



# Asiakaslähtöisen kirjaamisen hanke Lohjan sairaalan sisätautiosastolla

---

Lehtinen, Sari

Riekkinen, Sari

Schavon, Seija

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

Asiakaslähtöisen kirjaamisen hanke  
Lohjan sairaalan sisätautiosastolla

Lehtinen, Sari  
Riekkinen, Sari  
Schavon, Seija  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2012

Lehtinen Sari, Riekkinen Sari, Schavon Seija

### Asiakaslähtöisen kirjaamisen hanke Lohjan sairaalan sisätautiosastolla

Vuosi 2012 Sivumäärä 91

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Lohjan sairaalan sisätautiosastolla hoitotyön prosessin mukaista rakenteista kirjaamista asiakkaan näkökulmasta ja asiakaslähtöiseksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) hoitoprosessien vaiheiden mukaisesti. Työn tavoitteena oli yhteistyössä sisätautiosaston työryhmän kanssa juurruttamisen menetelmää hyödyntäen löytää tutkittua tietoa, joka tukisi sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen mallia. Kirjaamisen kehittämisen tavoitteena oli luoda toimintatapa, jolla edistettäisiin hoitajan itsenäisyyttä yksilöllisen hoitotyön ajattelun suuntaisesti ja samalla turvattaisiin aiempaa paremmin potilaslähtöinen hoito. Tavoitteena oli myös kirjatun tiedon taltiointi siten, että sen myöhempi löytäminen nopeasti mahdollistuisi rakenteisen kirjaamisen ansiosta.

Opinnäytetyö oli osa Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun ja Lohjan sairaalan sisätautiosaston kehittämishankkeen kolmiosaista jatkumoa Asiakaslähtöinen kirjaamisen hanke. Sisätautiosastolta kirjaamisen kehittämisen työryhmään kuului osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa ja kolme sairaanhoitajaa. Työryhmään kuului myös Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun kolme sairaanhoitajaopiskelijaa.

Opinnäytetyön muoto oli toimintakeskeinen. Sen oheistuotoksena kehitettiin kirjaamisen avuksi mallikirjaamislomake, jonka avulla kirjaamisen sisäistämistä pyrittiin edistämään hoitohenkilökunnan keskuudessa. Mallilomakkeen avulla olisi mahdollista helpottaa uusien työntekijöiden perehdyttämistä rakenteiseen sähköiseen kirjaamiseen. Asiakaslähtöisen kirjaamisen sisäistämistä edistettiin käyttämällä juurruttamisen menetelmää. Juurruttamisessa on ajatuksena monivaiheinen oppiminen tiedon tuottamisen ja hiljaisen tiedon kehän dialogin kautta.

Juuruttamismenetelmän pohjalta kehittämistyön päämääräksi sovittiin asiakaspalvelun kehittäminen kirjaamisen avulla, valittiin avainhenkilöitä asiantuntijoiksi sekä kannustettiin hoitohenkilöstöä osallistumaan kirjaamisen kehittämiseen. Tiedonkeruumenetelminä käytettiin teemahaastattelua ja sisällönanalyysejä. Opinnäytetyön tuotoksen tueksi opiskelijat tekivät opintomatkan Tanskaan maaliskuussa 2012 tutustuen Vejlen sairaalan ja Koldingin sairaalan viiden eri osaston kirjaamiskäytäntöihin. Sieltä saatua tietoa hyödynnettiin tässä työssä kuvailemalla tutustumiskohteina olleiden tanskalaisten sairaaloiden kirjaamismallia ja pohtimalla sen toimivuutta suomalaisessa sairaanhoitoprosessissa.

Kirjaamisen uusi toimintatapa otettiin vähitellen käyttöön talvella 2012. Opinnäytetyön ansiotuneisuutta ja työryhmän toimintaa arvioitiin erillisellä hoitohenkilöstölle kohdistetulla kyselyllä. Asiakaslähtöinen kirjaaminen on merkittävä osa hoitohenkilöstön työtä ja uuden työntekijän perehdytystä. Tämän opinnäytetyön kehitystyön tuloksena luotua mallikirjaamislomaketta on mahdollista hyödyntää kirjaamiseen perehdyttämisessä ja hoitotyön kirjaamisen sisäistämässä.

Asiasanat: kirjaaminen, hoitotyön prosessi, asiakaslähtöisyys, juurruttaminen

Lehtinen Sari, Riekkinen Sari, Schavon Seija

**Customer-oriented documentation project in the medical ward of the Lohja Hospital**

Year	2012	Pages	91
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to develop structured documentation in accordance with nursing process from the perspective of the customer and into a more customer-oriented direction. The development work took place on the medical ward of Lohja Hospital and was carried out according to stages of nursing process in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). The work was carried out in co-operation with internal medicine working group. The aim was to find data to support the model of transition into electronic recording by using the method of dissemination. The goal of documentation development was to create a procedure to assist nurses' independence according to principles of individual nursing, and simultaneously ensure a more patient-focused care.

The thesis is a part of the three-part continuum of the development project called customer-oriented documentation project, carried out in co-operation between Laurea University of Applied Sciences and the medical ward of Lohja Hospital. The charge nurse from the medical ward, two assistant charge nurses and three nurses belonged to the working group. Three nursing students from Laurea Lohja participated in the working group.

The thesis is functional and the result of the development work was a model documentation form. The form can improve documentation and aid new nurses to assimilate structured electronic documentation. Dissemination was used as the method of development to facilitate the adoption of customer-oriented documentation. The idea of dissemination is based on multi-phased learning through dialogue between produced knowledge and tacit knowledge.

The goal of development, based on dissemination method, was chosen to be improvement of customer service with the help of documentation. Also, key persons were chosen as experts and the nurses were encouraged to participate in the development. Theme interview and content analysis were used as data collection methods. This thesis project included a research visit to Denmark in March 2012 where the students familiarized themselves with Vejle Hospital and Kolding Hospital documentation. The knowledge from Danish hospital documentation was utilized by describing it and contemplating its potential functionality in Finnish nursing process.

The new procedure was brought into use in the winter of 2012. Actions of the working group and the product of this thesis were evaluated with an assessment form. Customer-oriented documentation is a significant part of a nurse's work and the orientation of new nurses. The model form of documentation, which was the result of the development work of this thesis, can be utilized for introduction to documentation and assimilation of nursing documentation.

Keywords: documentation, process of the nursing, customer-orientation, dissemination

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Kehittämistoiminnan menetelmä .....	7
3	Kehittämistoiminnan ympäristö .....	11
3.1	HUS:n arvot ja hoitoprosessin vaiheet.....	12
3.2	Muutoshasteet kehittämistoiminnan ympäristössä.....	13
3.3	Muutosprosessi .....	14
4	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut .....	17
4.1	Keskeiset käsitteet.....	17
4.1.1	Asiakas ja asiakaslähtöisyys .....	17
4.1.2	Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen .....	18
4.1.3	Sähköinen kirjaaminen .....	19
4.2	Kirjaamiseen liittyviä tutkimuksia .....	20
4.3	Hoitotyön prosessimalli .....	25
4.4	Lääkärin ja hoitajien kommunikaatiotaitojen koulutuskurssin vaikutus .....	27
4.5	Kommunikaatio potilaiden ja työtovereiden kanssa .....	30
4.6	Lääkärinkierrosten kehittäminen työryhmäpohjaiseksi menettelytavaksi .....	32
5	Kokemustietoa Tanskasta.....	34
5.1	Vejlen sairaalan onkologian osasto .....	34
5.2	Koldingin sairaalan akuuttiosasto .....	36
5.3	Koldingin sairaalan lastentautien poliklinikka ja osasto .....	37
5.4	Koldingin sairaalan ortopedinen ja leikkausosasto .....	39
6	Kehittämistoiminnan toteutus .....	42
6.1	Toteuttamissuunnitelma ja aikataulu .....	43
6.2	Nykytilanteen kuvaus .....	43
6.3	Hankkeen riskit .....	44
6.4	Uuden toimintatavan rakentaminen .....	44
6.5	Uusi toimintatapa .....	46
7	Kehittämistoiminnan arviointi .....	48
7.1	Uuden toimintamallin arviointi .....	50
7.2	Kirjaamisen yhteistyöhankkeen arviointi .....	51
7.3	Opinnäytetyöryhmän arviointi .....	62
7.4	Oman ammatillisen osaamisen arviointi .....	63
	Lähteet .....	65
	Kuviot .....	69
	Taulukot .....	70
	Liitteet .....	71

## 1 Johdanto

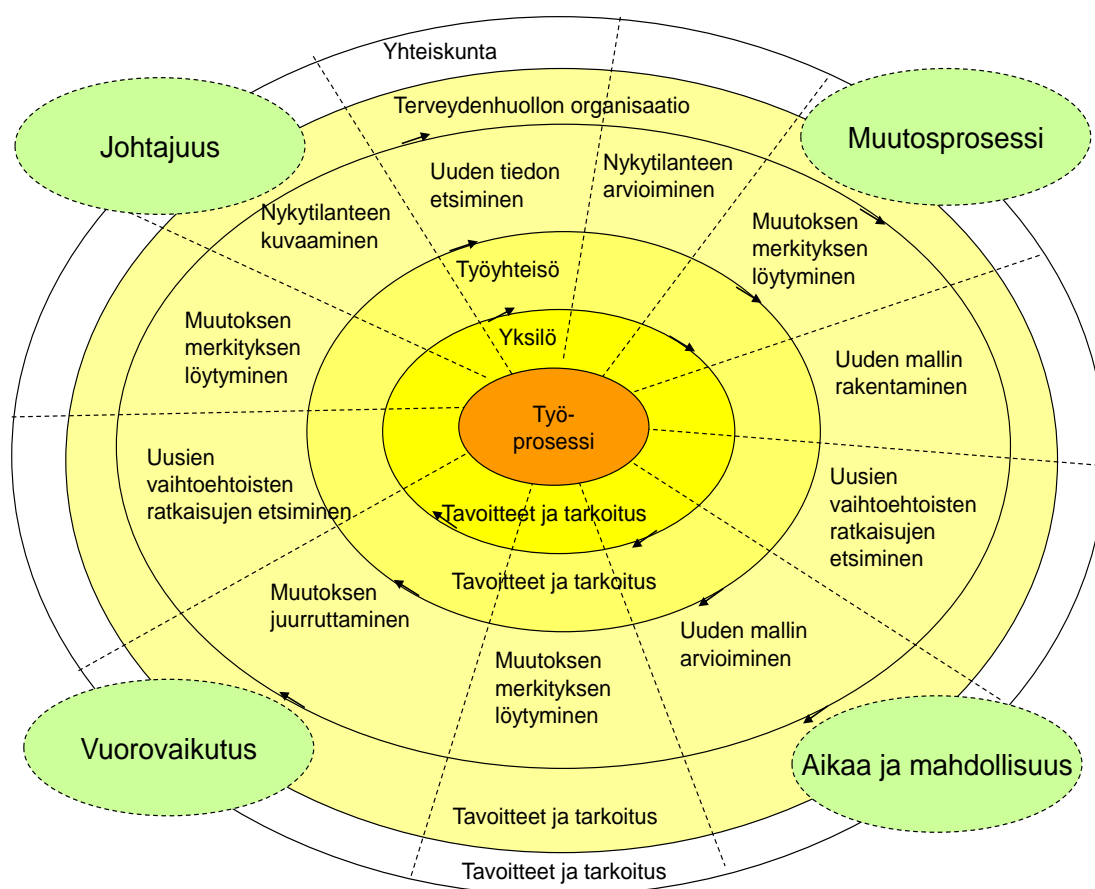
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitotyön prosessin mukaista rakenteista kirjaamista asiakkaan näkökulmasta ja asiakaslähtöiseksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (myöhemmin HUS) hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Työn tavoitteena oli yhdessä Lohjan sairaalan sisätautiosaston työryhmän kanssa juurruttamisen menetelmää apuna käyttäen etsiä tutkittua tietoa, jota voitiin hyödyntää sähköiseen kirjaamiseen siirtymisessä. Lohjan sairaanhoitoalueen hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen käynnistäminen ja kehittäminen oli yhteistyöhanke työelämän ja koulutuksen välillä. Kehitettävän kirjaamisen tavoitteena oli luoda sellainen toimintatapa, että sillä edistettäisiin hoitajan itsenäisyyttä yksilöllisen hoitotyön ajattelun suuntaisesti. Samalla käynnistyvällä kirjaamistavalla tavoitteena oli entistä paremmin turvata potilaan yksilöllinen hoito.

Tarkoituksena oli hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen kehittäminen yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyön aiheena oli Asiakaslähtöisen kirjaamisen hanke Lohjan sairaalan sisätautiosastolla. Kyseessä oli hankkeiden jatkumo, Asiakaslähtöinen kirjaaminen 2011 - 2012. Kokonaisuuden muodostivat kolme perättäistä hanketta, jossa edellinen oli valmistumista seuraavaan ja seuraavassa tuettiin edellisessä toteutunutta. Vuonna 2010 - 2011 kehitettiin hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista. Vuonna 2011 - 2012 kirjaamista kehitettiin asiakkaan näkökulmasta ja asiakaslähtöiseksi. Lohjan sairaalan sisätautiosasto siirtyi keväällä 2012 paperikirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen.

Opinnäytetyön teoreettisen tietoperustan keskeisiä aiheita olivat potilaslähtöisyys, kirjaaminen ja HUS:n asiakaslähtöisen kirjaamisen malli. Työn toteutukseen sisältyi tutustumismatka tanskalaiseen hoitotyön kirjaamiseen Vejlen ja Koldingin sairaaloissa maaliskuussa 2012. Opintomatkan tarkoituksena oli kerätä kokemuksia asiakaslähtöisestä kirjaamisesta tavoitteena niiden mahdollinen hyödyntäminen Lohjan sairaalan sisätautiosastolla.

## 2 Kehittämistoiminnan menetelmä

Juurruttaminen tarkoittaa vaihe vaiheelta etenevää prosessia, jossa kehittäjäosapuolet luovat uudenlaisia toimintamalleja ja -tapoja työyhteisön käytettäväksi (kuvio 1). Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijoiden tehtävänä oli toimia avustavina osapuolina tukien samalla työyhteisöä ja sen jäseniä uuden toimintamallin käyttöönotossa ja juurruttamisessa. Juurruttaminen perustuu Laurean LbD-mallin (Learning by Developing) kehittämismenetelmään yksilön ja sitä kautta yhteisön oppimiseen. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)



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

Juuruttamisprosessin kehityksen kulussa voidaan nähdä kolme ydinkysymystä, joihin kehittäjien on saatava vastauksia yhä uudelleen. Nämä ydinkysymykset ovat: minkälaista tuotetta tai palvelua olemme kehittämässä, keiden asiantuntemusta tai hyväksymistä tarvitsemme kehittämistyöhön ja minkälaisia intressejä eri osapuolilla on osallistua kehittämiseen. Näitä kysymyksiä on huomioitava ja arvioitava koko prosessin aikana uudelleen. (Kivisaari 2001.)

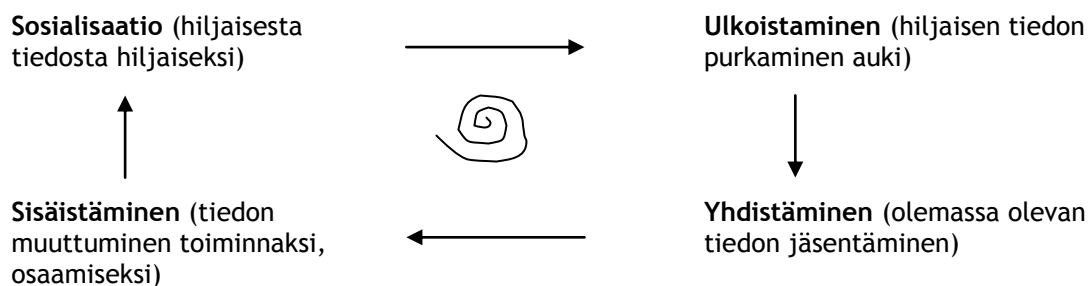
Jo kehittämistoimintaa aloitettaessa on hahmotettava alustavaa toimintamallia. Kehittämistyötä eteenpäin vievät henkilöt ja heidän roolinsa on myös valittava ja selvitettävä alkuvaiheessa. Kun kehittämistyö etenee, kohde tarkentuu ja havainnollistuu. Käsitys tuotteesta tai palvelusta nivoutuu käyttöympäristöönsä ja terveydenhuollon toimintamalleihin. Tämän perusteella kehitystyöhön voi valikoitua uusiakin tahoja, jotka halutaan sitouttaa projektiin. Työn edetessä edelleen tuotteen tai palvelun olemus selkiytyy ja muodostuu tarve uudelle asiantuntemukselle ja hyväksymiselle. (Kivisaari 2001.)

Koska juurruttamisessa on kyse oppimisprosessista, ei ydinkysymyksiin voida antaa oikeita vastauksia. Kuitenkin kysymysten vastaukset ovat aina keskinäisessä suhteessa toisiinsa. Eri tahojen väliset suhteet ja niiden muodostuminen ja sitoutuminen vaikuttavat kehittämistyön osallistumiseen. Se, mikä tuote tai palvelu tulee olemaan, vaikuttaa siihen, keiden panosta sen kehittämiseen tarvitaan. Yhden kysymyksen muuttuessa muidenkin kysymysten vastauksia on uudelleen arvioitava. Kehitysprosessissa kertyvää tietoa, käsitystä ympäristöstä ja kehittämisen kohteesta on kyettävä hyödyntämään. Tämän perusteella on arvioitava uudelleen kehitysprosessin tavoitetta. (Kivisaari 2001.)

Nonakan ja Takeuchin (1995) laatiman tiedontuottamisprosessia ilmentävän mallin kautta voidaan juurruttamisen spiraalimallia syventää. Ajatuksena mallissa on monivaiheisen oppimisen kehä. Mallia he ovat kuvailleet organisatorisen tiedon tuottamisen prosessin seikkaperäisen ja hiljaisen tiedon dialogin kautta. Hiljainen tieto käsitetään subjektiivisena ja kokemuksellisenä tietona, jonka esittäminen muodollisesti on haastavaa. Tästä tiedosta esimerkkeinä ovat ideat, mielikuvat, uskomukset ja näkökulmat. Seikkaperäinen tieto sen sijaan on luonteeltaan asiallista ja järkiperäistä ja sitä voidaan esittää mm. tietoteknisesti, käsikirjojen muodossa tai tieteellisinä kaavioina. Hiljaisen tiedon siirto on kiehtova aihe erilaisten yhteisöjen kommunikaatiossa. (Kivisaari 2001.)

Nonaka ja Takeuchi (1995) ilmaisevat tiedontuottamisprosessia spiraalin muodossa. Tieto kokee neljä muodonmuutosta: hiljaisesta hiljaiseksi tiedoksi (sosialisaatio), hiljaisesta seikkaperäiseksi tiedoksi (ulkoistaminen), seikkaperäisestä seikkaperäiseksi tiedoksi (yhdistäminen) ja seikkaperäisestä hiljaiseksi tiedoksi (sisäistäminen) (kuvio 2). (Kivisaari 2001.)





Kuvio 2: Organisaattorisen tiedon tuottamisen kuvaus (Kivisaari 2001)

Hiljaisen tiedon siirtämisessä on kysymys huomaamatta tapahtuvasta prosessista henkilöltä toiselle ja se vaatii yhteisiä kokemuksia. Hiljaisen tiedon muuttaminen muodolliseksi on vaikeaa ja usein aika- ja paikkasidonnaista. Sen siirto vaatii yhdessäoloa tai työskentelyä samassa ympäristössä. Sosialisatio toteutuu parhaimmillaan käytännön kokemuksen kautta, ei käsi- tai oppikirjoista. Nonakan ym. (2000) mukaan myös epävirallisissa tapaamisissa, joissa jaetaan suhtautumistapaan ja maailmankatsomukseen liittyviä ajatuksia, tapahtuu hiljaisen tiedon siirtoa hiljaiseksi tiedoksi. Hiljaisen tiedon siirrossa osapuolten välillä vallitsee luottamuksellinen suhde vuorovaikutuksen ollessa toistuvaa ja oppimisen mahdollistavalla aikajänteellä. (Kivisaari 2001.)

Tiedon muuttuessa alitajuisiksi toiminnaksi puhutaan tiedon sisäistämisestä. Yhdessä laaditun juurruttamisen mallin siirtyessä palveluorganisaatioissa työskentelyä ohjaavaksi ajatteluksi ja alitajuisiksi toiminnaksi voidaan puhua tiedon sisäistämisestä. Tämä liittyy juurruttamiseen kahdella tavalla. Ensinnäkin tuotetaan uutta informaatiota, jossa siirretään hiljaista tietoa muille henkilöille, seikkaperäistetään sitä ja siten luodaan yhteistä jaettavaa ja sisäistettävää tietoa. Toisaalta juurruttaminen kokonaisuutena voidaan ajatella olevan pyrkimys kohti dialogisen kehittämistymallin sisäistämistä. (Kivisaari 2001.)

Erityisen tärkeää on, että koko työyhteisö on tietoinen tulevasta muutosprosessista, osallistuu ja sitoutuu kirjaamismallin kehittämiseen. Työyhteisön johdon tehtävänä on varata tilaisuuksia asiaan perehdyttämiseen, keskinäiseen keskusteluun ja tehdyn työn arviointiin. Osallistumisen mahdollistamiseksi työyhteisön johtaja järjestää mahdollisuuksia keskusteluun muutoksesta, eri osalueiden arviointiin ja uusimpaan tietoon tutustumiseen. Juurruttamisen kehä kuvaa muutosprosessia (kuvio 3). (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)



Kuvio 3: Juurruttamisen kehä (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007)

### 3 Kehittämistoiminnan ympäristö

HUS on jaoteltu viiteen sairaanhoitoalueeseen. Siihen kuuluvat Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet ja suurimpana HYKS-sairaanhoitoalue. (HUS 2010a.) Lohjan sairaanhoitoalueen muodostavat seitsemän kuntaa: Karjalohja, Karkkila, Lohja, Nummi-Pusula, Sammatti, Siuntio ja Vihti. Alueella on kaksi sairaalaa, Lohjan sairaala ja psykiatriaan erikoistunut Paloniemen sairaala. (HUS 2010b.)

Sisätaudit on erikoisala, joka kuuluu medisiiniseen tulosityksikköön yhdessä iho- ja sukupuolitautien ja neurologian kanssa. Samaan tulosityksikköön luetaan kuuluvaksi myös endoskopiayksikkö, tehostetun valvonnan yksikkö, Lohjan avohoitoyksikkö (LAVO), päivystyspoliklinikka, kliinisen fysiologian yksikkö sekä hengityshalvauspotilaat. Myös ajanvarauspoliklinikat ja dialyysiyksikkö ovat osa sisätautiyksikköä. Varsinaiseen sisätautiyksikköön lukeutuvat vuodeosastot 4 A ja 4 B ja tehostetun valvonnan yksikkö. (HUS 2009a.)

Sisätautiyksikössä toimiva henkilöstö koostuu erikoislääkäreistä, erikoistuvista sairaalalääkäreistä, osastonhoitajasta, apulaisosastonhoitajista, sairaanhoitajista, perus- ja lähihoitajista sekä muusta avustavasta henkilöstöstä. Työskentely potilaiden hoitamiseksi on moniammatillista yhteistyötä. Siihen osallistuvat lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan lisäksi fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät, laboratorion ja röntgenosaston työntekijät. Osastolla työskentelee myös osastonsihteereitä ja laitoshuoltajia. Sairaala toimii opetussairaalana hoitajille ja lääkäreille. (HUS 2009a.)

Lohjan sairaalan sisätautien vuodeosasto 4 A:lla on 12 potilaspaikkaa. Moniammatillinen hoitotyöryhmä vastaa muun muassa sydäninfarkti-, sydämen vajaatoiminta- ja rytmihäiriöpotilaiden hoidosta. Osasto 4 A:lle tulee lisäksi jatkohoitoon potilaita esimerkiksi sydämen ohitusleikkauksen ja pallolaajennushoidon jälkeen tai tahdistimen laitton jälkeen pääkaupunkiseudun sairaaloista. Kaikilla potilaspaikoilla on keskusmonitorointimahdollisuus. (HUS 2009b.) Tehostetun valvonnan yksikkö sijaitsee osasto 4 A:n jatkeena ja on kuusipaikkainen. Yksikössä hoidetaan sairaalan kaikkien erikoisalojen tehostettua valvontaa tarvitsevia aikuispotilaita, esimerkiksi sydäninfarkti- ja hengitysvajauspotilaita sekä leikkauksen jälkeistä tehostettua seurantaa tarvitsevia potilaita. Pääosin potilaat tulevat osastolle päivystyspoliklinikan kautta. (HUS 2008.)

Sisätautien vuodeosasto 4 B käsittää 35 potilaspaikkaa. Niistä 17 on varsinaisia sisätautipotilaspaikkoja. Hoitoyksikössä hoidetaan erikoissairaanhoitoa tarvitsevia yleissisätauti-, keuhkosairaus- ja neurologisia potilaita. Valtaosa hoitoa tarvitsevista potilaista saapuu sisätautiyksikköön päivystyspoliklinikan kautta hoitoon ja tutkimuksiin. Kuntoutukseen saapuvia tulee osastolle alueen perusterveydenhuollon laitoshoidosta. Tavallisimpia osastolla 4 B hoidettavia sairauksia ovat diabetes, anemia, moninaiset syöpäsairaudet, erityyppiset infektiosairaudet ja alkoholin aiheuttamat haitat. Osaston neurologisessa yksikössä hoidetaan ja kuntoutetaan neurologisia potilaita, muun

muassa aivoinfarktipotilaita. Keuhkosairauksista tavallisimpia ovat astma, COPD (keuhkohtaumatauti) sekä keuhkosityöpä. (HUS 2009c.)

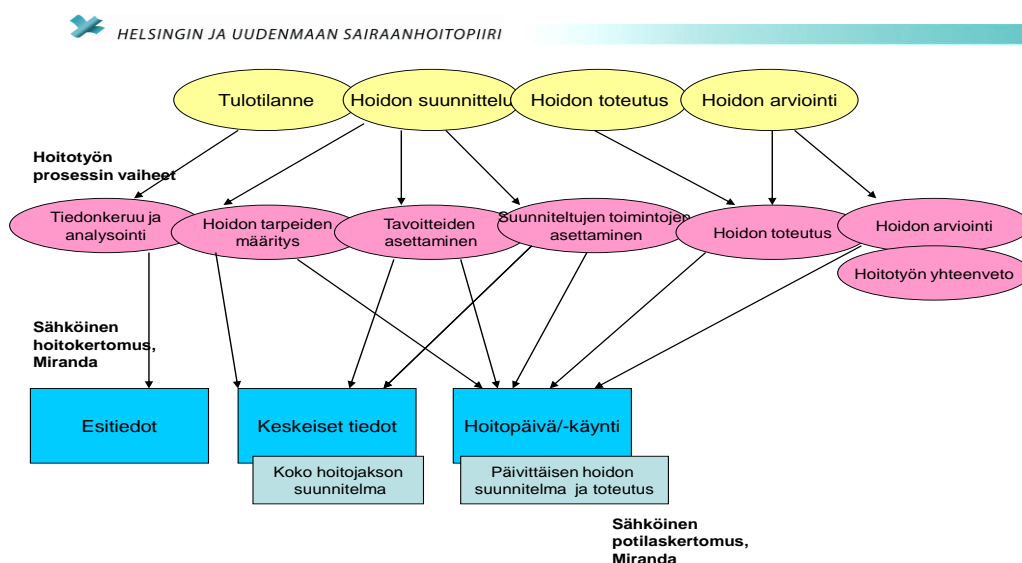
### 3.1 HUS:n arvot ja hoitoprosessin vaiheet

Yksi HUS:n strategisista päämääristä vuosina 2012 - 2016 on potilaslähtöinen ja oikea-aikainen hoito (kuvio 4). HUS:n sairaanhoitopiirin sairaaloissa potilaita hoidetaan yksilöllisesti ja hyvässä vuorovaikutuksessa heidän kanssaan. Potilaan myönteinen kokemus palvelutapahtumasta on tärkeää korkean lääketieteellisen ja hoidollisen laadun lisäksi. (HUS 2011b.)



Kuvio 4: HUS:n arvot (HUS 2011b)

HUS:n hoitotyön kirjaaminen vastaa pitkälti kansainvälistä luokitusta, mutta se on päivitetty vastaamaan tämän päivän tarpeita. Hoitotyön kirjaamisen asiantuntijaryhmä on tehnyt päivityksiä Mirandan hoitokertomuksen somaattisiin otsikkorakenteisiin. Tässä on huomioitu käyttäjiltä tullut palaute niin otsikoiden käyttöön kuin kirjatun tiedon moniammatilliseen hyödyntämiseenkin liittyen (kuvio 5). (Junttila ym. 2011.)



Kuvio 5: Hoitoprosessin vaiheet (mukaellen Junntila ym. 2010)

Esitiedot-kohtaan kirjataan hoitokertomuskohtaiset esitiedot sisältäen potilaan hoidon kannalta olennaiset taustatiedot, muun muassa aiemmat tutkimukset, tietojen luovuttaminen ja hankkiminen, psyykinen vointi, vitamielintoiminnot, toimintakykyyn vaikuttavat tekijät ja elämäntilanne. (Junntila ym. 2011.)

Keskeisiin tietoihin kirjataan koko hoidon moniammatillinen suunnitelma. Siihen kuuluvat muun muassa kuntoutuksen suunnittelu, elintoiminnot, psyykinen vointi, lähettävän tahon odotukset, potilaan ja läheisten odotukset ja näkemykset ja todistukset ja lausunnot. Hoitopäivä/-käynti -kohtaan kirjataan potilaan päivittäisen hoidon suunnitelma, toteutus ja arviointi. Tästä tulee käydä selville päivän aikaiset hoidon tarpeet, tavoitteet ja tehdyt toiminnot. (Junntila ym. 2011.)

### 3.2 Muutoshaasteet kehittämistoiminnan ympäristössä

HUS:n strategia vuosille 2012 - 2016 linjaa toimintaa, jolla pyritään vastaamaan lainsäädännön, taloudenpidon ja yhteiskunnan muutoksiin. Uudistettu terveydenhuoltolaki astui voimaan toukokuussa 2011 ja siinä painotetaan muun muassa terveystalouden asiakaslähtöisyyttä, terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta, terveyserojen kaventamista ja terveyden edistämistä, perusterveydenhuollon vahvistamista ja kustannusten hillintää. (HUS 2011a).

Yhteistyön syventäminen perusterveydenhuollon kanssa haastaa myös erikoissairaanhoidon tuottajia muutosvalmiuteen. Uuden lain velvoite perusterveydenhuollon yksikön ja kasvavien erikoislääkärikonsultaatioiden välillä ja perusterveydenhuollon sekä esimerkiksi ensihoidon ja sairaankulje-

tuksen kesken asettaa haasteita erikoissairaanhoidon kehittämistoiminnan ympäristössä. (HUS 2011a).

Potilaan vapaus valita hoitopaikkansa laajenee vuoden 2014 alusta käsittämään koko valtakunnan erikoissairaanhoidon julkisia toimintayksiköjä. Tämä lisää kilpailua palveluiden tuottajien kesken. Sen seurauksena HUS:ssakin keskitetään osaamista odotettavissa olevien sairaanhoidollisten toimenpiteiden kysyntäalueille. (HUS 2011a).

Osaavan ja ammattitaitoisen henkilöstön rekrytointi ja työhön sitouttaminen sekä taloudellisten kulujen hillitseminen asettavat tavoitteita onnistuneelle palvelutuotannolle HUS:ssa. Strategian toteuttamisen aikana käyttöön tulee sähköinen resepti ja HUS:n on tarkoitus sijoittaa myös uuteen potilastietojärjestelmään. (HUS 2011a). Henkilöstön jatkuvan koulutuksen tarve näin ollen lisääntyy uuden teknologian käyttöönoton myötä.

### 3.3 Muutosprosessi

Hoitotyön kehittämisprosessit tavallisesti saavat muutoksen aikaan. Kehittämisprosessi ilmentyy uudistumisena rakenteissa, johtamisessa, toimintatavoissa, kulttuurissa ja henkilöstössä. Toimintoja ja niiden sisältöjä kehitetään yhteistyön avulla ja onnistunut kehittämisprosessi näyttäytyy muutosten tietoisena toteuttamisena. Hoitokulttuurissa tähdellistä on muutostarpeiden aito tunnistaminen, muutosprosessin huolellinen suunnittelu ja sen tuloksellisuuden arviointi. Onnistumisessa tärkeää on myös muutoksen avoimeksi, läpinäkyväksi ja oikeudenmukaiseksi kokeminen. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 100.)

Hoitotyön muutoshankkeiden tarkoituksena on hoitotyön toiminnan lujittaminen ja hoidon laadun kohottaminen. Kehittämistyössä tiedon arvo on merkityksellinen. Tieto innoittaa ja auttaa ymmärtämään muutoksen tarkoituksen. Tieto selkiyttää kehittämisen suunnan sekä esimiehille että hoitotyöntekijöille ja auttaa kehittämisellä tavoiteltavien kokonaisuuksien hahmottamisessa ja tunnistamisessa. Kun esimiehet ja hoitotyöntekijät tiedostavat, mitä muutosprosessin kuluessa työyhteisössä tapahtuu ja mitä se siihen osallistuvilta vaatii, on kehittämisprosessin hallinta helpompaa. (Sarajärvi ym. 2011, 101.)

Muutosprosessissa on prosessin vaiheet, aikataulu, resurssit, osaamisen kehittämistarpeet ja oikeat henkilöt määritelty huolellisesti. Onnistuneen lopputuloksen varmistamiseksi myös muutokseen liittyvät riskit on selvitettävä. Näiden lisäksi organisaatiokulttuuri vaikuttaa prosessin syntymiseen, toteuttamiseen ja lopputulokseen. (Sarajärvi ym. 2011, 101.) Muutokseen sopeutuminen ei ole luopumista, vaan tilanteen ainesosien tunnistamista ja avoimuutta uusien haasteiden vastaanottamiseen (Ylikoski & Ylikoski 2009, 9). Aito muutos perustuu asian oppimiseen sisäistämällä. Sil-

tä pohjalta henkilön ajattelu muovautuu ja muuttaa hänen käytöstään. Se tarkoittaa, että henkilö hyväksyy muutoksen myös tunnetasolla. (Arikoski & Sallinen 2007, 7.)

Jokainen organisaatio joutuu jossain vaiheessa kokemaan muutoksia, pieniä tai suuria. Ne on kyettävä kohtaamaan, jotta organisaatio säilyisi elinvoimaisena. Muutosta ei tulisi nähdä vain irrallisena toimintana tai hankkeena, vaan jatkuvana prosessina. Jokainen muutosprosessi on ainutlaatuisen. (Stenvall & Virtanen 2007, 43.)

Muutokseen kykeneväinen ryhmä on perustaltaan kunnossa; ryhmällä on selkiytynyt perustehtävä ja se tunnistaa oman osaamisensa ja tuntee toimintaympäristönsä. Lisäksi ryhmällä on kyky toimia yhdessä ja omaksua ryhmäasenteella uutta. Ryhmän jäsenet ovat laaja-alaisia osaamisessaan, he luottavat ryhmän reiluuteen ja heillä on taito työstää omaa toimintaansa dialogin avulla. Dialogiin kannustaminen tukee muutokseen sopeutumista, jos asiat pystytään lausumaan ääneen ja niitä voidaan yhteisissä kokoontumisissa. (Arikoski & Sallinen 2007, 15-18.)

Esimiehen tehtävänä on rohkaista ryhmän valmiutta muutokseen järjestämällä mahdollisuuksia ja tilaa, joissa ryhmään kuuluvilla on tilaisuus avartaa osaamistaan ja tietoisuutta muiden taitavuudesta. Näin voidaan toimia tiimityöskentelymallin avulla, jossa jokaisen panos yhteisen päämäärän saavuttamiseksi on tarpeellinen ja samalla ryhmän jäsenet voivat todeta muiden osaamistason. Ryhmän valmiutta muutokseen edistää reiluus, jonka avulla oppiminen sosiaalistuu. Se tarkoittaa, että omiin oppimisalueisiinsa syventyneet henkilöt toimivat ohjaajina muille ryhmäläisille muutosta toteutettaessa. Lisäksi muutoksen onnistumiseen tarvitaan avointa tiedottamista. Esimiehen vastuulle jää lisäksi luottamuksen tukeminen ja sen säilyttäminen. Varsinkin isot muutokset vievät aikaa kypsyäkseen toimiviksi. Niiden sisäistäminen tarvitsee asioiden tiedostettua ja tiedostamattomaa työstämistä. Esimiehen onkin pyrittävä suomaan ryhmälle sopeutumisaikaa muutoksiin. (Arikoski & Sallinen 2007, 15-42.)

Muutosta helpottaa, jos työn arvo ja tavoite eivät muutu, vaan muutos sisältää esimerkiksi jonkin teknisen taidon oppimisen. Muutos muotoutuu mielekkäämmäksi, helpommin ymmärrettäväksi ja hallittavammaksi, jos työyhteisössä voidaan keskustella muutoksen tavoitteista, sisällöstä ja aikataulusta. Keskustelua olisi käytävä myös työntekijän mahdollisuudesta vaikuttaa muutokseen, keskustella suunnitellen muutoksen toteuttamistapaa ja työntekijän asemaa muutosta koskevissa päätöksissä. Myös muutoksen vaikutuksista työntekijän ja työn kannalta olisi käytävä keskustelua. (Arikoski & Sallinen 2007, 67.)

Jokainen muutos aiheuttaa jossain määrin myös vastarintaa. Mikäli muutosvastarinta on voimakasta, se voi tarkoittaa, että henkilöstöllä ei ole voimavaroja sen toteuttamiseen. Loppujen lopuksi tämä voi aiheuttaa heikkolaatuista työskentelyä, vaikka töitä tehtäisiinkin paljon. (Stenvall & Virtanen 2007, 47-48.)

Muutos toteutuu parhaiten vaiheittain. Muutosvastarinnan, vanhasta käytännöstä poisoppimisen ja muutoksen varsinaisen toteuttamisen jälkeen uuteen toimintatapaan sitoutuminen vaatii työntekijän hyväksynnän. Parhaimmillaan uudelle toimintatavalle omistautuminen tapahtuu työyhteisön muutostuella mallioppimisen avulla työyhteisössä. (Arikoski & Sallinen 2007, 68-78.)

Muutosprosessin vaiheet jaetaan kahteen vaiheeseen, suunnitteluun ja toteutukseen. Suunnittelu- vaiheessa pohditaan hankkeen kokonaisuutta ja tehdään ennakoivat toimenpiteet. Toteutusvaihe tarkoittaa tekemistä ja hankkeen eteenpäinvientiä. (Stenvall & Virtanen 2007, 46.)

Ennen varsinaisen muutoksen toteuttamista huomiota tulisi kiinnittää siihen, ovatko suunnitellut uudet käytännöt parempia ja toimivampia kuin olemassa oleva toiminta. Onko muutos vaivan arvoisen ja kuormitetaanko henkilöstöä liiallisella muutoshankkeiden määrällä? Yhdessä henkilöstön kanssa tulisi myös miettiä, ovatko he valmiita ja kykeneviä oppimaan ja sisäistämään uutta tietoa muutoksen edellyttämin määrin. Etukäteen olisi myös punnittava, voidaanko muutostilanne keskeyttää, jos muutoksesta todetaan olevan enemmän haittaa kuin hyötyä. (Stenvall & Virtanen 2007, 46-47.)

Muutoksen toteutusvaiheaika on vaativaa. Sen aikana toiminta tulisi saada vakiinnutettua, uudet rutiinit toimimaan ja muutosta tulisi tarkkailla ja arvioida. Todennäköisesti henkilöstö pääsee vasta toteutusvaiheessa ensimmäisen kerran pohtimaan sitä, ovatko uusi käytäntö ja toimintamalli parempia kuin aikaisemmat käytänteet. Tämä monesti vie huomion pois itse toteutuksesta. Muutoksen toteuttamisessa ratkaisevassa asemassa on myös aika. Kiire ja tiukka aikataulu saattavat estää asioiden tekemisen kunnolla. Tätä voidaan myös käyttää tekosyynä vastustaa ja jopa kieltäytyä muutoksen vaatimista asioista. Toisaalta nopea aikataulu voi mahdollistaa sen, ettei muutos jää roikkumaan keskeneräiseksi pitkäksi aikaa. (Stenvall & Virtanen 2007, 49-50.)

Henkilöstö kokee useasti muutoksen kolmeen osa-alueeseen jakautuvaksi prosessiksi: lamaannusvaihe, toiveen heräämisvaihe sekä sopeutumisvaihe. Lamaannusvaiheeseen kuuluu se hetki, kun henkilöstö saa tietää tulevasta muutoksesta. Tästä seuraa muutoksen voimakas kieltäminen ja kriittikki, joka aiheuttaa sen, että henkilöstö ei kykene vastaanottamaan riittävästi informaatiota. Toiveen heräämisvaiheessa henkilöstön tunnelmat vaihtelevat jyrkästi. Erilaisten tunnelmien ja tunteiden ailahtelu on henkilöstöä kuluttavaa. Sopeutumisvaiheessa ajattelumalliksi alkaa muodostua, että muutoksesta selvittää ja muutos onkin hyvä asia. Muutos nähdään haasteena ja uutena mahdollisuutena. (Stenvall & Virtanen 2007, 50-51.)



## 4 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

Hankkeen kehittämisen perustana on muun muassa toimintamallinnettu kehittämis- ja tutkimusprosessi, jonka osa-alueina ovat toimintaympäristöinen vuorovaikutus, osaamisen kehittäminen ja hyödyntäminen sekä kehittymisen vaikuttavuuden arviointi. Yhteistyöhankkeessa hoitotyöyhteisön johtohenkilöt, hoitohenkilökunta, alan opiskelijat ja hoitotyön opettajat osallistuvat yksilöinä työyhteisön kehittämiseen. Tarkoituksena on myös opastaa henkilöstöä uudistamaan toimintatapojaan ja luomaan hoitotyön kehittäviä verkostoja. Kehittämistyön arviointia on tarkoitus toteuttaa reaaliaikaisena siten, että laadulliseen toimintamallia parantavaan muutokseen voidaan reagoida jo haasteiden ilmaantuessa. (eNNI-hanke 2008.)

Teoreettisina lähtökohtina käytettiin kirjaamisen kansainvälistä luokitusta, keskeisiä käsitteitä ja kirjaamiseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia. Teoreettisena tietona käytettiin myös kahta Tanskassa Koldingin sairaalassa tehtyä tutkimusta kommunikaation vaikutuksesta potilaslähtöisyyteen ja yhtä opinnäytetyötä lääkärintertojen kehittämisestä potilaskeskusteluiksi.

### 4.1 Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä olivat asiakas ja asiakaslähtöisyys, potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen ja sähköinen kirjaaminen.

#### 4.1.1 Asiakas ja asiakaslähtöisyys

Asiakas on näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdenvertainen osallistuja omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa hoitoprosessin kaikissa vaiheissa. Terveystieteiden palveluja käyttävästä henkilöstä käytetään käsitettä asiakas tai potilas. Asiakas- ja potilaslähtöisyyttä käytetään terveydenhuollon palveluja käyttävistä asiakkaista ja potilaista heidän tarpeidensa arvioinnissa. Asiakaslähtöisyydessä hoidon laatua arvioidaan potilaan ja hänen omaistensa näkökulmasta. (Sarajärvi ym. 2011, 68-69.)

Asiakaslähtöisyyden toteutumista voidaan hoitotieteessä ja lääketieteessä kuvata potilaan ja lääkärin tai hoitajan vuorovaikutuksen tasolla. Asiakaslähtöisyydestä voidaan käyttää lähes synonyyminä myös käsitettä asiakaskeskeisyys, jota hoitotyössä kuvataan keskinäisen kunnioituksen ja luottamuksellisuuden vuorovaikutussuhteeksi. (Sarajärvi ym. 2011, 69.)

Hoitotyön asiakaslähtöisyydessä asiakkaan tarpeet, toiveet, odotukset ja omaan kokemukseen perustuva tieto ovat toiminnan lähtökohtana. Se on potilaan ja hoitotyöntekijän välistä yhteistyökumppanuutta. Asiakaslähtöisyys korostaa ajattelu- ja toimintatapaa asiakkaan esittämien tarpeiden vastaamisen tavoitteena. Asiakas on ainutkertaisena yksilönä oman elämänsä asiantuntija,

joka tekee aktiivisena toimijana itseään ja elämäänsä koskevia valintoja ja päätöksiä. Asiakkaan ja työntekijän välisen suhteen ydin on ihmisen yhdenvertaisuus muiden kanssa. (Sarajärvi ym. 2011, 70.)

Toimintaa ei suunnitella hoitotyöntekijöiden tai organisaation näkökulmasta, vaan hoitotyössä vastataan asiakaslähtöisen ajattelu- ja toimintatavan mukaan potilaan ja hänen omaistensa tarpeisiin heidän näkökulmastaan. Asiakaslähtöisyys ja tutkimustieto yhdistyvät näyttöön perustuvasa hoitotyön päätöksenteossa hoitotyöntekijän kliinisen asiantuntijuuden avulla yksilölliseksi ratkaisuksi. Potilaan tilanne ja toivomukset yhdistettynä asiantuntemukseen ja asiaan liittyvään tieteelliseen tietoon auttavat potilasta saamaan juuri hänelle sopivan hoidon ja palvelun. Asiakaslähtöinen näyttöön perustuva hoitotyö ohjautuu tulevaisuuteen, on vastavuoroista ja edistyy asiakkaan kysymysten ja tarpeiden pohjalta. Hoitaja on potilaan kanssa tasa-arvoinen ja tukee häntä itsenäisyyttä ja riippumattomuutta kohti. Hoitotyö suuntautuu asiakkaan kokonaistilanteeseen, ei vain sairauteen ja ongelmaan. Tieteellisen tiedon lisäksi hoitajalta vaaditaan herkkyyttä asiakkaiden tilanteiden erilaisuuden tunnistamiseen ja kykyä toimintatapojensa muuttamiseen vaihtelevissa tilanteissa. (Sarajärvi ym. 2011, 70-71.)

#### 4.1.2 Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen

Suomessa käytetään Maailman terveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimallia hoitotyön kirjaamisen rakenteen perustana (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 13). Hoitotyön prosessi muotoutuu hoidon tarpeesta, tavoitteista, suunnitelluista hoitotyön toiminnoista, toteutuneista hoitotyön toiminnoista ja hoidon tuloksista (Iivanainen & Syväoja 2009, 651). Potilaan päivittäisessä hoitamisessa on kirjaamisella suuri merkitys. Kirjattujen hoitotietojen on tarvittaessa oltava käytettävissä. Se edellyttää yhdenmukaista ja rakenteista kirjaamista. (Saranto ym. 2007, 12.)

Perinteinen kirjaaminen on ollut hoitajan tulkintaa potilaan voinnista vapaamuotoisesti kirjoitetuna tekstinä. Potilaan omat näkemykset voinnistaan ja hoidostaan ovat jääneet toissijaisiksi kirjaamisen sisältäessä asiantuntijoiden näkemyksiä hoidosta. Kirjattu tieto ei kuitenkaan välttämättä vastaa todellisuutta tai potilaan hoidon tarvetta. (Kärkkäinen 2007, 90.)

Kirjaamisen perustana on ihmisen humanistinen kokonaisnäkemys ja kunnioitus potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kohtaan. Oleellista hoitamisessa ja hoidon kirjaamisessa on hoitajan eettinen vastuu potilaasta, toisen ihmisen syvällinen ymmärtäminen, potilaan kohtaaminen juuri siinä hetkessä sekä aito auttamisen halu. Kirjaamiseen liittyen potilaalla on oikeus tehdä omat ratkaisunsa ja vaikuttaa siihen, mitä hänestä kirjataan. Potilaalla on myös oikeus saada kirjatuksi tärkeiksi kokemansa asiat ja sen, miten hän haluaa tulla hoidetuksi. Kirjaamisen on perustuttava potilaan yksilölliseen tilanteeseen. Hoidon kirjaaminen voi korostaa muita kuin potilaan hoidolle asetettuja tavoitteita silloin, jos kirjaajan käsitys hoitamisesta ja hoidosta kerättyjen tietojen

eteenpäin välittämisestä ei ole selkeää. Potilaan yksilöllisen hoidon kirjaamista ei ole huomioitu tarpeeksi myöskään silloin, jos on painotettu tehokkuutta, taloudellisuutta ja hallinnollisia tavoitteita. (Kärkkäinen 2007, 92.)

#### 4.1.3 Sähköinen kirjaaminen

Sähköinen potilastietojärjestelmä on laaja ja monipuolinen ohjelmisto- ja tietokantakokonaisuus. Potilastietojärjestelmä sisältää potilaan hoitoon liittyvien tietojen lisäksi hoitosuunnitelman. Potilaskohtaisten tietojen tallentaminen ja esittäminen eri näkyminä vaatii rakenteistamista. Tietoa on sitä helpompi jäsentää, analysoida ja käsitellä automaattisesti mitä rakenteisempaa se on. (Mäkelä 2006, 63-71.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan 1.7.2007. Lain tarkoituksena oli edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Laki takaa yhtenäisen sähköisen potilastietojen käsittely- ja arkistointimenetelmän terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi. Julkisen terveydenhuollon palveluja antavan velvollisuus liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden käyttäjäksi tulee voimaan 1.9.2014 ja yksityisten toimijoiden 1.9.2015. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007.)

Pääosin sähköinen kirjaaminen muotoutuu tiivistelmätason näkymistä ja päivittäisistä tilannekohtaisista perustason tiedostoista. Sähköinen hoitokertomus koostuu terveydenhuollon eri ammattilaisten tekemistä yksittäisistä päivittäisistä merkinnöistä moniammatilliseen perustason tiedostoon. (Pohjanvuori 2007, 167.)

Valtakunnalliset sähköisen potilaskertomuksen määrittelyt ja toimeenpanosuositukset ovat hoitotyön sähköisen kirjaamisen perustana. Hoitopäätösten tekemistä helpottaa potilaasta kerätyt tiedot ja niiden jäsentäminen tarkoituksenmukaisesti hoitotyön kirjaamiseksi. (Ahoon, Karjalainen-Jurvelin, Ora-Hyytiäinen, Rajalahti & Saranto 2007, 183.)

Sähköinen kirjaaminen etenee hoitotyön prosessin mukaisesti. Hoitohenkilöstö kuvaa potilaan hoidon tarpeen hänen terveydentilaansa liittyvistä ongelmista, joihin voidaan vaikuttaa hoitotoimintojen avulla. Hoidon tarve selvitetään keräämällä ja analysoimalla tietoja potilaasta haastattelemalla, havainnoimalla ja mittaamalla. Tietoja voidaan saada myös omaisilta tai läheisiltä, aikaisemmista potilaskertomuksista tai sairaankuljettajilta. Hoidon kannalta tärkeimmät tiedot kirjaetaan potilaskertomukseen. (Iivanainen & Syväoja 2009, 651-652.)

Hoidolle asetetaan tavoitteet, jotka ovat suhteessa hoidon tarpeisiin ja potilaan tilassa odotettaviin muutoksiin. Tavoitteet ovat potilaslähtöisiä ja ne kuvaavat tunnistettujen ongelmien poista-

mista tai vähentämistä tietyn ajan kuluessa. Tavoitteet kuvaavat potilaan itsenäistä tai avustettua selviytymistä. Tavoitteiden on oltava realistisia ja niiden on oltava potilaan voimavaroihin, elämäntilanteeseen ja persoonallisuuteen oikeassa suhteessa. (Iivanainen & Syväoja 2009, 652-653.)

Hoitotyön toiminnot, joita ovat auttamismenetelmät tai keinot, valitaan tarkoituksenmukaisiksi tavoitteiden perusteella. Hoitotyön periaatteet huomioidaan auttamismenetelmien valinnassa ja keinojen valintaan taas vaikuttavat henkilökunnan määrä, potilaan itsehoitoisuus ja hoitovälineiden saatavuus. Hoitotyön periaatteita ovat omatoimisuus, kokonaisvaltaisuus, ammatillisuus, turvallisuus, yksilöllisyys ja jatkuvuus. Toteutuneet hoitotyön toiminnot ovat suunniteltujen toimintojen toimeenpanoa, jossa noudatetaan hoitotyön periaatteita. Tieto ja kädentaitojen hallinta korostuvat hoitotoimenpiteissä. Ne voivat olla lääkärin määräämiä tai ne voivat perustua hoitajan omaan asiantuntemukseen. Hoidon toteuttajana on hoitaja, potilas tai hänen omaisensa joko yksin tai yhdessä. Kun hoitotyön toiminto on tehty, kirjataan se potilaskertomukseen menneessä muodossa. (Iivanainen & Syväoja 2009, 653-654.)

Hoidon arviointi on kuvausta potilaan hoidon tarpeeseen vastaamisesta, tavoitteiden saavuttamisesta ja potilaan tilassa tapahtuneista muutoksista. Myös potilaan oma kokemus hoidosta kuvataan arvioinnissa. Potilaan hoitajakson päättyessä tehdään hoitotyön yhteenveto, joka on laaja ja monipuolinen arviointi potilaan sen hetkisestä tilasta. Tätä verrataan tulotilanteeseen. Myös hoidossa tapahtuneet keskeiset asiat ja annettu hoito kirjataan yhteenvetoon. Jatkohoitopaikassa tai seuraavilla hoitotiloilla voidaan hoitotyön yhteenvetoa hyödyntää. (Iivanainen & Syväoja 2009, 654.)

#### 4.2 Kirjaamiseen liittyviä tutkimuksia

Stakesin (2008) tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa sosiaalitoimen palveluissa tarvittavia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten asiakkaiden palvelemista, tietojen käyttötarkoitusta ja välityskanavia varten olevia asiakastietoja ja myös kehittää yhteisten asiakastietojen tunnistamisen menetelmää. Tutkimuksen menetelminä käytettiin kotimaisen kirjallisuuden katsausta, varhaiskasvatuksen ja vanhustenhuollon ammattilaisten teemahaastatteluja sekä näihin liittyvien lomakkeiden sisällönanalyysiä. Tutkimuksessa esitettiin sektorirajat ylittävistä tietokokonaisuuksista yhtenäinen näkemys sosiaali- ja terveystoimen kahdessa palvelukokonaisuudessa ja siinä kuvattiin tiedon välittämisessä käytettäviä ja tiedon vaihdon rajoitusten käytäntöjä. Tutkimuksen tulokset suunnattiin valtakunnallisen asiakastietojärjestelmän kehittämisestä vastaaville päättäjille ja järjestelmän rakentajille. (Hyppönen, Turunen, Hämäläinen, Kärki & Palojoki 2008.)

Tutkimuksen mukaan eri tutkimuksissa, raporteissa ja kehittämishankkeissa on tuotu esiin sektorirajat ylittävä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön ja yhteisen tiedon tarve. Yhteisten palvelukokonaisuuksien kehittämistä tarvitaan etenkin varhaislapsuuden ja ikäihmisten palveluissa. Tulos-

ten mukaan tiedon kirjaaminen vaihtelee, tieto kirjataan viiveellä ja tietoa jää myös kirjaamatta. Myös toimintakäytännöt eri kunnissa vaihtelevat eivätkä käytössä olevat tietojärjestelmät mahdollista tarpeeksi hyvää rakenteista kirjaamista. Haasteina ovat yhteisten tietojen sisältöjen määrittelyn puute, tietojärjestelmien haasteet, erilaiset toimintatavat ja puutteellinen tietojen kirjaaminen. (Hyppönen ym. 2008.)

Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä -kehittämiprojektin Kainuussa 2006-2007 tavoitteena oli ohjata ja tukea hoitotyöntekijöitä siirtymään rakenteiseen kirjaamiseen, perehtyä valtakunnallisen rakenteisen kirjaamisen perusmalliin, käsitteisiin, luokitteluun ja teoriaperustaan. Tavoitteena olivat lisäksi valtakunnallisen hoitotyön kirjaamisen perusmallin käyttöönotto ja perusmallin avulla hoitotyön ydintietojen yhdistäminen muihin hoitotyön johtamisen, ohjaamisen, seurannan, toiminnan ohjaamisen sekä tilastoviranomaisten edellyttämiin tietoihin. Projektin tavoitteena oli myös mm. kirjaamisen kehittämisen avulla päällekkäisyyksien vähentäminen, hoitotyön näkyvyyden ja laadun parantaminen, potilaiden ja hoitotyöntekijöiden oikeusturvan parantaminen, kirjaamisen rakenteellinen ja sisällöllinen yhtenäistäminen, hoitotyön käytäntöjen yhtenäistäminen ja hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden parantuminen. (Härkönen 2008.)

Projektin tuloksia voitiin hyödyntää maakunnallisesti hoitotyön kirjaamismallin yhtenäistämiseksi pilottiyksiköissä. Mallin mukaista hoitotyön kirjaamista juurrutettiin projektin aikana. Projektissa panostettiin hoitotyön kirjaamisen teoria- ja potilastapauskoulutuksiin pilottiyksiköissä ja koulutusta on jatkettu projektin loppumisen jälkeenkin. Yhdessä potilastietojärjestelmätoimittajien kanssa kirjaamismallia kehitetään edelleen. (Härkönen 2008.)

Alkuvuodesta 2010 tehtiin käytettävyystudkimus koskien hoitotyön kirjaamismallia ja hoitokertomuksia. Tutkimus oli luonteeltaan käytännöllinen käytettävyyden arviointitutkimus. Mukana tutkimuksessa oli neljä sairaanhoitopiiriä. Tutkimus toteutettiin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon yksiköissä. Tutkimus käynnistettiin, jotta voitiin selvittää hoitotyön kirjaamisessa tunnistettuja ongelmia. Vastuullinen organisaatio tutkimuksessa oli Tampereen yliopiston Tietojenkäsittelytieteiden laitos. (Kuusisto, Nykänen & Viitanen 2010.)

Tutkimuksessa tarkasteltiin neljää eri potilastietojärjestelmää (Effic, Uranus/Miranda, Pegasos ja TT2000). Kaikista järjestelmistä kerättiin hoitohenkilöstön käytännön kokemuksia ja kommentteja ja niistä koottiin järjestelmän hyvät ja huonot puolet sekä kehittämiskohteet. Monen potilastietojärjestelmän huonona puolena todettiin muun muassa hoitokertomustulosten (kuvio 6) vaikealukuisuus tai tietojen puutteellisuus. Muita ongelmakohtia olivat: tietojärjestelmä ei tue kontekstisidonnaisuutta eli tarpeet esimerkiksi osastolla ja poliklinikalla ovat erilaisia, järjestelmässä ei pysty hyödyntämään aiempia kirjauksia, hoitajille ja lääkäreille pitäisi olla eri lukunäkymät, keskeiset ja tärkeät tiedot eivät erotu tai niille ei ole selkeää paikkaa sekä paljon peruskäyttöön liit-

tyviä käytettävyysoongelmia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että tutkituissa potilastietojärjestelmissä käyttö kirjatessa ja visualisointi oli toteutettu eri lailla, vaikka lähtökohdat olivat samat. (Kuusisto ym. 2010.)

Potilaan nimi: Siiri Selviytyjä	Sivu: 1
Henkilötunnus: 120864-132Y	Tulostettu: 21.04.2010 14:06

---

**HOITOKERTOMUKSEN PERUSTIEDOT**

Näkemys	GYN
Alkupvm	21.04.2010
Loppupvm	
Hoidon syy	RASKAUS 2010
Tulosy ja oireet	21.4.2010, 2302, h30+0, ea-sup.

---

**HOITOPÄIVÄT / KÄYNNIT**

<b>21.04.2010</b>	Hoitopäivä , Hoito
Huone / vuode	5/3
Näkemys	██████████
Toimipiste	██████████
Omahoitaja	
Hoitava lääkäri	

---

**HOIDON TARVE, tarve ja suunnittelu**

**Hoidon tarve/ERITTÄMINEN / Ulostamiseen liittyvät häiriöt / Ripuli**

07:00	Vesiripuli
Hoidon suunnittelu	21.04.2010 klo 13:40 ██████████

**Hoidon tarve/ELÄMÄNKAARI / Raskauden ajan riski / Ennenaikaisen synnytyksen riski**

07:00	Ennenaikaiset supistelut H30
Hoidon suunnittelu	21.04.2010 klo 13:40 ██████████

**TAVOITE / Erittäminen**

07:00	NL
Hoidon suunnittelu	Ripuloinnin rauhoittuminen
	21.04.2010 klo 13:43 ██████████

**TAVOITE / Elämänkaari**

07:00	Lepohoito
Hoidon suunnittelu	-wc-lupa
	-raskauden jatkuminen turvallisesti
	21.04.2010 klo 13:41 ██████████

**HOIDON TOTEUTUS, hoitotyön toiminnot ja arviointi**

**Hoitotyön toiminnot/NESTETASAPAINO / Nesteytykseen liittyvä ohjaus**

13:52	Ohjattu juomaan riittävästi, ohjattu nestelistan käyttö
Hoidon toteutus	21.04.2010 klo 13:52 ██████████

**Hoitotyön toiminnot/TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ / Näytteenottoon liittyvä ohjaus**

13:50	Ohjattu ulostenäytteenotto
Hoidon toteutus	21.04.2010 klo 13:51 ██████████

**Hoitotyön toiminnot/LÄÄKEHOITO / Lääkkeen antaminen / Lääke suun kautta**

13:45	IMODIUM 2 mg, tabl; Annettu 2 mg PO 21.04.2010 13:46 ██████████
Hoidon toteutus	21.04.2010 klo 13:46 ██████████

**HOIDON ARVIOINTI/ HOIDON TULOKSET / Elämänkaari**

13:57	Iltapäivällä vointi parempi, käynyt itse suihkussa. Supistukset rauhoittuneet.
Hoidon arviointi	21.04.2010 klo 13:58 ██████████

\*\*\*\*\*

Kuvio 6: Mirandan hoitokertomustuloste (Kuusisto ym. 2010)

Johtopäätöksenä tutkimuksessa todettiin, että hoitokertomuksen ja kirjaamismallin kehittämis-työssä erilaiset toimintaympäristöt ja ominaispiirteet tulisi huomioida. Erilaisissa toimintaympäris-töissä työskentelevillä on erilaiset kirjaamistarpeet samoin kuin lääkäreillä. Mikään tutkimuksen kohteena olevista potilastietojärjestelmistä ei tutkimuksen mukaan vielä ole sellaisenaan toimiva, vaan jatkokehittämistä tarvitaan sekä kirjaamismalliin että sen tietojärjestelmätoteutukseen ja hoitokertomukseen. (Kuusisto ym. 2010.)

Sähköisen kirjaamisen esteistä sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtiin tutkimus vuonna 2006. Sen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan tietoteknisiä taitoja ja asenteita sähköisestä kirjaa-misesta. Tutkimus toteutettiin yhdessä sairaanhoitopiirissä, kolmessa eri organisaatiossa (erikois-sairaanhoito, perusterveydenhuolto sekä sosiaalityö). Tutkimukseen osallistui lääkäreitä, sai-raanhoitajia, kodinhoitajia ja sosiaalityöntekijöitä. (Kuusisto & Saloniemi 2010, 12-14.)

Tämän tutkimuksen perusteella tietoteknisten taitojen puutetta ei voida pitää sähköisen kirjaami-sen oleellisena esteenä. Sähköisen kirjaamisen edut kohdentuvat tulosten mukaan potilaaseen. Ennakoasenteet ja varautuneisuus sähköistä kirjaamista kohtaan juontuvat enemmänkin mieliku-vista kuin todellisista kokemuksista. Oman työn helpottamisessa sähköisen kirjaamisen suhteen ei asetettu kovinkaan suuria toiveita. Sähköisen kirjaamisen eduista lääkärit olivat selvästi muita epäilevämpiä. Tämä onkin melkoinen haaste moniammatillisessa työssä. (Kuusisto & Saloniemi 2010, 18.)

Suurimman esteen sähköisen kirjaamisen tehokkaasta hyödyntämisestä asettaa tietokoneisiin liit-tyvät asiat, ei niinkään asenteet tai taidot. Tietokoneiden puutteet tai koneiden vähäisyys, oikeu-det käyttää koneita tai osaston hierarkia voivat olla esteenä sähköiseen kirjaamiseen siirtymises-sä. Joissakin tilanteissa ongelma ei johdu vähäisestä koneiden määrästä, vaan myös tilan puut-teesta. Monet työpisteet on suunniteltu aikana, jolloin tietokoneita ei ollut. Yhteenvedona tutki-muksessa todetaan, että suurimmat esteet sähköisen kirjaamisen toteutumiselle ovat puutteet tietokonekannassa ja työtiloissa. (Kuusisto & Saloniemi 2010, 12-19.)

Dokumentointi parantaa turvallisuutta ja laatua -artikkelissa kuvattiin kirjaamisen merkitystä po-tilasturvallisuuteen ja asiakaslähtöisyyden kehittämiseen. Hoitotyön kirjaaminen on osa potilaan moniammatillista kokonaisuhoitoa ja se on sairaalaorganisaation keskeinen tiedonkulun tae, joka vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Edellytyksenä laadukkaalle kirjaamiselle on rakenteinen muoto yhdenmukaisten periaatteiden mukaisesti. Potilaan hoitoon osallistuvien on saatava keskeinen tie-to helposti ja nopeasti käyttöönsä. Potilasturvallisuutta voidaan parantaa tiedonkulkua ja kirjaa-mista kehittämällä. Potilasasiakirja-asetuksen (2009) mukaan potilasasiakirjoihin merkitään poti-laan hyvän hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta ja niihin liittyvät tar-peelliset ja riittävät tiedot. (Mykkänen, Huovinen, Miettinen & Saranto 2011, 62.)

Vaikka kirjaaminen on usein nähty vaikeana ja aikaa vievänä, on se kuitenkin toteutuneen hoitotyön kirjallinen näyttö, jonka avulla potilaan hoito voi edetä joustavasti ja hoidon jatkuvuus voidaan turvata. Olennainen tieto on kirjattava potilaan tilasta, hoidon tarpeesta, hoitotoiminnoista ja tuloksista sekä potilaan kokemuksesta. Laadullisen hyvän kirjaamisen keskeisinä kriteereinä voidaan pitää kirjaamisen johdonmukaisuutta ja selkeyttä, potilaan hoidon kannalta oleellisia tietoja ja niiden esiin tuomista ja hoidon vaikuttavuuden seuranta. (Mykkänen ym. 2011, 62.)

Kun potilaan hoitoa kuvataan, voidaan siinä hyödyntää hoitotyön systemaattista kirjaamismallia, joka koostuu hoitotyön prosessin vaiheista ja Suomalaisesta hoitotyön luokituskokonaisuudesta (FinCC). Potilaan hoitoa kuvataan tarve-, toiminto- ja tulosluokitusten avulla hoitotyön näkökulmasta. Sisällöltään hoitotyön kirjaaminen on sähköisiin potilaskertomuksiin siirryttäessä kehittynyt monipuolisemmaksi, asiakaslähtöisemmäksi, kokonaisvaltaisemmaksi ja laadukkaammaksi. (Mykkänen ym. 2011, 62-63.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) otettiin käyttöön FinCC-mallin mukainen kirjaaminen, jota auditointiin KYS:n hoitotyön systemaattisen kirjaamisen käyttöönottohankkeessa. Auditointimenetelmän mukaan hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli sopii erikoisalasta riippumatta erilaisiin toimintaympäristöihin. Hoitotyön kirjaamista pystyttiin auditoinnin tuloksia hyödyntämällä kehittämään laadukkaammaksi ja käytännön hoitotyötä näyttöön perustuvaksi. Hoitotyön kirjaamisessa näkyvät näyttöön perustuvat hoitotyön päätökset. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä voitiin kehittää kirjaamisen ylläpidon, seurannan ja arvioinnin avulla. Myös tyytyväinen potilas koettiin hoidon laadun kannalta merkittäväksi tulokseksi. (Mykkänen ym. 2011, 64-65.)

Hoitotyön kirjaaminen on aina nähty edellytyksenä hyvälle hoidolle ja kirjaamisen on tiedostettu olevan tärkeä työkalu kommunikaatiossa terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välillä. Kuitenkin useiden tutkimusten mukaan käsinkirjoitetut hoitotyön dokumentit ovat keskittyneet enemmänkin fyysisiin tarpeisiin ja ongelmiin sekä lääketieteelliseen tarkkailuun kuin hoitotyöhön. Potilaan omat näkemykset, henkinen tila, kivun arviointi ja kasvatukselliset tarpeet ovat olleet joko heikosti kirjattuja tai niitä ei ole kirjattu ollenkaan. (Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2009.)

Terveydenhuollossa on toteutettu laajalti sähköistä potilastietojärjestelmää. Siihen on käytetty paljon toivoa ja ponnisteluja, eikä vähiten siksi, että se on ollut mahdollisuus parantaa potilaslähtöisen kirjaamisen laatua. Suurin etu on siinä, että se tarjoaa välittömän pääsyn potilastietoihin sallien potilaan viiveettömän, tehokkaan ja turvallisen hoidon. Kuitenkin sähköisestä järjestelmästä on raportoitu myös turhautumista siitä, että se on hankalaa ja aikaa vievää. Sen on myös sanottu vähentävän hoitajien aikaa olla potilaiden kanssa ja lisäävän potilaiden ja hoitajien välimatkaa toisistaan. Kirjaamisen kopiointi tehdään siksi, koska sähköinen kirjaaminen todetaan mahdotto-



maksi potilaan luona ja hoitajat siirtävät muistiinpanonsa myöhemmin paperilta tietokoneelle. (Laitinen ym. 2009.)

Sähköisen kirjaamisen teknisen toteutuksen yhteydessä on samanaikaisesti tapahtunut rakenteisen sisällön kehittymistä potilaan hoidossa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että rakenteinen sähköinen malli lisää kirjaamisen tarkkuutta ja selkeyttää potilaan hoidon painopistettä. Tiedon yhtenäisyys auttaa hoitajia tiedon siirrossa ja siten hyödyttää myös potilaita. Mallit voivat kehittää yksilöityä informaatiota ja helpottaa hoidon jatkuvuutta. (Laitinen ym. 2009.)

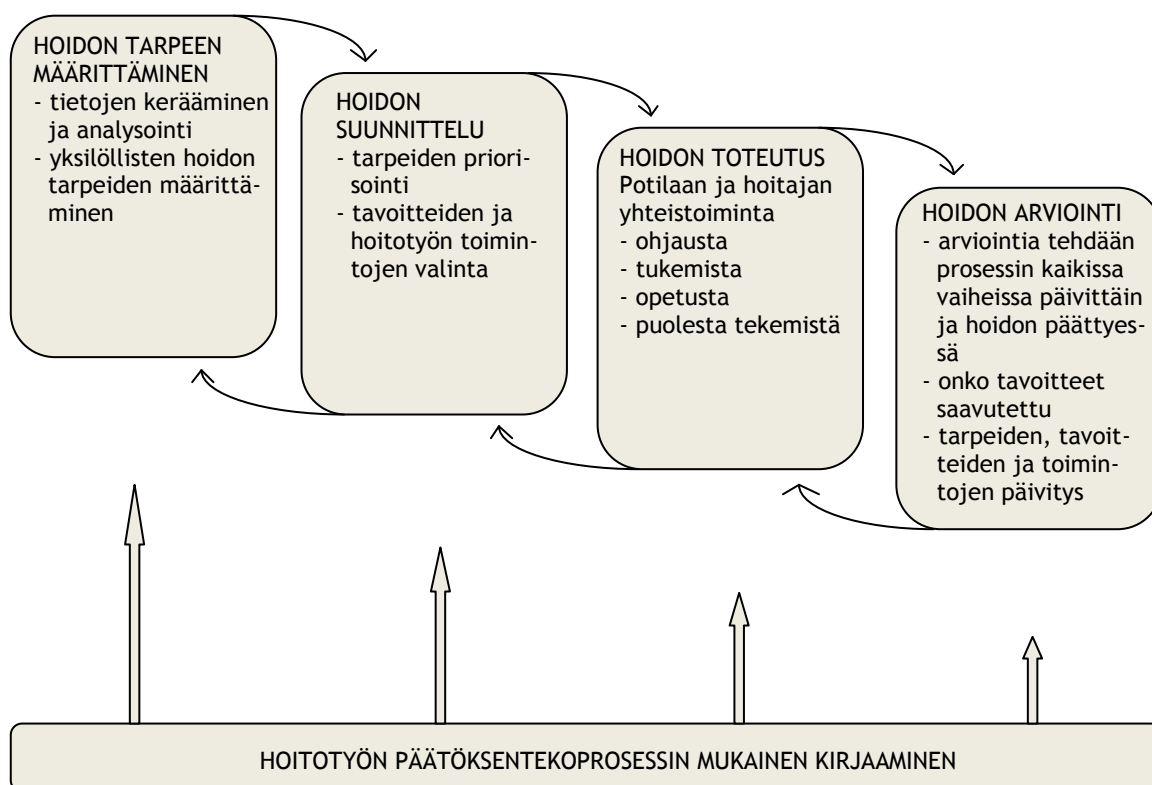
Kuitenkin sähköisessä kirjaamisjärjestelmässä voi tärkeää potilaslähtöistä tietoa olla puutteellisesti. Kokonaisvaltainen näkemys potilaasta voi puuttua. Tutkimusten mukaan rakenteisessa kirjaamisessa lääketieteellinen status oli hallitsevampi kuin hoitotyön asema. Rajallinen huomio potilaan äänelle kokonaisinformaation keskellä näytti tutkimuksissa siltä kuin hoitajat olisivat tiukasti puolueettomia kirjoittaessaan faktoja. (Laitinen ym. 2009.)

Tutkimukset, jotka mittasivat hoitotyön dokumentoinnin kehitystä muutoksen jälkeen, esimerkiksi koulutus tai ohjelman parantaminen, osoittivat edistymistä. Kirjallisuuden perusteella sähköinen kirjaamisjärjestelmä näyttäisi tuoneen sekä etuja ja toivoa potilaslähtöiseen kirjaamiseen että takaiskuja ja pettymyksiä. Hoitotyön tutkimuksen laadun tärkeyttä on korostettu, jotta saavutettaisiin parempaa ymmärrystä hoitotyön käytännöstä tietokonepohjaiseen kirjaamiseen. (Laitinen ym. 2009.)

Yksi useista kirjaamisen tarkoituksista on vakuuttaa potilaan hoidon laatua ja tehokkuutta. Dokumentoimalla potilaan näkemykset, toiveet ja tarpeet ne tehdään näkyviksi. Siten tehdään selväksi myös se, miten potilas haluaa tulla hoidetuksi. Lisäksi potilaan osuus kirjaamiseen on tärkeää tietoa hoidon laadun parantamisessa. Myös laadukkaalla hoitotyön tutkimuksella voi olla arvoa hoitotyön tietojärjestelmien suunnittelussa ja testauksessa. Kuitenkin laadukkaat sähköisen kirjaamisjärjestelmän sisällön tutkimukset painopisteenä potilas ovat harvinaisia. Siksi sähköinen kirjaamisjärjestelmä tarvitsee enemmän tutkimusta laadukkaaseen lähestymiseen. Laadukkaalla tarkastellulla tiedolla on selvitetty ja tulkittu tarkoitusten selville saamiseksi, ymmärryksen saavuttamiseksi ja kokeellisen tiedon kehittämiseksi. (Laitinen ym. 2009.)

#### 4.3 Hoitotyön prosessimalli

Kirjaamisen taustalla on hoitotyön prosessimalli, joka koostuu tulotilanteesta, hoidon suunnittelusta, hoidon toteutuksesta ja hoidon arvioinnista (kuviot 7) (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 14).



Kuvio 7: Hoitotyön prosessi (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011)

Suomalainen hoitotyön luokitusjärjestelmä (FinCC) perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification -luokitukseen (CCC). Hoitotyön kirjaamisessa käytetään Suomalaista hoidon tarveluokitusta (SHTaL 2.0.1.), Suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL 2.0.1.) ja Suomalaista hoidon tulosluokitusta (SHTuL 1.0.). SHTaL ja SHToL koostuvat komponenteista, pääluokista ja alaluokista. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 18.)

Hoitotyön kirjaamisen määrittää lainsäädäntö. Keskeisenä lainsäädäntönä on Henkilötietolaki (523/1999), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1999), Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999) ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009). Lainsäädäntö velvoittaa, että kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten on merkittävä potilasasiakirjoihin ne tiedot, joita tarvitaan potilaan hoidon suunnittelemiseksi, järjestämiseksi, toteuttamiseksi ja seurannan turvaamiseksi. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 18.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 käsittää potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävien asiakirjojen laatimista ja niihin liittyvän materiaalin säilyttämistä. Tätä lakia sovelletaan terveyden- ja sairaanhoitoa antaviin terveydenhuollon toimintayksiköihin ja terveyden- ja sairaanhoitoa antaviin terveydenhuollon ammattihenkilöihin. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009.)

#### 4.4 Lääkärien ja hoitajien kommunikaatiotaitojen koulutuskurssin vaikutus

Oleellinen osa useimmista hoidon näkökulmista terveydenhuollossa on kommunikointi potilaan ja palveluntarjoajan välillä. Potilaan ja palveluntarjoajan välinen optimaalinen kommunikointi on yksittäisen potilaan tarpeiden ja odotusten selville saamisen edellytys ja sillä on olennainen rooli oireiden, ongelmien ja huolien saamisessa selville. Tämä tarjoaa perustan diagnostiikalle, sairaanhoidolle, huolenpidolle ja kuntoutukselle. (Ammentorp 2007, 1.)

Ilman sopivia kommunikaatiotaitoja kliininen näkökulma fyysisen tutkimuksen ja ongelmanratkaisun kannalta on vaikeaa eikä täyttä hyötyä tiedosta saada. Kommunikaatiota voidaan vaatia välttämättömäksi työkaluksi potilaan hoidon jatkuvuuden ja yhteistyön vakiinnuttamiseksi. Kommunikaatiota voidaan pitää myös tärkeänä ehtona potilaan hoidon ja huolenpidon jatkuvuuden kokemukselle. Kommunikaatio potilaan ja palveluntarjoajan kanssa on osa terveydenhuollon palveluja. Sillä on tärkeä vaikutus potilaan kokemukselle terveydenhuollon palveluista samoin kuin hoidon ja huolenpidon hyödyistä. Sopivan kommunikaation puute voi johtaa tunteeseen vähäpätöisyydestä, merkityksettömyydestä ja voimattomuuden ja kontrollin puutteesta. Monien tutkimusten mukaan kommunikaation laatu potilaan ja palveluntarjoajan välillä on yhtä huomattava terveyden lopputulos kuin oireiden, ahdistuksen ja psykologisen kärsimyksen väheneminen ja hoitosuunnitelmien noudattaminenkin. (Ammentorp 2007, 1.)

Vaikka kommunikaation puute potilaiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön välillä on hyvin usein huomion keskipisteenä, on kommunikaatio silti usein syypää hoitovirhesyytteisiin terveydenhuollon työntekijöitä vastaan. Avaintekijät hoitovirhesyytteisiin ovat olleet puutteellinen asioiden selittäminen, huomiotta jättämisen tunne, aliarvostus, kiireisyys ja tunne siitä, ettei lääkäri ole ymmärtänyt potilaan viestiä. (Ammentorp 2007, 1.)

Kommunikaatiotaidot voivat parantua harjoittelulla. Tarkkailemalla niiden kliinikoiden käyttäytymistä, jotka ovat käyneet potilaskontakteja ohjaavia valmennuskursseja, on tullut todistetuksi, että kommunikaatiotaidot ovat lisääntyneet harjoittelun myötä. Kuitenkin kommunikaatiokurssien vaikutuksella potilaskontaktitaitoihin voidaan saavuttaa vain vähäinen tai kohtalainen tulos. Terveydenhuollon kommunikaatio-ongelmien kasvava todistusaineisto ja henkilöstön koulutuksen puute, joka myös selittää kommunikaatiokurssien vaikutusta potilastyöhön, korostaa hyvin suunniteltujen opintojen kommunikaatioharjoittelun taitoja, jotka mittaavat sekä prosessia että potilas-kohtaamisen lopputulosta. (Ammentorp 2007, 1.)

Tutkimukset potilastyytyväisyydestä ja kommunikaatiosta terveydenhuollossa tuovat esille useita ongelmia, jotka voivat olla esteenä potilaan ja palveluntarjoajan menestyksekkäälle suhteelle.

Onnistunut kommunikointi lääkärin tai hoitajan ja potilaan välillä on oleellista potilaan kokemuk-  
selle terveydenhuoltojärjestelmän kontaktista. Euroopan maissa näyttäisi olevan yleinen yhteis-  
ymmärrys lääkäri-potilas -suhteen ja heidän keskinäisen kommunikaationsa tärkeydestä. Tärkeitä  
julkituotuja potilaan etuja kommunikaatioon liittyen ovat riittävä informaatio, herkkyys ja varo-  
vaisuus, luottamus ja kunnioitus sekä osallistuminen. (Ammentorp 2007, 2.)

Riittävä informaatio sisältää muun muassa korkeatasoisen informaation vaatimuksen, biolääketie-  
teellistä tietoa oireista ja mahdollisista ongelman syistä, lääkärin tai hoitajan kielen ymmärrettä-  
vyyden ja saatavilla olevan ammatillisesti hyvin harkitun suunnitelman. Informaatiovastuu tulisi  
keskittää vain muutamalle lääkärille ja hoitajalle. Herkkyys ja varovaisuus huomioiden lääkärillä  
tai hoitajalla pitäisi olla aikaa kuunnella ja selittää, olla reagoiva ja osoittaa kiinnostusta tilanteeseen  
kokonaisvaltaisesti. Heillä olisi oltava tietoa ja herkkyyttä potilaan tilanteeseen, ideoita ja  
huolia, heidän tulisi ottaa potilaiden tunteet vakavasti, kysyä potilaan odotuksia, olla salliva ja  
suhtautua empaattisesti sairauteen liittyvään ahdistukseen. Luottamus on verrannollinen lääkärin  
tai hoitajan kokemukseen ja pätevyyteen. Potilaan pitäisi tuntea olevansa turvassa ja saada lääkä-  
rin tai hoitajan luottamus. Kunnioitus ja osallistuminen tarkoittavat luottamuksen säilyttämistä.  
Potilaan pitäisi tuntea, että hänet otetaan vakavasti ja että häntä kunnioitetaan. Potilaan pitäisi  
tuntea olevansa osa omaa hoitoaan ja huolenpitoaan. (Ammentorp 2007, 2.)

Yleisimpiä kommunikaation ongelmia aikuisten potilaiden kohdalla ovat informaation puute ja  
reagoimattomuus, esimerkiksi puutteellinen tieto diagnooseihin, sairaanhoitoon ja kuntoutukseen,  
kuten myös hoitosuunnitelmaan liittyen. Tarkasteltaessa reagoimattomuutta ongelmat useimmiten  
ovat potilaiden tuntemuksien huomiotta jättämisessä ja kokemuksissa lääkärin tai hoitajan ym-  
märtämättömyydestä potilaan tai perheen näkökulmaa kohtaan. (Ammentorp 2007, 3.)

Kommunikaatio-ongelmat voidaan jakaa eri luokkiin, joita ovat puutteellinen tai virheellinen tie-  
to, huolenpidon ja myötätunnon puute ja kunnioituksen ja osallisuuden puute. Puutteellista tai  
virheellistä informaatiota potilas saa vastaanottaessaan liian vähän tai virheellistä tietoa diag-  
nooseista, sairaanhoidosta ja kuntoutuksesta, vastaanottaessaan erilaista tietoa eri terveyden-  
huollon ammattilaisilta ja saadessaan liian vähän tietoa hoitosuunnitelmista. Tiedon sisältö voi  
myös olla heikkolaatuista tai potilas ei ymmärrä terveydenhuollon ammattilaisten kieltä. Liian  
vähän tietoa potilas saa odotusajasta ja mahdollisista ongelmien syistä. Hoidon ja myötätunnon  
puute tarkoittaa, ettei potilaan huolia oteta vakavasti tai potilaalla on kokemus myötätunnon  
puutteesta. Potilas ei ehkä saa mahdollisuutta puhua huolistaan ja hän kokee, ettei häntä ymmär-  
retä. (Ammentorp 2007, 3.)

Potilaiden kokemukset kunnioituksen ja osallisuuden puutteesta ovat lääkärin ja hoitajien val-  
mistautumattomuutta. He myös keskeyttävät potilaan eivätkä tunnu välittävän potilaasta. Potilaat

eivät myöskään koe saavansa osallistua päätöksentekoon. He kokevat, että luottamuksellisuus rikotaan. (Ammentorp 2007, 3.)

Mittavat tutkimukset lääkärien kommunikaatiokäytännöistä ja tulokset eri kliinisistä tutkimuksista osoittavat, että kuuntelemalla potilasta, antamalla hänen kysyä kysymyksiä, antamalla tietoa ja olemalla taitava vastaamaan potilaan tunteisiin saavuttaa hyvän lopputuloksen. Tästä syystä kommunikaatiota potilaiden kanssa on kuvattu potilaskeskeiseksi kommunikaatioksi. Käytännössä tämä on ollut yhteydessä vitaalielintoimintoihin, kivun vähenemiseen, harvempiin fyysisiin rajoituksiin ja parempaan mielenterveyteen. Se on yhteydessä terapian noudattamiseen, potilastyytyväisyyteen ja lisääntyneeseen hoidon mittaamisen tehokkuuteen ilman diagnostisia testejä ja lähetteitä. Lisäksi se on yhteydessä harvempiin hoitovirhesyytteisiin. Suhteen rakentaminen on pääosin nivoutunut sanattomaan viestintään. Tutkimukset ovat osoittaneet, että sanaton viestintä ennustaa hoitovirheoikeudenkäyntien todennäköisyyttä suuremmalla todennäköisyydellä kuin tarkastelemalla sanallisen viestinnän sisältöä. (Ammentorp 2007, 5.)

Potilaskeskeiseen kommunikaatioon voidaan suhtautua keskeisenä keinona potilaskeskeisen hoidon edistämiseksi. Potilaskeskeisyys vaatii tasapainoilua arvioimalla lääketiedeperusteisen sairausprosessin ja fyysisen tutkimuksen sekä potilaan ainutlaatuisen sairaudenkokemuksen välillä. Potilaskeskeinen hoito vaatii myös lääkärin ja hoitajan kiinnostuksen osoittamista siihen, kuinka sairaus vaikuttaa potilaaseen ja myös tietoisuutta potilaan odotuksista lääkäriä ja hoitajaa kohtaan. (Ammentorp 2007, 5.)

Tämä hanke toteutettiin Koldingin sairaalan lastentautien poliklinikalla Tanskassa. Työn tarkoituksena oli tutkia kommunikaatiotaitojen harjoittelun vaikutusta lääkäreihin ja hoitajiin pohjautuen vanhempien ja nuorten havaintoihin kommunikaatiosta ja lääkärien ja hoitajien kokemuksiin tehokkuudesta. Tarkoituksena oli tutkia myös laadun vaikutusta potilaskeskeiseen hoitoon pohjautuen vanhempien ja nuorten tyytyväisyyteen kommunikaatiosta ja parantuneisiin potilaiden astmaoireiden tuloksiin. (Ammentorp 2007, 12-13.)

Työn tuloksena voitiin todeta, että kommunikaatiokurssilla voidaan parantaa lääkäreiden ja hoitajien arviointia heidän kyvyistään hoitaa päivittäisiä tehtäviään kommunikaatioon liittyen. Tulokset osoittivat, että vanhemmat ja nuoret, jotka olivat käyneet kommunikaatiokurssiin osallistuneen lääkärin luona, kokivat kommunikaation positiivisemmaksi. Jatkotutkimuksia tarvitaan edelleen selvitykseen, onko kommunikaatiokurssilla vaikutuksia potilaiden terveydentilan lopputuloksiin ja tutkimuksiin lääkäreiden tehokkuuden ja potilaiden kommunikaation kokemusten välisiin yhteyksiin. Potilaiden havainnot kommunikaatiosta saattavat olla keskeisempiä tuloksia kuin potilastyytyväisyys. Tätä voidaan käyttää mittaamalla yli 11-vuotiaiden nuorten kokemuksia. Astmaoireet voivat myös olla oleellisia ja keskeisiä tuloksia. Toisena prosessin tuloksena oli lääkäreiden ja hoitajien tehokkuus. Tämä työ osoitti, että sopiva hyödyllisen tarkastelun tulos on mitata kommuni-

kaatiokurssien vaikutusta lääkäreiden ja hoitajien näkökulmasta. Myös yleinen arviointi harjoittelun vaikutuksista on arvokasta. (Ammentorp 2007, 47.)

#### 4.5 Kommunikaatio potilaiden ja työtovereiden kanssa

Kommunikaatio on enemmän kuin pelkkää informaatiota, joka sisältää sanoja, lauseita ja lausuntoja puhuttuna tai kirjoitettuna. Kommunikaatio on inhimillinen prosessi, jossa henkilöt jakavat tietoa, merkityksiä ja tunteita sanallisen ja sanattoman viestinnän keinoin. Huolimatta siitä tosiasista, että potilaskeskeinen kommunikaatio on ollut terveydenhuollossa puheenaiheena jo vuosikymmeniä, tuovat potilastutkimukset ilmi potilaiden huonojen kokemusten olevan yhteydessä heikkoon kommunikaatioon. Potilastutkimusten mukaan suurin osa kommunikaatio-ongelmista johtuu tiedon puutteesta ja väärästä informaatiosta, kunnioituksen ja osallistumisen puutteesta ja hoidon ja valmiuksien puutteesta potilaiden tarpeita ja odotuksia kohdatessa. Tutkimukset lääkärin ja potilaan välisestä kommunikaatiosta ovat osoittaneet, että lääkärit saavat potilailta tietoonsa alle puolet lääketieteellisesti merkityksellisestä informaatiosta. Lääkärin ja potilaan välisessä kommunikaatiossa on todettu olevan ongelmia puheen keskeytyksessä. Keskimäärin potilaat keskeytetään 18 sekunnin kuluttua siitä, kun he alkavat puhua ja vain 23 % potilaista saa puhua asian sa loppuun lääkärin keskeyttämättä. (Norgaard 2011, 8-9.)

Enemmistö terveydenhuollon kommunikaatiotutkimuksista on käsitellyt kommunikaatiota potilaiden kanssa ja vain pieni osa on keskittynyt työtovereiden kommunikaation laatuun ja vaikutuksiin. Heikko kollegiaalinen kommunikaatio saattaa aiheuttaa ongelmia terveydenhuollon henkilöstölle ja tutkimukset ovatkin osoittaneet positiivisen työsuhteen työtovereiden kesken lisäävän heidän hyvinvointiaan, itsetietoisuuttaan ja rehellisyyttään. Monien tutkimusten mukaan arvostavalla kommunikaatiolla ja hyvällä kollegoiden suhteella on vaikutusta myös potilastyytyväisyyteen. (Norgaard 2011, 9-10.)

Tutkimusten mukaan ammatillisten kommunikaatiotaitojen ei ole luotettavasti osoitettu paranevan vuosienkaan kliinisen työn kokemuksella. Kommunikaatiotaitoja voidaan kuitenkin parantaa harjoituskurssien avulla. Toiset tutkimukset kuitenkin painottavat, että jos kommunikaatiotaitojen harjoittelun tarkoituksena on merkittävästi edistää kliinistä käytäntöä, täytyy myös keskittyä uusien taitojen siirtämiseen käytäntöön. Tämä voidaan tehdä ottamalla käyttöön ongelmakeskeisiä harjoittelupajoja ja käyttäviä niissä kokeellisia menetelmiä videoinnin ja roolipelien avulla. (Norgaard 2011, 10-11.)

Sopiva tapa kommunikaatiotaitojen muutosten mittaamiseen harjoittelukurssin jälkeen on arvioida terveydenhuollon ammattilaisten tehokkuutta. Tehokkuus toimii itseluottamuksen arvioinnin välineenä henkilön kyvystä hoitaa tietty tilanne menestyksekkäästi. Tavoitteen saavuttamiseksi keskeinen mekanismi henkilön motivaatiolle on tehokkuus. Mitä korkeammalla tehokkuuden taso

on, sen korkeammalla on motivaation taso ja sen suuremmat pyrkimykset henkilökohtaisen tavoitteen saavuttamiseksi. Tämä tarkoittaa, että henkilö yrittää käsitellä vaikeitakin tehtäviä ja tarkastelee niitä enemmän haasteina kuin uhkina. Tällainen itsearviointi on tehokkainta, kun sekä tavoitteet että palaute ovat saatavissa. (Norgaard 2011, 11.)

Useat tutkimukset ovat osoittaneet harjoittelun edistävän terveydenhuollon ammattilaisten kommunikaatiotaitoja ja potilaskeskeisyyttä. Tämän tutkimuksen päämääränä oli selvittää, voiko harjoittelu parantaa terveydenhuollon ammattilaisten kommunikaatiotaitoja. Tutkimus toteutettiin vuosina 2007 - 2010 Koldingin sairaalan ortopedian osastolla Tanskassa. Tutkimuksen aiheina olivat terveydenhuollon ammattilaisten kommunikaation tehokkuus potilaiden ja kollegoiden kanssa, terveydenhuollon ammattilaisten arviointi kollegiaalisesta kommunikaatiosta ja potilaiden kokemukset hoidon laadusta. Tarkoituksena oli myös tutkia terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia kommunikaatiotaitojen harjoituskurssille osallistumisesta ja kurssin vaikutuksista heidän kommunikaatiokykyynsä potilaiden ja työtovereiden kanssa. (Norgaard 2011, 11-13.)

Tämä tutkimus yhdisti ennen ja jälkeen -mittaukset. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja haastatteluilla. Tutkimus koostui sisäisestä kommunikaatiotaitojen harjoittelukurssista kaikille terveydenhuollon ammattilaisille Koldingin sairaalan ortopedisellä osastolla Tanskassa. Tulokset mitattiin terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista heidän osallistumisestaan harjoituskurssille, heidän tehokkuudestaan ja arvioinnistaan siitä, kuinka kurssi oli vaikuttanut kommunikaatioon työtovereiden kesken. Myös potilaiden arvioita hoidon laadusta mitattiin. (Norgaard 2011, 13-14.)

Hoitajat kokivat palautteen antamisen työtovereilleen erityisen vaikeana, mutta harjoittelukurssi teki tehtävästä helpommin käsiteltävän. Hoitajat kokivat myös harjoittelun johtavan parempaan osallistumiseen ja potilaslähtöisempään kommunikaatioon. He kokivat myös hallitsevansa paremmin vihaisten potilaiden tai sukulaisten potilashaastattelut. Hoitoapulaiset kokivat kurssin lisänneen ymmärrystä työtovereita kohtaan. Vaikka he olivat kokeneet videoinnin ja roolipelit vaikeiksi, he kokivat hyvinä muutoksina potilaiden ja työtovereiden kanssa kommunikoinnissa tauottamisen. Tämä tarjosi potilaalle mahdollisuuden puhua ja lisäsi hoitoapulaisten tarkkaavaisuutta potilaiden huolia kohtaan. (Norgaard 2011, 29-30.)

Sihteereiden kokemukset kurssista olivat positiivisia heidän keskittyessään lähes pelkästään kommunikaatioon potilaiden ja heidän omaistensa kanssa. He olivat vaikuttuneita sekä videoinnista että roolipeleistä, vaikka myös he olivat kokeneet nämä kurssin sekä haastavimmiksi että hedelmällisimmiksi tekijöiksi. Harjoittelukurssin pakollisuus teki lääkäreihin suurimman vaikutuksen ja herätti heidän keskuudessaan paljon keskustelua. Lääkäreiden kommunikaatioon vaikuttivat eniten potilashaastattelut. (Norgaard 2011, 30-31.)

Lopputuloksena tässä tutkimuksessa voitiin todeta, että terveydenhuollon ammattilaisille pidetyllä kommunikaatiotaitojen harjoittelukurssilla oli vaikutusta sekä potilaisiin että ammattilaisiin. Terveydenhuollon ammattilaisten kommunikaatio potilaiden ja kollegoiden kesken parantui huomattavasti. Muutoksen suurimpana keskeisenä kokemuksena oli potilaskeskeisyyden lisääntyminen ja luottamuksellinen kommunikaatio. Sen lisäksi todettiin, että kommunikaatiövälineiden hankkiminen oli tärkeää terveydenhuollon ammattilaisten pyrkimyksille kommunikoida potilaskeskeisemmin ja saavuttaa haastatteluiden hallinta varsinkin tyytymättömien potilaiden, omaisten ja työtoverien kanssa. Tutkimus osoitti myös, että nämä parannukset terveydenhuollon ammattilaisten kommunikaatiotaidoissa edistivät huomattavasti potilastyytyväisyyttä informaatiota, jatkuvuutta ja hoitoa kohtaan. (Norgaard 2011, 50.)

#### 4.6 Lääkärinkiertojen kehittäminen työryhmäpohjaiseksi menettelytavaksi

Lääkärinkiertojen sisältö ja arvot ovat muuttuneet kulttuurin ja ajan hengen muuttuessa. Kehityksen mukana ovat myös ammatilliset vaatimukset koventuneet. Lääkärinkiertojen selvitysten yhteydessä keskeisiä asioita ovat olleet kyky tehokkaaseen suunnitteluun koordinoinnin avulla sekä informaatiokehitys moniammatillisen kommunikaation avulla. (Knudsen 2010, 4.)

Tanskalaisen Koldingin sairaalan lastenosastolla toteutettiin kehittämisprojekti lääkärinten uudelleenorganisoiduiksi potilaskeskusteluiksi. Projekti jaettiin kolmeen päätoimintamuotoon; ennen lääkärinten, lääkärinten ja lääkärinten jälkeen. Näihin kolmeen toimintamuotoon sisältyivät perinteiset lääkärintenmuodot. Tämä kolmiosainen projekti osoitti, että ennen lääkärinten jäi enemmän aikaa ja vaati enemmän resursseja, koska päätökset jatkotoimenpiteistä tehtiin heti. Tästä johtuen aika selvitykseen itse lääkärintenrolla potilaan kanssa väheni ja myös keskusteluun jäi vähemmän aikaa. (Knudsen 2010, 9-10.)

Etelä-Tanskan sairaanhoitoalueen kehitysstrategiassa kommunikaation optimoimiseksi potilaskeskusteluissa käytettiin kommunikaatiokurssia viestintämenetelmien pohjana. Kurssi perustui kirjaan kommunikaatiosta syöpäpotilaiden kanssa. Keskustelu sisälsi kolme vaihetta, joiden tavoitteena oli poistaa ja arvioida potilaiden fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja keskeiset ongelmat. Nämä vaiheet, joiden päätavoitteena oli luoda keskustelun rakenne, olivat kukin erikseen johdatus keskusteluun, yhdeksän keskustelun aluetta tuli olla potilaan arviointia ajankohtaisista ongelmista ja lopuksi oli keskustelun lopettaminen. Itse kommunikaatiomenetelmä pohjautui dialogiin lääkärin ja potilaan kanssa. Dialogi saavuttaa suurimman tehokkuutensa silloin, kun haastattelijalla ja potilaalla on yhteinen työjärjestys ongelmien suhteen, joihin potilas pystyy keskittymään. (Knudsen 2010, 10.)

Projektin taustana olivat vanhempien ja lasten kokemukset lääkärintenrolla tällä lastenosastolla. Jotkut perheet kokivat, ettei heitä huomioitu lääkärintenrolla ja hoitosuunnitelmissa. Problema-



tiikkaa käsiteltiin henkilöstön kokouksissa, joissa pohdittiin, miten lääkärinkierroista saataisiin arvokas kokemus sekä vanhemmille, lapsille että työntekijöille. Pohdinta muodosti alun projektin synnylle. Toivomuksena oli kehittää lääkärinkiertoa neuvotteluksi, jossa lapset ja vanhemmat olisivat aktiivisia osallistujia ja henkilökunta konsultteja. Lääkärinkierron tarkoituksena oli myötävaikuttaa siihen, että perheet kokivat sairaalasta uloskirjattaessa olevansa pätevämpiä lapsen sairauden suhteen. Sen lisäksi tarkoituksena oli myötävaikuttaa perheiden jatkuvuuden, yhteistyön ja turvallisuuden kokemuksiin. Tämä myös tuki perheitä hallitsemaan lastensa sairautta uloskirjoutuksen jälkeen. (Knudsen 2010, 10.)

Osastolle järjestettiin keskusteluhuone ja lääkärinkierrot nimettiin potilaskeskusteluiksi. Tämä kokeilu muodostui suureksi koordinoinnin haasteeksi perheiden jakamiseksi keskusteluhuoneisiin heidän tarpeidensa mukaan. Tämän vuoksi päätettiin, että lääkäri oli huoneessa koko päivän ja sairaanhoitajat ohjasivat perheet keskusteluhuoneeseen. Sairaanhoitajan rooli keskusteluhuoneessa laadukkaassa potilaan tutkimuksessa oli kliininen käytäntö potilaskeskusteluissa. Haastattelujen mukaan sairaanhoitajat näkivät puitetekijät merkityksellisenä tukena johtaviin arvoihin, ammatilliseen laatuun ja tasa-arvoon. Sairaanhoitajat ymmärsivät keskusteluhuoneen myötävaikuttavan siihen, että perheistä tuli tasa-arvoisia yhteistyökumppaneita ja he muun muassa pystyivät vapautumaan sairaan roolista. Huone edisti informaation kulkua ja parempaa kommunikaatiota, joka pohjautui keskustelurauhaan ja riittävään aikaan. Huoneen istuma-asettelu oli suunniteltu siten, että jokainen läsnäolija näki toistensa kasvot, tuki tasa-arvoista kommunikaatiota perheen kanssa ja auttoi kaikkia osallistumaan. Yhteistyö lääkärin ja sairaanhoitajan välillä selventyi ja moniammatillinen yhteistyö vahvistui. (Knudsen 2010, 11.)

## 5 Kokemustietoa Tanskasta

Yhteistyöhankkeeseen sisällytettiin opiskelijoiden kokemustiedon hakua Tanskasta. Matka toteutettiin maaliskuussa 2012 kahden viikon ajan. Tarkoituksena oli hankkia omien kokemusten kautta tietoa siitä, miten sähköinen kirjaaminen ja potilaslähtöisyys Tanskassa toteutuu. Tanskassa harjoittelun ohjaajia haastateltiin käyttäen yhteneväisiä kysymyksiä. Kysymykset olivat: ”Miten potilas voi vaikuttaa omaan hoitoonsa?” (How can the patient influence on his/her own treatment?) ja ”Miten potilaslähtöisyys toteutuu?” (How does the patient-focused approach realize?)

Ensimmäisen viikon ajan yksi opiskelijoista oli Vejlen sairaalan osastolla A270, jossa hoidettiin onkologisia potilaita. Toinen opiskelija oli Koldingin sairaalan akuuttipäivystyksessä ja kolmas Koldingin sairaalan lastentautien poliklinikalla ja lastentautien vuodeosastolla P12. Kaikki kolme opiskelijaa työskentelivät toisen harjoitteluviikon Koldingin sairaalan ortopedisellä osastolla.

Lillebæltin sairaanhoitoalueella on viisi akuuttisairaala, Koldingin, Vejlen, Middelfartin, Frederician ja Given sairaalat. Lillebæltin sairaaloiden visiona on ammattitaitoinen ja innovatiivinen sairaanhoito sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Tavoitteena on, että sairaanhoito olisi teoreettisesti perusteltua parhaimman kliinisen käytännön mukaisesti, sairaanhoito olisi kansallista ja kansainvälistä kehitystä ja tutkimusta, että potilaat ja omaiset kokisivat olevansa mukana hyvin organisoidussa ja moniammatillisessa työryhmässä ja sairaanhoito olisi dynaamista. (Strategi for Udvikling of Sygeplejen 2010.)

Lillebæltin sairaaloiden strategian aiheet vuosille 2009 - 2012 ovat asenteet ja käyttäytyminen ihmisiä kohdatessa, hoitajien rekrytointi ja sitouttaminen, kliinisen käytännön tutkiminen, kehittäminen ja harjoittaminen, hoitotyön ammattilaisen imago ja maine sekä luovuus ja innovatiivisuus hoitotyössä. (Developing strategy for the nursing profession 2011.)

### 5.1 Vejlen sairaalan onkologian osasto

Tanskassa potilas on sairaalassa keskeisessä asemassa. Hoito on hyvin potilaslähtöistä. Hoitajat halusivat potilaan tuntevan itsensä tervetulleeksi ja tärkeäksi. Potilaan haluttiin huomaavan, että häntä kuunneltiin ja hänen tarpeensa otettiin huomioon. Hoidon lähtökohtana olivat potilaan tarpeet ja hyvinvointi. Hoitajat viettivät paljon aikaa potilaan kanssa, kuuntelivat potilasta ja olivat läsnä. Hoitajakutsujärjestelmä takasi omahoitajuuden toteutumisen ja omahoitaja voi keskittyä omiin potilaisiinsa ja heidän tarpeisiinsa. Kun potilas soitti kelloa, kutsu näkyi omahoitajan haku-laitteessa. Jos kutsuun ei vastattu tietyn ajan kuluessa, se siirtyi muille hoitajille. Omahoitaja hoiti potilasta kokonaisuudessaan. Ajatuksena oli, että potilas voi tuntea olonsa turvalliseksi ja myös hoitaja tiesi ja tunsi potilaansa tarpeet.

Kirjaamisen rakenteena olivat esitiedot, keskeiset tiedot ja päivittäinen arviointi. Esitiedoissa oli sekä lääkärin että hoitajan teksti ja suunnitelmat. Hoitosuunnitelmassa käytettiin usein valmiita otsikoita. Näitä olivat tulosyyn lisäksi hengitys, verenkierto, ruumiinlämpö, ravitseminen, erittäminen, kipu, uni ja lepo, iho, limakalvot ja haavat, aktiviteetti ja mobilisointi, henkilökohtainen hygienia, psyykkisyys, tieto ja neuvonta, kommunikointi ja sosiaalisuus. Näiden eri otsikoiden alle voitiin kirjoittaa tarpeet, tavoitteet ja toiminnot. Pienempiä päivittäisiä suunnitelmia voitiin tehdä ongelma-alueen mukaan, esimerkiksi ruumiinlämpö ja kuumeen aleneminen. Potilaasta voi kirjoittaa myös tarvehoitosuunnitelmia. Tällainen tehtiin esimerkiksi silloin, kun potilas oli lähdössä kotiin ja tarvitsi siellä kotiapua. Kotiutusta varten voitiin myös kirjata erillinen tarkistuslista, josta sovitut asiat voitiin tarkistaa. Tulokeskustelussa ja sen kirjaamisessa huomioitiin potilaan jaksaminen. Jos potilas ei jaksanut keskustella tulotilanteessa, keskustelua voitiin jatkaa myöhemmin. Tämä kaikki kirjattiin. Potilasta informoitiin aina tulevasta lääkityksestä ja hoidosta, kuten kemoterapiasta, sen vaikutuksista ja sivuvaikutuksista. Kirjaamisessa näkyi, milloin potilasta oli näistä asioista informoitu ja myös jos kirjallista materiaalia oli annettu.

Lääkityksen kirjaamisessa jokainen lääke kirjattiin annetuksi samalla, kun omahoitaja jakoi potilaalle juuri sen ajankohdan lääkkeet. Lääkkeenjako huoneessa oli tietokoneita tätä varten. Potilaiden lääkkeitä ei lukenut papereissa tai lääkekorteilla, vaan ne olivat pelkästään sähköisessä muodossa. Hoitaja myös tarkisti potilaalta sosiaaliturvatunnuksen joka kerta lääkkeitä hänelle viedessään. Tietojen siirtymistä koneelle helpotti myös automaattinen tiedonsiirto. Esimerkiksi verensokeriarvo siirtyi verensokerimittarista automaattisesti potilaan tietoihin.

Sähköisen kirjaamisen apuna tarvittiin myös paperilomakkeita. Ravitseminen on syöpäpotilaalle erittäin tärkeä painon ylläpitämiseksi. Kaikki syöpäpotilaat tarvitsevat rasvaa ja proteiineja. Energian, proteiinien ja nesteen tarve määräytyy potilaan painon mukaan. Jokaisen potilaan kohdalla ravinnon tarvetta ja sen toteutusta seurattiin erillisillä lomakkeilla. Näin myös potilas oppi itse arvioimaan ravitsemustaan ja voi esimerkiksi vesilasillisen sijaan ottaa lasillisen kaakaota sen sisältämän energian vuoksi. Syöpäpotilailla ruokahalu on usein huono, eivätkä he pysty syömään tai juomaan suuria määriä. Lomakkeen tiedot siirrettiin päivittäin sähköiseen muotoon.

Osastonhoitajan mukaan kirjaamisessa oli myös puutteita ja ongelmia. Hoitotyö oli hyvin potilaslähtöistä ja kirjaamiseen jäi vähän aikaa. Kirjaaminen tehtiin usein lääketieteellisten diagnoosien perusteella unohtaen potilaan tuntemuksien ja näkemysten kuvaaminen. Hyvää kirjaamista pidettiin kuitenkin tärkeänä osana hoitotyötä. Hyvä kirjaaminen takasi hoidon jatkuvuuden. Osastolla oli paljon tietokoneita, se mahdollisti kirjaamisen. Usein kirjaaminen tehtiin kuitenkin vasta päivän päätteeksi. Suullista raportointia ei ollut, joten tarvittavat tiedot oli löydettävä sähköisessä muodossa. Tämän suullisen raportoinnin puuttumisen oli todettu säästävän aikaa 28 tuntia viikossa. (Nafei 2012.)

Osastonhoitajan mukaan käytössä oleva sähköinen kirjaamisjärjestelmä oli jo vanhanaikainen eikä se palvellut nykyaikaisia tarpeita. Tanskassa oli myös useita sähköisiä potilastietojärjestelmiä, joiden ohjelmia ei voitu yhtenäistää keskenään. Tämä hankaloitti hoidon jatkuvuutta potilaan siirryessä toiseen sairaalaan. Tarvittavat tiedot oli joko kopioitava potilaan mukaan tai faksattava toiseen sairaalaan. Vejlen ja Koldingin sairaalassa oli sama järjestelmä, joten näiden kahden sairaalan välillä tiedonvaihto onnistui sähköisessä muodossa. Århusin sairaalassa oli sama lääkitysjärjestelmä, joten potilaan lääkitys pystyttiin siirtämään sähköisesti, muu tieto oli faksattava. Ongelmia kirjaamisessa voi olla myös silloin, kun kerättävää tietoa oli paljon ja tietojen kerääminen haastavaa. Tästä esimerkkinä oli potilas, jolla oli veritulppien vuoksi amputoitu molemmat jalat. Lääkärit olivat todenneet, että hänen sairastamansa syöpä voidaan vielä parantaa. Tärkeää olisi ravitsemuksen seuranta voimien paranemiseksi ja tavoitteena kotiutus mahdollisen kotiavun turvin. Ravitsemuksen optimaaliseen kartoitukseen tarvittiin potilaan paino. Tämän potilaan kohdalla painon mittaaminen oli vaikeaa reisiamputaation ja huonon yleistilan vuoksi. Myös päämäärä, kotiutus, oli vielä hyvin kaukana ja kokonaisuuden hahmottaminen vaikeaa. Sen vuoksi myös kirjaaminen tällaisessa tapauksessa koettiin vaikeana. (Nafei 2012.)

Osastonhoitaja kertoi myös poliitikkojen tuomasta näkemyksestä hoitotyöhön. Hänen mukaansa poliitikot käyttivät käsitteitä kylmät kädet ja lämpimät kädet. Kylmät kädet kehittävät ja johtavat, lämpimät kädet ovat lähellä potilasta ja tekevät hoitotyötä. Nämä käsitteet otettiin usein esille silloin, kun haluttiin puhua rahasta. Osastonhoitajan mielestä nämä asiat kuuluivat yhteen. Hoitotyötäkin täytyy kehittää muun kehityksen mukana ja se kuuluu osaksi hoitotyötä. (Nafei 2012.)

## 5.2 Koldingin sairaalan akuuttiosasto

Koldingin sairaalan ensiapuun (akuuttiosasto) tuleva potilas ilmoittautui ensin vastaanotossa, jossa potilaan tiedot kirjattiin tietokoneohjelmaan. Potilas tapasi lääkärin ja sairaanhoitajan, joiden tapaamisen perusteella ensiarvion tehnyt lääkäri informoi kiireellisyysluokitushoitajaa puhelimitse. Tällöin tiedossa olivat potilaan hoitoon hakeutumisen syy, oireet ja sairauden esiluokiteltu erikoisala, joiden perusteella hoitaja teki hoidonkiireellisyysluokituksen. Hän myös tilasi sähköisesti ensiarvion tehneen lääkärin määräämät laboratoriotutkimukset ja elektrokardiogrammin, EKG:n. Kiireellisyyshoitojärjestelijän kirjaamat tiedot siirtyivät seuraavalle tietokoneruudun seinänäytölle ensiavun puolelle, jossa hoitaja ja eri alojen erikoistuvista lääkäreistä koostuva ryhmä valmistautuivat potilaan hoidontarpeeseen.

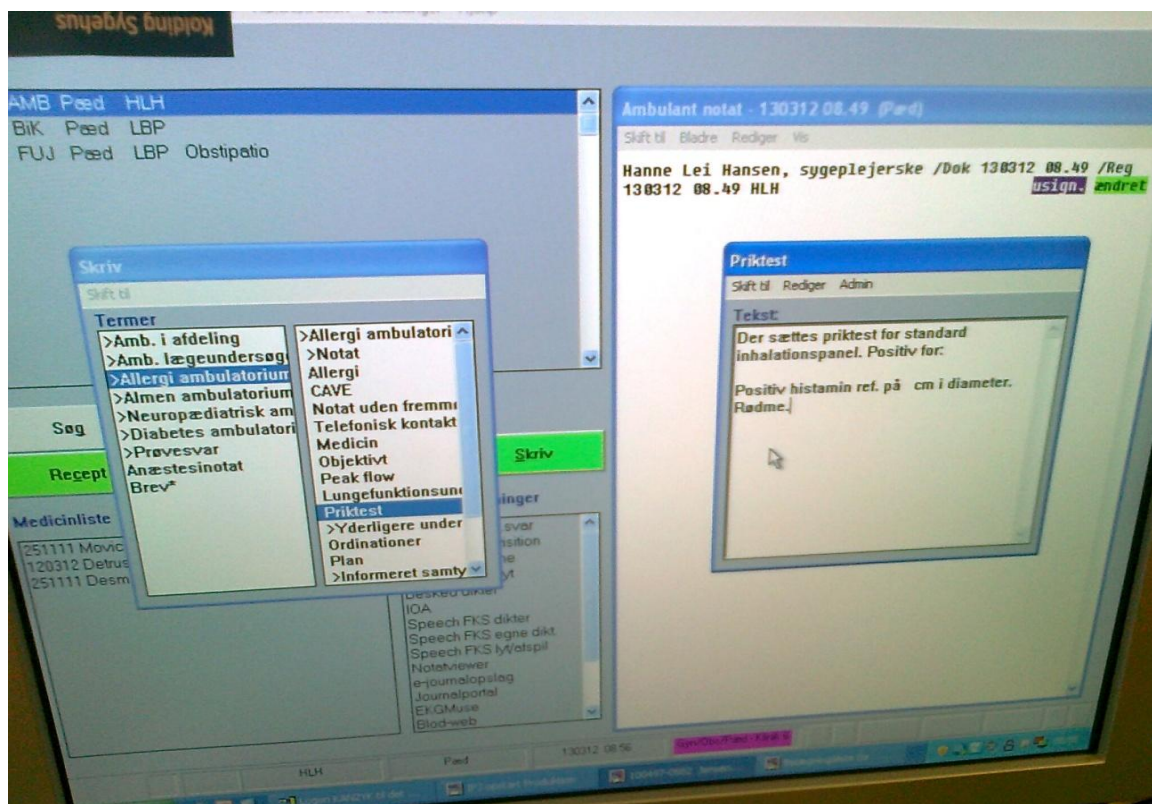
Kaikessa toiminnassa Koldingin sairaalan ensiavussa korostui potilaslähtöinen hoito. Potilas kutsuttiin odotustilasta etunimellä puhutellen. Potilaan kohdatessaan sekä hoitaja että lääkäri esittivät potilaalle. Potilaan saapuessa ambulanssilla hänet vastaanotettiin kokonaisvaltaisesti huomioiden ja potilaalle kerrottiin, ketkä häntä hoitavat. Hoitaja otti potilaan vastaan, tarkisti hänen

henkilöllisyytensä, haastatteli hänet, mittasi vitaalielintoiminnot ja otti virtsanäytteen. Hoitajan saatua työnsä valmiiksi hän merkitsi tiedot koneelle ja erikoistuva lääkäri tapasi potilaan. Hoitajan kirjaamat tiedot siirtyivät näyttöruudulle, jossa näkyivät hoitajan nimi, kuva ja puhelinnumero, potilaan sairauden erikoisala ja huoneen numero. Myös tieto laboratorionäytteiden ottamisesta siirtyi näyttöruudulle.

Näytöllä näkyivät eri väreissä hoidon etenemisvaiheet, joten seuraavaan vaiheeseen siirtyminen voi tapahtua ilman toisen ammattilaisen suullista tiedonantoa. Näytöllä näkyivät myös erikoislääkärintarve, röntgen ja muut huomioitavat asiat. Vain potilaan mahdollinen eristystila ei ruudulla näkynyt, se tieto selvisi hoituhuoneen oveen kiinnitetystä eristys-kyltistä ja oven ulkopuolella olevasta eristysuojainkärrystä. Potilaalla oli huoneessaan soittokello, jonka avulla hän sai suoraan yhteyden omahoitajaansa. Mikäli potilas tarvitsi monitorointilaitteen sydämen toiminnan seurantaan varten, käytettiin langatonta lähetintä, jolloin potilas voi vointinsa mukaan liikkua itsenäisesti. Sydänkäyrä ja sen rajahälytykset rekisteröityivät tietokoneelle ja näkyivät ja kuuluivat eri näytön kautta kansliassa. Potilaan henkilötunnusta kyseltiin hoidon eri vaiheissa toistuvasti, jotta potilaan saama hoito kohdistui varmasti oikealle potilaalle.

### 5.3 Koldingin sairaalan lastentautien poliklinikka ja osasto

Lastentautien poliklinikalla jokaisella sairaanhoitajalla oli oma vastuualueensa, esimerkiksi diabetes-, astma- ja allergia- sekä epilepsiapotilaat. Järjestelmä koettiin hyväksi, koska näin pystyttiin luomaan luottamuksellinen suhde hoitajan ja potilaan välillä, eikä tiedon kulussa tapahdu katkoksia. Potilastietojen kirjaaminen tapahtui vain sähköisesti, papereihin ei kirjattu mitään. Potilaskansiot olivat kuitenkin olemassa, koska niihin kerättiin sellaisia papereita, mitä ei sähköisesti voitu tallentaa, esimerkiksi Spirometria -vastaukset ja insuliinipumpun raporttinauhat. Kirjaamisen pääotsikoita oli yhdeksän ja niiden alla vaihteleva määrä alaotsikoita (kuva 1).



Kuva 1: Näkymä IPJ Opstart Produktion -järjestelmästä (Koldingin sairaala)

Hoitajat pitivät tärkeänä sitä, että jokainen ammattiryhmä kirjasi samaan järjestelmään ja kaikki pääsivät lukemaan toistensa tekstit. Tällä turvattiin ajantasaisen tiedon saannin mahdollisuus kaikille ammattiryhmille. Potilaat tulivat poliklinikalle ajanvarauksella ja vastaanottoaika varattiin niin, että kirjaamiselle jäi aikaa heti potilaan lähdettyä. Osa sairaanhoitajista ei kirjoittanut käyntitekstejä itse, vaan he sanelivat tekstin tietokoneelle, josta sihteerit kirjasivat sanelun potilas-tietoihin. Sanelut siirtyivät sähköisesti.

Vastaanoton aikana huomioitiin kaikkien perheenjäsenten tarpeet. Yhdessä keskustellen tehtiin päätökset hoidon toteutustavasta. Potilaan ja vanhempien toiveita kuunneltiin ja niitä pyrittiin toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan. Jos esimerkiksi diabetesta sairastava lapsi pelkäsi pistämistä, voitiin vaihtoehtoisena hoitomuotona miettiä insuliinipumppuhoitoa.

Lastentautien vuodeosasto P12:n potilaat oli jaettu sairaanhoitajien kesken. Yhden hoitajan vastuulla oli yhdestä neljään potilasta. Jokaisella hoitajalla oli työvuorossa mukana puhelin, johon myös potilaskutsut tulivat. Hoitajille nimettiin työvuoron alussa tietokone, jota he käyttivät koko työvuoron ajan. Tällä käytännöllä nopeutettiin kirjaamista, kun toistuvalla sisään- ja uloskirjautumiselta vältyttiin. Osastolla toteutettiin potilaslähtöistä toimintaa muun muassa siten, että siellä ei ollut täsmällisiä ruokailuaikoja, vaan päivän jokainen ateria oli tarjolla puolentoista tunnin ajan, jonka aikana potilas vanhempien voi ruokailla.

Yleensä potilaiden osastolle tulo tiedettiin etukäteen, jolloin potilaalle ja hänen perheelleen järjestettiin valmisteleva käynti, jolloin keskusteltiin vanhempien huolenaiheista, kuunneltiin lapsen mielipiteitä ja toiveita, kerrottiin alkavasta hoitajaksosta ja mietittiin yhdessä hoitoa koskevia asioita. Paikalla oli aina hoitava lääkäri, sairaanhoitaja ja potilas läheisineen. Tätä ensimmäistä käyntiä varten osastolle oli tehty erillinen huone, jonka tarkoituksena oli siirtää keskustelut pois rauhattomasta ympäristöstä ja näin luoda potilaalle ja hänen perheelleen tunne, että heille annettiin aikaa, heidän huoliaan kuunneltiin ja heidän toiveisiinsa vastattiin. Keskustelu käytiin aina istuen ja huoneen tuolit oli sijoitettu niin, että jokainen läsnäolija näki toistensa kasvot. Huoneen käytöstä on tehty LbD -mallin mukainen projektityö, josta kerrottu tässä työssä kappaleessa 4.7.

#### 5.4 Koldingin sairaalan ortopedinen ja leikkausosasto

Koldingin sairaalan ortopedisellä osastolla kirjaamiseen tutustuminen tapahtui opiskelijavastaavana toimivan sairaanhoitajan ohjauksella. Hän oli suorittanut yliopistotasoisien viestinnän tutkinnon ja opetti sairaalan henkilöstölle viestintää ja kommunikaatiota yhteistyössä toisen sairaanhoitajan kanssa. Jo toistakymmentä vuotta sairaalassa käytössä ollut kirjaamisjärjestelmä koettiin pääosin tehokkaana, vaikkakaan ei täydellisenä.

Erinomaisena dokumentointijärjestelmässä nähtiin esimerkiksi huonetaulu, jolla kuvattiin osastolla hoidettavana olevien potilaiden vuodepaikkoja tietoineen (taulukko 1). Jokaisen potilaan nimen edellä näkyi värikoodi, jolla ilmaistiin potilaan kuuluvan tiettyyn leikkausryhmään siten, että lila väri tarkoitti potilaan olevan osa polvi-, olkapää- tai selkäleikattavien ryhmää. Punainen koodiväri ilmoitti potilaan kuuluvan lonkkaproteesipotilaisiin tai heihin, joilla oli lonkkaleikkauksen jälkeinen infektio. Sinisellä värillä kerrottiin lonkkamurtumapotilaista, jotka leikattiin tapaturman seurauksena.

Näkymässä jokaisen potilaan nimen jälkeen esiintyi taas värikoodisto. Eri värien ja numeroiden avulla ilmaistiin eri asioita. Ensimmäisellä pystyrivillä punainen värikoodi numero yksi ilmaisi, että potilaan leikkaus tapahtui samana päivänä ja potilaan tuli olla ravinnotta. Numero kaksi sinisin värein kertoi potilaan sairastavan diabetesta. Kolmas pystyrivi, vihreä, viestitti, että potilaalla oli laskimokanyyli, i.v. -yhteys. Keltaisesta värikoodista seuraavalla pystyrivillä voitiin päätellä, että potilaalla oli tavallisista lääkkeenantoajoista poikkeava lääkitysaika. Numero viisi, purppuranväri, tarkoitti potilaalla olevan hoidettava haava. Numero kuuden ruskea väri osoitti potilaan saavan fysioterapiaa. Numero seitsemän turkoosilla pystyrivillä kertoi virtsakatetrasta ja sen seurauksena mahdollisesti esiintynyt infektio pystyttiin tilastoimaan siitä johtuneeksi. Huoneentaulunäkymässä jokaisen potilaan kohdalla oli merkittynä hänen hoitotiiminsä, kontaktilääkäriensä ja hoitajansa. Lisäksi näytöllä näkyi potilaan diagnoosi.

1:1																		
1:2																		
2:1																		
2:2																		
3:1																		
3:2																		
3:3																		
3:4																		
4:1																		
4:2																		
5:1	010230-xxxx	Potilaan nimi	OrtK	PUC	Knæloplastik	Gr1H	1											
5:2	020140-xxxx	Potilaan nimi	OrtK	PUC	Knæloplastik	Gr1H												6
6:1																		
6:2	030360-xxxx	Potilaan nimi	OrtK	LRC	Collum fem	C2Ha					3							6
6:3	020250-xxxx	Potilaan nimi	OrtK	LRC	Collum fem	vaC2												6
6:4	010140-xxxx	Potilaan nimi	OrtK	FGC	Hoftenær fraktur	C2ha		2	3	4								6 7
7:1																		
7:2	211255-xxxx	Potilaan nimi	OrtK	FCC	Holtøalloplastik	Gt2V	1											5
8:1																		
8:2	110140-xxxx	Potilaan nimi	OrtK	ROC	Smeilebehandling	gr1												6
8:3																		
8:4																		

Taulukko 1: Huonetaulu (Koldingin sairaalan ortopedinen osasto)

Lillebæltin sairaaloiden työssä Intranet oli tärkeä työkalu. Sieltä löytyivät ohjeet kaikkeen hoitoon. Intranetiä päivitettiin puolen vuoden välein. Sinne laaditut hoito-ohjeet määrittivät suunnan kaikelle hoitotyölle, takasivat yhtenäiset hoitokäytännöt ja tasavertaisen hoitotyön laadun kaikille potilaille. Tarkistuslistoilla pyrittiin turvaamaan se, että kaikki mahdollinen valmistautuminen potilaan laadukkaaseen hoitoon tuli suoritetuksi järjestelmällisesti ja kattavasti. Sekä täsmällisen kirjaamisen että tarkistuslistojen käytön merkitys korostui erityisesti leikkausosastolla.

Leikkaukseen tuleva potilas haluttiin kohdata jo ennen potilaan sedatointia, jotta potilas kokisi olonsa turvalliseksi ennen nukutusta. Asiallisella potilaan kohtaamisella haluttiin tukea hänen henkistä valmistautumistaan leikkaukseen. Potilaan kanssa keskusteltiin leikkaukseen liittyvistä asioista. Esimerkkinä leikkausosaston henkilöstön valmistautumisessa työhönsä käytettiin Turvallisen kirurgian tarkistuslistaa, jonka avulla käytiin läpi ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen huomioon otettavat asiat (liite 6).

Ennen leikkausta leikkaustiimi kävi läpi muun muassa, että potilaaseen oli merkitty leikkausalue ja että potilas oli käynyt wc:ssä tunnin sisällä. Potilaalta itseltään tarkistettiin hänen henkilöllisyytensä ja mikäli mahdollista, hän itse kertoi vaivansa laadun ja leikkauspaikan. Potilaalta varmis-



tettiin mahdolliset allergiat ja että hän ymmärsi tulossa olevan toimenpiteen merkityksen ja tarpeellisuuden. Ennen leikkausta tarkistuslistan avulla varmistettiin myös, että leikkaava kirurgi otti kantaa antibioottiprofylaksiaan ja yli 500 millilitran verenvuotoriskiin. (Sikker kirurgi tjekliste 2012.)

Potilaan jo nukkuessa ennen leikkauksen aloittamista käytiin vielä läpi joitakin asioita. Kaikkien tiimin jäsenten roolit kerrattiin. Leikkaustiimi vahvasti suullisesti potilaan henkilöllisyyden, leikkauspaikan, vaivan laadun ja siirtoliukulakanan poiston potilaan alta. Varmistettiin myös, että antibioottiprofylaksi oli annettu tunnin sisällä, mikäli niin oli määrätty. Lopuksi ennen leikkausta käytiin vielä läpi leikkauksen kulku ja arvioitu kesto. (Sikker kirurgi tjekliste 2012.)

Leikkauksen jälkeen tiimi teki yhteenvedon siitä, mikä toimenpide suoritettiin. Leikkaustiimi kävi läpi suunnitelman potilaan postoperatiivisesta hoidosta, kuten tromboosiprofylaksiasta. (Sikker kirurgi tjekliste 2012.) Kirjaamisen kannalta tämän lomakkeen huolellisella läpikäynnillä pyrittiin varmistamaan leikkauksen turvallisen kulun toteutuminen.

Tanskassa Lillebæltin sairaanhoitoalueen sairaaloissa käytettiin sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa monia tarkistuslistoja. Niiden tarkoituksenmukaisuudesta huolimatta niiden löytäminen kirjaamisjärjestelmästä koettiin monimutkaisena. Niiden huolellinen läpikäynti vei runsaasti aikaa ja se koettiin potilaslähtöistä hoitotyötä tekevästä henkilöstöstä harmilliseksi. Tämä aika haluttiin käyttää kliiniseen potilastyöhön. Kiireessä hoitajat saattoivat käyttää dokumentoidessaan oikoteitä, kirjata tiedot helpommalla tavalla. Sen seurauksena potilaasta kirjatut tiedot päätyivät väärään paikkaan potilaan hoitokertomuksessa. Tarvittavat tiedot eivät siis aina löytyneet oikeiden otsikoiden alta. Näin tapahtui vielä 12 vuoden jälkeen sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönotosta. Kirjaaminen ymmärrettiin kuitenkin välttämättömäksi potilaslähtöisen hoitotyön turvaamiseksi.

Koldingin sairaalan ortopedisellä osastolla kaikki potilasohjeet leikkausta edeltävästä kuntoutuksesta, leikkaukseen valmistautumisesta kuntoutuksen etenemiseen ja toipilaan paranemisprosessiin oli ohjeistettu sekä sähköisin että paperiversioin. Näitä potilaaksi tuleva ja jo kotiutunut potilas pystyi selailemaan kotonaan. Sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa onnistunut järjestelmä oli arvokas apu potilaslähtöisen hoitotyön dokumentointiin ja hyödyntämiseen. Sen hyvät puolet päihittivät järjestelmän heikkoudet niin kauan, kunnes puutteet saataisiin korjattua.

## 6 Kehittämistoiminnan toteutus

Asiakaslähtöisen kirjaamisen hanke eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti yhteistyössä Lohjan sairaalan työelämän edustajien kanssa. Yhteisiä tapaamisia pidettiin työryhmän kanssa säännöllisesti. Arviointia tehtiin opinnäytetyön edistyessä yhdessä työelämän edustajien kanssa.

Osastojen 4 A ja 4 B nykytilannetta selvitettiin liiketalouden opiskelijoiden tekemällä teemahaastattelulla, joka analysoitiin sisällönanalysillä. Teoreettisina lähtökohtina käytettiin kirjaamisen kansainvälistä luokitusta ja HUS:n hoitoprosessin vaiheita. Työssä käsiteltiin myös keskeisiä käsitteitä, joita olivat asiakas ja asiakaslähtöisyys, potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen ja sähköinen kirjaaminen. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin juurruttamista.

Otannon tärkeimpinä käsitteinä pidetään perusjoukkoa ja otosta. Perusjoukko muodostuu tutkimuksen kiinnostuksen kohteesta ja otos tutkimukseen valituiksi tulleista vastaajista. Otannon perusteella voidaan tutkimuksen tulokset yleistää. Vaikka tiedonkeruussa ei olisikaan kyse otannasta, käytetään aineistosta usein nimitystä otos. (Vehkalahti 2008, 43.)

Valikoiva otos (tarkoituksenmukainen otanta) tarkoittaa, että tutkija on valinnut tietoisesti tietyt osallistujat, osiot ja tapahtumat aineistoksi tutkimukseensa. Verkosto-otanta (lumipallo-otos) tarkoittaa tutkimusaineiston hankinnan suosivan sosiaalisia verkostoja tutkittavan joukon löytämiseksi. Haittana tässä tavassa on, että tutkimukseen osallistuvat ovat verkottuneet toisiinsa, eivätkä ole riippumattomia tutkimusedustajia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85-86.)

Määrällisessä tutkimuksessa otoksen (sample) suhde perusjoukkoon on yksi painotusalue. Perusjoukko (population) taas tarkoittaa sitä väestöä, johon tuloksia suhteutetaan. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoksen edustajia voidaan kuvata tilastoyksiköiksi (statistical unit). Otoksen toteutukseksi sopii joko otanta- tai kokonaistutkimus. Tutkittavan joukon liiallinen paisuminen voidaan estää valitsemalla otantatutkimus: myös tutkimuskustannusten huomioon ottaminen kuuluu kehittäjän velvollisuuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa otoksen valinta on myös painoarvoltaan tärkeä tutkimuksen luotavuutta, laatua ja arviointia silmälläpitäen. Se tarkoittaa, että otoksen valintatapa ja perusteet on kuvattava tarkasti tulosten tulkinnan tueksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 86.) Tässä työssä yhtenä otoksena olivat teemahaastattelun haastateltavat osastojen 4 A ja 4 B osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja.

Haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto ovat laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä. Näitä menetelmiä voidaan käyttää myös määrällisen tutkimuksen aineistoa kerätessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.)

## 6.1 Toteuttamissuunnitelma ja aikataulu

Opiskelijoiden rekrytointi hankkeeseen alkoi 6.9.2011 opinnäytetyöaiheiden esittelyillä. Lokakuussa 2011 liiketalouden opiskelijat haastattelivat osastonhoitajaa ja apulaisosastonhoitajia nykytilanteesta. Asiakaslähtöisen hoitotyön hanke voitiin aloittaa asiakaslähtöisyydellä liiketalouden näkökulmasta ja arvioimalla työyhteisön nykytilannetta. Tiedonhaun pajassa Lohjan sairaalassa sairaanhoitajaopiskelijat etsivät tietoa asiakaslähtöisyydestä yhdessä työelämän edustajien kanssa. Marraskuussa 2011 oli asiakaslähtöinen hoitotyö -koulutusiltapäivä, jolloin keväällä 2011 rakennettuja toimintatapoja esiteltiin muille työyhteisöille. Opiskelijoiden alustava suunnitelma valmistui marraskuussa. Joulukuussa 2011 ja tammikuussa 2012 opiskelijat hakivat lisätietoa ja suunnittelivat uutta toimintatapaa. Uusi toimintatapa valmistui helmikuussa 2012 ja se otettiin käyttöön maaliskuussa 2012. Hanketta arvioitiin huhtikuussa 2012 ja hankkeen päätösseminaari järjestettiin toukokuussa 2012. Opiskelijat tapasivat työelämän edustajat yhteisessä työryhmässä säännöllisesti. (Liite 1.)

## 6.2 Nykytilanteen kuvaus

Hanke aloitettiin yhteistyössä liiketalouden opiskelijoiden kanssa, jotka selvittivät nykytilannetta osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajien teemahaastatteluna. Liiketalouden opiskelijat kuvasivat nykytoimintaa kirjaamisessa asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Teemahaastattelu tehtiin osastoilla 4 A ja 4 B. Haastattelussa käsiteltävät aiheet olivat tulotilanne - tiedonkeruu ja analysointi, hoidon suunnittelu - tarpeiden määrittäminen ja tavoitteiden asettaminen, hoidon toteutus - suunniteltujen toimintojen toteuttaminen ja hoidon arviointi - hoitotyön yhteenveto. (Lahtikari 2011.)

Tieto potilaiden tulosta saadaan etukäteen, jolloin sovitaan potilaan paikka ja hänet vastaanottava hoitaja. Tulotilanteessa potilas toivotetaan tervetulleeksi, esitellään hänelle mm. huone, wc, suihku ja soittokello. Mahdolliset lähetteet tarkistetaan. (Lahtikari 2011.)

Tulotilanteessa kehitettävää olisi siinä, kun osasto on liian täysi ja monta potilasta saapuu samaan aikaan. Silloin kiireessä pitäisi pystyä keskittymään perusasioihin ja lykätä esim. kirjallisia töitä. Potilaat pyritään huomioimaan heti heidän saapuessaan osastolle. Resurssit eivät kuitenkaan aina riitä ja potilaiden määrää on vaikea arvioida etukäteen. Tiedon keruu alkaa jo poliklinikalla. Osastolla tulohaastattelussa selvitetään perustiedot kuten vointi, liikkuminen ja ravitsemukseen liittyvät asiat. Tulohaastattelu sujuu yleensä hyvin, mutta osastolle tulevat potilaat saattavat olla myös sekavia tai päihtyneessä tilassa, jolloin tiedon saanti voi olla haastavaa. Kaikkea tietoa ei saada selville heti. (Lahtikari 2011.)

Hoidon suunnittelu alkaa lähtötilanteen selvityksestä ja suunnittelu etenee sen mukaisesti. Hoitoa ei perinteisesti suunnitella potilaan kanssa yhdessä. Tässä olisikin kehittämistä. Potilasta informoidaan mm. lääkärintierroilla. Tarvittaessa hoitajat selventävät asian potilaalle. Hoitajien ammattitaito vaikuttaa paljon muun muassa siihen, miten osaa selvittää potilaan taustoja ja miten osaa selvittää potilaalle tarvittavat tutkimukset. Hoidon toteutukseen liittyen hoitosuunnitelmaa aletaan toteuttaa välittömästi. Tietoja täydennetään tarvittaessa. Hoidon toteutuksessa kehitettävää olisi hoitosuunnitelman päivittämisessä ja ajan tasalla pitämisessä. (Lahtikari 2011.)

Hoitoa arvioidaan jatkuvasti muun muassa suullisen raportoinnin avulla. Hoidon arvioinnissa käytetään myös erilaisia mittareita kuten laboratoriotulokset, muiden tutkimusten tulokset ja potilaan voinnin seuranta. Potilaalta saadaan palautetta keskustellessa hänen voinnistaan, miltä hänestä tuntuu ja miten hoito on edistynyt. Palautetta saadaan myös potilaan kotiuttamistilanteessa. Joskus palautetta voidaan saada myös potilaan kuntoutumisesta, jolloin tarkastellaan, ovatko potilaan odotukset olleet realistisia ja suunnitellaan muun muassa hoidon jatkumo. (Lahtikari 2011.)

### 6.3 Hankkeen riskit

Hankkeen alkaessa täytyy sen vankkana perustana olla muutostarpeen hyväksyminen. Jokaisen henkilöstön jäsenen tulee tunnistaa muuttuva tilanne, muuten suunnitelmaa on vaikea viedä eteenpäin. Hankkeen suunnitelmat toteutuvat vain yhteisen näkemyksen avulla. Tämä edesauttaa siinä, että pystytään tunnistamaan perusajatus siitä, miten toivottuun lopputulokseen pyritään. Jokaisen työyksikön jäsenen on sitouduttava muutokseen ja jokaiselle on annettava mahdollisuus tuoda ideansa ja ajatuksensa julki. Yhteisen tavoitteen puuttuminen voi kariuttaa koko hankkeen. (Valpola 2004, 32-34.)

Riskinä hankkeen toteutumiselle voi olla se, etteivät työryhmän jäsenet sisäistä omaa rooliaan ryhmässä. Opiskelijan toimiessa aktiivisena ryhmän jäsenenä hän ei enää ole vain opiskelija vaan tasavertainen henkilö hoitajien rinnalla. Myöskään hoitaja ei enää ole vain opiskelijan ohjaaja vaan vastuullinen oman työnsä kehittäjä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16.)

### 6.4 Uuden toimintatavan rakentaminen

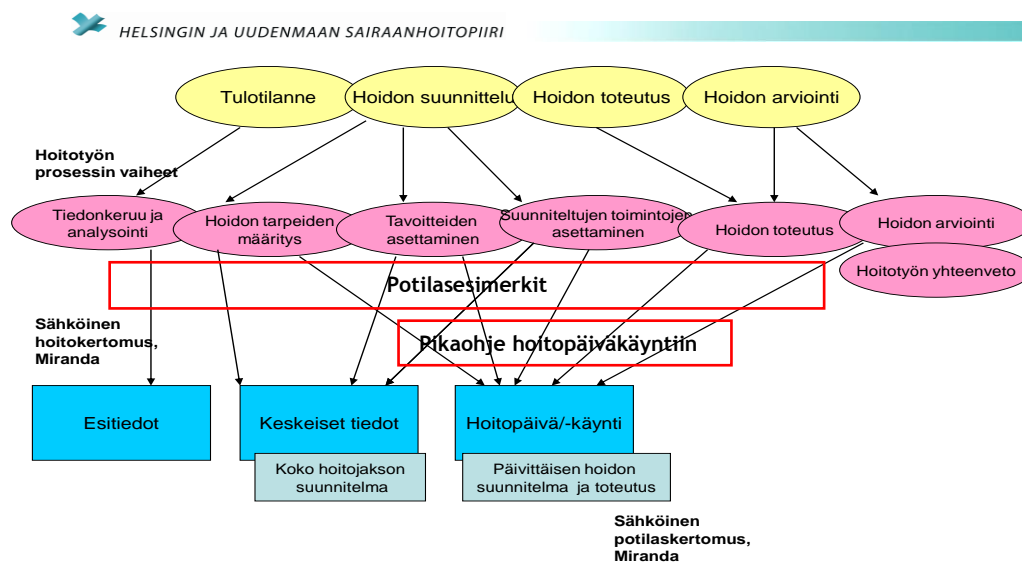
Juurruttamisen prosessin ensimmäisessä vaiheessa liiketalouden opiskelijat kuvasivat nykytilaa teemahaastattelujen pohjalta. Kehittämistoiminnan etenemisen seuraavassa vaiheessa kehittämiskohde määriteltiin ja tavoite alkoi hahmottua. Työn aiheeksi muotoutui asiakaslähtöisen kirjaamisen kehittäminen Lohjan sairaalan sisätautiosastolla. Työyhteisö ja Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijat aloittivat yhteistyönsä ja kehittämiskohteen yhteistä merkitystä ryhdyttiin vahvistamaan. Kehittämiskohdetta arvioitiin työn edetessä ja päämäärää selkiytettiin.

Kolmannessa vaiheessa kehitettävän toiminnan tueksi etsittiin tutkittua tietoa. Taustalla olivat koko ajan HUS:n arvot ja hoitoprosessin vaiheet.

Työssä pystyttiin erittelemään kaksi toteutusvaihetta. Toteutusvaihe oli juurruttamisen prosessin neljäs ja viides vaihe. Toteutuksen alkuvaiheessa rakennettiin kirjaamista helpottavia potilasesimerkkejä hoitajien avuksi kirjaamisen harjoitteluun oikeiden otsikoiden alle. Käytön aloittamista helpottamaan tehtiin sairaalan tukihenkilöryhmän kanssa kolme harjoituspotilastapausta. Harjoituspotilaiden sairaudet olivat neurologinen (liite 2), keuhkosairaus (liite 3) ja sydämen vajaatoiminta (liite 4).

Tukihenkilöryhmä oli kirjannut jokaisen potilasryhmän perusongelmia ja niiden pohjalta tehtiin otsikkorakenteen mukaiset sähköisen kirjaamisen mallit. Valmiit mallit tallennettiin sairaalan osaston yhdelle koneelle, missä hoitajilla oli mahdollisuus käydä niihin tutustumassa ja harjoittelemassa kirjaamista.

Osaston uudet työasemat saatiin käyttöön viiveellä, joka hidasti toisen toteutusvaiheen käynnistymistä. Käytännön tarpeiden pohjalta syntyi mallikirjaamislomake, selkokielineen pikaohje (liite 5), johon eri värein korostettiin tietyn potilasryhmän erityisasiat (sydän, keuhko ja AVH). Ohjeeseen laitettiin vain ne otsikot, joita minimikirjaaminen edellytti. Pikaohjeet laminoitiin ja ne sijoitettiin jokaisen työaseman läheisyyteen. Hoitajat ovat kokeneet ohjeen selkeäksi ja hyväksi ja siitä on ollut apua sähköistä kirjaamista aloitettaessa. (Kuvio 8.)



Kuvio 8: Hoitoprosessin vaiheet (mukaellen Junttila ym. 2010)

Opiskelijoiden matka Tanskaan toteutui vasta siirtymävaiheen jälkeen. Tässä vaiheessa osastolla oli jo siirrytty sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Tiedonhakumatalla pyrittiin saamaan vahvistavaa lisätietoa käytännön potilaslähtöiseen hoitotyöhön. Juurruttamisen prosessin kuudentena vaiheena oli uuden toimintatavan juurruttaminen käytäntöön.

## 6.5 Uusi toimintatapa

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi Lohjan sairaalan sisätautien vuodeosaston sähköisen rakenteisen kirjaamisen mallikirjaamislomake, jonka tarkoituksena oli harjaannuttaa uuden kirjaamistavan käyttöönotossa ja auttaa sisäistämään asiakaslähtöisen kirjaamisen vähimmäisvaatimukset. Tuotosta oli tarkoitus hyödyntää myös uuden työntekijän perehdytyksessä kirjaamista opeteltaessa.

Lääkärinkierroilla uuden toimintatavan tuloksena kiersi kaksi lääkäriä, joilla kummallakin oli työasema mukanaan. Potilas kohdattiin esittäytymällä ja kahdesta lääkäristä toinen tutki potilasta ja keskusteli hänen kanssaan. Lääkäri kirjasi reaaliaikaisesti lääkehoito- ja tutkimussuunnitelmaa työasemalle. Samanaikaisesti lääkärin keskinäinen kommunikointi käsitteli opetusta ja hoito-ohjeita, joiden sisällöstä potilaskin pääsi osalliseksi.

Uudessa rakenteisen kirjaamisen toimintatavassa asiakaslähtöisyys toteutui sisätautiosastolla siten, että potilaalle selitettiin selkokielellisesti hänen sairautensa piirteitä ja potilaalla oli mahdollisuus tulla kuulluksi omaa hoitoaan koskevissa asioissa sekä esittää toivomus tehtävän tutkimuksen tai toimenpiteen toteutuksesta. Tämä toive kirjattiin potilaan hoitotaulukkoon Huomioitavaa lääkärinkierrolle -kohtaan, josta lääkäri näki sen suoraan ja keskusteli asiasta potilaan kanssa. Potilaat esittivätkin usein toiveitaan hoitoonsa liittyen.

Huonona puolena voitiin nähdä kierron aikana kirjattujen määräysten muuttuminen lääkäreiden syvällisemmän pohdinnan tai tarkempien laboratoriovastausten saapumisten jälkeen useampaan kertaan. Toisaalta osastolla ymmärrettiin mietinnän olevan asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumisen kannalta tärkeää, vaikkakin se aiheutti jatkuvaa lisätyötä määräysten toteuttamiseksi. Kaikkien potilaiden luona ei lääkärin ollut tarpeen käydä joka päivä, ellei potilaan voinnissa tai tutkimustuloksissa ollut uusia löydöksiä.

Opiskelijoiden tekemää tiedonhakumatkaa Tanskaan hyödynnettiin vertailemalla potilastietojärjestelmien tarjoamien mahdollisuuksien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia niiden käytössä. Sekä Lohjan sairaalassa käyttöönotetussa tietokannassa että tanskalaisessa järjestelmässä potilaan tietorekisterin muodostivat esitiedot, keskeiset tiedot ja päivittäinen arviointi. Tärkeäksi sekä Suomessa että Tanskassa koettiin, että moniammatilliset tekstit kirjattiin samaan tietokantaan ja kaikki pääsivät lukemaan toistensa tekstit. Tämän tarkoituksena oli turvata ajantasaisen tiedon

saanti kaikille ammattiryhmille. Lohjalla uuden toimintatavan oltua käytössä muutaman kuukauden reaaliaikainen kirjaaminen toteutui useimmiten.

Hoitosuunnitelmassa käytettiin kummassakin maassa valmiita otsikoita ja niiden avulla kirjaamisen käytännön koettiin olevan yhdenvertaista potilaiden kesken. Myös kirjaamisen asiakaslähtöiseen perusteellisuuteen pyrkiminen Tanskan mallin mukaan oli tavoitteena uudessa toimintatavassa Lohjan sairaalan sisätautiosastolla. Kirjaamisessa näkyi esimerkiksi, milloin potilasta oli hoitoon liittyvistä asioista informoitu.

Tanskassa lääkkeenjako huoneessa oli tietokoneita lääkkeiden annon reaaliaikaista kirjaamista varten. Lohjalla sisätautiosaston lääkehuoneessa oli yksi työasema, johon oli mahdollista muulloin kuin päiväaikaisen ruuhkan ajankohtana tehdä antokirjaus samalla, kun lääke annosteltiin. Tämän työaseman käyttö sisätautiosastolla siihen tarkoitukseen oli vähäistä johtuen erillisestä ohjelmaan kirjautumisesta. Tanskassa hoitajille nimettiin työvuoron alussa tietokone, jota he käyttivät koko työvuoron ajan. Lohjan sairaalan sisätautiosastolla on pyritty samanlaiseen käytäntöön, mutta työasemien määrän tarve on suurempi kuin käytössä olevat työasemat. Lääkärit tarvitsevat kieroilla siirrettäviä työasemia sen lisäksi, että heillä on huoneessaan jokaisella kiinteä työasema. Nimeämiskäytännöllä nopeutettaisiin kirjaamista, kun toistuvalla sisään- ja uloskirjautumiselta vältyttäisiin. Lisäksi Tanskassa jokaisella hoitajalla oli työvuorossa mukana puhelin, johon myös potilaskutsut tulivat. Tämä tekniikka ei ole Lohjalla käytössä. Osastolla kehitettiin oman osaston tarpeisiin liittyviä toimintatapoja itsenäisesti, esimerkiksi sovittiin, miten laskimokanyylin laitto kirjataan.

## 7 Kehittämistoiminnan arviointi

Tutkimusetiikka on ammattietiikkaa, joka velvoittaa kehittäjää, ja hyvän tavan mukaisesti sitä on noudatettava kehittämistyötä toteutettaessa. Tutkimusetiikka ohjaa toimintatapoja, koskien muun muassa työtovereita, tutkimuskohdetta ja tutkimusyleisöä. Kehittämistyön tavoitteet, kysymyksenasettelu, aineiston keruu- ja käsittelytapa ja säilytys samoin kuin tulosten esitys suojelevat kehittämisen kohderyhmää ja tieteellistä yhteisöä eivätkä loukkaa hyvää tieteellistä tapaa. Kehittäjä vastaa omaan tutkimukseensa tekemistään valinnoista ja niiden perusteluista. Kehittäjän tehtäväksi jää kehittämistyön haittojen minimointi ja niihin suhteuttaen kehittämistyön hyödyn maksimointi. Kehittämistyön teossa on otettava huomioon ajantasainen lainsäädäntö: kaikissa tutkimuksissa on niin henkilöiden yksityisyyttä kuin tekijänoikeuksiakin sivuavia asioita. Normit ohjaavat kehittäjää näiden pulmien ratkaisuisa. (Vilka 2007, 89-91.)

Kaikilla kuvilla ja teksteillä on lähdeaineistona yhtenäinen tekijänsuoja verrattuna painettuun materiaaliin, vaikka verkkoaineisto on helposti saatavilla eikä sen tekijä aina ole kiistattomasti todistettavissa. Internetistä noudettu aineisto ei välttämättä ole sallittua tutkimusaineistona ja sen käyttöä sitoo voimassa oleva lainsäädäntö ja tutkimuseettisyys. (Vilka 2007, 97.)

Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimusperiaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Tiedon käytöstä ja sen seurauksista yhteiskunnalle on vastuunkantajana kehittämistoiminta. Kehittämistoiminnan pyrkimyksenä ja tarkoituksena on luoda tietoisia ja eettisesti punnittuja ratkaisuja kehittämistyön eri vaiheissa. Jo kehittämisen aiheen valinta on eettinen päätös ja kehittämisen kohdehenkilöiden kohtelu vaatii selvitystä. Kaikissa kehittämistyön osavaiheissa pitäydytään vilpittömydessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 25-27.) Tässä työssä esille tulleet ja käsitellyt henkilöön liittyvät tiedot samoin kuin potilasasiakirjoissa esiintyneet tiedot on käsitelty siten, että täydellinen salassapito asioita ja yksilöitä koskien on toteutunut eikä yksittäistä henkilöä voida niistä tunnistaa. (Henkilötietolaki 1999.) Opinnäytetyö on julkisesti saatavilla oleva tutkimus, joten esimerkiksi potilastietoja ei työssä käsitellä.

Kehittämistyön etiikkaa säätelee ja valvoo Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (myöhemmin ETENE) ja Tutkimuseettinen neuvottelukunta (myöhemmin TENK). ETENE:n asetus 667/2009 muun muassa käsittelee eettisiä kysymyksiä liittyen potilaan oikeuksiin ja asemaan. Se myös kerää ja jakaa tietoa sosiaali- ja terveysalan eettisistä kysymyksistä (Valtioneuvoston asetus valtakunnallisesta sosiaali- ja terveysalan eettisestä neuvottelukunnasta 667/2009). TENK:in tehtävänä on asetuksen 1347/1991 mukaan edistää tutkimusetiikkaan liittyvää keskustelua ja tiedotusta sekä olla aloitteentekijänä sen edistämiseksi. Lisäksi TENK toimii asiantuntijana mahdollisia tutkimuseettisiä ongelmia selviteltäessä (Asetus tutkimuseettisestä neuvottelukunnasta 1347/1991).



Kehittämistyötä tehtäessä yksi tärkeimmistä eettisistä periaatteista on se, ovatko tutkimustulokset paikkansa pitäviä ja voidaanko niitä yleistää ja julkistaa. Kehittämistyön tekijän tulisi loppuun asti kyseenalaistaa tulosten luotettavuutta ja yrittää todistaa kehittämistyön virheellisyys. Mikäli tutkimustuloksia pantataan eikä niitä haluta julkisuuteen, on hyvin todennäköistä, että tulokset ovat virheellisiä eivätkä näin ollen ole luotettavia. (Mäkinen 2006, 102.)

Kehittämistyön tarkoituksena on saada mahdollisimman luotettavaa tietoa ja määrällisessä opinäytetyössä onkin luotettavuutta aina arvioitava. Validiteetti ja reliabiliteetti ovat käsitteitä, joita käytetään luotettavuuden arvioinnissa. Nämä käsitteet tarkoittavat molemmat luotettavuutta. Validiteetin mukaan tutkitaan tutkimusongelman kannalta oikeita asioita ja reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä. Huomioimalla validiteetti- ja reliabiliteettikysymykset voidaan kehittämistyön luotettavuutta parantaa. Myös laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää validiteetti- ja reliabiliteettikysymyksiä luotettavuuden arvioinnissa, vaikkakaan ne eivät siinä ole niin tärkeitä. (Kananen 2008, 79.)

Määrällisessä tutkimuksessa reliabiliteetti voidaan näyttää toteen toistamalla tutkimuksen vaiheet. Tämä edellyttää sitä, että tutkimuksen kaikki vaiheet on kirjattu riittävän tarkasti. Opinnäytetyössä uusintamittaukset eivät ole tarpeen, mutta prosessin aukottomuuden toteamiseksi on eri vaiheiden oltava hyvin kirjattu ja ratkaisut perusteltu. (Kananen 2008, 83.)

Validiteettia pohtiessa voidaan siinä erottaa sisäinen ja ulkoinen validiteetti, jotka yhdessä muodostavat kokonaisvaliditeetin. Sisäinen validiteetti erottuu reliabiliteetista tutkimuksen järjestelmällisellä luotettavuudella. Sisäisen validiteetin toteutumista on vaikea arvioida, mutta sitä vähentäviä tekijöitä voidaan yrittää poistaa tutkimuksen kehitystä tarkkaan kirjaamalla. Käsitteet on myös määriteltävä tarkkaan teoriaan pohjautuen. Ulkoisella validiteetilla yleistetään tutkimustuloksia, jolloin pohditaan otoksesta saatujen tutkimustulosten vastaavuutta perusjoukkoon. (Kananen 2008, 83-84.)

Kun laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan puolueettomuutta ja asianmukaisuutta on toisistaan erotettava myös havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Puolueettomuuden kannalta kehittämistyössä voidaan miettiä, pyrkiikö kehittäjä ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia vai vaikuttaako tutkijan havainnointiin ja kuulemiseen hänen oma asenteensa, ikänsä, sukupuolensa, koulutuksensa, kiinnostuksensa tai jokin muu asia. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 135-136.)

Tutkimusaineisto sisältää välitöntä tietoa kehittämisen kohteesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 86). Sen tarkoituksena on vastata suoraan tutkimusongelmaan (Vilka 2007, 33). Kehittämistyössä voidaan hyödyntää myös muiden aiemmin keräämää aineistoa, esimerkiksi potilasdokumentteja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 86).

## 7.1 Uuden toimintamallin arviointi

Asiakaslähtöinen rakenteinen sähköinen kirjaaminen on lähtenyt osastolla hyvin käyntiin. Henkilöstön mukaan alun kangertelun jälkeen rakenteinen kirjaaminen on alkanut sujua odotettua juohevammin, joidenkin mielestä jopa todella hyvin. Kehittämistyöryhmään kuului sisätautiosaston kirjaamisen tukihenkilöitä. Heidän apunsa on ollut merkittävää sähköisen rakenteisen kirjaamisen alkaessa. Osastolla vertaistuki toimi kiitettävästi ja siitä koettiin olleen paljon hyötyä. Hoitajien mielestä kirjaamisen apuna ollut opiskelijoiden laatima mallikirjaamislomake on auttanut kirjaimishaasteissa. Huonona puolena koettiin se, että päivystyspoliklinikan ja valvonnan kanssa samantasoinen yhteistyö ei toiminut toivotulla tavalla, koska molemmissa yksikössä rakenteinen asiakaslähtöinen kirjaaminen ei ollut toimintatapana vaan sähköinen kirjaaminen oli ollut satunnaista. Tämän taas koettiin hankaloittavan hoitoketjun ripeää sujumista varsinkin silloin, kun potilas piti nopeasti lähettää muualle jatkohoitoon. Esimerkkinä mainittiin, että päivystyksessä annetut lääkkeet eivät näkyneet missään potilaan tiedoissa.

Potilaslähtöisyyden todettiin näkyvän hoitotyössä siten, että potilaalla on mahdollisuus osallistua hoitoonsa ehdottamalla esimerkiksi jotakin tutkimusta tai toimenpidettä, jonka hän arveli jouduttavan vaivojensa syyn selvittämistä. Tämä toive kirjattiin potilaan hoitokertomukseen kohtaan Huomioita lääkärikierrolle, jolloin lääkäri näki koneelta suoraan potilaan pyynnön ja otti kantaa asiaan. Potilaat esittivätkin monesti toiveitaan hoitonsa suhteen.

Työryhmä pohti myös sitä, miten kirjaaminen toteutui lääkärikierron avulla, miten potilas osallistui siihen ja miten potilas huomioitiin. Tavallisesti kierrolla oli kaksi lääkäriä, joilla oli kummallakin siirrettävä tietokone mukanaan. Toimintatapana oli, että toinen lääkäri tutki ja toinen kirjasi lääkehoito- ja tutkimussuunnitelmaa samalla, kun potilasta tutkiva, usein seniorilääkäri, antoi hoito-ohjeita ja ohjasi kokemattomampaa lääkäriä. Kirjaaminen oli täysin reaaliaikaista. Potilas otettiin huomioon siten, että toinen lääkäri suuntasi huomionsa potilaaseen ja toinen hoiti asioiden dokumentoinnin. Huonona puolena hoitajan työn kannalta mainittiin, että kierron aikana kirjatut lääkemuutokset saattoivat toisinaan vaihtua lääkäreiden syvällisemmän pohdiskelun jälkeen useaan otteeseen saman päivän aikana. Toisaalta ymmärrettiin lääkäreiden pohdinnan olevan asiakaslähtöisen hoitotyön ja sen kirjaamisen kannalta tärkeää. Mikäli potilaan tilassa ei ollut tapahtunut muutoksia eikä uusia löydöksiä tutkimuksissa ilmennyt, lääkärin ei ollut tarpeellista käydä jokaisen potilaan luona joka päivä.

Uudesta asiakaslähtöisestä sähköisestä kirjaamisen toimintatavasta keskustelua on käyty moniammatillisissa tiimissä ja keskustelu on ollut tuloksellista. Uuteen kirjaamismalliin totuttamisaikana hoitajien ja lääkäreiden keskinäisiä haasteita oli virinnyt, ja yhteistyöpalaveri kokoontui ensin viikon kuluttua järjestelmän käyttöönotosta ja seuraavan kerran kolmen viikon kuluttua sähköisen kirjaamisen aloittamisesta. Kirjaamiskäytännön alussa lääkäreillä ei ollut käsitystä siitä,

mitä tietoja hoitajat pystyivät koneelta näkemään ja niistä asioista olikin epäselvyyttä. Esimerkkinä mainittiin, että jos lääkäri laittoi koneelle lääkemääräyksen potilaalle, hoitajalle ei tullut koneelta ilmoitusta uudesta määräyksestä, vaan hänen oli tarkistettava lääkemutokset useaan kertaan päivän aikana erityisestä kohdasta. Käytännössä se ei ollut mahdollista muun potilashoitotyön ohessa. Yhteistyöpalaverien ansiosta on osastolla päästy kitkaa aiheuttavista asioista yksimielisyyteen ja keskustelujen henki on koettu positiiviseksi ja rakentavaksi. Potilastietojärjestelmän päivityksen yhteydessä on tarkoitus saada asiaan tekninen ratkaisu siten, että järjestelmään tulisi ilmoitus määräyksen muuttamisesta. Sisätautiosastolla toimivat muut ammattiryhmät käyttivät samaa potilastietojärjestelmää ja kirjasivat sähköisesti, joten tiedonkulku koettiin sujuvaksi.

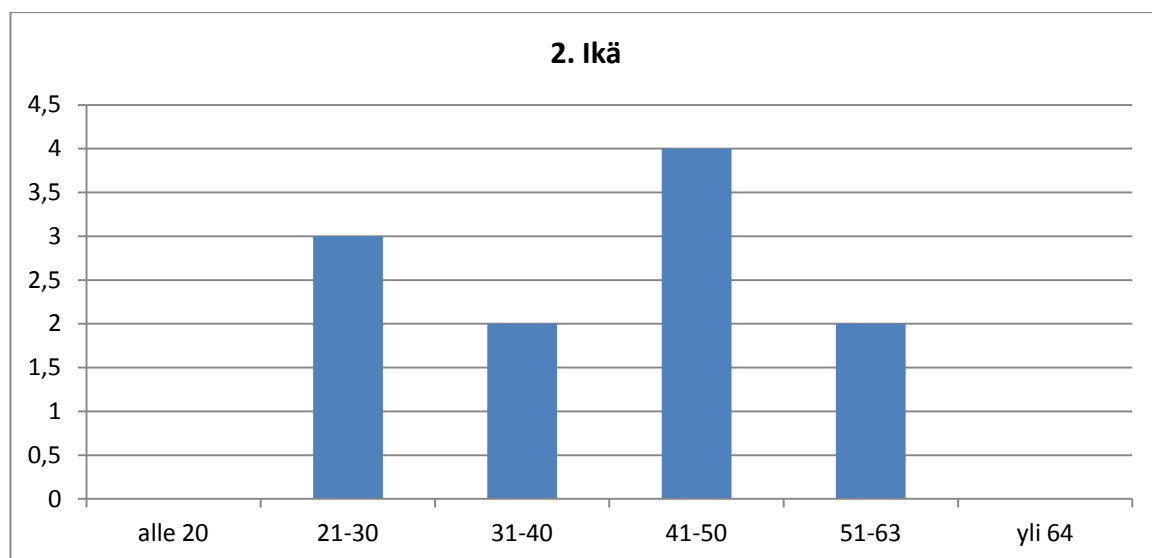
Jatkokehityshaasteita pohdittaessa hoitajat kertoivat, että sairaanhoitaja näki potilaan aamulla ennen lääkärinkiertoa, kierron jälkeen hänen aikansa kului lääkemutoksien tekemiseen ja tulostamiseen lääkejakelukansioihin ja potilaan papereihin ja lääkityksen toteuttamiseen, kirjaamiseen ja omaiskontakteihin. Tämä koettiin haasteelliseksi, sillä vuorossa olevan lähi- tai perushoitajan työtaakan katsottiin kasvavan liian suureksi osaston kliinisessä hoitotyössä. Sähköisen ja samalla rakenteisen kirjaamisen mukana tullee mainittu se huonoksi koettu asia, että hoitajat tunsivat olleensa ennen järjestelmän uudistumista lähempänä potilasta kuin uudistuksen jälkeen. Kerrottiin, että joidenkin lähihoitajien odotettiin osallistuvan sellaisiin tehtäviin, joihin heillä ei ollut riittävää koulutusta, esimerkkinä mainittiin potilaan sisäänkirjaus. Todettiin, että tehtävien vaatimien tietojen ja taitojen puuttuminen saattoi aiheuttaa virheellistä kirjausta. Osastolla oli myös kehitetty oman osaston tarpeisiin liittyviä toimintatapoja itsenäisesti, esimerkiksi sovittiin, miten kirjattiin laskimokanyylin laitto. Asiakslähtöisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton jälkeen hoitajien mieleen on jäänyt entistä paremmin eri osa-alueet, joihin tuli potilaan hoidossa kiinnittää huomiota. Se koettiin otsikkomallisen kirjaamisen aikaansaamaksi.

## 7.2 Kirjaamisen yhteistyöhankeen arviointi

Kehittämistoiminta oli osa suurempaa kokonaisuutta Lohjan sairaanhoitoalueella. Mukana asiakslähtöisen kirjaamisen hankkeessa olivat nyt Paloniemen sairaalan osastot, Lohjan sairaalan kirurginen osasto 3 ja sisätautien osasto 4. Arvioinnissa käytettiin yhtenäistä kyselyä, jossa tiedusteltiin kehittämistoiminnan tavoitteiden saavuttamista tarkoitusta varten laaditulla arviointilomakkeella, joka muokattiin Balanced scorecard (BSC) -kyselylomakkeen pohjalta. Lomakkeella oli 21 kysymystä sisältäen vastaajan taustatiedot, kysymyksiä kehittämistoiminnanaikaisesta oppimisesta, juurruttamisprosessista, hankkeen prosessihyödyistä ja hyödyistä asiakkaalle. Lisäksi oli tilaa varattuna vapaan tekstin osuudelle. Arviointilomake lähetettiin sähköpostitse osaston 40 työntekijälle, joista 11 (27,5 %) vastasi kyselyyn määräajassa. Vastaajista yhdeksän oli koulutukseltaan sairaanhoitajia ja kaksi oli joko perushoitajia tai lähihoitajia. Balanced scorecard -pohjaisessa kyselyarvioinnissa arvioitiin varsinaista prosessia, henkilöstön oppimista ja kasvua.

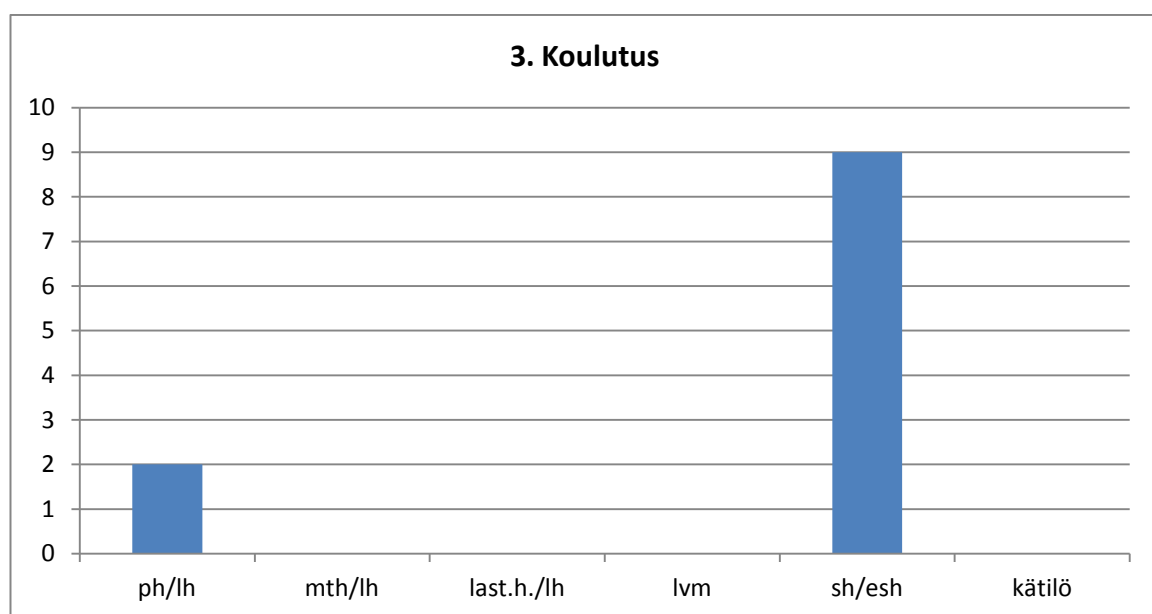
Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin sitä yksikköä, jossa työskenteli elokuu 2010 - tänään - välisenä aikana. Tässä opinnäytetyössä käsitellään vain Lohjan sairaalan sisätautiosaston vastauksia.

Aluksi kartoitettiin vastaajien taustatietoja kysymällä ikää (taulukko 2), koulutusta (taulukko 3), työkokemusta (taulukko 4) ja mitä asemaa kirjaamisen hankkeessa edustaa (taulukko 5).

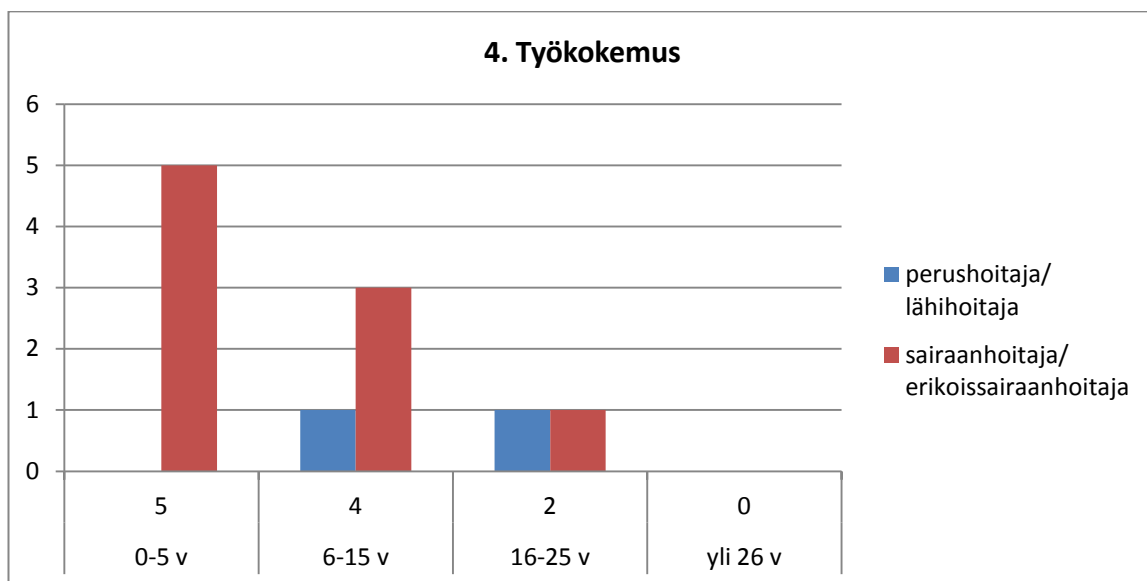


Taulukko 2: Ikä

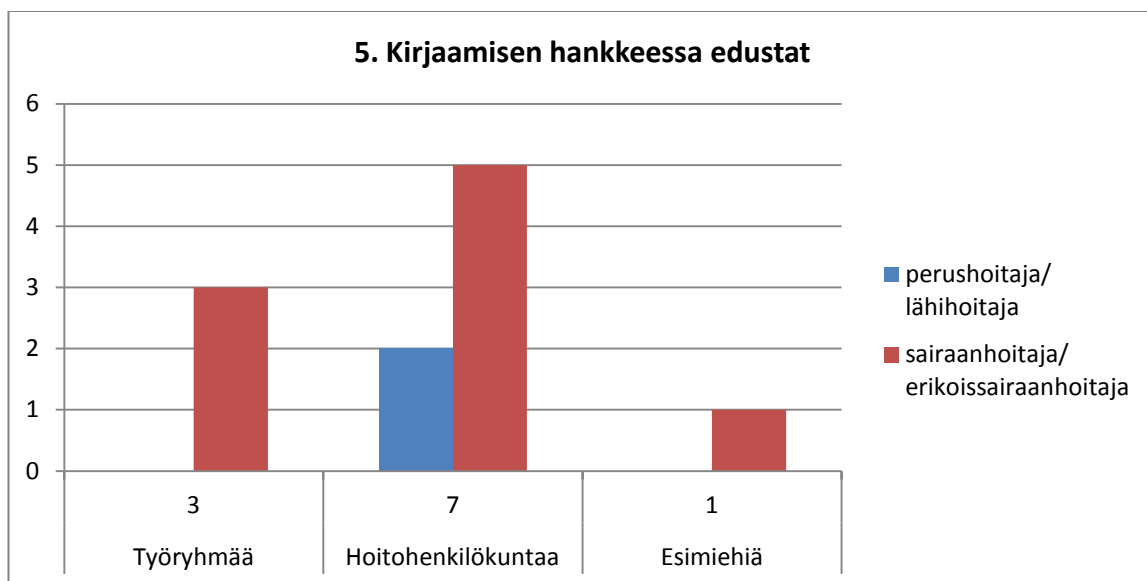
Koulutuskysymyksessä eri vaihtoehdot olivat: ph/lh eli perushoitaja/lähihoitaja, mth/lh eli mielenterveyshoitaja/lähihoitaja, last.h./lh eli lastenhoitaja/lähihoitaja, lvm eli lääkintävahtimestari, sh/esh eli sairaanhoitaja/erikoissairanhoitaja ja kättilö.



Taulukko 3: Koulutus

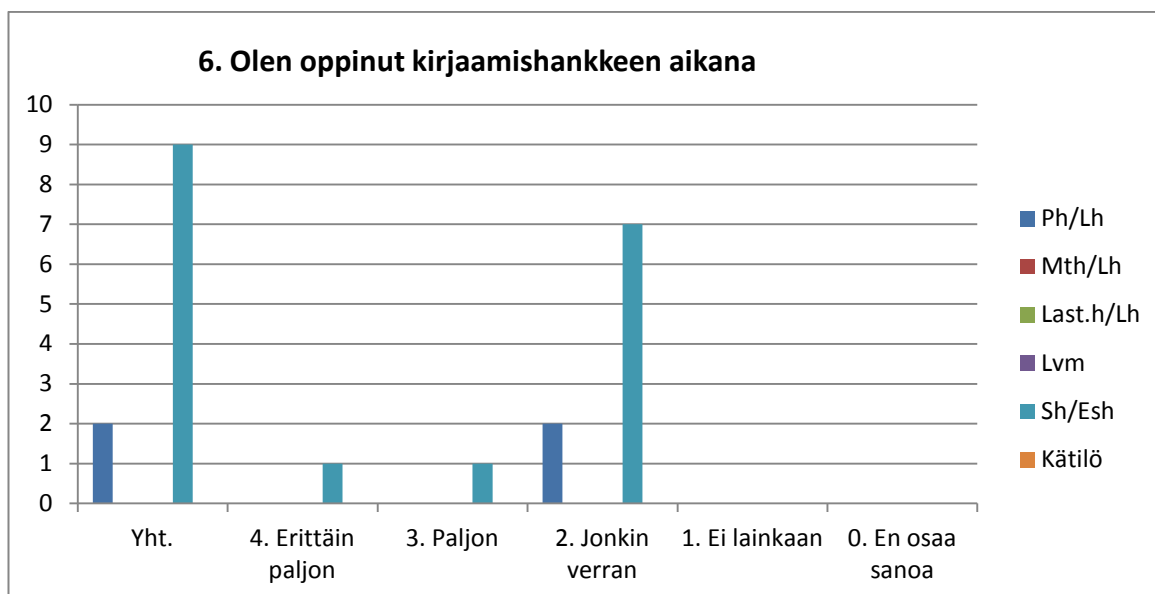


Taulukko 4: Työkokemus



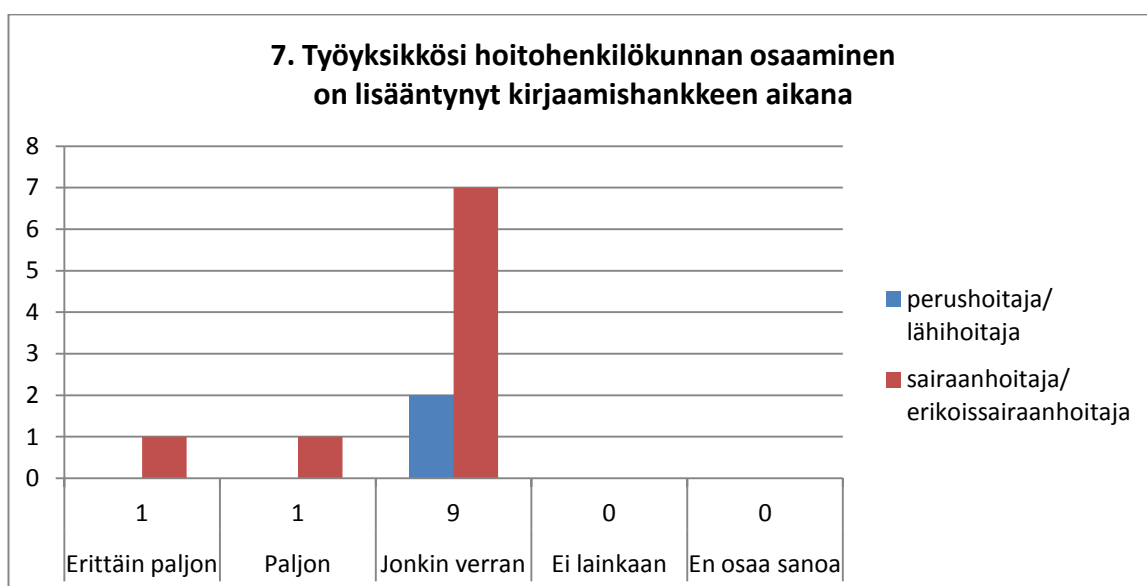
Taulukko 5: Edustus hankkeessa

Kysymykseen ”Olen oppinut kirjaamishankkeen aikana” vastaajista yhdeksän henkilöä koki oppineensa jonkin verran, muut vastaajat kokivat oppineensa paljon tai erittäin paljon (taulukko 6).



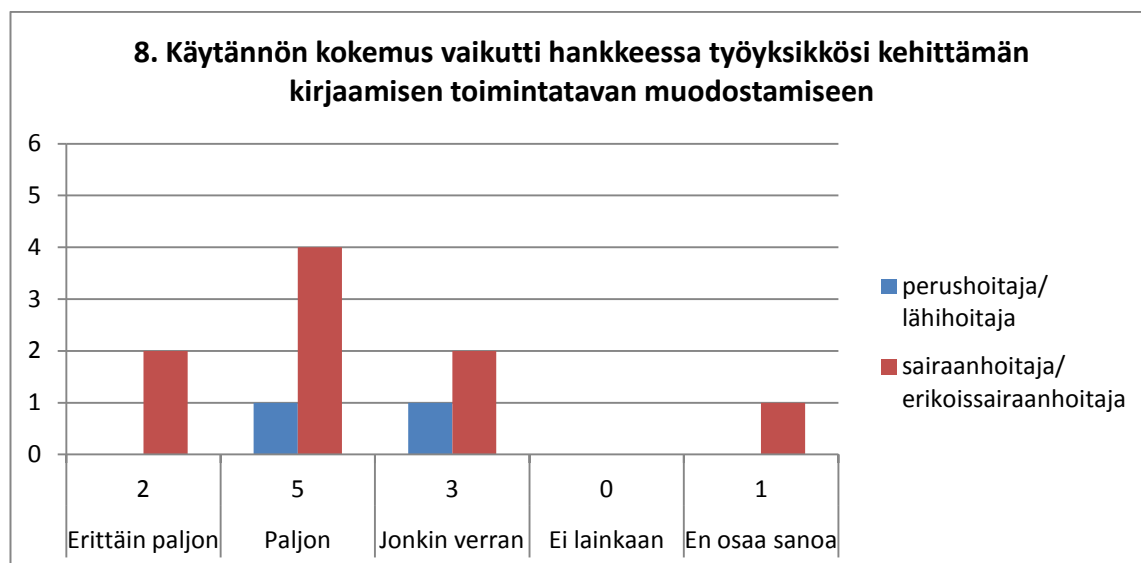
Taulukko 6: Oppiminen kirjaamishankkeen aikana

Kysymykseen ”Työyksikön hoitohenkilökunnan osaaminen on lisääntynyt kirjaamishankkeen aikana” osaamisen katsoi lisääntyneen hankkeen aikana jonkin verran yhdeksän henkilöä ja loput arvioivat osaamisen lisääntyneen joko paljon tai erittäin paljon (taulukko 7).



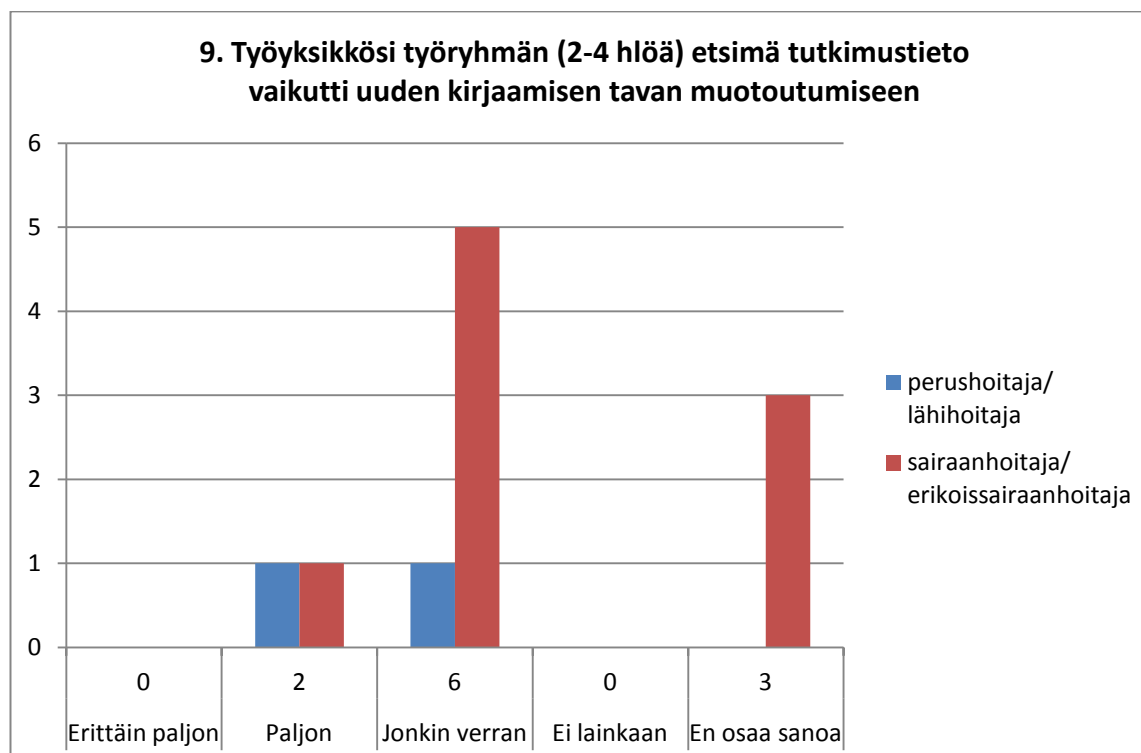
Taulukko 7: Hoitohenkilökunnan osaamisen lisääntyminen

Kysymykseen ”Käytännön kokemus vaikutti hankkeessa työyksikösi kehittämisen kirjaamisen toimintatavan muodostamiseen” erittäin paljon arveli vaikuttaneen kaksi henkilöä ja paljon viisi henkilöä. Kolme vastaajaa arveli vaikutusta olleen jonkin verran ja yksi ei osannut sanoa (taulukko 8).



Taulukko 8: Käytännön kokemuksen vaikutus hankkeessa

Kysymykseen ”Työyksikön työryhmän etsimän tutkimustieto vaikutti uuden kirjaamisen tavan muotoutumiseen”, kahden henkilön mielestä vaikutusta oli ollut paljon, kuuden työntekijän mielestä jonkin verran ja kolme henkilöä ei osannut asiaa arvioida (taulukko 9).



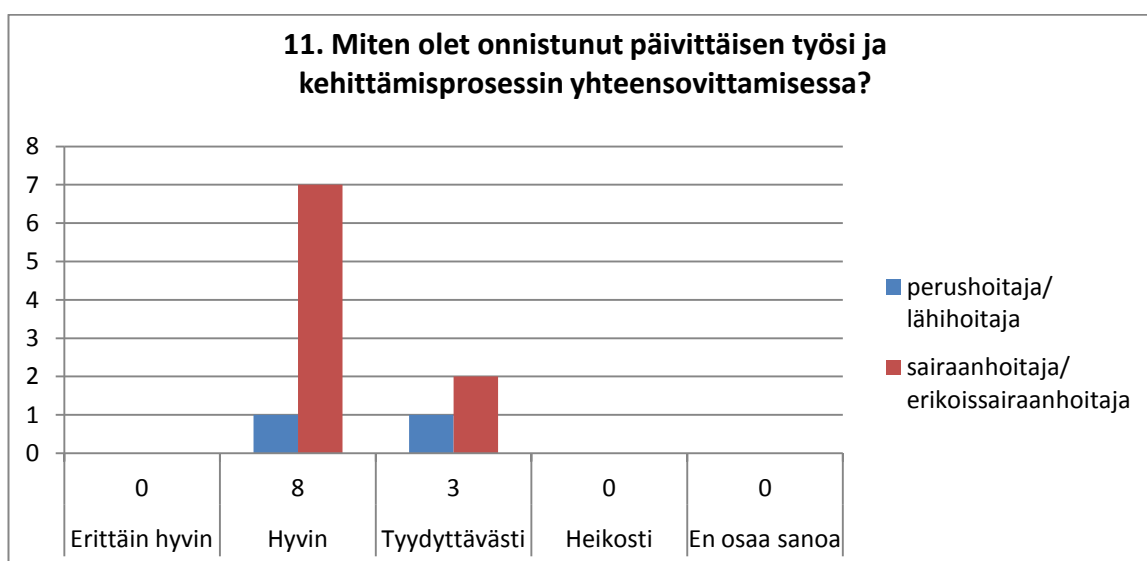
Taulukko 9: Etsityn tutkimustiedon vaikutukset kirjaamisessa

Kysymykseen ”Miten kehittämisprosessi on sujunut sinun kohdallasi?”, kahden mielestä erittäin hyvin, kahdeksan mielestä hyvin ja vain yhden mielestä tyydyttävästi (taulukko 10).



Taulukko 10: Kehittämisprosessin sujuminen omalla kohdalla

"Miten olet onnistunut päivittäisen työsi ja kehittämisprosessin yhteensovittamisessa?" - kysymykseen kahdeksan oli onnistunut siinä hyvin ja kolme tyydyttävästi (taulukko 11).



Taulukko 11: Päivittäisen työn ja kehittämisprosessin yhteensovittaminen

Kysymykseen "Miten mielestäsi esimiehesi ovat mahdollistaneet osallistumisesi kehittämisprosessiin?", yhden mielestä erittäin hyvin, seitsemän mielestä hyvin ja kolmen mielestä tyydyttävästi (taulukko 12).





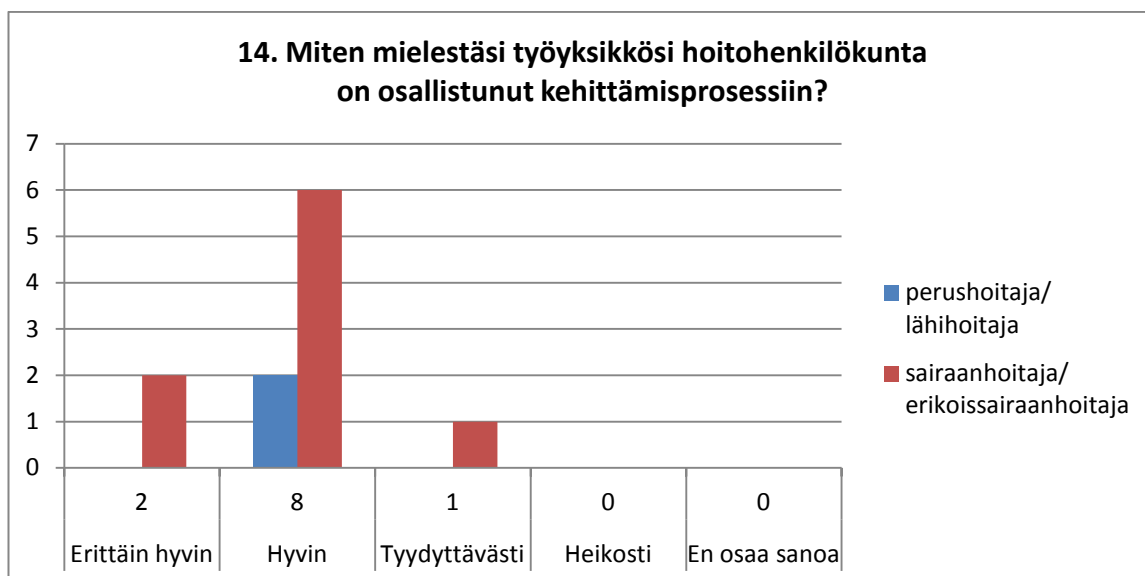
Taulukko 12: Esimiehet mahdollistaneet osallistumisen kehittämisprosessiin

Kysymykseen "Miten mielestäsi ylihoitajat ovat mahdollistaneet hankkeen toteuttamisen käytäntöä hyödyttävällä tavalla?", yhden mielestä erittäin hyvin, neljän vastaajan mielestä hyvin, kolmen mielestä tyydyttävästi ja kolme vastaajaa ei osannut arvioida ylihoitajien toimintaa (taulukko 13).



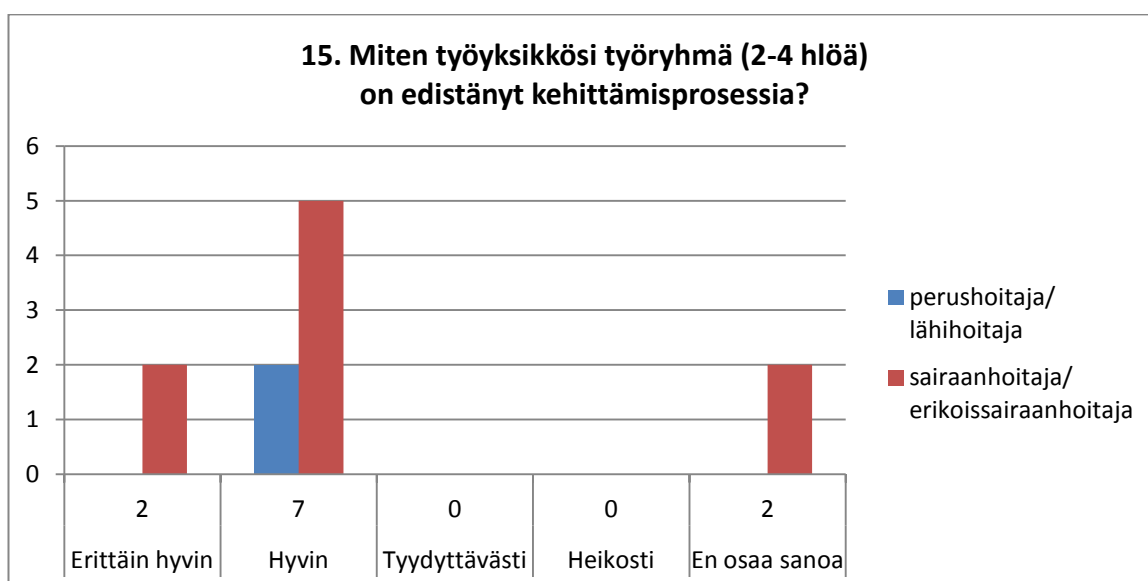
Taulukko 13: Ylihoitajat mahdollistaneet hankkeen toteuttamisen

"Miten mielestäsi työyksikkösi hoitohenkilökunta on osallistunut kehittämisprosessiin?" - kysymykseen kahden mielestä erittäin hyvin, kahdeksan mielestä hyvin ja vain yhden mielestä tyydyttävästi (taulukko 14).



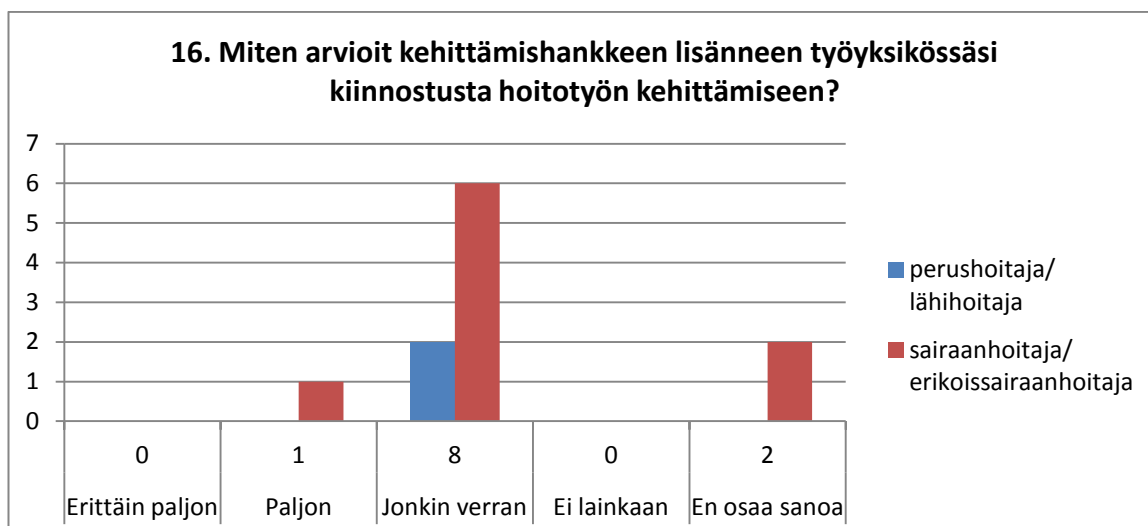
Taulukko 14: Työyksikön henkilökunnan osallistuminen kehittämisprosessiin

Kysymykseen "Miten työyksikkösi työryhmä (2-4 hlöä) on edistänyt kehittämisprosessia?", kaksi oli sitä mieltä että erittäin hyvin, seitsemän mielestä hyvin ja kaksi vastaajaa ei osannut sanoa (taulukko 15).



Taulukko 15: Työyksikön työryhmä edistänyt kehittämisprosessia

Kysymykseen "Miten arvioit kehittämishankkeen lisänneen työyksikössäsi kiinnostusta hoitotyön kehittämiseen?", yksi oli sitä mieltä että paljon, kahdeksan vastaajan mielestä jonkin verran ja kaksi ei osannut sanoa (taulukko 16).



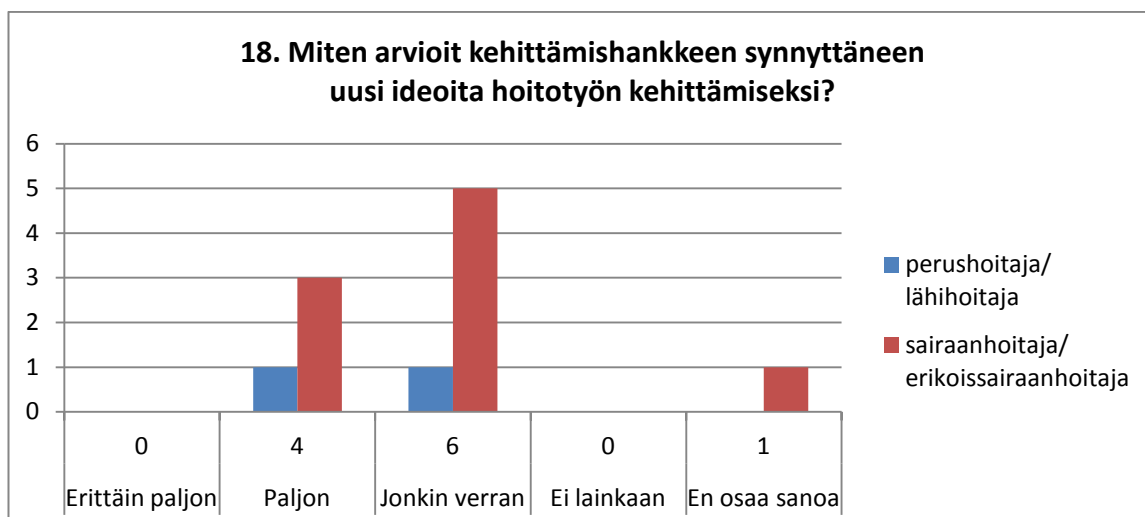
Taulukko 16: Hanke lisännyt kiinnostusta työyksikössä hoitotyön kehittämiseen

"Miten arvioit kehittämishankkeen lisänneen työyksikössäsi keskustelua kirjaamisen tavoista?" - kysymykseen yhdeksän mielestä paljon ja kahden mielestä jonkin verran (taulukko 17).



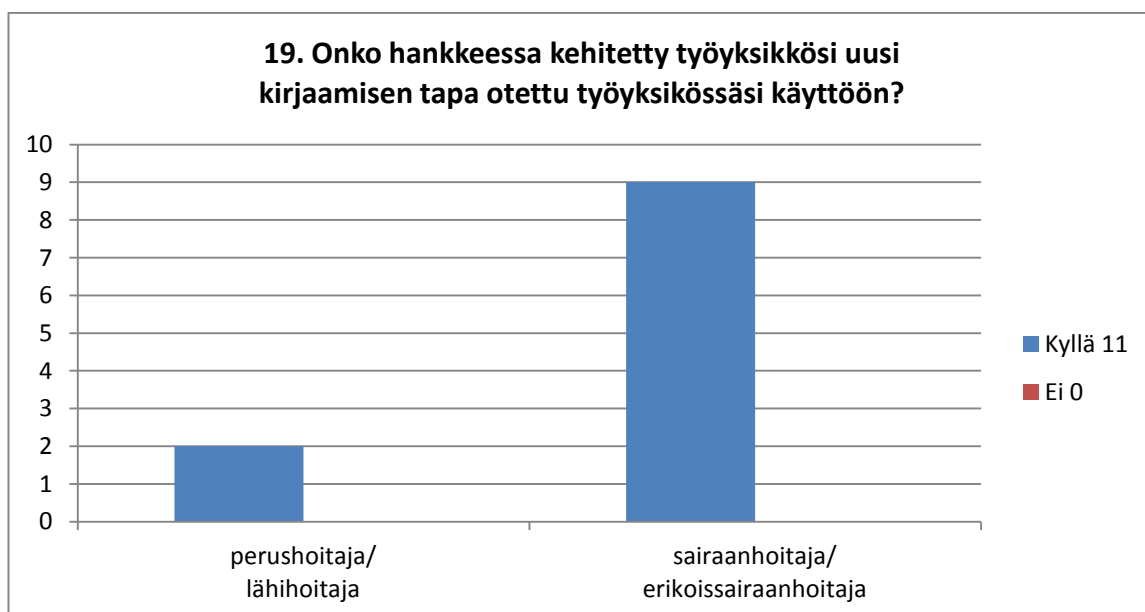
Taulukko 17: Hanke lisännyt työyksikössä keskustelua kirjaamisen tavoista

Kysymykseen "Miten arvioit kehittämishankkeen synnyttäneen uusia ideoita hoitotyön kehittämiseksi?", neljän vastaajan mielestä paljon, kuuden mielestä jonkin verran ja yksi ei osannut sanoa (taulukko 18).



Taulukko 18: Hanke synnyttänyt uusia ideoita hoitotyön kehittämiseksi

"Onko hankkeessa kehitetty työyksikkösi uusi kirjaamisen tapa otettu työyksikkösi käyttöön?" - kysymykseen kaikki vastaajat vastasivat myöntävästi (taulukko 19).



Taulukko 19: Hankkeen uuden kirjaamisen tavan käyttöönotto työyksikössä

"Onko työyksikkösi uuden kirjaamisen tavan käyttöönottoa suunniteltu työyksikkösi?" - kysymykseen vastattiin kaikkien kohdalla myöntävästi (taulukko 20).



Taulukko 20: Uuden kirjaamisen tavan käyttöönoton suunnittelu työyksikössä

Myös kysymykseen "Uskotko työyksikkösi ottavan uuden kirjaamisen tavan käyttöön?" kaikki vastaajat vastasivat myöntävästi (taulukko 21).



Taulukko 21: Uuden kirjaamisen tavan käyttöönotto

Kysymykseen "Miten uusi kirjaamisen tapa tulee mielestäsi hyödyntämään potilaan hoitoa omassa ja jatkohoitoyksiköissä?" vastaajilla oli mahdollisuus vapaalla tekstillä kertoa mielipiteensä. Kommentit olivat seuraavanlaisia: "Selkeyttää tapahtumien laittamista oikeiden otsikoiden alle." "Jat-

kohoitoyksikköä kirjaamisen uusi tapa tulee hyödyttämään varmasti runsaasti." "Keskitymme paremmin kirjaamisen sisältöön, koska siitä käyty paljon keskustelua." "Uskon, että potilasta koskevat tiedot välittyvät aiempaa tarkemmin jatkohoitopaikkaan, jolloin potilaan kokonaisvaltainen hoito mahdollistuu aikaisempaa paremmin." "Jatkohoitoyksiköllä mahdollisuus saada nopeasti tietoa potilaan tilanteesta kuullessaan alueen piiriin." Viimeiseen kysymykseen "Muuta palautetta, jota haluat antaa", ei tullut yhtään vastausta.

Kyselyn tavoitteena oli saada sataprosenttinen vastausten määrä, mutta vain noin 27 %:n vastausprosentti täyttyi. Syitä vähäiseen vastausten määrään voivat olla sähköisen kyselylomakkeen vieraus, kolmivuorotyö, jossa kyselyyn paneutuminen vaatii hetkellistä rauhaa, mahdollisesti ajatus siitä, ketkä näkevät vastaukset. Sisätautiosastolla työ oli valtaosin hektistä ja keskittymistä vaativaa, joten sähköpostin tarkistaminenkin vie aikaa, kyselyyn vastaaminen vielä enemmän.

### 7.3 Opinnäytetyöryhmän arviointi

Asiakaslähtöisen rakenteisen kirjaamisen kehittämismalli ja samalla paperikirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen oli vaativa ja haastava prosessi sekä opinnäytetyöntekijöiden että sisätautiosaston henkilöstötyöryhmän kannalta. Kehittämistyön alussa kehittämistyöryhmän käsitys prosessin ydinkäsitteiden sisällöstä, työn kokonaistavoitteesta, päämäärän tavoittelemisen yhteneväisistä keinoista ja otsikoiden alle kirjattavista asioista kärsi kokonaiskuvan selkiytymättömyydestä ja tavoitteen toteutettavuuden vaatimuksiin ylätämisen haastavuudesta. Kun kehittämistyön tarkoitus ja tavoite vähitellen sisäistettiin työryhmässä, pystyttiin yhdessä miettimään optimaalista toimintatapaa prosessin tavoitteen saavuttamiseksi samansuuntaisten ratkaisumallien avulla. Kehittämistyön edetessä työn tarkoitusta ja tavoitetta kerrattiin arvioiden toistuvasti tavoitteen saavutettavuutta työryhmä- ja osastotuntitapaamisten muodossa.

Prosessiin virittäytymisen alkua haittasivat HUS:n suuntausohjeistuksen vaillinaisuus, kirjaamisen otsikoiden yhtäläisen käyttötavan puutteellisuus sekä toimintatavan käyttöönottopäivämäärään mennessä vielä osastolta puuttuvat lisätietokoneet kirjaamisen toteuttamiseksi. Sisätautiosastolla kirjaamisen kehittäminen lähti alun kehittämistavoitteen sisäistymisen jälkeen suunnitellusti käyntiin avainhenkilöiden aktiivisuudesta ja innostavasta asenteesta sekä kirjaamisen lähiohjauksesta että vertaistukeen kannustamisen johdosta. Tukea kirjaamisen kehittämiseen toivat sairaanhoitajaopiskelijat, joiden kehittämisen kirjaamisen mallilomakkeen avulla helpotettiin rakenteisen kirjaamisen sisäistämistä. Lisäksi kehittämistyön onnistumisen arviointia tehtiin osastotuntitapaamisissa sekä erillisen arviointikyselylomakkeen avulla.

Kirjaamisen taustalla vaikuttavat lainsäädäntö ja HUS:n ohjeistus, mutta niiden lisäksi kirjaamiseen sisältyy yksikkökohtaisia erityispiirteitä. Sisätautiosaston kirjaamistyöryhmän ja opiskelijoiden kesken käytyjen osastotuntikeskustelujen ansiosta tehtävän tavoite ja päämäärä selkeni ja

työn tarkoituksen sisäistäminen parani. Aikataulutuksen kehittämistyön seurannan edistämiseksi oli osaston kolmivuorotyöntekijöiden ja opiskelijoiden yhteistapaamisten järjestämiseksi haastavaa. Työryhmän saavutukset prosessin toimeensaattamiseksi tuotiin osastotunneille käsiteltäviksi ja arvioitaviksi ja samalla tarjottiin kaikille osaston työntekijöille mahdollisuus ilmaista mielipiteensä prosessin kulusta ja ehdottaa parannuksia opiskelijoiden laatimaan mallikirjaamislomakkeeseen. Rakenteisen kirjaamisen toteutumista tuettiin osastolla siten, että osaston avainhenkilöt ohjasivat alussa tukihenkilöinä kirjaamisen käyttöönottoa ja auttoivat siinä apua tarvitsevia. Tämän toimintatavan ansiosta vertaistuki alkoi toimia ja uuteen kirjaamistapaan siirtyminen voimistui nopeasti. Sen ansiosta kehittämisprosessi toteutui aikataulullisesti etujassa verrattuna siihen, miten osastolle saatiin kirjaamisen toteutumiseen vaadittavia lisätietokoneita. Opiskelijoiden ja työryhmän näkökulmasta työ oli haastavaa, mutta palkitsevaa sitten, kun kirjaamisen malli ja samalla sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen toteutuivat.

#### 7.4 Oman ammatillisen osaamisen arviointi

Opinnäytetyön aiheena ollut Asiakaslähtöinen kirjaaminen -prosessi on ollut haasteellinen ja opettavainen. Lähtötilanteessa sekä opiskelijoiden että sisätautiosastolta prosessiin valittujen avainhenkilöiden oli perehdyttävä asiakaslähtöiseen rakenteiseen kirjaamiseen ja lisäksi samaan aikaan toteutettavaan sähköiseen kirjaamiseen siirtymiseen. Prosessin alussa tehtävänannon ydinkäsitteet, työn kokonaiskuvan hahmottaminen ja päämäärän saavuttamisen keinot eivät helposti sisäistyneet. Dialogia käytiin opiskelijoiden kesken rakenteisen kirjaamisen merkityksestä, tavasta, otsikoiden sisällön vaatimuksista ja toteutuksesta. Tämä käytäntö opetti etsimään ja hyödyntämään tutkittua tietoa, jonka avulla argumentointia perusteltiin. Prosessin aikana oppia saatiin projektityöskentelystä, kehitettiin kommunikaatio- ja yhteistyötaitoja.

Kehittämisprosessin tämän osion toteuttaminen edellisen osion keskeneräisyyden takia vaikutti prosessin käynnistämiseen viivästyttävästi. Prosessin etenemisen keinot, käytänteet ja päämäärähakuisuus selkenivät toteuttamisen suunnitteluajankuluun verrattuna tahmeasti. Opinnäytetyön ohjaajien ja opiskelijoiden kesken käytyjen syvällisten dialogien avulla tehtävän tavoite tiedostui vähitellen ja työn tarkoituksen sisäistäminen alkoi. Keskustelutaidot, asioiden ytimekäs esittäminen ja oman mielipiteen ilmaisutaidot vahvistuivat prosessin edetessä. Aikataulutuksen kehittämistyön etenemiseksi oli haastavaa osaston kolmivuorotyöntekijöiden ja opiskelijoiden yhteistapaamisten järjestämiseksi. Tehtävä lisäsi siten myös joustavuuden tärkeyden ymmärtämistä. Työ lisäsi myös omien kehittämistaitojen arvostamista ja rohkeutta tarttua asioiden edistämiseen.

Opiskelijoiden tutustumismatka tanskalaiseen asiakaslähtöiseen kirjaamiseen selkeytti kehittämisprosessin keinoja, tavoitteita ja päämäärää merkittävästi. Sieltä hankittu kokemus pyrrittiin siirtämään opinnäytetyöhön siten, että tanskalaisen hoitotyön toiminta- ja kirjaamismallin hyödyntäminen herättäisi edelleenkehittämistavoitteita suomalaisen hoitotyön toteuttamisessa. Tanskassa opintomatalla ollessamme esittelimme tanskalaisille sairaanhoitajaopiskelijoille omassa opis-

kelussamme toteutettua Laurean Learning by Developing -mallia, valaisimme suomalaista terveyden- ja sairaanhoitoa sekä kerroimme kokemuksistamme Tanskassa. Opimme ilmaisemaan itseämme vieraalla kielellä julkisesti ja itsetuottamuksemme osaamiseemme koheni. Asiakaslähtöisen rakenteisen kirjaamisen ja sähköiseen kirjaamisen siirtymisen kehittämisprosessi on ollut monipuolisesti ammatillista kehitystä edistävä ja tulevaisuuden kehittämisosaamista palveleva.



## Lähteet

Ahonen, O., Karjalainen-Jurvelin, R., Ora-Hyytiäinen, E., Rajalahti, E. & Saranto, K. 2007. Sähköisen kirjaamisen opettaminen terveystieteen koulutuksessa. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoinnassa. ProTerveys 2.

Ammentorp, J. 2007. The impact of a training course on the communication skills of medical doctors and nurses. A randomized controlled trial. Faculty of Health Sciences. University of Aarhus. Department of Paediatrics & Research Initiative of Health Services, Kolding Hospital, Department of Epidemiology, Institute of Public Health, Report no. 57.

Arikoski, J. & Sallinen, M. 2007. Vastarinnasta vastarannalle. Johda muutos taitavasti. Keuruu: Otava.

Asetus tutkimuseettisesta neuvottelukunnasta 1347/1991. 1991. Viitattu 6.1.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1991/19911347>

Developing strategy for the nursing profession. 2011.

ENNI-hanke. 2008. Viitattu 10.1.2012.  
[http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen\\_kuvaus.pdf](http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen_kuvaus.pdf)

Henkilötietolaki. 1999. Finlex. Viitattu 6.12.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus.

Hovilainen-Kilpinen, T. & Oksanen, H. 2011. Lähihoitajan käsikirja. Helsinki: Tammi.

HUS. 2008. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Potilaat ja läheiset. Tehostetun valvonnan osasto. Viitattu 6.11.2011.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1692,4485,14406>

HUS. 2009a. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Potilaat ja läheiset. Lohjan sairaalan sisätautien yksikkö. Viitattu 31.10.2011.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1692>

HUS. 2009b. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Potilaat ja läheiset. Sisätautien vuodeosasto 4A. Viitattu 6.11.2011.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1692,4485,1682>

HUS. 2009c. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Potilaat ja läheiset. Sisätautien vuodeosasto 4B. Viitattu 6.11.2011.  
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,964,1670,1692,4485,5442>

HUS. 2010a. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. HUS-tietopankki. Sairaanhoitoalueet. Viitattu 30.10.2011. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052>

HUS. 2010b. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. HUS-tietopankki. Lohjan sairaanhoitoalue. Viitattu 30.10.2011. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,2240>

- HUS. 2011a. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Ajankohtaista. HUS:n uusi strategia vastaa toimintaympäristön muutoksiin. Viitattu 15.05.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,616,617,618,35580,40655>.
- HUS. 2011b. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. HUS-tietopankki. Strategia ja arvot. Viitattu 24.4.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2012>
- Hyppönen, H. (toim.), Turunen, T., Hämäläinen, P., Kärki, J. & Palojoki, S. 2008. Ammattilaisten tiedontarpeista sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla. Stakes, Raportteja 32/2008. Viitattu 6.1.2012.
- Härkönen, M. 2008. Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä - kehittämisprojekti Kainuussa vuosina 2006-2007. Loppuraportti. Viitattu 11.1.2012. [http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads\\_files/Julkaisut/Sarja%20d/d\\_13\\_loppuraportti\\_hoidok.pdf](http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Julkaisut/Sarja%20d/d_13_loppuraportti_hoidok.pdf)
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. 1.-3. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.
- Junttila, K., Heija, R., Konttinen, R., Kotavuopio, T., Leppänen, S., Paavilainen, E., Saloranta, T., Tuhkanen, A. & Vahteri, P. 2010. HUS. Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa.
- Junttila, K., Heija, R., Konttinen, R., Kotavuopio, T., Leppänen, S., Paavilainen, E., Saloranta, T., Tuhkanen, A. & Vahteri, P. 2011. Hus. Somatiikan sähköisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen selitysoppi. Viitattu 6.12.2011. <https://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=50286>
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Kivisaari, S. 2001. Kokemuksia vuorovaikutuksesta kehittämistyössä. Juurruttaminen kokeiluna. VTT. Teknologian tutkimuksen ryhmä. Työpapereita nro 58/01. Viitattu 18.3.2012. <http://www.vtt-fi/inf/julkaisut/muut/2001/tp58.pdf>
- Knudsen, V. 2010. Udvikling af stuegangen til teambaseret proces med familien i centrum for patientsamtalen. Bachelorprojekt. CVU Lillebaelt Sygeplejersuddannelsen i Vejle.
- Kuusisto, A., Nykänen, P. & Viitanen, J. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Viitattu 11.1.2012. [www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf](http://www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf).
- Kuusisto, A. & Saloniemi, A. 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkiva Hoitotyö 4/2010. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.
- Lahtikari, M. 2011. Teemahaastattelu. Lohjan sairaala, osasto 4A ja 4B. Liiketalouden opiskelijat.
- Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. Journal of Clinical Nursing. Viitattu 10.10.2011. <http://web.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=11&sid=d3efa576-9b03-4afb-8dc4-4e540e372f8a%40sessionmgr4>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 2007. Viitattu 6.12.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070159>

Mäkelä, K. 2006. Terveystieteiden tietotekniikka. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin sovellukset. Helsinki: Tammi-Paino.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mykkänen, M., Huovinen, H., Mieltien, M. & Saranto, K. 2011. Dokumentointi parantaa turvallisuutta ja laatua. Sairaanhoidaja 6-7/2011, 62-65.

Nafei, H. 2012. Osastonhoitajan haastattelu 16.3.2012. Vejlen sairaalan onkologian osasto. Tanska.

Norgaard, B. 2011. Communication with patients and colleagues. An intervention study on the impact of a communication skills training course on health care professional's ability to communicate with patients and colleagues. Department of Orthopaedic Surgery, Kolding Hospital & Health Services Research Unit, Lillebælt Hospital. Institute of Regional Health Services Research, University of Southern Denmark. Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark.

Ora-Hyytiäinen, E., Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON-VERONA CONFERENCE, QUALITY SERVICES; Aristotle University, Thessaloniki-Greece, 3-4 September 2007. 144-154.

Pohjanvuori, M. 2007. Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus - esimerkki käyttöönottoprojektista yliopistosairaalassa. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. 1. painos. Helsinki: WSOYpro.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 2009. Viitattu 8.1.2012.  
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search\[type\]=pika&search\[pika\]=sosiaali-%20ja%20terveysministeri%C3%B6n%20asetus%20potilasasiakirjoista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search[type]=pika&search[pika]=sosiaali-%20ja%20terveysministeri%C3%B6n%20asetus%20potilasasiakirjoista)

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy

Strategi for Udvikling of Sygeplejen. 2010. Strategi for Udvikling of Sygeplejen 2009 - 2012, Sygehus Lillebælt.

Sikker kirurgi tjekliste. 2012. Sygehus Lillebælt. Tværororganisatorisk\Patientsikkert Sygehus\Kirugi\Tjeklister.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen: muutosjohtamisen käytännön keinot. Juva: WSOY.

Valtioneuvoston asetus valtakunnallisesta sosiaali- ja terveysalan eettisestä neuvottelukunnasta 667/2009.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

Ylikoski, K. & Ylikoski, M. 2009. Työyhteisö muutosmurroksessa. Ihmisyyden muutoksen kohtaamisessa ja johtamisessa. 5. uudistettu painos. Työturvallisuuskeskus TTK. Helsinki: Painojussit.

Kuva 1: Näkymä IPJ Opstart Produktion -järjestelmästä (Koldingin sairaala) .....	38
--	----

## Kuviot

Kuvio 1: Juurruttaminen 2.0 (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007) .....	7
Kuvio 2: Organisatorisen tiedon tuottamisen kuvaus (Kivisaari 2001) .....	9
Kuvio 3: Juurruttamisen kehä (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007) .....	10
Kuvio 4: HUS:n arvot (HUS 2011b) .....	12
Kuvio 5: Hoitoprosessin vaiheet (mukaellen Junttila ym. 2010).....	13
Kuvio 6: Mirandan hoitokertomustuloste (Kuusisto ym. 2010) .....	22
Kuvio 7: Hoitotyön prosessi (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011) .....	26
Kuvio 8: Hoitoprosessin vaiheet (mukaellen Junttila ym. 2010).....	45

## Taulukot

Taulukko 1: Huonetaulu (Koldingin sairaalan ortopedinen osasto) .....	40
Taulukko 2: Ikä .....	52
Taulukko 3: Koulutus .....	52
Taulukko 4: Työkokemus .....	53
Taulukko 5: Edustus hankkeessa .....	53
Taulukko 6: Oppiminen kirjaamishankkeen aikana .....	54
Taulukko 7: Hoitohenkilökunnan osaamisen lisääntyminen .....	54
Taulukko 8: Käytännön kokemuksen vaikutus hankkeessa .....	55
Taulukko 9: Etsityn tutkimustiedon vaikutukset kirjaamisessa .....	55
Taulukko 10: Kehittämisen prosessin sujuminen omalla kohdalla .....	56
Taulukko 11: Päivittäisen työn ja kehittämissuorituksen yhteensovittaminen .....	56
Taulukko 12: Esimiehet mahdollistaneet osallistumisen kehittämissuoritukseen .....	57
Taulukko 13: Ylihoitajat mahdollistaneet hankkeen toteuttamisen .....	57
Taulukko 14: Työyksikön henkilökunnan osallistuminen kehittämissuoritukseen .....	58
Taulukko 15: Työyksikön työryhmä edistänyt kehittämissuoritusta .....	58
Taulukko 16: Hanke lisännyt kiinnostusta työyksikössä hoitotyön kehittämiseen .....	59
Taulukko 17: Hanke lisännyt työyksikössä keskustelua kirjaamisen tavoista .....	59
Taulukko 18: Hanke synnyttänyt uusia ideoita hoitotyön kehittämiseksi .....	60
Taulukko 19: Hankkeen uuden kirjaamisen tavan käyttöönotto työyksikössä .....	60
Taulukko 20: Uuden kirjaamisen tavan käyttöönoton suunnittelu työyksikössä .....	61
Taulukko 21: Uuden kirjaamisen tavan käyttöönotto .....	61

## Liitteet

Liite 1. Kehittämistoiminnan aikataulu .....	72
Liite 2. Potilastapaus neuro .....	73
Liite 3. Potilastapaus keuhko .....	78
Liite 4. Potilastapaus vajaatoiminta .....	83
Liite 5. Pikaohje.....	89
Liite 6. Tarkistuslista .....	91

## Liite 1. Kehittämistoiminnan aikataulu





## Liite 2. Potilastapaus neuro

CASE NEURO			
HUOM! Punaisella merkityt otsikot ovat ensimmäinen taso, johon käyttäjällä on mahdollisuus kirjata.			
ESITIEDOT			
Prosessin vaihe	Taso 1	Taso 2	Taso 3
<b>Tulotilanne</b>			
	<b>Taustatiedot</b> Verenpainetauti, lievä munuaisten vajaatoiminta, hyperlipidemia, TIA-kohtaus 8/2009.		
	<b>Aiemmat tutkimukset ja hoidot</b>		
	<b>Terveyteen vaikuttavat tekijät</b>		
		<b>Tupakointi</b>	
		<b>Päihteet</b>	
		<b>Raskaus</b>	
		<b>Liikunta</b>	
	<b>Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät</b>		
	<b>Elintoiminnot</b>	<b>Vitaalielintoiminnot</b>	
		<b>Ravitsemustila, nestetasapaino</b>	
		<b>Hygienia, eritystoiminta</b>	
		<b>Iho-/kudoseheys</b>	
	<b>Psyykinen vointi</b>		
	<b>Potilaan elämäntilanne</b>		
	<b>Tietojen luovuttaminen ja hankkiminen</b>		
	<b>Muuta huomioitavaa</b> Tytär löytänyt vuoteesta virtsat alla ja soittanut ambulanssin.		

(jatkuu)

## KESKEISET TIEDOT; HOITOJAKSON SUUNNITELMA (tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot)

Hoidon suunnittelu	Hoidon ja/tai kuntoutuksen suunnittelu	Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät	
		<p><b>Elintoiminnot</b></p> <p>Tarve: 4.1.2012 ambulanssilla ensiapuun aivoinfarktiepäilyä. Tytär löytänyt vuoteesta virtsat alla. Oikea puoli heikompi ja puhe puuromaista. Desorientoitunut aikaan ja paikkaan. Verenpaine tullessa 205/97, pulssi 86. Pään TT:ssä uudehko infarktiharventuma vasemmalla.</p> <p>Tavoitteet:  Verensokeri &lt;8  Verenpaine &lt;180/100  Lämpö &lt;37</p> <p>Suunnitellut toiminnot:  Lääkärin määräykset:  Verensokeri x 4  Lämpö x 2  Verenpaine x 2  Vuodelepo  Ei mitään p.o. toistaiseksi  P.o. lääkkeet tauolla  Ringer aukiolona  Totaalinsteet 3000 ml/vrk  Jatkossa nielemisen testaus kun vointi sallii  Tarv. Actrapid s.c. jos VS  &gt;8 mmol/l -&gt; 2 ky  &gt;10 mmol/l -&gt; 4 ky  &gt;12 mmol/l -&gt; 8 ky  &gt;14 mmol/l -&gt; 10 ky  &gt;16 mmol/l -&gt; Actrapid-infusion aloitus  Tarv. Catapresan 75 mikrogr i.m. jos RR &gt;180/100  Tarv. Primperan 10 mg i.v. x 1-3  Tarv. Perfalgan 1 g i.v. x 1-3</p>	
		<b>Psyykkinen vointi</b>	
		<b>Potilaan elämäntilanne</b>	
		<b>Potilaan/läheisen odotukset, näkemykset</b>	
		<b>Lähtevän tahon odotukset</b>	

	Hoito/kuntoutussopimukset		
	Jatkohoito	Todistukset ja lausunnot	
<b>HOITOPÄIVÄ; PÄIVITTÄISEN HOIDON SUUNNITTELU JA TOTEUTUS</b>			
<b>Hoidon suunnittelu</b>			
	Päivittäisen hoidon suunnittelu (tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot)	<p><b>Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät</b></p> <p>Tarve: Vuodepotilas, täysin autettava. Yrittää repiä kanyylin irti.</p> <p>Tavoite: Vuodelepo. Kanyylin pysyminen paikallaan.</p> <p>Toiminto: Rauhoittelu. Vasen käsi jouduttu laittamaan kiinni, ettei revi kanyylyä.</p>	
		<b>Elintoiminnot</b>	<p><b>Vitaalielintoiminnot</b></p> <p>Tarve: Lämmön nousu</p> <p>Tavoite: Lämpö alle 37</p> <p>Toiminto: Perfalgan 1 g i.v.</p> <p>Tarve: Verenpaineen nousu.</p> <p>Tavoite: RR alle 180/100</p> <p>Toiminto: Catapresan 75 mikrog i.m.</p> <p>Tarve: Pahoinvointi</p> <p>Tavoite: Hyvä olo.</p> <p>Toiminto: Primperan 10 mg i.v.</p>

(jatkuu)

			<p>Ravitsemustila, nestetasapaino</p> <p>Tarve: Ravinnotta</p> <p>Tavoite: Totaalinsteet 3000 ml/vrk</p> <p>Toiminto: Ringer Acetat aukiolona i.v., suun kostutus</p>
			<p>Hygienia, eritystoiminta</p> <p>Tarve: Kastelee vaippaan runsaasti.</p> <p>Tavoite: Spontaani virtsaaminen ja iho pysyy ehjänä genitaalialueella.</p> <p>Toiminto: Vaipat.</p>
			Iho-/kudoseheys
		<p>Psyykkinen vointi</p> <p>Tarve: Levoton ja sekava. Kommunikointi ei onnistu.</p> <p>Tavoite: Levottomuuden väheneminen niin, että ymmärtää kehoituksia</p> <p>Toiminto: Rauhoittelu. Rauhallinen puhuminen ja ohjaus.</p>	
		Potilaan elämäntilanne	
		Potilaan / läheisen näkemys	
<b>Hoidon toteutus</b>			
	<b>Tutkimukset ja toimenpiteet</b>	Kliiniset tutkimukset	
		Tutkimustulokset	
		Toimenpiteen aikainen hoito ja seuranta	
	Lääkehoidon toteuttaminen ja vaikuttavuus, erityishuomiot		
	<b>Päivittäisen hoidon toteutus</b>	Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät	
		<b>Elintoiminnot</b>	Vitaalielintoiminnot
			Ravitsemustila, nestetasapaino

			Hygienia, eritystoiminta
			Iho-/kudoseheys
		Psyykinen vointi	
		Potilaan elämäntilanne	
		Potilaan/läheisen ohjaus ja tukeminen	
	Hoidon poikkeama		
<b>Hoidon arviointi</b>			
	Potilaan tämän hetkinen vointi		
	Potilaan/läheisen näkemys hoidosta		
	Ammattihenkilön arvio hoidosta		
	Potilaan/läheisen näkemys kokonaistavoitteiden toteutumisesta		
	Hoidon/kuntoutuksen vaikuttavuus		
	Jatkohoito		
	<b>Käytetyt mittarit/mittaukset</b>	Hoitoisuus vuodeosastolla (OPCq)	
		Hoitoisuus poliklinikalla (POLIHOIq)	
		Rinnakkaisluokitus (OPCq)	
		Rinnakkaisluokitus (POLIHOIq)	

## Liite 3. Potilastapaus keuhko

<b>CASE KEUHKO</b>			
<b>HUOM! Punaisella merkityt otsikot ovat ensimmäinen taso, johon käyttäjällä on mahdollisuus kirjata.</b>			
<b>ESITIEDOT</b>			
<b>Prosessin vaihe</b>	<b>Taso 1</b>	<b>Taso 2</b>	<b>Taso 3</b>
<b>Tulotilanne</b>			
	<b>Taustatiedot</b> Graavi COPD, verenpainetauti, MCC.		
	<b>Aiemmat tutkimukset ja hoidot</b> Tk:ssa viikko sitten, aloitettu antibioottikuuri.		
	<b>Terveyteen vaikuttavat tekijät</b>		
		<b>Tupakointi</b> Tupakoinut aiemmin, lopettanut 3 vuotta sitten.	
		<b>Päihteet</b>	
		<b>Raskaus</b>	
		<b>Liikunta</b>	
	<b>Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät</b> Kotona happirikastin 1 l/min, pitkät happiviikset. Retentoi hiildioksidia herkästi.		
	<b>Elintoiminnot</b>	<b>Vitaalielintoiminnot</b>	
		<b>Ravitsemustila, nestetasapaino</b> Laktoositon ruokavalio. Nutridrink-lisäravinteet 2 x päivässä.	
		<b>Hygienia, eritystoiminta</b>	
		<b>Iho-/kudoseheys</b>	
	<b>Psyykinen vointi</b>		
	<b>Potilaan elämäntilanne</b> Asuu vaimon kanssa omakotitalossa maaseudulla. Kantovesi ja sauna piharakennuksessa. Ei kotiapuja käytössä.		
	<b>Tietojen luovuttaminen ja hankkiminen</b>		

(jatkuu)

	<b>Muuta huomioitavaa</b> <b>Riskitiedot:</b> MRSA-altistunut. Ensimmäiset MRSA-näytteet otettu ensiavussa.		
<b>KESKEISET TIEDOT; HOITOJAKSON SUUNNITELMA (tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot)</b>			
<b>Hoidon suunnittelu</b>			
	<b>Hoidon ja/tai kuntoutuksen suunnittelu</b>	<b>Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät</b> Ei ole enää pystynyt liikkumaan kotona. Nukkunut istualtaan.	
		<b>Elintoiminnot</b> Tarve: Tullut ambulanssilla sairaalaan hengenahdistuksen ja pitkittyneen kuumeilun takia. Käynyt terveyskeskuksessa viikko sitten, saanut antibioottikuurin. Kuitenkin kotona kuumetta ad 39 astetta. Hengitys raskasta happirikastimesta huolimatta. CRP 179. Thoraxissa pneumoniamuutokset. SpO2 89 huoneilmalla.  Tavoitteet: Hengityksen helpottuminen CRP:n lasku Kuumeen lasku Yleistilan koheneminen Totaalინesteet 3000 ml/vrk  Suunnitellut toiminnot: Lääkärin määräykset: Kosketuseristys Kotilääkitys jatkuu Spiriva respimat tauolle Zinacef 1,5 g 1 x 3 i.v. Roxithromycin 150 mg 1 x 2 p.o. Atrodual 1 x 4 neb. Veriviljelyt x 2 jos lämpö >38 astetta Totaalინesteet 3000 ml/vrk, nestelistan aloitus Happisaturaatio 2 x vrk, tarvittaessa Lämpö 2 x vrk	

		Psyykinen vointi	
		Potilaan elämäntilanne	
		Potilaan/läheisen odotukset, näkemykset	
		Lähtevän tahon odotukset	
	Hoito/kuntoutussopimukset		
	Jatkohoito	Todistukset ja lausunnot	
<b>HOITOPÄIVÄ; PÄIVITTÄISEN HOIDON SUUNNITTELU JA TOTEUTUS</b>			
<b>Hoidon suunnittelu</b>			
	Päivittäisen hoidon suunnittelu (tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot)	<p><b>Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät</b></p> <p>Tarve: Väsynyt ja voimaton. Hengenahdistuksen takia ei pysty liikkumaan. Jaksaa nousta sängyn laidalle istumaan.</p> <p>Tavoite: Voinnin kohentumien niin, että selviytyy kotona.</p>	
		<b>Elintoiminnot</b>	<p><b>Vitaalielintoiminnot</b></p> <p>Tarve: Hengenahdistusta tulee jo pienessäkin rasituksessa.</p> <p>Tavoite: SpO2 &gt;92 O2 1 l/min, hengenahdistuksen helpottuminen</p> <p>Toiminto: Ohjaus, O2 koko ajan, Atrodual 1 x 4</p> <p>Tarve: Kuumeilu.</p> <p>Tavoite: Lämpö &gt;38</p> <p>Toiminto: Lepo, lämmön seuranta x 2, tarvittaessa Panadol 1 g x 3.</p>
			<p><b>Ravitsemustila, nestetasapaino</b></p> <p>Tarve: Kakektisen laiha.</p> <p>Tavoite: Totaalinenesteet 3000 ml/vrk, ravitsemustilan paraneminen.</p> <p>Toiminto: Nutridrink-lisäravinteet jatkuvat x 2. Aloitetaan Calogen 30 ml x 2. Nestelista.</p>

(jatkuu)



			Hygienia, eritystoiminta Virtsaa pulloon. Vuodepesut.
			Iho-/kudoseheys
		Psyykkinen vointi Kokee elämäntilanteensa raskaaksi. Hengenahdistus pelottaa.	
		Potilaan elämäntilanne Potilaan / läheisen näkemys	
<b>Hoidon toteutus</b>			
	<b>Tutkimukset ja toimenpiteet</b>	Kliiniset tutkimukset Veriviljelyt x 2	
		Tutkimustulokset	
		Toimenpiteen aikainen hoito ja seuranta	
	Lääkehoidon toteuttaminen ja vaikuttavuus, erityishuomiot Zinacef 1,5 g i.v. klo 8.00 Panadol 1 g p.o. klo 9.00 lämmönnousuun Zinacef 1,5 g i.v. klo 16.00 Zinacef 1,5 g i.v. klo 00.00		
	<b>Päivittäisen hoidon toteutus</b>	Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät	
		<b>Elintoiminnot</b>	Vitaalielintoiminnot Hengitysfrekvenssi 26 kertaa/min. O2 1 l/min. Puhuu sanoja ja käyttää apulihaksia. Pulssi 92, RR 148/88 klo 9.00. Lämpö 38,8 klo 9.00
			Ravitsemustila, nestetasapaino Syö itse vuoteen reunalla istuen. Nestelista aloitettu. Muistutettu juomisen tärkeydestä.
			Hygienia, eritystoiminta Jaksaa nousta vuoteen reunalle pesujen ajaksi. Virtsaa pulloon omatoimisesti.

			Iho-/kudoseheys
		Psyykkinen vointi	
		Potilaan elämäntilanne	
		Potilaan/läheisen ohjaus ja tukeminen	
	Hoidon poikkeama		
<b>Hoidon arviointi</b>			
	Potilaan tämän hetkinen vointi Hengitysfrekvenssi 20 kertaa/min., SpO2 93 hapella, RR 146/82, p 82. Lämpö 37,8. Yleistila kohentunut. Jaksaa vähän kävellä huoneessa.		
	Potilaan/läheisen näkemys hoidosta		
	Ammattihenkilön arvio hoidosta		
	Potilaan/läheisen näkemys kokonaistavoit- teiden toteutumisesta		
	Hoidon/kuntoutuksen vaikuttavuus		
	Jatkohoito Kartoitetaan kotiapujen tarve ja selvitetään nii- den saatavuus.		
	<b>Käytetyt mittarit/mittaukset</b>	Hoitoisuus vuodeosastolla (OPCq)	
		Hoitoisuus poliklinikalla (POLIHOIq)	
		Rinnakkaisluokitus (OPCq)	
		Rinnakkaisluokitus (POLIHOIq)	

## Liite 4. Potilastapaus vajaatoiminta

<b>CASE VAJAATOIMINTA</b>			
<b>HUOM! Punaisella merkityt otsikot ovat ensimmäinen taso, johon käyttäjällä on mahdollisuus kirjata.</b>			
<b>ESITIEDOT</b>			
Prosessin vaihe	Taso 1	Taso 2	Taso 3
<b>Tulotilanne</b>			
	<b>Taustatiedot</b> Sydämen vajaatoiminta, insuliinihoitoinen diabetes, MCC, verenpainetauti, kihti, dementia, penisilliini-allergia.		
	<b>Aiemmat tutkimukset ja hoidot</b> Koronaariangiografia tehty 6/2004 PCI + stentti		
	<b>Terveyteen vaikuttavat tekijät</b>		
		<b>Tupakointi</b>	
		<b>Päihteet</b>	
		<b>Raskaus</b>	
		<b>Liikunta</b>	
	<b>Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät</b> Kotisairaanhoido käy aamuisin antamassa lääkkeitä ja pistämässä insuliinin. Kotona liikkuu rollaattorin turvin. Huono kuulo, kuulolaite vasemmassa korvassa.		
	<b>Elintoiminnot</b>	<b>Vitaalielintoiminnot</b>	
		<b>Ravitsemustila, nestetasapaino</b> Ateriapalvelu 2 x päivässä Omaiset käyvät kaupassa.	
		<b>Hygienia, eristystoiminta</b> Peseytyy itsenäisesti, omaiset auttavat ajoittain.	
		<b>Iho-/kudoseheys</b>	
	<b>Psyykinen vointi</b> Muistamattomuutta		

(jatkuu)

<b>Potilaan elämäntilanne</b> Asuu yksin kerrostalon kolmannessa kerroksessa, ei hissiä. Ei ole poistunut kotoa vuoteen, koska rappusissa kävely ei onnistu.		
<b>Tietojen luovuttaminen ja hankkiminen</b>		
<b>Muuta huomioitavaa</b> Omaiset hoitavat juoksevat asiat. Kotisairaanhoido soittanut ambulanssin.		

**KESKEISET TIEDOT; HOITOJAKSON SUUNNITELMA (tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot)**

KESKEISET TIEDOT; HOITOJAKSON SUUNNITELMA (tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot)		
Hoidon suunnittelu		
	<b>Hoidon ja/tai kuntoutuksen suunnittelu</b>	<p><b>Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät</b></p> <p><b>Elintoiminnot</b></p> <p>Tarve: Tullut sairaalaan rytmihäiriötuntemuksien ja hengenahdistuksen takia. Viikon ajan ollut rytmihäiriötuntemuksia ja viime päivinä hengenahdistus pahentunut. Jalkoihin tullut turvotusta. Tullessa EKG:ssä nopea FA, pulssi noin 140. Flimmerin alkamisajankohta epäselvä, ei tehdä kardiover-siota. Thoraxissa vajaatoiminnan merkit. Happisaturaatio matala.</p> <p>Tavoitteet: Pulssitavoite &lt;100 Turvotuksen väheneminen Balanssitavoite -1000 ml Happisaturaation normalisoituminen</p> <p>Suunnitellut toiminnot: Lääkärin määräykset: Vuodelepo, portatiivilupa Monitoriseuranta Verenpaine x 2/vrk Verensokeriseuranta x 4/vrk Paino x 1/vrk Nesterajoitus 2000 ml/vrk Kotilääkitys jatkuu Furesis 40 mg 1x1 p.o. nostetaan annokseen 40 mg 1x2 p.o. Lantus jatkuu kotiannoksella 25 ky aamuisin Tarv. Furesis 10-20 mg i.v. x 1-3 Tarv. Seloken 2,5 mg i.v. ad 10 mg Tarv. Digoxin 0,25 mg i.v. x 1 Jatkossa Marevanin aloitus?</p>

(jatkuu)

		Psyykkinen vointi	
		Potilaan elämäntilanne	
		Potilaan/läheisen odotukset, näkemykset	
		Lähtevän tahon odotukset	
	Hoito/kuntoutussopimukset		
	Jatkohoito	Todistukset ja lausunnot	
<b>HOITOPÄIVÄ; PÄIVITTÄISEN HOIDON SUUNNITTELU JA TOTEUTUS</b>			
<b>Hoidon suunnittelu</b>			
	Päivittäisen hoidon suunnittelu (tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot)	<p><b>Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät</b></p> <p>Tarve: Väsynyt ja voimaton, ei jaksa nousta sängyn laidalle istumaan.</p> <p>Tavoite: Voinnin kohentuminen niin, että selviytyy kotona.</p>	
		<b>Elintoiminnot</b>	<p><b>Vitaalielintoiminnot</b></p> <p>Pulssi &lt;100</p> <p>SpO2 &gt;95 huoneilmalla</p>
			<p><b>Ravitsemustila, nestetasapaino</b></p> <p><b>Hygienia, eritystoiminta</b></p>
			<p><b>Iho-/kudoseheys</b></p> <p>Tarve: Jalat pinkeät, tiukkuvat kudostenestettä.</p> <p>Tavoite: Turvotuksen laskeminen.</p> <p>Toiminto: Imevät sidokset, vaihdetaan tarvittaessa, vähintään kerran vuorokaudessa. Jalkojen rasvaus päivittäin perusvoiteella. Molempiin sääriin dauerbind-sidokset päiväksi, pois yöksi.</p>
		Psyykkinen vointi	
		Kärsii hengenahdistuksesta, pelkää tukehtuvansa.	
		Potilaan elämäntilanne	
		Potilaan / läheisen näkemys	

<b>Hoidon toteutus</b>			
	<b>Tutkimukset ja toimenpiteet</b>	<b>Kliiniset tutkimukset</b>	
		<b>Tutkimustulokset</b>	
		<b>Toimenpiteen aikainen hoito ja seuranta</b>	
	<b>Lääkehoidon toteuttaminen ja vaikuttavuus, erityishuomiot</b> Jalat kovin turvonneet, saa Furesis 10 mg i.v. klo 10. Pulssi 120, saa Seloken 2,5 mg i.v. klo 10.15.		
	<b>Päivittäisen hoidon toteutus</b>	<b>Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät</b>	
		<b>Elintoiminnot</b>	<b>Vitaalielintoiminnot</b> Hengitysfrekvenssi 25 kertaa/min. Käyttää apulihaksia hengittämiseen. Happimaski 8 l/min Happiviikset 4 l/min ruokailun ajaksi Pulssi 90, RR 152/90 klo 10.45.
			<b>Ravitsemustila, nestetasapaino</b> Syö itse vuoteen pääty koholla. Aloitettu nestelista. Pyytää koko ajan juotavaa, muistutettu sydämen vajaatoiminnasta ja nesterajoituksesta. Annetaan kosteuttavaa geeliä suuhun.
			<b>Hygienia, eristystoiminta</b> Laitettu kestokatetri. Nousee kahden auttamana portatiiville, muuten hoidettu vuoteeseen.
			<b>Iho-/kudoseheys</b> Jalat tihekkävät kudostenestettä, kohoasento tyynyjen avulla. Iho painuu herkästi, asentohoidot.
		<b>Psyykinen vointi</b>	
		<b>Potilaan elämäntilanne</b>	
		<b>Potilaan/läheisen ohjaus ja tukeminen</b>	
	<b>Hoidon poikkeama</b>		

<b>Hoidon arviointi</b>			
	<p>Potilaan tämän hetkinen vointi</p> <p>Turvotus laskenut, paino pudonnut 1 kg eilisestä, hengitysfrekvenssi 18 kertaa/min., SpO2 95 huoneilmalla, RR 148/86, p 85. Yleistila kohentunut. Jaksaa nousta sängyn laidalle istumaan. Tarvitsee vielä apua portatiiville nousussa.</p>		
	Potilaan/läheisen näkemys hoidosta		
	Ammattihenkilön arvio hoidosta		
	Potilaan/läheisen näkemys kokonaistavoitteiden toteutumisesta		
	Hoidon/kuntoutuksen vaikuttavuus		
	Jatkohoito		
	<b>Käytetyt mittarit/mittaukset</b>	Hoitoisuus vuodeosastolla (OPCq)	
		Hoitoisuus poliklinikalla (POLIHOIq)	
		Rinnakkaisluokitus (OPCq)	
		Rinnakkaisluokitus (POLIHOIq)	



Liite 5. Pikaohje

## HOITOPOLUT (SYDÄN, KEUHKO, AVH)

### HOITOPÄIVÄ-/KÄYNTI

#### PÄIVITTÄISEN HOIDON SUUNNITTELU (tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot)

##### Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät

Potilaan hoidon ja/tai kuntoutuksen tarve. Fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. Vuodelepo/istuminen/liikkuminen. Itsestä huolehtiminen. Kommunikaatio. **Hengitys**. Turvotukset. Kipu. **Pahoinvointi**. **Kouristukset**. **Suuhygienia**. *Tarve, tavoite, toiminto.*

##### Elintoiminnot; Vitaalielintoiminnot

Arvio hengitykseen, sydämen toimintaan, verenkiertoon ja lämpötasapainoon liittyvistä päivittäisistä tarpeista, tavoitteista ja suunnitelluista toiminnoista. Monitoriseuranta, RR, pulssi, B-gluk, paino, lämpö, SpO2, O2-lisä, turvotukset, pahoinvointi. *Tarve, tavoite, toiminto.*

##### Elintoiminnot; Ravitsemustila, nestetasapaino

Arvio ravitsemustilaan ja nestetasapainoon liittyvistä päivittäisistä tarpeista, tavoitteista ja suunnitelluista toiminnoista. Nesterajoitus, nestelista, totaalinesteet, iv, suun kostutus, NML, PEG-letku, nielemisen testaus, sakeutusaine. *Tarve, tavoite, toiminto.*

##### Elintoiminnot; Hygienia, eritystoiminta

Arvio hygieniaan ja eritystoimintaan liittyvistä päivittäisistä tarpeista, tavoitteista ja suunnitelluista toiminnoista. Peseytyminen, vaipat, virtsaaminen, vatsan toiminta, **katetri**. *Tarve, tavoite, toiminto.*

##### Elintoiminnot; Iho-/kudoseheys

Arvio potilaan iho-/kudoseheyteen liittyvistä päivittäisistä tarpeista, tavoitteista ja suunnitelluista toiminnoista. Ihon kunto, turvotukset, haavahoidot. Asentohoito. *Tarve, tavoite, toiminto.*

##### Psyykkinen vointi

Arvio psyykkiseen vointiin liittyvistä päivittäisistä tarpeista, tavoitteista ja toiminnoista. Mieliala, tunnereaktiot, orientoituminen, muisti, kognitio, hoitoon sitoutuminen, sairauden tunto. *Tarve, tavoite, toiminto.*

##### Potilaan elämäntilanne

Arvio elämäntilanteesta liittyen perheeseen, asumiseen, tukiverkostoihin. *Tarve, tavoite, toiminto.*

## PÄIVITTÄISEN HOIDON TOTEUTUS

### Tutkimukset ja toimenpiteet

#### Kliiniset tutkimukset

Kliiniset tutkimukset, esim. lääketieteellinen status, **neurologiset tutkimukset**, hoitotyön tutkimukset, erityistyöntekijäkohtaiset tutkimukset (esim. fysioterapia, ravitsemusterapia)

#### Tutkimustulokset

Keskeiset, hoitopäätöksiin liittyneet tutkimustulokset. Yhteenveto tulo- ja lähtötilanteesta.

#### Toimenpiteen aikainen hoito ja seuranta

(jatkuu)

Toimenpiteen aikaisen hoidon toteutus ja potilaan voinnin sekä hoidon välittömän vaikutuksen arviointi.

### Lääkehoidon toteuttaminen ja vaikuttavuus, erityishuomiot

Potilaan lääkehoidon toteuttaminen kuten 'tarvittaessa' lääkkeiden antokirjaukset sekä mahdollisten sivuvaikutusten ja muiden erityishuomioiden kirjaaminen.

#### Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät

Toimintakyvyn muuttuminen hoitotoimien johdosta. Hoidon toteutus, potilaan voinnin ja hoidon välitön vaikutus aktiiviteettiin ja toiminnallisuuteen, nukkumiseen ja lepoon, koordinaatiokykyyn, liikuntakykyyn, itsestä huolehtimiseen, kommunikaatioon, sosiaaliseen toimintakykyyn.

#### Elintoiminnot; Vitaalielintoiminnot

Merkinnät hoidon toteutuksesta ja potilaan voinnin sekä hoidon välittömän vaikutuksen arvioinnista päivittäin vitaalielintoimintoihin liittyen. Hengitys, RR, pulssi, lämpö, B-gluk, SpO<sub>2</sub>, O<sub>2</sub>.

#### Elintoiminnot; Ravitsemustila, nestetasapaino

Merkinnät hoidon toteutuksesta ja potilaan voinnin sekä hoidon välittömän vaikutuksen arvioinnista päivittäin ravitsemustilaan ja nestetasapainoon liittyen. Syö omatoimisesti/avustettuna/syötetään. Nestelista, nesterajoitus, suun kostutus, NML, PEG-letku, ravintolisät.

#### Elintoiminnot; Hygienia, eritystoiminta

Merkinnät hoidon toteutuksesta ja potilaan voinnin sekä hoidon välittömän vaikutuksen arvioinnista päivittäin hygieniaan ja eritystoimintaan liittyen. Peseytyminen, vatsan toiminta, virtsan toiminta, limaneritys, katetrointi, painovoimintointi.

#### Elintoiminnot; Iho-/kudoseheys

Merkinnät hoidon toteutuksesta ja potilaan voinnin sekä hoidon välittömän vaikutuksen arvioinnista päivittäin iho- ja kudoseheyteen liittyen. Ihon kunto, turvotukset, asentohoito, haavahoidot.

#### Psyykkinen vointi

Merkinnät potilaan psyykkisestä voinnista päivittäin. Hoitajan havainnoimat ja/tai potilaan kertomat oireet. Mieliala, tunnereaktiot, orientoituminen, muisti, hoitoon sitoutuminen, levottomuus.

#### Potilaan elämäntilanne

Hoidon toteutus elämäntilanteeseen liittyen. Perhe, asuminen, tukiverkostot.

#### Potilaan/läheisen ohjaus ja tukeminen

Potilaalle/läheiselle annettu ohjaus ja tuki.

#### Hoidon poikkeama

Selvitys poikkeamasta esim. toimenpiteisiin johtavat poikkeamat, sairaalainfektiot, putoamiset, kaatumiset, painehaavaumat.

#### HOIDON ARVIOINTI

##### Potilaan tämän hetkinen vointi

Hoitajan tai potilaan arviointi voinnin muutoksista, esim. väliarviointi.

##### Jatkohoito

Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot, esim. terveyskeskus, kotihoito, muu.

## Liite 6. Tarkistuslista

SIKKER KIRURGI TJEKLISTE		DATO LA <input type="checkbox"/>	KAR ORT <input type="checkbox"/>
Label			
<b>Tjek ind</b> <input type="checkbox"/> <b>Anæstesisikkerhedstjek udført</b> (ikke ved LA)  <input type="checkbox"/> <b>Er der taget stilling til:</b> Plan for luftvejshåndtering (ikke ved LA) <input type="checkbox"/> Aspirationsrisiko? (ikke ved LA)	<b>Time out</b> <input type="checkbox"/> <b>Alle teammedlemmer præsenterer sig ved dagens start og ved nye i teamet</b>  <input type="checkbox"/> <b>Kirurg, operationssygepl. og anæstesi bekræfter verbalt:</b> • Patientens identitet • Operationssted • Indgrebstype • Glidestykke fjernet  <b>Antibiotikaproylakse givet indenfor seneste 60 min.</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej relevant <input type="checkbox"/>	<b>Tjek ud</b> <b>Teamet opsummerer:</b> <input type="checkbox"/> Hvilket indgreb er udført <input type="checkbox"/> Instrument- og servietoptælling OK <input type="checkbox"/> Mærkning af evt. udtagne prøver OK <input type="checkbox"/> Evt. mangler ved udstyr eller er udstyret blevet defekt under operationen	
<input type="checkbox"/> <b>Patienten har tilkendegivet</b> • Sin identitet • Operationssted • Indgrebstype • Sit samtykke • Kendt allergi	<b>Antibiotikaproylakse givet indenfor seneste 60 min.</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej relevant <input type="checkbox"/>	Har der været brud på aseptikken (Eks. hul på handsken, afdækning løs..) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Operationssted markeret</b>	<b>Forventet forløb</b> <input type="checkbox"/> <b>- Kirurg gennemgår:</b> • Forventede kritiske faser • Operationsvarighed • Forventet blodtab i ml	<b>Kirurg, anæstesi og sygeplejerske gennemgår:</b> <input type="checkbox"/> Plan for patientens postoperative håndtering <b>-Tromboseproylakse</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <b>Vandladning indenfor seneste 60 min. eller ej relevant</b>	<input type="checkbox"/> <b>- Anæstesi gennemgår:</b> (ikke ved LA) • Forventede problemer	<b>-Har patienten holdt temp. &gt;36°C?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej relevant/ målt <input type="checkbox"/>	
<b>Har kirurgen taget stilling til:</b> (Hvis ikke, kontakt kirurg)  <input type="checkbox"/> <b>Antibiotikaproylakse</b>  <input type="checkbox"/> <b>Risiko for &gt;500 ml blodtab</b> Eller 7 ml/kg hos børn	<input type="checkbox"/> <b>Sygeplejeteam gennemgår:</b> • Sterilitet, evt. særligt udstyr klart  <b>Rasering fortaget korrekt ved ankomsten til OP</b> (efter gældende retningslinjer) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<b>Tjeklisten gennemført af:</b> (Hele teamet på stuen)  <b>Bemærkninger:</b> _____ _____	
<input type="checkbox"/> <b>Billeddiagnostik på plads</b> (eller ej relevant)	<input type="checkbox"/> <b>Billeddiagnostik på plads</b> (eller ej relevant)		