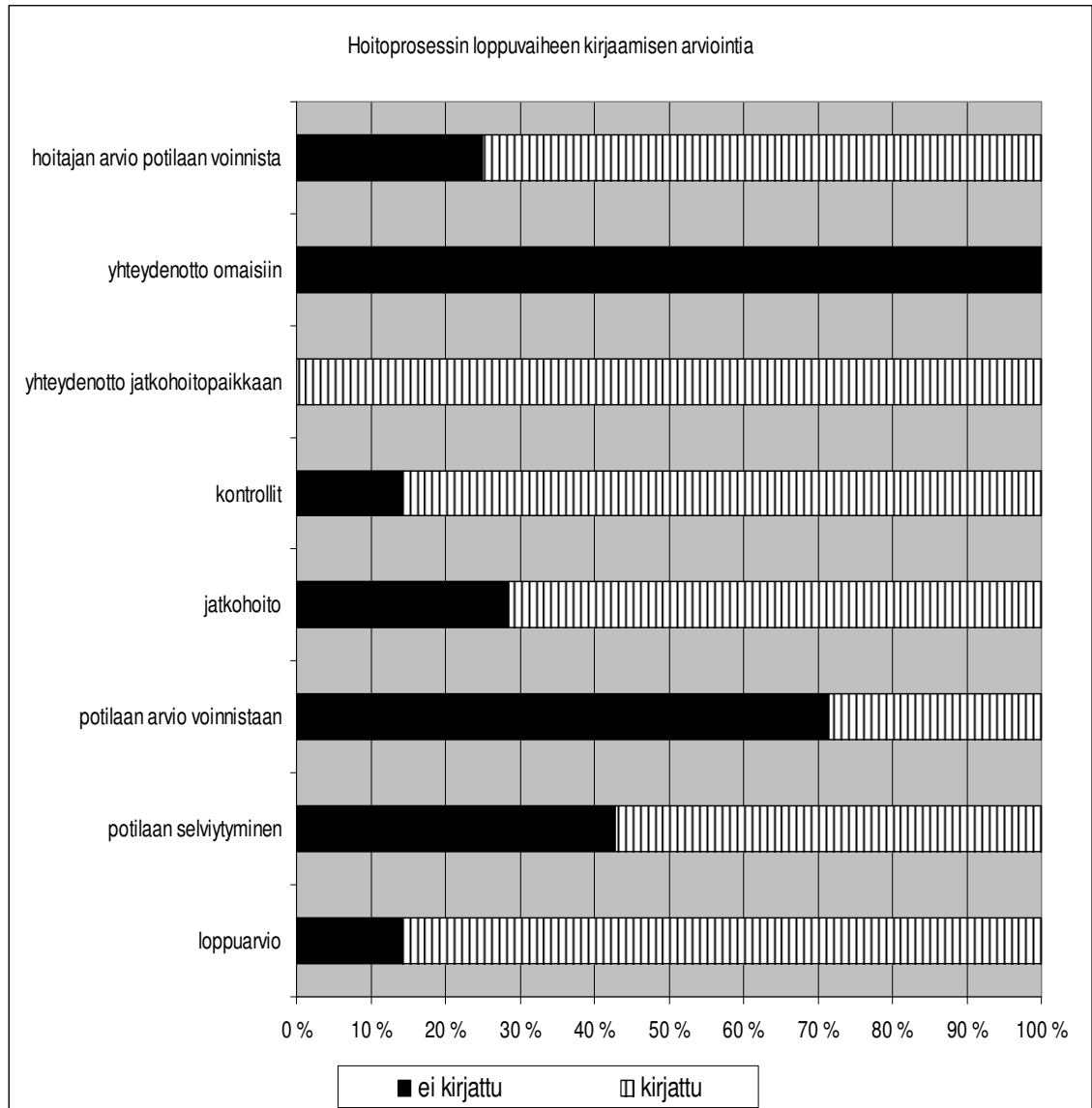
#### 6.1.4 Hoitoprosessin loppuvaihe ja haavahoito

Potilaan vointia arvioidaan hänen siirtyessään pois hoidon piiristä hyvin ja yhteydenotto jatkohoitopaikkaan oli huomioitu hyvin. Hoitotyöntekijät arvioivat oman kirjaamisen olevan asiallista ja teksti ymmärrettävästi kirjoitettua.

Hoitotyöntekijöiden mukaan potilaan selviytymisen kirjaamisessa olisi kehitettävää ja voinnissa tapahtuvien muutoksien huomioimisessa väliarviointiin olisi mahdollisesti kehitettävää. Loppuarvion kirjaamisessa arvioitiin kehittämiskohdaksi potilaan selviytymisen kirjaaminen. ”Yhteydenotto omaisiin” kirjaamismerkintöjä puuttui, mutta tähänkin vaikutti ehkä se, että minkälainen potilas oli ollut; useat potilaat ovat täysin asiallisia ja omatoimisia. Potilaan arviossa voinnistaan puuttui myös kirjaamismerkintöjä. Kokonaan loppuarvio oli jäänyt jonkun potilaan kohdalla kirjaamatta.

Haavahoidossa vuoden 2006 osalta tulospalkkaustavoitteissa oli haavahoitolomakkeen koekäyttö ja sen huomiointi kirjaamisessa, joten se oli aivan uusi asia. Potilaiden haavan paranemisprosessin seurannan kirjaamisessa ja haavahoito-ohjeiden kirjaamisessa arvioitiin olevan kehitettävää. Malmin kotisairaалalla oli käytössä aikaisemmin oma haavahoitolomake, johon seurattiin hoidon vaikuttavuutta ja kirjattiin haavahoito-ohjeet, nyt käyttöön otettu lomake ei ollut sama lomake. Omaisen tuen tarpeen ja henkisten tarpeiden kirjaamisessa arvioitiin myös olevan kehittämistä.

Seuraavassa kuviossa (kuvio 4) on esitetty mitä on ja mitä ei ollut kirjattu potilaan hoitoprosessin loppuvaiheessa.



KUVIO 4. Potilaan hoitoprosessin loppuvaiheen kirjaamismerkinnät

## 6.2 Tärkeimmät kirjaamisen kehittämisaalueet

Osa hoitotyöntekijöistä koki kirjaamisen arvioinnin lomakkeen avulla varsinkin oman tieto-taito osuuden kohdalta vaikeaksi. Arvioinnin avulla löytyi kuitenkin selkeitä kehittämisaalueita ja havaittiin kirjaamisessa puutteita, joihin haluttiin muutosta.

Tämän kehittämistyön kirjaamisen lähtötilanteen arvioinnin tarkoituksena oli, että kirjaamisen eri kohtia tarkastelemalla tunnistetaan tärkeimmät kehittämisaalueet. Arviointia tarkasteltiin kehityskokouksessa keskustelun muodossa lomakkeen tuloksia hyväksikäyttäen. Työyhteisö valitsi kehittämisen pääteemoiksi:

- 1) hoitotyön suunnitelman kirjaamisen kehittämisen,
- 2) lääkehoidon toteutuksen ja kirjaamisen kehittämisen,
- 3) kivun hoidon kirjaamisen tarkentamisen,
- 4) ohjauksen kirjaamisen tarkentamisen ja
- 5) potilaiden kokemusten kirjaamisen lisäämisen.

### 6.2.1 Hoitotyön suunnitelma

Ensimmäiseksi hoitotyöntekijöiden toivomuksesta pohdittiin kirjallisuuden ja kokemusten pohjalta potilaiden tarpeiden määrittelyä, hoitotyön tavoitteiden ja keinojen kirjaamista ja niiden sisältöä ja hoitotyön arvoja. Jokaisella oli mahdollisuus esittää omia ehdotuksiaan ja toimivimmalta tuntuvat ehdotukset päätettiin yhdessä ottaa kokeilukäyttöön. Päivämäärien lisääminen keinoihin esimerkiksi lääkityksen aloituksessa tuntui hyvältä ehdotukselta ja informaation lisääminen jo hoitotyön suunnitelma alustalle koettiin hyvänä apuvälineenä potilaan hoidossa.

Helmikuun kehittämiskokouksessa oli jo sovittu tilastoinnin helpottamiseksi yhtenäisesti kirjaamismerkinnästä ensikäynnin suhteen. Ensikäynti kirjataan päivittäiselle hoitotyön kirjaamisalustalle lyhenteellä KS EK ja jos ensikäynti on tapahtunut yöllä, lisätään (yö).

Kotisairaalassa on myös paljon soittolistapotilaita, joiden luona ei käydä säännöllisesti, vaan he ottavat yhteyttä tarvittaessa ja jos heistä ei ole kuulunut pitkään aikaan otetaan heihin puhelimitse yhteyttä ja kysytään sen hetkinen vointi ja mahdollisen avun tarve.

Joskus on ollut vaikeata seurata soittolistapotilaiden eri hoitajaksoja, koska hoitotyönyhteenvetolomakkeelle on kirjattu vain väliarviointia, joten seuraamisen helpottamiseksi sovittiin, että soittolistapotilaille kirjataan tulo- ja loppuarvio, jos heidän luonaan on käyty tai voinnissa on tapahtunut muutoksia.

Hoitotyön suunnitelmaa kirjattiin, mutta usea työyhteisön jäsen kaipasi ohjeistusta sisällön kehittämiseksi ja eri käsitteiden avaamista ymmärryksen helpottamiseksi, ettei kirjaaminen jäisi vain mekaaniseksi toiminnaksi. Yksi työyhteisön sairaanhoitaja kokosi hoitotyön prosessin isoksi asiakartaksi ja kirjallisuuden (esim. Hallila 2005; Roper ym.1992) avulla vastuuhenkilö tiivisti siitä työyhteisöön oman kirjallisen lomakkeen (ks. kuvio 5), joka tulostettiin ja jaettiin hoitotyöntekijöille kehittämiskokouksessa kirjaamisen avuksi. Hoitotyön prosessin kirjallisen lomakkeen tarkoituksena oli auttaa ymmärtämään prosessia ja samalla sen tarkoitus oli ohjata hoitotyötä. Myös kirjaamisen arviointilomaketta pystyi käyttämään muistilomakkeena kirjaamisessa. Hoitotyön prosessissa potilaslähtöisyys kirjaamisessa tuotti eniten vaikeutta sisäistää ja se, että hoitotyöntekijän ei tarvitse kirjata potilaan lääketieteellisiä diagnooseja vaan hoitotyön diagnooseja. Tavoitteeksi asetettiin, että jokaiselle potilaalle kirjataan hoitotyön suunnitelma mahdollisimman yksilöllisesti.

### 6.2.2 Lääkehoidon toteutus ja kirjaaminen

Lääkehoidon toteutuksen ja varmistamisen parantamiseksi otettiin käyttöön yhtenäisiä toimintatapoja. Sovittiin, että ”lääkärinmääräysten toteutuminen” otsikko otetaan käyttöön päivittäisessä kirjaamisessa niissä tilanteissa, joissa se selventää onko jokin asia jo tehty vai ei. Lääkemuutosten toteutumisen varmistamisen kirjaamisessa ja koko prosessissa oli ollut puutteita ja aikaisemmin oli ollut epätarkkuutta kotona olevien lääkelistojen ja toimistolla olevien listojen välillä. Tämän epäkohdan poistamiseksi haluttiin kehittää uusia käytäntöjä. Päätettiin kokeilla, että kirjataan kun lääkemutokset on tehty toimistolla ja uudesta lääkelistasta otetaan kopio potilaiden kotiin vietäväksi ja kirjataan myös kun lääkemutokset on kotona tehty. Näin yksityiskohtaisesti ei ollut tapana ennen kirjata. Huomattiin myös, että lääkkeenannon kellonaikaa ei järjestelmällisesti kirjata ja siihen päätettiin kiinnittää huomiota. Myös lääkehoidosta kirjattiin prosessinomainen lomake (ks. kuvio 7), joka tulostettiin työyhteisön apuvälineeksi.

### 6.2.3 Potilaan kivun hoito ja ohjaus

VAS-mittaria käytetään säännöllisesti kivun arvioinnissa ja hoitotyöntekijä tekee hoitosuunnitelman yhdessä lääkärin ja potilaan kanssa. Menetelmät kivun hoidossa voivat muuttua saman potilaan kohdalla nopeastikin ja kirjaaminen hoidon jatkuvuuden kannalta on ensiarvoisen tärkeää. Myös potilaan ja omaisten ohjaus on osa potilaan kivun hoitoa.

Kehityskokouksessa maaliskuussa keskusteltiin kivun hoidon tarpeen määrittelystä ja huomioitavista asioista kivun hoidon osalta. Potilaan itsensä arvioidessa kipua todettiin VAS-mittarin käyttö hyväksi tavaksi. Kaikki potilaat eivät pysty itse arvioimaan mittarilla kipuaan ja silloin hoitotyöntekijän havainnointi on tärkeää. Kehityskokouksessa päätettiin yrittää kiinnittää huomiota kirjaamisessa kaikkiin kivun hoidon osa-alueisiin ja potilaan oman kokemuksen kirjaamiseen. Kivun hoidon prosessi kirjattiin myös prosessimuotoisesti lomakkeeksi (ks. kuvio 6), jonka tarkoituksena oli toimia apuvälineenä kirjaamisessa.

Hoitotyöntekijät suunnittelivat potilaille kirjallisen ohjeen kivun hoidosta (liite 3), joka toukokuun kehittämiskokouksessa hyväksyttiin ja päätettiin ottaa käyttöön. Ohje palvelee myös esimerkiksi palvelutalon hoitajia ja kotihoidon hoitotyöntekijöitä potilaiden kivun hoidon toteutuksessa. Kotisairaalan lääkäri hyväksyi lomakkeen käytön. Kotisairaalassa oli käytettävissä myös yhden työntekijän kehittämä kivun seurannan lomake, jonka käyttöä päätettiin tehostaa.

Herttoniemen kotisairaalaan saatiin valmis kirjallinen ohje käytettäväksi suonensisäistä lääkitystä kotona saaville potilaille. Se muokattiin Malmin kotisairaalle sopivaksi (yhteystiedot muutettiin) ja se päätettiin toukokuun kehityskokouksessa ottaa käyttöön. (liite 2).

### 6.2.4 Potilaiden kokemusten kirjaamisen lisääminen

Kehittämistyökokouksessa työyhteisössä pohdittiin potilaiden oman kokemuksen kirjaamista. Monen mielestä oli selvää, että esimerkiksi potilaan omaa kokemusta kivusta kysytään, mutta sen kirjaaminen unohtuu, vaikka se useinkin antaisi juuri oikean kuvan

potilaan voinnista. Myös hoitotyön tavoitteiden määrittely potilaan itsensä arvioimana olisi useinkin hyvä lähtökohta koko hoitotyön prosessille.

Hoitotyöntekijät huomioivat potilaiden yksilölliset tarpeet ja kuuntelevat ja kunnioittavat potilaan itsemääräämisoikeutta, mutta sen kirjaaminen ei aina ole automaattista. Kehitystyökokouksessa keskustelun avulla pyrittiin perustelemaan potilaiden omien kokemusten kirjaamisen tärkeyttä ja tarpeellisuutta. Tavoitteeksi asetettiin potilaiden kokemusten kirjaamisen lisääminen.

### 6.3 Malmin kotisairaalan kirjaamisen kriteerit

Kehittämistyön yhtenä tuloksena laadittiin hoitotyön kirjaamiselle kriteerit Malmin kotisairaalaan, jotka koottiin kehittämistyössä käydyistä eri osa-alueista ja Helsingin kaupungin akuuttitoimintojen kirjaamisen kriteereitä apuna käyttäen. Kriteerit esiteltiin syksyllä 2006 ja koko työyhteisö hyväksyi ne käyttöön. Kriteereiden tarkoituksena on toimia apuvälineenä kirjaamisessa ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Kriteerien käytön tavoitteena on, että hoitotyön kirjaamisesta muodostuisi kokonaisuus, jossa näkyy kotisairaalan hoidon kannalta oleelliset asiat ja juridiset vaatimukset täyttyisivät. Tavoitteena on myös, että potilaat ja muut hoitoon osallistuvat ovat tietoisia hoidon tavoitteista ja kokevat saavansa osallistua hoidon suunnitteluun. Kriteerien tavoitteena on auttaa hoitotyöntekijöitä kirjaamaan informatiivisesti, kuvaavasti ja asiallisesti ja niin, että kirjaamisessa näkyy potilaslähtöisyys. Tavoitteena on myös auttaa hoitotyöntekijöitä kirjaamaan hoitotyön suunnitelmaa niin, että se toimii hyvin potilaan hoidon työvälineenä. Kriteerit yhtenäistävät myös toimintatapoja.

### Hoitotyön kirjaamisen kriteerit Malmin kotisairaalassa (2007):

**Hoitotyön tavoitteena** on, että potilaille luodaan luottamuksellinen hoitosuhde, niin että potilas kokee saavansa yksilöllistä hoitoa omassa elinympäristössään, potilas kokee olonsa turvalliseksi ja että itsemääräämisoikeus toteutuu ja hoidon jatkuvuus turvataan. Hoitotyötä ohjaavia periaatteita ovat turvallisuus, kokonaisvaltaisuus, oikeudellisuus, jatkuvuus ja yksilöllisyys ja samat arvot ohjaavat myös dokumentointia.

#### **Rakenne:**

- Työyksikössä on kirjallisen hoitotyön suunnitelman laatimisohjeet ja sovittu kirjaamiskäytäntö.
- Henkilökunta osaa käyttää ohjelmaa ja heillä on luvat ohjelman käyttämiseen.
- Kirjaamisen teoriasta on yhdessä sovittu ja se on dokumentoitu.
- Työyksikössä on sovittu kuka/ketkä toimivat kirjaamisen tukihenkilöinä.
- Kirjaamista arvioidaan työyksikössä.
- Potilaille on nimetty omahoitajat

#### **Prosessi:**

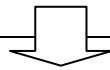
- Sähköiselle kirjaamisalustalle kirjataan ”Hoidon tavoite” kohtaan: MA-SYK13/Malmin kotisairaala/potilaan hoidon tavoite
- Hoitotoiminnot kirjataan työvuoroittain asiatyylillä.
- Kaikille potilaille kirjataan hoitotyön suunnitelma
- Vastuu hoitotyön suunnitelman kirjaamisesta on omalla hoitajalla (sekä korvaavalla hoitajalla omahoitajan ollessa lomalla tai vapaalla).

Prosessia ohjaavat seuraavat sovitut asiat:

Potilaille kirjataan hoitotyön suunnitelma ja kirjaamista ohjaa seuraava prosessi:

### **Hoitotyön diagnoosi/tarve**

Lyhyt selvitys potilaan aktuaalisista ja potentiaalisista terveysongelmista tai puutteista. Kuvaus potilaan reaktiosta terveydentilastaan, elämän kokemuksistaan ja suoriutumismalleistaan. Ajankohtainen potilasta huolestuttava terveysongelma voi olla oire, fysiologinen löydös, käyttäytymiseen liittyvä, psykososiaalinen tai hengellinen ongelma, jonka määrittäminen on itsenäisen hoitotyön osa. Hoitotyön diagnoosit kirjataan siten, että ne edesauttavat odotettujen tulosten saavuttamista ja hoitotyön suunnittelua. Potilaan hoitotyön tarpeen määrittämisen jälkeen muodostettu hoitotyön diagnoosi toimii hoitotyön suunnitelman lähtökohtana.



### **Tavoite**

Mihin muutokseen potilaan tilassa on tarkoitus päästä ja missä aikataulussa. Tavoite kuvaa sitä muutoksen tilaa, johon hoitotyön keinolla pyritään.



arviointi: verrataan toteutettuja hoitotyön toimintoja tavoitteiden saavuttamiseen  
arviointi: saavutetaanko valituilla auttamiskeinoilla tavoitteet

### **Hoitotyön auttamiskeinot/keinot**

Esimerkiksi:

Auttaminen: puolesta tekeminen elämisen toiminnoissa

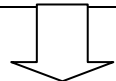
Tukeminen: keskustelu, kosketus, kannustaminen, läsnäolo

Potilaan ja omaisen opettaminen ja ohjaaminen elämisen toimintoihin liittyvissä ja niihin vaikuttavissa asioissa

Varmistaminen: huolehtiminen, seuranta (esim. potilaan voinnin, orientaation ja tunteusten seuranta ja huomioon ottaminen, ympäristön viihtyvyys ja turvallisuudesta huolehtiminen)

Potilaan hoitotoimenpiteiden ja hoito/kuntoutus-ohjelmien toteutus ja seuranta yhdessä muiden potilaan hoitoon osallistuvien kanssa

arviointi: hoidon vaikuttavuuden arviointi; saavutetaanko tavoitteet näillä auttamiskeinoilla vai tarvitseeko muuttaa tavoitteita vai antaa aikaa lisää



### **Loppuarvio**

Turvaa hoidon jatkuvuuden, kirjataan hoitajakson olennaiset tapahtumat, joilla on merkitystä jatkohoidon kannalta sekä arvio potilaan tilanteesta peilattuna hoitajakson alussa asetettuihin tavoitteisiin. Kuvataan mahdollisuuksien mukaan potilaan ja/tai omaisen näkemys ja kokemus hoidosta. Sisältää ohjeet. Hoitotyön vaikuttavuuden arvio. Apuvälineet. Annettu neuvonta ja ohjaus. Potilaan voinnin kuvaus. Yhteystieto. Jatkohoidon varmistus.

KUVIO 5. Hoitotyön prosessi



Kotisairaalassa kirjaamisessa huomioidaan potilaalle tehty **ensikäynti** päivittäiseen kirjaamisalustaan: **KS,EK**, jos ensikäynti on tapahtunut yöllä lisätään vielä (yö).

**Tulotilanne** kirjataan potilaille hoitotyön yhteenvetolomakkeelle.

Tulotilanteessa huomioidaan osaston yhteystieto, omahoitajat, hoitoon tulosityy, mistä tullut ja päivämäärä, potilaan vointi hoitajan havainnoimana, potilaan vointi potilaan havainnoimana, kipukokemus, hoitoon vaikuttavat muut tekijät, asumisolot (jos niillä on merkitystä hoidon kannalta), potilaan senhetkinen selviytyminen, lisäpalveluiden tarve, potilaan/omaisen mahdolliset toiveet hoidosta. Hoitotyön tarpeen määrittely ja tavoitteet. Jos potilas on käyty haastattelemassa, kirjataan tulotilanteeseen: haastattelu+. Tulotilanne kirjataan kaikille sisäänkirjatuille potilaille vähintään 3vrk:n kuluttua hoitoon tulosta.

**Väliarviointia** kirjataan hoitotyön yhteenvetolomakkeelle esim. potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset, hoidossa tapahtuvat muutokset, informaatio potilaan hoidosta kotihoidolle tai muille yhteistyötahoille. Jos potilaan hoitajakso on pitkä, kirjataan väliarviota vähintään kahden viikon kuluttua hoidon aloituksesta. Huomioi kotihoidon kanssa sovitut asiat.

**Loppuarvio** kirjataan kaikille potilaille, myös kuolleille. Huomioi jatkohoito.

**Lääkärikäynti** huomioidaan päivittäiselle kirjaamisalustalle.

**Soitto** potilaalle tai esim. kotihoitoon huomioidaan päivittäiselle kirjaamisalustalle.

**Maksuton käynti** huomioidaan päivittäiselle kirjaamisalustalle.

Päivittäiselle kirjaamisalustalle huomioidaan ”**Lääkärinmääräysten toteutuminen**”, kirjaa selvästi onko kyseessä potilaan luona käynti vai ei.

- Osaston potilaslistalomakkeelle kirjataan hoitavan tiimin numero (I,II,III), onko avain +, jos kotihoito ei käy potilaan luona kirjataan lasku. Esim. I + lasku.
- Kirjataan sovitut käyntiajat. Jatkuvaluonteinen i.v.lääkitys, ja muuta huomioitavaa. Jos potilaalla käy fysioterapeutti, kirjaa F.

Sellaiset potilaat, joilla seurataan enemmän kipua huomioidaan kirjaamalla KIPU, tai haavahoitopotilaat, kirjataan HH osaston potilaslistaan huomioitavaa kohtaan. Haavahoitopotilaille käytetään haavanseuranta ja hoito-ohjelomaketta, joka täytyy löytyä kohtaa ja potilaskansion välistä. DNR huomioitavaa kohtaan. Hoitotahto Hoito V-alustalle.

**Potilaan kivun hoito** ja kirjaaminen tulee suunnitella hoitotyön prosessin mukaan: Prosessi sisältää potilaan kokeman kivun tunnistamisen, kivun hoidon tavoitteiden määrittämisen, auttamismenetelmien valinnan ja toteuttamisen ja arvioinnin.

#### Tarpeen määrittäminen

Tunnistetaan potilaan kokema kipu verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän avulla: potilas voi hikoilla, palella, täristä tai voida pahoin. Välttääkseen kipua potilas voi olla liikkumatta tai suojaantua. Tarkkaile kasvojen ilmeitä. Kivusta kärsivä potilas voi olla ärtynyt, levoton, masentunut tai hänellä voi ilmetä tajunnan tason laskua. Potilaan kivun tunnetta voivat lisätä esimerkiksi kuumuus, äänet ja liian kirkas valaistus.

#### Tavoitteet

Kivunhoidon tavoitteena on potilaan kivun lievittyminen ja poistaminen, kroonisen kivun hoidossa tätä tavoitetta ei voida aina saavuttaa, tällöin tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämänlaatu ja selviytyminen päivittäisistä toiminnoista.

#### Auttamismenetelmät/keinot

Auttamismenetelmiä ovat lääkehoidon lisäksi esim. asentohoito, ruokavalio, kuuntelu, keskustelu, rauhoittelu, haittaavien ympäristötekijöiden muuttaminen. Ohjaa potilasta ja omaisia (muuta hoitoon osallistuvia) lääkehoidossa ja kannusta ja tue potilaan omia voimavaroja.

#### Kirjaaminen

Kirjataan VAS-mittari, potilaan oma kokemus kivusta, potilaan toiveet, hoitajan havainnointi potilaasta, kivun paikka, voimakkuus, laatu, kivun hoidon tavoitteet, keinot ja lääkehoidon vaikuttavuus ja onnistuuko kivunhoito. Kirjaa annettu ohjaus ja potilaan voimavarat. Käytä kipulomaketta.

KUVIO 6. Kivun hoidon prosessi.

**Lääkehoidon kirjaaminen:**

Lääkärin määräykset lääkityksestä Pegasoksessa tai suullisesti tai esim. päivystyksessä manuaalisesti



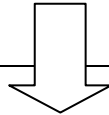
Lääkärin määräysten toteutuminen

Lääkelistojen kirjaaminen, kopio kotiin, toteutus ja vaikuttavuuden seuranta.

Kirjataan Pegasokseen, kun muutokset on toteutettu kirjattuna toimistolla, kopio muutuneesta lääkityksestä kotiin. Kun kotona muutokset toteutettu, kirjataan myös Pegasokseen. Kaikille potilaille lääkelistat kotiin.

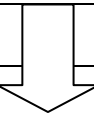
Lääkitysmerkinnät: jatkuvaluonteinen lääkitys, tarvittava lääkitys, huomio Durogesic laastarin vaihtopäivät. Huomioi kipupumppu. Huomioi miten potilas saa lääkkeit apteekista. Aloitusannokset p.o. antibiooteista. Kirjaa mitä olet vienyt kotiin.

Lääkkeen nimi, annos, antotapa, kellon aika, vaikuttavuus. Huomioidaan lääkkeen annon tai ottamisen kellonaika.



Lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta

Kirjataan muutokset potilaan voinnissa, fysiologiset mittaukset.



Jatkohoito

KUVIO 7. Lääkehoidon prosessi.

**Huomioi Marevan potilaat ja Diabetespotilaat.** Marevan lääkitystä saavilla potilailla tulee olla listat lääkityksestä sekä kotona että kotisairaalassa. Ohjelmoi INR-näyte.

- Huomioi potilaiden ohjaus kirjaamisessa, kirjaa potilaan omat voimavarat, käytä kirjallisia ohjeita, kysy potilaalta arviota ohjauksesta.

**Tulos:**

- Hoitotyön dokumentoinnin kokonaisuus käsittelee kotisairaalan hoidon kannalta olennaisia asioita järjestelmällisesti juridiset vaatimukset täyttäen.
- Potilas (ja muut hoitoon osallistuvat) ovat tietoisia hoidon tavoitteista.
- Potilas (ja muut hoitoon osallistuvat) kokevat saavansa vaikuttaa hoidon suunnitteluun.
- Tieto siirtyy jatkohoitoon ja kirjaaminen on informatiivista, kuvaavaa ja asiallista.
- Kirjaamisessa näkyy potilaslähtöisyys.
- Hoitotyön suunnitelma työvälineenä toimii.

#### 6.4 Työyhteisön arvio kehittymisestään

Esimiehen ja hoitotyöntekijöiden mukaan selkeä prosessikaavio helpottaa kirjaamaan oikeita asioita oikeaan paikkaan. Hoitotyöntekijöiden palautteiden mukaan hoitotyön suunnitelman tekeminen antaa syvyyttä ja mielekkyyttä hoitamisen toteuttamiselle ja ymmärrys suunnitelman informatiiviseen merkitykseen oli kasvanut; ei kirjata kirjaamisen vuoksi, vaan tavoitellaan selkeää, realistista potilaan hoitoa kuvaavaa kirjaamista. Kirjallisen hoitotyön suunnitelman teko pakottaa kohtaamaan potilaan kokonaisvaltaisesti ja työstä tulee suunnitelmallista. Palautteissa oli myös, ettei hoitotyön suunnitelman kirjaaminen tunnu enää niin työläältä kuin aikaisemmin, mutta lisäoppia tarvitaan vielä jatkossakin. Potilaan kanssa yhdessä läpikäyty hyvä kirjallinen hoitotyön suunnitelma on ollut jo sellaisenaan keino auttaa potilasta; potilas koki, että hänet oli otettu huomioon kokonaisvaltaisesti ja pelkästään se riitti hänelle hoidoksi. Hoitotyön suunnitelmat oli elokuussa (2006) 50 potilasasiakirjasta tarkasteltuna kirjattu 100 %, mutta mittauksessa ei analysoitu hoitotyön suunnitelman sisältöä.

Hoitotyöntekijöiden palautteissa kehittymisestä lääkehoidon toteutuksen osalta oli esimerkiksi, että muistetaan paremmin kirjoittaa lääkemuutokset lääkelistaan ja yritetään käydä työvuorossa lääkelistat omien potilaiden kohdalta läpi. Vastuuhenkilön havainnointina oli, että kopiot lääkelistoista kotiin vietäväksi lisääntyivät selvästi ja palautteet lääkityksen epäselvyyksistä vähenivät. Lääkehoidon osalta palautelomakkeissa oli jätetty myös kokonaan vastaamatta, joten ilmeisesti tätä osiota täytyy vielä kehittää ja oli koettu, että lääkehoidon kirjaus oli vielä huonoa esimerkiksi vaikuttavuuden suhteen. Lääkehoidon ohjauksen tärkeys oli huomioitu kirjaamisessa joiltakin osin paremmin. Potilaiden antama palaute ohjauslomakkeista oli positiivista. Selkeät yhteisesti sovitut toimintatavat varmistavat lääkehoidon toteutuksen onnistumista ja vähentävät virheitä.

Hoitotyöntekijöiden palautteissa kehittymisestään kivun hoidon kirjaamisen osalta ilmeni, että kivun hoidon kirjaamisessa pyritään enemmän kuvailevampaan kirjaamiseen ja kivun hoito kirjataan selkeästi hoitotyön suunnitelmaan, mutta vielä pitäisi tarkentaa esimerkiksi kivun luonteen, paikan ja ajankohdan kirjaamista. Toisaalta ilmeni, että potilaalta itseltä osattiin kysyä enemmän omia tuntemuksia ja ne myös kirjattiin. Potilaan kivun hoito on kuitenkin hyvin laaja hoitotyön osa, kuten yksi hoitotyöntekijä kuvaa palautteessaan:

Kipu pelkkänä asiana on niin emotionaalinen asia, ettei sitä yksioikoisesti voi sanoa. Kipumittarin hyödyn näkisin esimerkiksi akuuttipotilaiden, kuten ruusua sairastavien tai keuhkokuumetta potevien tai leikkauksesta kuntoutuvien kohdalla ja muilla esimerkiksi kalvokivun tai luustometastaaseista johtuvien kipujen hoidossa. Kroonisesti sairaalla saisi olla mittarina pelko- ja katkeruusmittari, joka yhdistettynä kipumittariin näyttäisi todellisen tilan. Kipu kuuluu sairauteen ja kivun merkitys suojamekanismina syövässä tai muussa autoimmuunisairaudessa on menettänyt suojamerkitseksensä. Syöpäpotilaan kivunhoidon kulmakivi olisi enemmänkin kirjata niitä keinoja, joilla potilas on selviytynyt kipunsa kanssa.

Ohjauksen kirjaaminen koettiin vielä isona haasteena, mutta joku oli kokenut, että ymmärrys ohjauksen kirjaamisen tärkeydestä oli lisääntynyt. Potilaiden ohjaukseen kehitetyt kirjalliset materiaalit toimivat hyvinä apuvälineinä hoitotyössä.

Potilaiden kokemusten, toiveiden ja havaintojen huomioiminen kirjaamisessa ymmärrettiin tärkeänä asiana. Palautteissa oli myös, että hoitotyön tavoitteiden määrittely potilaan itsensä määrittelemänä olisi useinkin hyvä lähtökohta koko hoitotyön prosessille, kuten yhdessä arviointilomakkeessa oli kuvattu: ”Kuvailen potilaan kertomaa, miten potilas on oman tilansa hahmottanut, kuinka paljon sairaus hankaloittaa potilaan arjessa selviytymistä.”

Hoitotyöntekijöiden palautteissa oli, että kirjataan asioita, jotka potilas tuo esille, hänen toiveitaan esimerkiksi käyntiaikojen suhteen ja onko potilas tyytyväinen saamaansa hoitoon. Potilaiden itsemääräämisoikeus toteutuu kotisairaaloissa hyvin ja potilaiden hoitotahtoa ja esimerkiksi toiveita hengellisten tarpeiden osalta uskalletaan kysyä ja kirjata. Hoitotyöntekijöiden mukaan potilaiden omien kokemusten kirjaaminen oli kehittämistyön aikana lisääntynyt.

## 6.5 Jatkokehittämishaasteet

Hoitotyöntekijöiden ehdotuksissa haluttiin vielä sisäistää enemmän hoitotyön suunnitelmien kirjaamista ja myös lääkehoidon toteutusta haluttiin vielä kehittää. Ensi vuoden tulospalkkausjärjestelmän puitteissa kirjaamisessa kehitetään kirjaamisen arviointi osuutta. Kehittämistyö jatkuu annettujen palautteiden pohjalta teema-alueittain: on ehdotettu, että esimerkiksi samaa teemaa käsitellään ennalta sovitun ajan aina sopivassa tilanteessa ja asetetaan osatavoitteita, joita arvioidaan tietyn aikajakson kuluttua.

Tämä kehittämistyö jatkuu edelleen annettujen palautteiden ja havaintojen pohjalta ja suullisesta raportoinnista luopuminen asettaa kehittämistyölle uusia tavoitteita. Ehdotettiin jo otettavaksi käytäntöön, että listataan nimettömänä tietoja niistä asioista, joita esimerkiksi iltavuoroon tuleva jäi aamuvuorolaisten teksteistä kaipaamaan. Asiat voivat tulla ilmi suullisesti, mutta halutaan selvittää löytyvätkö ne asiat hoitotyön kirjaamisesta. Kokonaan suullisesta raportoinnista ei voida todennäköisesti luopua, mutta päällekkäisyyttä kirjatun tiedon ja suullisesti annetun tiedon välillä voidaan vähentää.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Kehittämistyön tulosten tarkastelua

Tämän raportin kuvaama kehittämistyö oli koko työyhteisön yhteinen hanke, jossa voimavarana oli hoitotyöntekijöiden asiantuntijuus. Hoitotyön kirjaamisessa konkretisoituu hoitotyöntekijän näkemys perustehtävästä ja kirjatussa tekstissä hänen teoreettinen ajattelunsa ja käytännön toiminta dokumentoituvat. Osa hoitotyöntekijöistä koki oman osaamisen arvioinnin ja kehittämistarpeiden tunnistamisen haastavaksi, mutta sen avulla löytyi selkeät kirjaamisen kehittämisen alueet. Hoitotyöntekijät ilmaisivat kehittämistyön aikana omia ehdotuksiaan ja havainnoivat parhaita toimintamalleja, jotka pyrittiin ottamaan myös käyttöön. Vuoden lopussa hoitotyöntekijät kuvasivat omaa kehittymistään kirjaamisen osalta ja osassa vastauksista oli mietitty syvällisesti eri aihealueittain omaa kehitystä ja asioita, joissa kaivataan vielä sisäistämistä ja opettelua.

Hoitotyön suunnitelman kirjaamisessa käsitteiden ja termien sisällön ymmärtäminen luo yhteistä hoitotyön ammattikieltä ja selkiyttää mitä kirjataan mihinkin kohtaan ja hoidon prosessimallin avulla voi hoitotyöntekijä jäsentää potilaan hoitotapahtuman kirjaamista. (vrt. Ikonen 2005; Ensio – Saranto 2004.) Tarvitaan vielä kuitenkin kehittämistä, että koko hoitotyön kirjaaminen nivoutuu tavoitteelliseksi, potilaan hoitoa edesauttavaksi kokonaisuudeksi.

Lääkehoidon toteutus on kotisairaalassa monivaiheinen prosessi ja riskejä virheiden tekoon on useita, joten siihen tarvitaan yhteisesti sovittuja käytäntöjä ja toimivia tapoja, joilla varmistaa sen onnistuminen. Helsingin kaupunki on tehnyt Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön suositusten (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006) mukaan alustavan ohjeistuk-

sen lääkehoidon toteutuksesta, jossa kotisairaaloille tulee omia ohjeita esimerkiksi verensiirtojen toteutukseen. Selvästi lääkehoidon kokonaistoteutuksessa ja sen kirjaamisessa oli vielä puutteita.

Kivun hoidon kirjaamista oli jo aikaisemmin kehitetty, lähinnä VAS-mittarin käytön osalta ja oli ehkä keskitytty sen huomioimiseen, joten kivun hoidon muut osa-alueet olivat jääneet vähemmälle. (vrt. Idvall – Ehrenberg 2002.) Kivun hoitoa pohdittiin työyhteisössä paljonkin kevään aikana, koska siitä tehtiin esimerkiksi erillinen kehittämissyö. Se, että potilaan omien kokemusten kirjaaminen myös kivun suhteen lisääntyi, oli hyvä saavutus.

Ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä ja usein potilaat etsivät itse tietoa sairauksista ja niiden hoidoista esimerkiksi internetin kautta. Tärkeää on vahvistaa potilaiden omaa osaamista ja kirjata potilaiden omat voimavarat ja annetun ohjauksen sisältö hoidon jatkuvuuden kannalta. Kirjalliset ohjeet ovat hyviä apuvälineitä, mutta ne pitää käydä potilaiden kanssa yhdessä läpi ja kerrata mahdollisia ongelmakohtia.

Potilaslähtöisyyden tiedostaminen koko hoitotyön prosessin kirjaamisessa lisääntyi, vaikka sen sisäistäminen tuntuu ajoittain vaikealta. Toisaalta täytyy kirjata mitä on tehty tai jätetty tekemättä, mutta potilaan omat voimavarat ja kokemukset ovat myös erittäin arvokasta tietoa. Kotisairaalassa korostuu potilaiden itsemääräämisoikeus, koska heitä hoidetaan omissa kodeissaan ja omaiset ovat usein tärkeässä osassa potilaan hoidon toteutuksessa. Potilaiden omat toiveet hoidon suhteen otetaan huomioon myös kirjaamisessa.

Selkeät kirjaamisen kriteerit, joissa on yksityiskohtaista tietoa, auttavat muistamaan sovittuja asioita ja ymmärtämään eri käsitteitä. Vaikka kotisairaala on osa sairaalatoimintaa, se poikkeaa monelta osin osastotoiminnasta, joten toiminnassa ja kirjaamisessa tarvitaan omia yksilöllisiä, hyväksi todettuja tapoja. Kehittämistoiminnan aikana positiivisena tuloksena saatiin näkyväksi myös kokeneiden hoitotyöntekijöiden hiljaista tietoa esimerkiksi syöpäpotilaiden kokonaisvaltaisen hoitotyön tarpeiden ja tavoitteiden kartoituksen osalta.

Hoitotyöntekijät ehdottivat konkreettisia jatkokehittämissaasteita seuraaville vuosille ja osa halusi käsitellä vielä kehittämistyön tema-alueita seuraavanakin vuonna asioiden

sisäistämisen parantamiseksi. Jatkotutkimusaiheena olisi jatkossa mielenkiintoista selvittää, kuinka valmiita hoitotyön johtajat ja organisaatiot ovat resursoimaan esimerkiksi asiantuntija sairaanhoitajiin, joiden tehtävänä olisi hoitotyön kehittäminen.

## 7.2 Vastuuhenkilön arvio kehittämisprosessista

Työyhteisö sitoutui kehittämistyöhön hyvin, koska aihe koettiin mielekkääksi ja esimies kannusti ja tuki kehittämistyötä koko prosessin ajan. Kehittämistyön aikana vastuuhenkilö havainnoi työyhteisössä väsymistä, jota yritettiin kannustamalla ja asioiden kertaa-misella poistaa. Kehittämistyyökouksissa arvioitiin toimintaa paljon ja kokeneet hoi-totyöntekijät pystyivät valitsemaan hyviä toimintatapoja jo oman kokemuksen pohjalta. Oman työn kriittinen arviointi koettiin vaikeaksi, mutta sitä tässä kehittämistyössä har-joiteltiin.

Kehittämistoiminta oli hyvä aikatauluttaa ja jaksottaa vuoden aikana ja ennalta jo suun-nitella arviointiajankohdat, jotta työ etenisi suunnitelmallisesti. Kokousten ajankohdista ja sisällöstä ilmoitettiin ilmoitustaululla hyvissä ajoin ja poissaolevat työntekijöitä yri-tettiin informoida kehittämistyön kokousten sisällöstä jälkeenpäin, mutta aina oli henki-löitä, jotka ilmaisivat, etteivät olleet tietoisia jostain käsitellystä asiasta, joten kertausta olisi hyvä olla erittäin paljon. Kirjallinen materiaali kehittämistyöstä oli työyhteisön käytettävissä koko kehittämistoiminnan ajan. Selkeät tavoitteet ja toimintatavat auttoi-vat kehittämistoimintaa.

Jokainen työntekijä omaksuu uusia tapoja ja sisäistää asioita eri tavalla, joten henkilö-kohtainen ohjaus ja asioiden kertaus olivat tarpeellisia kehittämistoiminnassa. Vastuu-henkilön läsnäolo työyhteisössä oli tällaisessa kehittämistoiminnassa erittäin tärkeä asia. Vuoden aikana käsiteltiin paljon erilaisia käsitteitä ja perusteltiin tutkimuksiin pohjau-tuen eri aihealueita. Toiset hoitotyöntekijät kokivat, että asioita tuli liikaakin, mutta lo-puksi heidän mielestään eri alueet nivoutuivat loogisesti yhteen. Kirjallisen materiaalin kokoaminen jäi vastuuhenkilön tehtäväksi. Haasteellisin tehtävä vastuuhenkilön mieles-tä oli kannustaa hoitotyöntekijöitä etsimään itsenäisesti tutkittua tietoa eri aihealueista.



### 7.3 Kehittämistyön eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Hoitotyöhön kuuluu olennaisena osana kehittäminen ja nyt sähköisen potilaskertomuksen aikakaudella koettiin tärkeäksi vahvistaa osaamista tällä alueella. Myös potilaiden hyvä hoito ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen vahvistuu hyvällä hoitotyön kirjaamisella. Vaikka kehittämistyö oli oman työpaikan sisäistä kehittämistä, kehittämistyölle haettiin tutkimuslupa, koska raportti oli opiskeluun liittyvä opinnäytetyö. Hoitotyöntekijöiden tuottamat materiaalit hävitettiin niiden käsittelyn jälkeen ja aineistosta käytetyt suorat lainaukset raporttiin, eivät paljasta niiden kirjoittajaa. Hoitotyön kirjaamista käsitellään raportissa yleisellä tasolla; kirjaamisia ei yksilöidä hoitotyöntekijöiden eikä potilaiden mukaan. Kotisairaalan esimies oli tietoinen koko ajan kehittämistyön vaiheista. Työyhteisöä informoitiin kehittämistyöstä ja siihen osallistuminen oli vapaaehtoista.

Kehittämistyössä käytetyt lomakkeet eivät olleet standardoituja vaan kehittämistyön vastuuhenkilön laatimia, joka vaikuttaa kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden luotettavuuteen. Lomakkeita hyväksikäyttäen saatiin kuitenkin täsmällistä tietoa kirjaamisen lähtökohdista ja kehittämistarpeista ja hoitotyöntekijät kokivat oman kehittymisen arvioinnin antamisen nimettömänä mielekkäänä. Tietokoneelle suunniteltu palautelomake koettiin teknisesti helpoksi täyttää.

Kehittämistyön tulokset ovat harvoin suoraan yleistettävissä, eikä toimintatutkimus ole toistettavissa samanlaisena missään olosuhteissa. Tulokset antavat kuitenkin tietoa kehittämistyön tavoitteiden toteutumisesta ja toimintaprosessien soveltumisesta käytäntöön. Toimintatutkimuksessa ei tuloksia voida arvioida vain lopputulosten perusteella, vaan tulosten arvioinnissa täytyy ottaa huomioon myös koko tutkimusprosessi ja sen etenemiseen liittyvät tekijät (Lauri 1997:121.) Tämä kehittämistyö on esimerkki työyhteisössä tapahtuneesta järjestelmällisestä kehitystyöstä, jossa pyrittiin tiedostamaan ja tekemään näkyviksi niitä ajattelutapoja ja käsitteellisiä struktuureja, jotka ovat vaikuttamassa käytännön toimintaan. (vrt. Kiviniemi 1999:73.)

Kotisairaalan toiminta on vielä suhteellisen uutta ja poikkeaa tietyiltä osin sairaalan osastotoiminnasta, joten omien käytäntöjen kehittäminen ja tavoitteiden asettaminen toiminnalle tapahtuu luonnollisesti työyhteisön sisällä, koska kotisairaalan työntekijät ovat parhaita asiantuntijoita työn kehittämiseksi. Kiviniemen (1999:66) mukaan toimintatutkimuksessa on keskeistä tukea toisia yhteisessä ammatillisessa oppimisprosessissa

ja toisaalta osallistua asioiden käsittelyyn ja syventämiseen osana yhteisön uudistamispyrkimystä. Tähän kehittämistyöhön osallistui koko työyhteisö olemalla mukana työn joka vaiheessa ja tuoden esille omat näkemyksensä ja ehdotukset. Kehittämistyössä asetettiin osatavoitteita ja toimintaa arvioitiin koko prosessin ajan. Kehittämistyössä tuotettiin uusia hoitokäytäntöjä ja otettiin käyttöön parhaimmaksi koettuja toimintatapoja. (vrt. Kuula 1999.)

Kehittämistyön vastuuhenkilö työskenteli itse sairaanhoitajana kyseisessä työyhteisössä, joten kehittämistyön seuranta ja aikataulusta huolehtiminen ja havainnointi päiväkirjallisesti onnistuivat koko kehittämistyön ajan. Työyhteisössä tapahtui kehittämistyön aikana muutoksia työntekijöiden suhteen, joten kehittämisen arviointiin osallistuivat vain koko kehittämistyön ajan työyhteisössä mukana olleet. Kiviniemen (1999:74) mukaan toimintatutkimuksellista lähestymistapaa voi luonnehtia eräänlaiseksi tutkijan oppimisprosessiksi, jossa koko tutkimuksen ajan pyritään kasvattamaan tutkijan tietoisuutta tarkasteltavasta ilmiöstä ja sitä ohjailevista tekijöistä. Toimintatutkimuksen käyttö kehittämistyön lähestymistapana auttoi tekemään työtä järjestelmällisesti, aikatauluttaen ja tavoitteellisesti ja kiinnitti huomion koko työyhteisön osallistumiseen.

Kehittämistyön raportin kirjoittaja toimi vastuuhenkilönä. Laurin (1997:117) asettamat vastuuhenkilön vaatimukset raportin kirjoittaja yritti saavuttaa hakemalla tutkittua tietoa kehitettävistä teemoista, tutustumalla eri lähteisiin toimintatutkimuksesta ja perustelemalla hoitotyön kirjaamisen tärkeyttä potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Kotisairaalan hoitotyöntekijät ovat innostuneita oman työnsä kehittäjiä ja esimiehen tuki vastuuhenkilölle auttoi kehittämistyön johtajuudessa.

## LÄHTEET

Carr, Wilfred – Kemmis, Stephen 1986: *Becoming critical. Education, knowledge and action research.* London: The Falmer Press.

Ensio, Anneli – Saranto, Kaija 2004: *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen.* Sipoo: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

ETENE 2001: *Terveysthuollon yhteinen arvoperusta, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1.*

Hallila, Liisa 2005: *Näyttöön perustuva hoitotyö.* Hallila Liisa (toim.). Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heikkinen, Hannu L.T.– Jyrkämä, Jyrki 1999: *Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti (toim.): Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja.* Juva: Atena kustannus. WSOY- kirjapainoyksikkö.

Hoitotyön linjaukset ja tavoitteet akuuttisairaalassa 2006-2007. Sisäinen raportti.

Idvall Ewa – Ehrenberg Anna 2002: *A Nursing documentation of postoperative pain management.* Journal of Clinical Nursing 11.734-742.

Ikonen, Helena 2005: *Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli – projekti. Kansallisen terveydenhuolto- ja projektin hanke 4.1.3 osahanke. II-vaiheen loppuraportti. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.*

Isotalo, Tina 2003: *Hoitotyön elektronisen dokumentoinnin laadun mittaustulokset Helsingin kaupungin terveysviraston akuutti- ja päivystystoimintojen vuodeosastolla sekä kotisairaalassa syksyllä 2003.* Helsingin kaupungin terveysvirasto. Sisäinen raportti.

Jorvin sairaalan kirjaamistyöryhmän loppuraportti 2003: *Julkaisuja, Sarja B 02/2003.*

Kiviniemi, Kari 1999: *Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti (toim.): Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja.* Juva: Atena kustannus. WSOY- kirjapainoyksikkö.

Kotisairaaloiden arviointiraportti 2004: *Helsingin kaupunki, terveyskeskus, akuuttisairaala, kotisairaaloiden arviointiryhmä. Sisäinen auditointi.*

Kuokkanen, Ritva 2000: *Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa. Väitöskirja.* Oulu. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Kuula, Anja 1999: *Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä.* Tampere: Tammer-paino OY

- Kärkkäinen, Oili 2005: Documentation of Patient Care Evidence of Caring Substance. Åbo Akademi University. Department of Caring Science.
- Lahtonen, Maarit 1999: Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti (toim.): Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus.WSOY- kirjapainoyksikkö.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Verkkodokumentti.  
<<http://finlex1.edita.fi>>. Luettu 15.10.2005.
- Lauri, Sirkka 1997: Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva:WSOY.114–135.
- Lauri, Sirkka – Salanterä, Sanna 2002: Hoitotyön päätöksentekoteoria. Hoitotiede 14(4).156–166.
- Lehti, Tuija 2004: Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun keskussairaalassa. Tutkiva Hoitotyö 2 (2). 4-8.
- Nahm, Rosemary – Poston, Iona 2000: Measurement of the Effects of an Integrated, Point-of-Care Computer System on Quality of Nursing Documentation and Patient Satisfaction. Article. Computers in Nursing 18 (5).220-229.
- Orre, Soili – Mäkelä, Marjukka – Nylander, Oili 2002: Terveystieteiden erillisrekistereiden laadunhallinnan opas. Stakes oppaita 47. Saarijärvi:Gummerus kirjapaino Oy.
- Roper, Nancy – Logan, Winifred W. – Tierney, Alison J. 1992: Hoitotyön perusteet. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Saranto, Kaija – Ensio, Anneli 1999: Tietojärjestelmien kehittäminen hoitotyöhön. Teoksessa Saranto, Kaija – Korpela, Mikko (toim.): Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Juva:WSOY.190-215.
- Saranto, Kaija – Eriksson, Elina – Kärkkäinen, Hilikka – Rouvala, Christina 2003: Hoitohenkilökunnan näkemyksiä tietoteknisestä osaamisestaan. Tutkiva Hoitotyö 1(3). 4-10.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM 2001: Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Verkkodokumentti.<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/opas.htm>>. Luettu 11.11.2005.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM 2004: Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Työryhmämuistioita 2003:38.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM 2006: Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2003: Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi.  
Helsinki: Tammi.

Vuorela, Suvi 2003: Perusterveydenhuollon tietojärjestelmä esimerkkinä Pegasos.  
Terveystietojärjestelmät. Nykänen Pirkko (toim.) . Verkkodokumentti.  
<[http://www.uta.fi/reports/B\\_sarja/B-2003-7.pdf](http://www.uta.fi/reports/B_sarja/B-2003-7.pdf).> Luettu 11.11.2005.

Malmin kotisairaala 2006  
Kirjaamisen kriteerien todentumisen arvioimiseksi luotu apulomake

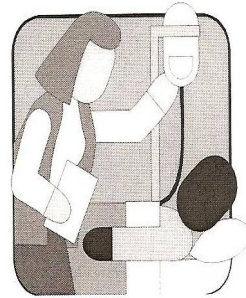
Kriteeri \_\_\_\_\_ kyllä - ei

| Onko kirjattu                              | kyllä | ei |  |
|--|-------|----|--|
| <b>1.Potilaan tulotilanne</b>              |       |    |  |
| 2.haastattelu                              |       |    |  |
| 3.osaston yhteystieto                      |       |    |  |
| 4. Omahoitajat                             |       |    |  |
| 5. potilaan vointi hoitajan havainnoimana  |       |    |  |
| 6. potilaan vointi potilaan havainnoimana  |       |    |  |
| 7. kipukokemus                             |       |    |  |
| 8.potilaan selviytyminen                   |       |    |  |
| 9. lisäpalveluiden tarve                   |       |    |  |
| 10. potilaan ja/tai omaisen toive hoidosta |       |    |  |
| 11. asumisolot                             |       |    |  |
| 12.sisäänpääsy                             |       |    |  |
| 13.ensikäynti                              |       |    |  |
| 14. hoidon tavoite                         |       |    |  |
| 15.vointiin mahd.vaikuttavat sairaudet     |       |    |  |
| 16. hoidon diagnoosi                       |       |    |  |
| 17. hoitotyön tavoitteet                   |       |    |  |
| 18. hoitotyön tarpeet                      |       |    |  |
| 19.lääkärikäynti                           |       |    |  |
| 20. lääkärinmääräysten toteutuminen        |       |    |  |
| 21. tarvittaessa annettu lääke             |       |    |  |
| 21.1 lääkkeen nimi                         |       |    |  |
| 21.2 annos                                 |       |    |  |
| 21.3 antotapa                              |       |    |  |
| 21.4 klo                                   |       |    |  |
| 21.5 lääkkeen antamisen peruste            |       |    |  |
| 21.6 lääkkeen vaikutus                     |       |    |  |
| 22. jatkuvaluonteinen lääkitys             |       |    |  |



## LIITE 2

Malmin kotisairaala  
p. 310 67480



### KOTIHOITO-OHJEET SUONENSISÄISEN HOIDON AIKANA (NESTEYTYYS, ANTIBIOOTTIHOITO, VERENSIIRTO)

Suonensisäisen hoidon toteuttamiseksi tarvitsette suonensisäisen muovikanyylin.

**Kanyylin kohta on pidettävä kuivana ja puhtaana.** Suihkun ajaksi suojatkaa kanyyli muovikäsineellä tai muovipussilla. **Saunomista ja uimista on syytä välttää.** Kanyyli ei ole este normaaliille elämälle.

Kotisairaalan hoitaja arvioi kanyylin toimivuutta ja vaihtaa tarvittaessa uuden. Mikäli havaitsette kanyyrialueella **punoitusta tai kipua, kertokaa siitä hoitajalle.** Jos kanyyli irtoaa painakaa vuotokohtaa kunnes vuoto loppuu. Kohdan voi suojata esim. laastarilla.

**Jos tiputus kestää useita tunteja tarkistakaa ajoittain, että tippuminen jatkuu.** Mikäli tippuminen loppuu tarkistakaa onko letku taittunut ja oikaiskaa se. Vaihtakaa kanyylikäden asentoa, jos se ei auta ottakaa yhteys kotisairaalan hoitajaan.

Jos **vointinne huononee, kanyylin alue kipeytyy, tuntuu kirvelyä tai kanyyli alueelle nousee turvotusta, lopettakaa tiputus heti kääntämällä letkussa oleva rullasulkija kiinni ja ottakaa yhteys kotisairaalan hoitajaan.**

Vanhainkodissa olevan potilaan verensiirron/nesteytyksen aloituksen ja lopetuksen hoitaa kotisairaalan hoitaja. Infuusion aikana toivotaan vanhainkodin hoitajien tarkkailevan kuitenkin yllä olevan mukaisesti potilasta.

Kotisairaala vastaa myös vanhainkodissa tapahtuvasta suonensisäisestä hoidosta.

Lisätietoa hoidosta saatte kotisairaalan hoitohenkilökunnalta, puhelin 31067480.



## LIITE 3

Malmin kotisairaala puh. 09-31067480

## KIPULÄÄKITYS



Potilaan nimi: \_\_\_\_\_

Lääkäri \_\_\_\_\_ on määrännyt Teille peruskipulääkkeeksi  
si \_\_\_\_\_  
alkamispäivä \_\_\_\_\_ 200\_\_.

Tarvittaessa läpilyöntikipuihin voitte ottaa nopeavaikutteista  
\_\_\_\_\_ mg/μg kerralla 30 minuutin välein niin kauan  
että kivut lievittyvät.

Kipuanne seurataan kipumittarilla, jonka asteikko on välillä 0-10. Jos kipuaistimuksen  
ne on yli 3-5, niin on syytä harkita läpilyöntikipulääkkeen ottamista.

Jos läpilyöntikipulääkkeen tarve on useana päivänä (3-4) peräkkäin kolme neljä kertaa  
vuorokaudessa, on peruskipulääkeannosta nostettava. Lääkäri määrää Teille uuden an-  
noksen. Vahvojen kipulääkkeiden annostelussa ei ole ylärajaa.

Käyttämänne lääkkeet ovat vahvoja kipulääkkeitä, jotka oikein otettuna auttavat Teitä  
parantamaan elämänne laatua vähentämällä kipua.

Koviin kipuihin otettuna nämä lääkkeet eivät aiheuta psyykkistä riippuvuutta. Lääkkeitä  
käyttäessänne fyysinen toleranssi hieman kasvaa ja nopeasti lopetettuna näistä lääkkeis-  
tä aiheutuu vieroitusoireita.

Vahvat kipulääkkeet hidastavat suolen toimintaa ja on erittäin tärkeää, että huolehditte  
myös säännöllisestä vatsan toiminnasta. Vatsan on toimittava vähintään kolmen päivän  
välein.

Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat: ummetus, pahoinvointi, väsymys, kutina, hikoilua,  
painajaisia, lihasnykäyksiä ja suurina, väärin annosteltuna annoksina hengityslamaa.  
Yleensä nämä oireet vähenevät lääkkeet käytön jatkuessa.

