

Soile Lehtomäki

HOITOTYÖN RAKENTEISEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN  
KAUKOLANKODISSA

Hoitotyön koulutusohjelma  
2015

# HOITOTYÖN RAKENTEISEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN KAUKOLANKODISSA

Lehtomäki, Soile  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Maaliskuu 2015  
Ohjaaja: Santamäki, Kirsti  
Sivumäärä: 44  
Liitteitä: 4

Asiasanat: rakenteinen, hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön prosessi, FinCC-luokitus

---

Opinnäytetyön aiheena oli hoitotyön rakenteinen kirjaaminen Kaukolankodissa. Projektin tarkoituksena oli kouluttaa Kaukolankodin hoitohenkilökuntaa rakenteisessa kirjaamisessa ja tavoitteena oli antaa hoitohenkilökunnalle työkaluja helpottamaan päivittäistä kirjaamista.

Kaukolankoti siirtyi sähköiseen potilastietojärjestelmä Efficään keväällä 2013. Hoitotyöntekijöille manuaalisesta dokumentoinnista siirtyminen sähköiselle alustalle kirjaamiseen tuntui vieraalta ja vaikealta. Komponenttien sisällöt olivat epäselviä ja FinCC-luokitusten käyttö oli vähäistä. Kaukolankodin toiveena oli saada koulutusta päivittäiseen hoitotyön kirjaamiseen heidän tarpeistaan ja lähtökohdistaan.

Opinnäytetyö toteutettiin projektina, joka sisälsi kahdeksan koulutuskertaa neljällä osastolla. Jokaisella osastolla oli kaksi koulutuskertaa ja ne oli jaettu teoriaosuuteen sekä käytännönharjoitteluun. Teoriaosuudet olivat kaikilla osastoilla samansisältöiset, käytännön harjoittelut vaihtelivat osallistujien mielenkiinnon mukaan. Koulutuksessa käsiteltiin rakenteista kirjaamista hoitotyön prosessin mukaan FinCC-luokituksia apuna käyttäen.

Koulutusta arvioitiin hoitohenkilökunnalle tehdyllä strukturoidulla palautekyselyllä, jossa oli mahdollisuus myös vapaamuotoiselle palautteelle. Palautekyselyssä kysyttiin koulutuksen tarpeellisuudesta, sisällöstä ja sen käytettävyydestä hoitotyössä. Palautekyselyiden perusteella koulutus oli tarpeellinen, hyödyllinen ja odotettu. Suullisten ja kirjallisten palautteiden mukaan, osallistujat saivat koulutuksesta uutta tietoa ja koulutus kiinnitti huomiota osallistujien omaan kirjaamiseen. Hankalaksi koettiin kansallisesti yhtenäisesti laaditun hoitotyön kirjaamismallin käytettävyys käytössä olevalla potilastietojärjestelmällä.

Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia koulutuksen vaikuttavuutta ja rakenteisen kirjaamisen kehittymistä Kaukolankodissa. Myös kansallisesti yhtenäisesti laaditun kirjaamismallin käytettävyyden muokkaaminen sopivammaksi heidän tarpeisiinsa voisi olla hyvä kehittämiskohde.

## DEVELOPMENT OF STRUCTURAL DOCUMENTATION OF NURSING CARE IN KAUKOLANKOTI

Lehtomäki, Soile  
Satakunta University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
March 2015  
Supervisor: Santamäki, Kirsti  
Number of pages: 44  
Appendices: 4

Keywords: structural, recording of nursing, process of nursing, FinCC-classification

---

The topic of this thesis was structured documentation of nursing care in Kaukolankoti. The purpose of this project was to organize structured documentation training to the medical staff in Kaukolankoti and the goal of the training was to give instruments to the nursing staff to help their daily documentation.

Kaukolankoti adopted electronic patient information system Effica in the spring of 2013. Transition from manual documentation to the electronic documentation was strange and difficult to the medical staff. The contents of components were unclear and the use of FinCC-classification was low. Kaukolankoti hoped to get an education in the documentation of daily nursing care to post their needs and preferences.

The thesis was carried out on a project, which contained eight training lessons in four different wards. Each ward had two training lessons and they were shared to theory proportion and practical training. The theory of the shares was in all wards the same substantive, practical placements, according to the participants, ranging from interest. The training focused on the recording of the process of nursing care according to the structures of FinCC-classification.

The participants of the training were evaluated by means of a structured feedback survey, where had also the opportunity to free feedback. In the feedback survey were asked about the need for education, the content of training and its usefulness in nursing care. On the basis of the feedback survey the training was necessary, useful and expected. According of verbal and written feedback, participants received the new information and training drew attention to their own documentation of nursing care. More complicated was the nationally consistent recognition of nursing model on the usability of the patient data system.

In the future, could be useful to examine the effectiveness of the training and the development of a structured documentation in Kaukolankoti. The usability of the nationally consistent recognition of nursing model to fit their needs might also be good for the development of the destination in Kaukolankoti.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN.....	6
2.1	Hoitotyön kirjaaminen.....	6
2.2	Hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö.....	6
2.3	Sähköinen potilaskertomus.....	8
2.4	Hoitotyön prosessimalli kirjaamisen jäsentäjänä.....	10
2.5	FinCC-luokitus.....	15
3	KOULUTUS KEHITTÄMISEN KEINONA.....	16
3.1	Terveydenhuollon täydennyskoulutus.....	16
3.2	Koulutus.....	17
3.3	Koulutuksen käytännön toteutus.....	19
4	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	20
5	PROJEKTIN SUUNNITELMA.....	21
5.1	Kohdeorganisaation ja nykytilan kuvaus.....	21
5.2	Aikataulu ja eteneminen.....	23
5.3	Resurssit ja riskit.....	23
5.4	Arviontisuunnitelma.....	24
6	PROJEKTIN TOTEUTUS.....	24
6.1	Koulutuksen toteutuminen ensimmäisellä osastolla.....	26
6.2	Koulutuksen toteutuminen toisella osastolla.....	27
6.3	Koulutuksen toteutuminen kolmannella osastolla.....	28
6.4	Koulutuksen toteutuminen neljännellä osastolla.....	29
7	PROJEKTIN ARVIOINTI.....	30
7.1	Opinnäytetyön tilaajan arviointi.....	30
7.2	Osallistuja-arviointi.....	31
7.3	Oma arviointi.....	38
7.4	Pohdinta.....	39
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan valtakunnallinen sähköinen potilaskertomus tuli ottaa käyttöön vuoden 2007 loppuun mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti, sähköisten potilasasiakirjojen käyttöönottoa ohjaava työryhmän määrittelemään ne rakenteet, tiedonsiirto-standardit ja tietoturvan periaatteet, joita terveyskeskusten ja sairaaloiden sähköisiltä potilaskertomusjärjestelmiltä edellytetään. Hankkeen tarkoituksena oli parantaa ja uusia hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Sähköisten potilasasiakirjojen avulla voidaan rakentaa saumattomia moniammatillisia palveluketjuja, jolloin terveydenhuollon eri organisaatioiden välinen yhteistyö kulkee vaivattomasti ja nopeasti. (STM 2004 b, 11–12.)

Potilasturvallisuuden takaamiseksi, tulee potilaan suunnitellussa tai toteutuneessa hoidossa kirjata kaikki tarpeelliset ja riittävät tiedot. Potilaskertomuksessa käytettävät rakenteet ja niiden käyttö tulisi olla valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 4.) Jotta potilaskertomustietoja voidaan käyttää ja hyödyntää muissakin organisaatioissa, potilastiedon keskeiset rakenteet eivät saisi poiketa toisistaan, riippumatta siitä kuka ja missä organisaatioissa tieto on kirjoitettu. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 13.)

Suomessa on kehitetty hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli. Siinä kirjataan hoitotyötä sähköisesti hoidollisen päätöksenteon prosessimallin ja FinCC (Finnish Care Classification) -luokituskokonaisuuden mukaisesti. Kehittämistyöstä huolimatta hoitotyön ammattilaiset eivät ole ottaneet sitä omakseen, koska kokevat sen epäkäytännölliseksi ja haastavaksi. (Nykänen & Juntila 2012, 4.)

Opinnäytetyö toteutettiin projektina, jonka tarkoituksena oli kouluttaa Kaukolankodin henkilökuntaa hyödyntämään rakenteellista kirjaamista omassa työssään. Kaukolankodissa siirryttiin sähköiseen kirjaamiseen keväällä 2013. Koulutusta ehdotettiin Kaukolankodin johtajalle Ritva Miesmaalle, joka sen perusteella tilasi koulutuksen. Aihe oli mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Opinnäytetyöntekijän tavoitteena oli kehittää omaa osaamista rakenteellisessa kirjaamisessa ja luokitusten käytössä.

## 2 HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

### 2.1 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön velvollisuutta kirjata potilasasiakirjoihin niiden käyttötarkoituksen kannalta oleelliset tiedot (Nykänen & Juntila 2012, 3). Rakenteisuus kirjaamisessa tarkoittaa sitä, että on etukäteen sovittu otsaketaso kirjattavasta tiedosta. Otsakkeiden alle voidaan kirjoittaa olevassa olevien nimikkeistöjä tai luokituksia käyttäen tai vapaalla tekstillä. (Ensio & Saranto 2004, 10.) Rakenteelliset tiedot auttavat terveydenhuollon ammattilaista löytämään nopeasti suuresta tietomäärästä oleelliset tiedot ja ne mahdollistavat sen, että sama tieto tarvitsee kirjata vain kerran, ja että kertaalleen kirjattu tieto on automaattisesti käytettävissä hoitoyhteenvetoihin, tiivistelmiin, lääkärintodistuksiin ja muihin sähköisiin lomakkeisiin. (STM 2004 b, 30.)

Laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavat hoitajan yksilölliset taidot ja tiedot. Miten hoitotyöntekijä osaa hahmottaa luokitellusta rakenteisesta tiedosta potilaan hoitotilanteessa vaaditun kokonaisuuden ja miten hän yhdistää kirjatessaan eri lähteistä saadut tiedot toisiinsa. Laadukkuuden perustana on kirjaajan ymmärrys tiedon hyödyntämisen merkityksestä. (Lento 2007, 7-8.) Kirjaamisen laatuun vaikuttavat hoitohenkilökunnan asenteet ja tietotekniset taidot, joita tulisi vahvistaa koulutusten ja erilaisten tukitoimien avulla. Käytössä olevien laitteiden ja järjestelmien määrä ja laatu tulee olla riittävä, jotta hoitohenkilökunta voi kirjata laadukkaasti. (Saranto & Ikonen 2008, 189–190.)

### 2.2 Hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Potilasasiakirjoja säätelevät useat lait ja asetukset, jotka täydentävät toisiaan ja niitä voidaan soveltaa rinnakkain tilanteen mukaan (STM 2012, 15). Hyvän ja luottamuksellinen hoitosuhde edellyttää erityistä huolellisuutta potilastietojen laatimisessa ja käsittelyssä. Potilasasiakirjat palvelevat hoitotyön prosessia, ne välittävät tietoa potilaasta, hänen terveydentilastaan ja saamistaan hoidoista, niiden avulla toteutuu jatkuvuuden periaate hoitopaikan vaihtuessa, ne luovat oikeudellista turvaa sekä potilaalle

että hoitohenkilökunnalle. (Hallila 1998, 26–27.) Potilasasiakirjat on tarkoitettu ennen kaikkea tukemaan potilaan hyvää hoitoa (Valviran www-sivut 2015).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 2§, 12§) määritellään potilasasiakirjan olevan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjaan tulee merkitä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot ja ne tulee säilyttää potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen, hoitoon liittyvien mahdollisten korvausvaatimusten ja tieteellisen tutkimuksen edellyttämä aika. Potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden säilyttämisestä sekä käyttötarkoituksen perusteella määräytyvistä säilytysajoista säädetään tarkemmin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksella. Asetuksessa tarkennetaan potilasasiakirjojen sisältöä siten, että siihen kuuluu myös jatkuvaan muotoon laadittu, aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä lääketieteelliseen kuolemansyyntä selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (STM 298/2009, 2§.)

Potilasasiakirjoja saa laatia vain terveydenhuollon ammattihenkilö, josta on säädetty lailla (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 2§). Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan ammatinharjoittamisoikeuden, ammatinharjoittamisluvan tai terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä käyttävää henkilöä. Laillistetun ammattihenkilön tehtävissä voi toimia tilapäisesti myös kyseiseen ammattiin opiskeleva, laillistetun ammattihenkilön johdon ja valvonnan alaisena. Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon ja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät (STM 298/2009, 6§).

Henkilötietolakiin (523/1999, 9§, 11§, 12§) perustuen terveydenhuollon ammatinharjoittaja saa merkitä potilasasiakirjaan vain potilaan hoidon kannalta tarpeellisia tietoja. Tietojen tulee olla virheettömiä, selkeitä ja ymmärrettäviä, epätäydellisiä tai vanhoja tietoja ei saa käyttää. Arkaluonteisia tietoja kuten esim. rotu, etninen alkuperä,

vammaisuus, seksuaalinen suuntautuneisuus tai käyttäytyminen saadaan potilasasiakirjoihin merkitä vain, jos ne ovat välttämättömiä potilaanhoidon järjestämisen tai toteuttamisen kannalta. Potilasasiakirjat muodostavat henkilötietolaissa tarkoitetun henkilörekisterin, josta on vastuussa rekisterinpitäjä eli se toimintayksikkö, jonka toimeksiannosta tai jonka lukuun potilasta hoidetaan. Rekisterinpitäjän on vastattava siitä, että henkilötietojen käsittelystä laaditaan tarpeelliset ohjeet ja järjestetään riittävästi koulutusta, että henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuutta seurataan ja että mm. tietojärjestelmien käyttöä valvotaan. Potilasasiakirja-asetuksen mukaan terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan tulee rekisterinpitäjän edustajana antaa kirjalliset ohjeet potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen käsittelystä ja menettelytavoista toimintayksikössä.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007, 3-5§) määrittelee tietojärjestelmän olevan sosiaali- tai terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä varten toteutettu ohjelmisto tai järjestelmä. Tietojärjestelmän avulla tallennetaan ja ylläpidetään asiakas- tai potilasasiakirjoja ja niissä olevia tietoja. Laki edellyttää että asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys ja niiden tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko niiden säilytysajan. Sähköisestä asiakasasiakirjasta tulee olla vain yksi alkuperäinen tunnisteella yksilöity kappale. Asiakastietojen eheys, muuttumattomuus ja kiistämättömyys tulee varmistaa sähköisellä allekirjoituksella tietojen sähköisessä käsittelyssä, tiedonsiirrossa ja säilytyksessä. Luonnollisen henkilön sähköisessä allekirjoittamisesta tulee käyttää vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista annetussa laissa tarkoitettua kehittyntä sähköistä allekirjoitusta. Terveydenhuollon henkilöstön ja tietoteknisten laitteiden varmentajana vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista toimii väestörekisterikeskus. Kansaneläkelaitos vastaa potilasasiakirjojen säilytyksestä ja käytöstä arkistointipalvelussa.

### 2.3 Sähköinen potilaskertomus

Potilasasiakirjajärjestelmä on potilasasiakirjoista muodostuva kokonaisuus, josta löytyy kustakin potilaasta kaikki hoitoon liittyvä tieto, mitä hänestä on kertynyt terveydenhuollon joko julkiseen tai yksityiseen toimintayksikköön tai itsenäisen ammatin-



harjoittajan vastaanotolle. (STM 2004 b, 14.) Sähköinen potilastietojärjestelmä on laaja ja monimuotoinen ohjelmisto- ja tietokantakokonaisuus, joka sisältää potilaan terveyteen ja hoitoon liittyvän tiedon. Uusia toimintoja ja paremmin tietokantoja hyödyntävät sähköiset potilastietojärjestelmät korvaavat perinteiset paperiset potilaskansiot. (Mäkelä 2006, 63–64).

Tietojärjestelmä voidaan ymmärtää sekä tietokonesovelluksena että tietokäsittelyjärjestelmänä. Tietokonesovellus on ohjelmisto, jota useat eri henkilöt voivat käyttää ja jolla käsitellään tietoja tietokannassa. Tietokäsittelyjärjestelmä sisältää sekä teknisiä että inhimillisiä osatekijöitä ja se on systeeminen kokonaisuus, jossa tietoja käsitellään organisaation tarpeisiin. (Ensio & Saranto 2004, 13.)

Sähköinen kirjaaminen on tietokoneella potilastietojärjestelmiin tehtävää kirjaamista (Ensio & Saranto 2004, 30). Terveydenhuollossa sähköisen tiedon käsittely on vaativaa. Siltä edellytetään hyvää tietoturvaa ja – suojaa, tietomäärät ovat suuria ja niiden sisältämät tiedot ovat monimuotoisia. Potilastietojen tulee olla helposti ja nopeasti saatavissa sekä ajantasaisia organisaatiosta riippumatta. Sähköiseltä tiedonsiirrolta edellytetään, että ne ovat sisällöltään, rakenteeltaan ja tekniseltä toteutustavaltaan riittävän yhdenmukaisia, jotta eri organisaatiot voivat päästä yhteistoiminnallisuuteen. Terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteistoiminnallisuus ei rajoitu vain tekniikkaan, vaan myös eri osapuolten tulee ymmärtää toimintatavat ja semantiikka samalla tavalla. Standardointia tarvitaan niin käsitteiden, termien ja sanastojen, nimikkeiden, nimikkeistöjen, luokitusten ja näihin liittyvien koodistojen rakenteen, kertomustietojen siirron, sähköisen asiakirjan, sähköisen arkiston, muiden rajapintojen ja tietoturvan osalta. Sähköinen potilasasiakirjajärjestelmä turvaa hoidon jatkuvuuden terveydenhuollossa palvelunantajasta ja toimintayksiköstä riippumatta lisäämällä hoidonturvallisuutta ja parantamalla hoidon kustannusvaikuttavuutta ja laatua sekä edesauttaa näyttöön perustuvan tiedon hyväksikäyttöä. (STM 2004 b, 20–21, 30.)

Sähköiseen potilaskertomukseen sisältöä tuovat yhteydet esim. kuvantamisen, laboratorion ja lääkehoidon järjestelmiin. Sähköiset tietojärjestelmät helpottavat moniammatillista viestintää. Potilaan hoitotietoja voi lukea ja kirjata monessa paikassa, hoitopäätöksiä voi kirjata suoraan potilaan hoitokertomukseen. Muut ammattiryhmät voivat osallistua potilaan hoitoon, vaikka eivät ole fyysisesti läsnä, esim. konsultaati-

ot. (Ensio & Saranto 2004, 14.) Hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on pidetty sitä, että tieto kirjataan yhden kerran siellä, missä se syntyy ja on sen jälkeen kaikkien käytettävissä (Tanttu 2008, 149).

Laine (2008) pro gradu-työssään tutki hoitohenkilöstön kokemuksia rakenteista hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta ja tuen sekä ohjauksen saamista siihen. Tutkimuksessa selviteltiin myös millaista tukea ja ohjausta hoitohenkilöstö näkee tarvitsevansa tulevaisuudessa rakenteiseen hoitotyön sähköiseen kirjaamiseen. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemoitettua ryhmähaastattelua, jossa aihepiirit olivat tiedossa. Tutkimukseen osallistui 12 sairaan- ja lähi/perushoitajaa yhdeltä osastolta, joilla kaikilla oli kokemusta rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta. Tuloksista kävi ilmi että hoitajilla oli sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta.

Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että hoitajat kokivat myönteiseksi asiaksi kirjaamisen selkeyden, tunnistetiedot ja reaaliaikaisuuden tietoteknisen turvallisuuden näkökulmasta. Vertaistuki kollegoilta sekä lähijohdon ja tukihenkilöiden apu kirjaamistilanteissa koettiin tärkeäksi ja sitä arvostettiin. Käyttökoulutus ja kirjalliset ohjeet auttoivat ongelmatilanteiden ratkaisemisessa. Rakenteinen kirjaaminen vie kuitenkin paljon hoitajien aikaa ja siirryttäessä rakenteiseen kirjaamiseen pitäisi huomioida hoitajien jaksaminen. Moniammatilliselta näkökannalta hoitajat kokivat lääkäreiden kielteisen asenteen ja perehtymättömyyden rakenteiseen kirjaamiseen lisäävän heidän työmääräänsä. Fysioterapeuttien kirjaaminen koettiin hyvänä. Tutkimuksen mukaan jatkossa tulisi kiinnittää huomiota tukihenkilöiden riittävään määrään, jolloin voidaan varmistaa hoitajien ymmärrys ja osaaminen kirjaamistilanteissa. Rauhallisemmalla työympäristöllä vältetään kiireessä tapahtuvia virheellisiä kirjauksia. Sijaisten lisäkouluttamisella, ohjelman toimivuudella ja käyttökoulutuksen ajoituksella koettiin voivan helpottaa kirjaamisen osaamista. (Laine 2008, 55.)

#### 2.4 Hoitotyön prosessimalli kirjaamisen jäsentäjänä

Hoitotyöllä tarkoitetaan kaikissa toimintaolosuhteissa tapahtuvaa itsenäistä tai moniammatillista hoitoa, joka käsittää kaikki ihmiset iästä, terveydentilasta riippumatta,

yksilönä, perheenä, yhteisönä tai ryhmänä. Hoitotyö sisältää terveyden edistämisen, sairauden ehkäisyn, sairaiden, vammaisten tai kuolevien hoitamisen. (Ensio & Saranto 2004, 10–11.)

Prosessi on tapahtumaketju, jonka tapahtumat liittyvät toisiinsa. Prosesseja tapahtuu jatkuvasti kaikkialla. (Tuurala, 2010.) Proessin sisällön merkitys tarkentuu, kun tiedetään missä yhteydessä prosessi käsitettä käytetään. Hoitotyön prosessimalli on päätöksenteon väline. Erilaisista potilastietojärjestelmistä riippuen, sähköinen kirjaaminen noudattaa päätöksenteon prosessimallia, vaikka kaikki prosessin vaiheet eivät ole systemaattisesti näkyvissä. (Ensio 2008, 62–63.)

Yuran & Walshin (1988,168–169) mukaan hoitotyön prosessi on suunnitelmallinen toimintaprosessi. Sen tarkoituksena on hoitotyön toteuttaminen niin, että potilaalle mahdollistetaan paras mahdollinen terveydentila tarjoamalla sellaista hoitoa, jonka avulla potilaan terveydentila palautuu ennalleen tai parantaa potilaan elämän laatua, jos palautuminen ei ole mahdollista.

Hoitosuunnitelma on potilaan tilan ja voinnin tai lähtötilanteen analysointiin ja hoidollisten ongelmien määrittelyyn perustuva potilaskohtainen, yksilöllinen suunnitelma. Siinä esitetään tavoitteet hoidolle ja ne toiminnot tai menetelmät, joita ongelmien ratkaisemiseksi käytetään. Hoitosuunnitelmassa myös seurataan ja arvioidaan hoidon vaikuttavuutta. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 54–55.)

Hoitotyön prosessimalli on hoitosuunnitelma, joka etenee potilaan tarpeista (Mäkilä 2007, 36). Hoitotyön prosessi perustuu rationaaliseen ajatteluprosessiin (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 55). Hoitotyön prosessimalli koostuu neljästä eri osa-alueesta; hoidon tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, hoidon toteuttaminen ja hoidon arviointi. Hoitotyön ammattilainen tekee potilasta koskevia päätöksiä jatkuvasti perustaen päätökset omaan ammatilliseen tietoonsa sekä taitoonsa. (Ensio 2008, 56.) Hoitotyön vaikuttavuuden kannalta jokainen osa-alue on yhtä tärkeä. Huonosti tehty prosessin vaihe heijastuu seuraavan vaiheen laatuun. (Kratz 1993, 31.)

Hoitotyön prosessin ensimmäisessä vaiheessa, tarpeen määrittelyssä arvioidaan ja priorisoidaan potilaan hoidon tarve. Tarpeen määrittely on hoitohenkilökunnan laa-

tima kuvaus potilaan terveydentilasta ja siinä olemassa olevista tai tulevista ongelmista, jotka ovat hoidettavissa hoitotoimintojen avulla. Kuvaus, jossa kerätään esitietoja, laaditaan haastattelemalla, havannoimalla tai suorittamalla erilaisia mittauksia. Ongelmat tulee priorisoida käyttäen apuna tarve- ja diagnoosiluokituksia. (Tanttu & Ikonen 2008, 113.) Saadun tiedon perusteella pyritään tunnistamaan ja arvioimaan potilaan ongelmat eli hoitotyön diagnoosit. Esitietoja voivat olla esim. henkilötiedot, nykysairaudet ja niiden lääketieteellinen hoito, aikaisemmat sairaudet, elintavat, sosiaali- ja ihmissuhdetiedot, aikaisemmat terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluiden käyttö ja systemaattinen fyysisen, toiminnallisen ja henkisen tilan määrittäminen. Esitietojen tulisi sisältää hoitotyön kannalta tarpeellista tietoa potilaan fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista osatekijöistä. (Kratz 1993, 31–35.) ”Sairaanhoitajan on tunnettava potilaan lääketieteellisen tiedon dokumentointijärjestelmä, jotta hän voi tehokkaasti etsiä siitä sen tiedon, jota hän tarvitsee potilaan hoitotyön esitietojen koaamiseksi ja hoitotyön suunnitelman laatimiseksi.” (Kratz 1993, 46). Hoitotyöntekijä voi käyttää potilaan muita sairauskertomuksia ja – tietoja saadakseen mahdollisimman täydelliset tiedot potilaan tilasta. Hänen on kuitenkin tiedettävä mistä ja miten tietoa on saatavissa. Hoidon tarpeen määrittely on tärkeää hoidon vaikuttavuuden ja arvioinnin näkökulmasta. Potilaan tulotilanteen ja voinnin kartoitus hoitoprosessin alussa vaikuttaa olennaisesti siihen miten hänen tilaansa voidaan arvioida hoidon edetessä. (Ensio & Saranto 2004, 36–37.) Potilaan hoitotyön diagnoosi tulee kirjata sellaisella tarkkuudella, että sen avulla voidaan suunnitella potilaalle tarkoituksen mukainen hoito ongelman poistamiseksi tai ennaltaehkäisemiseksi (Kratz 1993, 60).

Hoitotyön suunnitelma voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen; potilaan ongelmien priorisointi, tavoitteiden asettaminen, hoitotyön toimintojen valinta ja hoitotyön suunnitelman kirjoittaminen. Ongelmat tulisi priorisoida niin, että henkeä uhkaavat ongelmat ovat etusijalla. Kun henkeä uhkaavien ongelmien hoito on suunniteltu ja toteutettu, voidaan keskittyä muihin ongelmiin ja niiden priorisointiin. Koska hoitotyöntekijän on vaikea hoitaa kaikkia ongelmia heti, tulee hänen asettaa ongelmat tärkeysjärjestykseen. Ongelmien tärkeysjärjestykseen vaikuttaa se, miten potilas tärkeäksi potilas kokee ongelman. Hoitotyöntekijän huomioidessa potilaan mielestä tärkeimmän ongelman, saadaan potilas vastaanottavaisemmaksi niille hoitotoiminnoille, joita hän itse ei pidä tärkeänä. (Kratz 1993, 65–67.)

Hoidon suunnittelussa laaditaan yhdessä potilaan ja mahdollisesti myös omaisten kanssa hoidon tavoitteet. Potilaan itsemääräämisoikeus mahdollistaa potilaan osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitotyöntekijän tulee löytää potilaan kanssa yhteinen tavoite, johon sekä potilas että hoitohenkilökunta sitoutuvat. Tavoitteen tulee olla potilaalle paras mahdollinen, mutta realistinen, jotta se on saavutettavissa. Hoitotyön suunnitelmaa tulee tarkastella säännöllisesti hoitotyön tavoitteiden ajantasalla pitämiseksi. (Hallila 1998, 72–74.) Hoitajaksolla on yleensä päätaavoite, johon on liitetty osatavoitteita. Tavoitteiden tulee olla toimintaa sekä jatkuvuutta kuvaavia, aika-ulottuvuuden sisältäviä, kaikki hoidon tarpeet kattava ja mitattavissa olevia. (Ensio & Saranto 2004, 42.) Osatavoitteita yksi kerrallaan saavuttamalla lähestytään päätavoitetta, näin sekä potilas että hoitaja kokevat onnistumisen tunteen (Kratz 1993, 70). Huolellisesti tehty hoitosuunnitelma helpottaa päivittäistä kirjaamista (Tanttu & Ikonen 2008, 114).

Hoitotyön toimintojen eli auttamismenetelmien valinta perustuu hoitotyöntekijän ammattitaitoon. Auttamismenetelmät riippuvat siitä, millainen on ihmisten terveydentila, toimintakyky, elämäntilanne taikka ympäristö ja ne voivat olla toimenpiteisiin, laitteisiin tai lääkkeisiin perustuvia. (Hallila 1998, 78). Tavoitteeseen pääsemiseksi voi olla monta eri ongelmanratkaisutapaa ja siinä hoitotyöntekijän tiedot ja luovuus ratkaisevat. Myös tiedot potilaasta ja hänen ongelmistaan vaikuttavat hoitotyön toiminnon valitsemiseen. Hoitotyön toiminnon valitseminen yhdessä potilaan kanssa auttaa ongelman poistamisessa taikka helpottamisessa. Toisinaan potilas voi olla eri mieltä valitusta hoitotyön toiminnosta ja silloin hoitotyöntekijä joutuu valitsemaan potilaan edun mukaisen hoidon toteutuksen. Tässäkin kohtaa tulee kuitenkin huomioida potilaan osallistuminen häntä koskevaan päätöksentekoon aktiivisena osallistujana. Hoitotoimintoja valittaessa tulee myös päättää siitä miten arvioidaan potilaan tavoitteeseen pääsemistä. (Kratz 1993, 72.) Hoitotyön toimintojen tulisi perustua näyttöön, joka näkyy myös kirjaamisessa (Tanttu & Ikonen 2008, 114).

Hoitotyön prosessissa arviointia suoritetaan jokaisessa prosessin vaiheessa. Hoitotyöntekijän tulee pohtia, onko potilaan tarpeiden määrittely ollut riittävän laajaa, onko kaikki tarpeet huomioitu, onko ongelmien tärkeysjärjestys ollut oikea ja ovatko auttamiskeinot olleet tehokkaita. Miten potilas ja omaiset ovat kokeneet hoitotyön ja käytetyt auttamismenetelmät, onko hoitotyö ollut vaikuttavaa ja tuloksellista. Kai-

kessa kirjaamisessa tulisi huomioida arvioiva näkökulma. (Hallila 1998, 98–100.) Arvioinnissa potilaan tulotilannetta ja määriteltyjä hoidon tavoitteita, hoitotoimintojen vaikuttavuutta verrataan nykytilaan (Tanttu & Ikonen 2008, 114). Kirjallista hoitotyön suunnitelmaa tulee käyttää hoidon apuvälineenä ja se palvelee vain jos se on ajantasainen. (Kratz 1993, 73.)

Hietanen & Himanen (2010) tutkivat opinnäytetyössään Turun sosiaali ja terveystoimen sisätautiosastoilla kirjaamisen tilaa syksyllä 2009 ja vertasivat saatuja tuloksia kevään 2009 tutkimukseen. Tutkimuksessa tutkittiin syksyn 2009 40 hoitokertomusta kevään 2009 20 hoitokertomukseen Turun sosiaali- ja terveystoimen sisätautien vuodeosastoilla. Sekä kevään että syksyn 2009 tutkimuksissa kaikille potilaille oli tehty hoitosuunnitelmat. Hoitosuunnitelmien taso oli vaihteleva. Kevään 2009 tutkimuksessa osa hoitosuunnitelmista oli epä johdonmukaisesti kirjattuja, tarpeita ei ollut huomioitu riittävästi ja osasta puuttui tavoitteet ja hoitotyön toiminnot kokonaan, jolloin informaatio potilaasta oli puutteellista ja hoitotyötä ei voinut toteuttaa hoitosuunnitelman pohjalta. Syksyn 2009 tutkimuksessa hoidon tarpeiden kirjaaminen oli noussut moodiarvosta yhdestä viiteen, joka kertoo tarpeiden kirjaamisen parantuneen huomattavasti. Tarpeet olivat kuitenkin huomioitu lähinnä fyysisten tarpeiden pohjalta, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomioiminen oli edelleen vähäistä. Tavoitteiden kirjaaminen oli parantunut, joskin kirjaaminen muodollisesti oikein oli laskenut. Aikaisemmassa tutkimuksessa tavoitteet oli tehty 35 % hoitokertomuksista, mutta myöhemmässä tutkimuksessa tavoitteita oli tehty jo 75 % hoitokertomuksista. Hoitosuunnitelmiin kirjattujen hoitotyön keinojen/toimintojen kokonaisuus oli kasvanut 33 % edellisestä tutkimuksesta, vaikka aiemmassa tutkimuksessa hoitotyön keinoille/toiminnoille oli määritelty enemmän tavoitteita. Myöhemmässä tutkimuksessa hoitotyön toteutus vastasi paremmin suunniteltuja hoitotyön toimintoja, joka viittaa siihen, että hoitosuunnitelmaa tehdessä on paremmin otettu huomioon potilaan kokonaisvaltainen hoidon tarve. Havaittavissa oli kuitenkin se, että hoitosuunnitelmaa ei päivitetty vastaamaan hoitotyön keinoja, jos toteutus muuttui. Hoidon arviointi oli hyvin kirjattu, mutta aikaisempaan tutkimukseen verrattuna se oli vähentynyt 10 %. Tutkimuksesta on pääteltävissä se, että hoitotyönkirjaaminen oli parantunut hieman edellisestä tutkimuksesta.

## 2.5 FinCC-luokitus

FinCC eli Finish Care Classification on suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuus. Se koostuu kolmesta eri osiosta eli suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta, toimintoluokituksesta ja tuloluokituksesta. Hoidon tarveluokituksella SHTaL 3.0 ja toimintoluokituksella SHToL 3.0 on samanlainen rakenne. Rakenne muodostuu erilaisista komponenteista, pää- ja alaluokista. Komponentteja molemmissa luokissa on 17. Hoidon tarveluokituksesta löytyy 88 pääluokkaa ja 150 alaluokkaa. Hoidon toimintoluokituksesta löytyy 127 pääluokkaa ja 180 alaluokkaa. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 10–12; Kinnunen, ym. 2014, 197.) Kirjaamisen sisältö rakenteistetaan luokitusten avulla. Luokitukset ohjaavat kirjaamista ja asiakokonaisuuksien hahmottamista ja niiden käytön myötä vahvistuu potilaslähtöinen kirjaaminen. Hoidon kirjaaminen laaja-alaistuu ja monipuolistuu luokitusten käyttöönoton myötä. (Tanttu & Ikonen 2008, 116.) Versio 3.0, joka on uusin, lähti käyntiin vuonna 2012. FinCC-luokitusten sisältöä on tarkistettu vuosina 2004, 2007 ja 2010 käyttäjiltä saatujen palautteiden perusteella. Nykyään lähes 20 000 hoitajaa käyttää tätä hoitotyön kirjaamismallia terveydenhuollon toimintayksiköissä. Kirjaamismallin käytettävyyttä on kuitenkin moitittu monimutkaiseksi sähköisessä potilastietojärjestelmässä. (Kinnunen, ym. 2014, 197.)

Komponentteja ei voi käyttää yksinään vaan ne vaativat aina pää- tai alaluokan käyttöä. Hoidon tarpeen tai toiminnan kuvaamiseksi voi riittää pää- tai alaluokan käyttö, mutta hoidon tarpeen tai toiminnan konkretisoimiseksi tekstiä voi täydentää tai tarkentaa käyttämällä vapaata tekstiä. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 21–25.)

Hoidon tuloluokituksella SHTuL 1.0 kuvataan potilaan tilassa tapahtunutta muutosta. Muutos voi olla tapahtunut joko parempaan, pysynyt ennallaan tai huonontunut. Potilaan tilan parantumisella tarkoitetaan potilaan tilan merkittävää kohentumista voinnin/selviytymisen/ terveydentilan suhteen lähtötilanteeseen verrattuna. Jos potilaan vointi on pysynyt ennallaan, ei hänen terveydentilassaan/ voinnissaan tai selviytymisessään ole tapahtunut oleellista muutosta. Potilaan voinnin huonontumisella tarkoitetaan, että potilaan vointi/selviytyminen/terveydentila on huonontunut lähtötilanteeseen nähden. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 18.)

Hietanen & Himanen (2010) opinnäytetyössään toteavat, että tutkimuksessa hoitoyön komponentteja käytettiin, mutta niiden käyttö oli suppeaa. Komponenteista osa oli suositumpia kuin toiset. Hoitajat kirjasivat useasti väärin otsikoiden alle, jolloin oikean tiedon etsimiseen meni aikaa.

### 3 KOULUTUS KEHITTÄMISEN KEINONA

Lento (2007, 13) pohtii hoitohenkilökunnan koulutuksen merkitystä sähköisessä tiedon käsittelyssä. Jotta kirjaamisen laatu ei laske, tarvitsee hoitohenkilökunta jatkuvaa koulutusta kyetäkseen käsittelemään ja hyödyntämään tietoa. Myös järjestelmien käytettävyys vaikuttaa hoitohenkilökunnan kykyyn kirjata laadukkaasti. Aikaa vievät ja hankalasti käytettävät ohjelmistot vaikuttavat laadukkaaseen kirjaamiseen. Hoitohenkilökunnan myönteistä asennetta ja turhia ennakkoluuloja voidaan ehkäistä riittäville koulutuksilla ja tietoteknisillä valmiuksilla. (Ensio & Saranto 2004, 14). Siirtyminen elektronisen potilastietojärjestelmän käyttöön haastaa hoitohenkilökunnan oppimaan uutta. Toiminnallisten prosessien uudistamisessa tulisi huomioida hoitohenkilökunta, jota muutos koskee, ottamalla se mukaan uuden toimintatavan suunnitteluun. (Ensio 2008, 150–154.)

#### 3.1 Terveystieteiden täydennyskoulutus

Ammatillisella terveydenhuollon täydennyskoulutuksella pyritään parantamaan toiminnan vaikuttavuutta, palveluiden laatua, potilasturvallisuutta ja asiakastyytyväisyyttä sekä edistämään henkilöstön työhön sitoutumista, työmotivaatiota, työtyytyväisyyttä ja hyvinvointia (STM 2004 a, 22.)

Terveystieteiden ammattihenkilöllä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan (559/1994, 18§). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003) edellyttää työnantajan järjestämään sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutuksella tarkoitetaan asetuksen 1§ mukaan väestön terveystarpeisiin ja muuttuviin



hoitokäytäntöihin pohjautuvaa sekä terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutustarpeen arviointiin perustuvaa suunnitelmallista koulutusta, jonka tarkoituksena on lisätä ja ylläpitää työntekijän ammattitaitoa ja osaamista sekä tukea terveydenhuollon toimintayksiköiden toimintaa ja sen kehittämistä terveyden edistämiseksi sekä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 5§ mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava terveydenhuollon henkilöstön riittävästä osallistumisesta terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Se koskee myös yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstöä, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja. Täydennyskoulutuksen sisällössä on huomioitava henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Myös työterveyshuoltolaki edellyttää, että työterveyshuollon ammattihenkilöillä ja asiantuntijoilla tulee olla riittävällä täydennyskoulutuksella ylläpidetyt tiedot ja taidot (Työterveyshuoltolaki 1383/2001,5§).

Täydennyskoulutuksen tulisi perustua terveydenhuollon toimintayksikössä tehtyyn koulutussuunnitelmaan. Koulutuksen määrä on 3-10 kertaa vuodessa ja se on riippuvainen työntekijän peruskoulutuksen pituudesta, toimenkuvasta ja sen muuttumisesta, työn vaativuudesta ja ammatillisista kehittymistarpeista. Toimintayksiköiden tulisi seurata koulutuksen toteutumista, niihin osallistumista ja koulutuksista aiheutuvia kustannuksia. Täydennyskoulutusta tulisi arvioida koulutuksen järjestäjien, osallistujien ja kouluttajien antamalla palautteella koulutuksesta. (STM 2004 a, 25.) Työterveyshuollon työnantaja on velvollinen huolehtimaan siitä, että työterveyshuollon ammattihenkilö ja asiantuntija osallistuvat riittävästi, kuitenkin vähintään kolmen vuoden välein, ammattitaitoaan ylläpitävään täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutusvelvollisuus koskee myös itsenäisenä ammatinharjoittajana työterveyshuoltotehtävissä toimivaa terveydenhuollon ammattihenkilöä. (Työterveyshuoltolaki 1383/2001,5§.)

### 3.2 Koulutus

Koulutus lähtee yleensä tarpeesta. Organisaatio tai yritys tilaa ja kustantaa työntekijöilleen koulutuksen. Kouluttajan tulee tietää, mitä koulutuksen tilaaja toivoo koulu-

tuksella saavutettavan, mitkä ovat tavoitteet. Koulutuksen tilaajaa pitäisi ohjata yrityksen /organisaation perustehtävä tai strategia. Kouluttajan tulee myös koulutusta suunnitellessaan huomioida osallistujien odotukset ja tavoitteet sekä omat koulutusaiheesta nousevat tavoitteet. Jos kaikkien tavoitteet ovat yhteneväiset, on kouluttaminen vaivatonta. Ristiriitatilanteissa, joissa koulutuksen tilaajalla ja osallistujilla tavoitteet eivät kohtaa, ovat onnistumisen mahdollisuudet pienet. (Kupias & Koski 2012, 11–14.)

Kouluttaja on henkilö, joka on oman alansa asiantuntija. Hyvä kouluttaja osaa ja ymmärtää oman asiansa riittävän hyvin voidakseen auttaa muita ymmärtämään sen. Hän kykenee perustelemaan koulutettavaa asiaa ja tiedostaa oman osaamisensa rajat. Kouluttajan tulee asettautua koulutettavien asemaan, huomioida heidän lähtökohtansa, saada aikaan vaikuttavaa ja oppimista edistävää koulutusta. (Kupias & Koski 2012, 45–47.)

Koulutuksen suunnitteluun ja toteutukseen vaikuttavat kouluttajan oma oppimiskäsitys. Oppimiskäsitys vaikuttaa siihen, mitä asioita suunnittelussa painotetaan, miten oppijat huomioidaan ja millaisia opetusmenetelmiä valitaan. Kouluttaja voi valita joko tiedonsiirto- tai tiedonrakentelumallin. Tiedonsiirtomallissa kouluttaja tähtää siihen, että kaikki osallistujat oppivat samat tiedot ja taidot samalla tavalla. Vapaalle keskustelulle ja vuorovaikutukselle ei jätetä tai anneta aikaa. Malli ei estä tiedon syvällisempää oppimista, mutta ei tue osallistujien oivalluksia eikä lisää ymmärrystä. Tiedonrakentelumallissa koulutus voi olla yksilöllistä tai yhteisöllistä. Molemmissa tavoissa koulutus sekä ohjaus suunnitellaan oppimista ja oppimisprosessia tukevaksi. Yksilöllinen tiedonrakentelumalli on aktivoiva ja siinä huomioidaan oppijan oma osaaminen ja ajattelu. Yhteisöllisessä tiedonrakentelumallissa kouluttaja pyrkii vaikuttamaan ryhmän toimintamalleihin ja – kulttuuriin. Koulutuksessa osallistujat keskustelelevat ja työskentelevät keskenään, arvioivat ja ideoivat omaa toimintaansa. (Kupias & Koski 2012, 48–51.)

### 3.3 Koulutuksen käytännön toteutus

Koulutuksen voi toteuttaa monella eri menetelmällä. Koulutusmenetelmän valintaan vaikuttavat oppimistavoitteet ja -tarpeet, resurssit ja reunaehdot, osallistujien toiveet, tottumukset ja motivaatio sekä kouluttajan oma osaaminen ja mieltymykset. Kouluttajan tulee valita sellainen työskentelymenetelmä, joka johdattaa osallistujat kohti koulutuksen oppimistavoitteita. Oppimistavoitteisiin päästään usein eri vaiheiden kautta, jossa jokaisella vaiheella on oma tavoitteensa. (Kupias & Koski 2012, 98–103; Ylitalo, 2010.)

Koulutuksen tavoitteena on osallistujien tietopohjan laajentaminen eli vahvistetaan ja lisätään tietoa. Uutta tietoa työelämässä tarvitaan, jotta työstä voidaan suoriutua parhaalla mahdollisella tavalla. Asiantuntijaluento on yksi perinteisimmistä tavoista tietopohjan laajentamiseen. Asiantuntijaluento on yleensä asiakaskeinen, jolloin osallistujat jäävät helposti huomiotta ja heidän aikaisempaa osaamistaan ei myöskään huomioida. Se saattaa olla esteenä uuden oppimiselle. Aktiivisella luennolla yhdistetään perinteistä luennointia osallistujien aktiiviseen tiedonkäsittelyyn. Aktiivisella luennolla osallistujille esitetään kysymyksiä ja järjestetään luennon aikana pariporinoita tai ryhmätyöskentelyä aktivoimaan osallistujien ajattelua. Asiantuntijaluennolla tiedon lähde on kouluttaja kun taas aktivoivalla luennolla tiedon lähteitä ovat myös mm. toiset osallistujat, koulutusmateriaali tai kirjallisuus. (Kupias & Koski 2012, 112–113.) Esittävän opetuksen muotoja ovat kouluttajan luento, koulutettavan esitys, havaintoesitys ja audiovisuaalinen esitys. Ne ovat käyttökelpoisia uuden opetusaiheen orientoimiseen, uuden tiedon välittämiseen, asioiden kertaamiseen ja systematisointiin. (Heikkinen 2001, 7.)

Koulutusten pää- tai osatavoitteena voi olla uusien ideoiden tuottaminen. Uudenlaisia innovaatioita voidaan saavuttaa kun osallistujat saavat yhdessä tuoda esille ideoitaan. Kouluttajan tehtävänä on silloin luoda mahdollisimman hyvät olosuhteet osallistujien aktiiviselle työskentelylle. Aivoriihi on yksi hyvä ideoinnin perusmenetelmä. Sen keskeisenä ajatuksena on, ettei mitään ideaa tyrmätä, vaan kaikki ideat voivat olla väylä käyttökelpoisemman ja jalostuneemman idean tuottamiseen. (Kupias & Koski 2012, 115.) Yhteistoiminnallisen opetuksen muotoja ovat kyselevä opetus, opetus-

keskustelu, yhteinen harjoitus- tai sovellutustehtävä, ideointiryhmä, seminaari yms. (Heikkinen 2001, 7).

Uuden ja olemassa olevan tiedon konkreettinen soveltaminen omaan työhön on myös tärkeä tavoite. Koulutuksessa on hyvä soveltaa oppimaansa ja kokeilla uusia ratkaisuja turvallisesti. Tiedon soveltamisen perusmenetelmänä voidaan käyttää tapausopetusta eli caseja. Osallistujat soveltavat käsillä olevaa tietoa tai ratkaisevat ongelmaa käyttökelpoisen tapauksen tai tarinan pohjalta. Hyvässä tapauksessa on tiivistettynä kaikki ne asiat, joita koulutuksessa käsitellään. (Kupias & Koski 2012, 118–119.) Tehtäviä antavan opetuksen muotoja ovat tentti tai koe, itsenäinen harjoitus- tai sovellutustehtävä, lukutehtävä, motivoiva ongelmatehtävä, ohjelmoitu opetus tai muu oppimateriaaliin perustuvaopetus (Heikkinen 2001, 7).

Käyttäytymistä ja toimintaa erilaisissa tilanteissa voidaan tutkia roolipelien avulla. Tilanne voi olla etukäteen suunniteltu tai kerrotaan vain teema ja tilanne. Roolit puretaan näyttelemisen jälkeen ja analysoidaan mitä asenteita ja tunteita näytelty tilanne toi esiin. Kouluttajan tehtävänä on huolehtia, että kiinnitetään huomio olennaisiin asioihin, kuten esim. ongelmanratkaisutehtävässä kuvataan miten ongelmaa pyrittiin ratkaisemaan ja miksi käytettiin kyseisiä keinoja. (Kupias & Koski 2012, 119–120.)

#### 4 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyö toteutettiin projektina, jonka tarkoituksena oli kouluttaa Kaukolankodin hoitohenkilökuntaa hoitotyön prosessin mukaiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Projektin tavoitteena oli lisätä hoitajien tietoisuutta hoitotyön prosessista, rakenteisesta kirjaamisesta, antaa hoitohenkilökunnalle tietoa ja työkaluja rakenteellisen kirjaamiseen sekä luokitusten monipuoliseen käyttöön. Opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisena tavoitteena oli perehtyä hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen siten, että kykenisi hyödyntämään oppimaansa sekä omassa tulevassa sairaanhoitajan ammatissa että jakamaan tietoa muille hoitotyön ammattilaisille koulutuksen muodossa.

## 5 PROJEKTIN SUUNNITELMA

Projectum on latinaa, suomennettuna projekti, joka tarkoittaa hanketta, ehdotusta tai suunnitelmaa (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 25). Projekti on selkeä, tavoitteellinen, suunnitelmallinen työ, jolle on asetettu aikataulu, taloudelliset reunaehdot ja sen etenemistä sekä tuloksia seurataan ja kontrolloidaan työn edetessä. Projekti voi olla osa isommasta hankkeesta tai tähdätä vain kertaluonteiseen tulokseen. Projektilla on johtaja, joka suunnitelman mukaan johtaa projektissa mukana olevia ihmisiä, heidän vastuualueidensa ja rooliensa mukaan. Projekti on ainutlaatuinen, joka sisältää aina omat erityispiirteensä. (Kettunen 2009, 15–16; Vilka & Airaksinen 2003,48.)

Projektin elinkaaren aikana yksi tärkeimmistä vaiheista on projektin suunnittelu. Projektin hyvällä suunnittelulla jäsennetään projektia, sen kriittisiä tekijöitä ja luodaan perusta projektin onnistumiselle. Projektin suunnittelussa asetetaan projektille selkeät tavoitteet, päätetään kustannuksista ja resursseista. Hyvä suunnitelma vaatii jatkuvia päivityksiä ja se elää koko projektin elinkaaren ajan. Hyvän projektin tulee vastata tilaajan ja toteuttajan yhteistä näkemystä. (Kettunen 2009, 54–55.) Projektisuunnitelma vaikuttaa siihen millainen lopputuloksesta tulee. Se kuvaa työvaiheet ja välitulokset, joita tavoitteen saavuttaminen edellyttää. Projektisuunnitelma kertoo projektin läpiviennistä eikä sen lopputuloksesta. (Ruuska 2006, 98.)

Kaikilla projekteilla on loppu, jonka jälkeen kirjoitetaan loppuraportti projektin tuloksista työn tilaajalle. Projektin tulokset esitellään ja niiden pohjalta käydään keskustelua ja pohditaan tulosten hyödyntämistä. Projektista herää usein tarpeita ja ajatuksia, joita voidaan käyttää seuraavien projektien pohjana. Projektin jälkeen on hyvä ottaa yhteyttä projektin omistajaan tai tilaajaan ja tarkistaa projektin vaikutuksia organisaatiossa. (Kettunen 2009, 181–183.)

### 5.1 Kohdeorganisaation ja nykytilan kuvaus

Kaukolankoti on Laitilan (38 paikkaa), Pyhärannan (11 paikkaa) ja Rauman (3 paikkaa) omistama 52-paikkainen vanhainkoti. Kaukolankodissa on 4 osastoa: Johanna-tupa, Louhela, Wäinölä ja Ainola. Henkilökuntaa on 34. Kaukolankodin toiminta-

ajatuksena on tarjota korkealaatuista, asukaslähtöistä hoitoa ja huolenpitoa. Tarkoituksena on edistää ja ylläpitää Kaukolankodin hoidon periaatteita, jotka ovat: yksilöllisyys, turvallisuus, omatoimisuus, arvokkaaksi kokeminen ja yhteistyö. Kaukolankodissa pidetään tärkeänä asukkaiden, omaisten ja henkilökunnan välistä yhteistyötä. Kaukolankodin asukkaat saavat ympärivuorokautista hoitoa. Johannatuvassa asukkaat ovat keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneita, jotka liikkuvat omatoimisesti. Louhelassa, Wäinölässä sekä Ainolassa on pääosin sellaisia asukkaita, jotka tarvitsevat kahden hoitajan apua. (Laitilan kaupungin www-sivut.)

Kaukolankodissa on otettu käyttöön Effica potilastietojärjestelmä keväällä 2013. Sitä ennen käytössä oli perinteinen kirjaamistapa eli manuaalinen dokumentointi. Hoitotyön kirjaamiset dokumentoitiin kansioon, jossa jokaisella asukkaalla oli oma lomake päivittäisiä kirjaamisia varten. Kirjaaminen oli aikajanallisesti etenevää. Merkinnot olivat lähinnä hoitajien toiminnoista kertovaa esim. ”*Kastellut, kuivitettu*”, otsikointeja ei käytetty. Yöhoitajan merkinnot olivat tehty punaisella kynällä, muutoin tekstistä ei erottanut esim. huomioitavia asioita. Toisinaan manuaalista dokumentointia tehdään edelleen, esim. nopeasti hälytetyt sijaiset, joilla ei ole tunnuksia Efficaan tai koneiden ollessa tilapäisesti epäkunnossa kirjataan käsin. Nykyinen kirjaaminen Efficaan on osalla henkilökuntaa parempaa kuin toisilla. Toiset käyttävät otsikointeja enemmän, toiset kirjaavat kaiken päivittäisten toimintojen alle. Potilaslähtöinen kirjaaminen on vieläkin vähäistä. Ongelmana on myös keskittymisen vaikeus, toisinaan työpisteellä on rauhatonta ja sähköinen järjestelmä on hidas ja monimutkainen, kuten Hallilakin (2005, 14) toteaa. Hoitosuunnitelmat kirjataan erillisille hoitosuunnitelmalomakkeille. Kaukolankodin käytössä olevassa Effica-versiossa ei ole edelleenkään mahdollisuutta tehdä hoitosuunnitelmaa koneelle, joten käytössä ovat paperipohjaiset hoitosuunnitelmat. Ajatuksena on kuitenkin tehdä esim. Word-pohjaisena tulevaisuudessa. Hoitosuunnitelmaa tarkistetaan kerran vuodessa.

Projektia arvioidaan sekä suullisesti että kirjallisesti saatavan palautteen perusteella. Palautekyselyssä (Liite 1), joka jaetaan kaikille osallistujille, on yhdeksän strukturoitua kysymystä sekä tilaa vapaalle tekstile. Palautekyselyyn on aikaa vastata kaksi viikkoa toisen koulutuksen päättymisestä. Palautekyselyt tulee palauttaa niitä varten varattuun palautelaatikkoon.

## 5.2 Aikataulu ja eteneminen

Opinnäytetyön tekeminen käynnistyi loppuvuodesta 2013 aiheen valinnalla ja aihe-seminaari pidettiin helmikuussa 2014. Keväällä oli tarkoitus kerätä teoriatietoa kesäkuussa pidettävää suunnitteluseminaaria varten, mutta opinnäytetyöntekijän suunniteltu aikataulu ei pitänyt. Suunnitelmaseminaari pidettiin 27.8.2014. Elokuussa koottiin myös teoriatieto koulutuksissa käytettävään PowerPoint-materiaaliin. Koulutukset suunniteltiin pidettäväksi syys-lokakuussa 2014. Koulutusten päätyttyä suunniteltiin opinnäytetyön teoriaosuuden viimeistelystä ja kirjoittamisesta loppuun. Syksyn koulutuksesta ja koulutuksen arvioinnista sekä osallistujien että kouluttajan näkökulmasta suunniteltiin kirjoitettavan tammikuun 2015 alkuun mennessä. Työn suunniteltiin olevan valmis tammikuussa 2015. Lopullinen opinnäytetyö valmistuu kuitenkin vasta maaliskuussa 2015.

## 5.3 Resurssit ja riskit

Resurssit eli voimavarat ovat aineellisia ja aineettomia välineitä tai keinoja päämäärien saavuttamiseksi. Resurssit voidaan jakaa kolmeen ryhmään: luonnonvarat, inhimilliset eli työresurssit (tiedot ja taidot) ja pääomaresurssit. (Taloussanakirja, 2015.) Tämän projektin arvioituja taloudellisia resursseja olivat henkilöstökulut koulutustilaisuuksista, opinnäytetyöntekijän matkakulut sekä koulutusmateriaalit. Koulutustilaisuuksiin osallistujia alkuperäisen suunnitelman mukaan oli yksi sairaanhoitaja sekä kaksi lähihoitajaa neljältä eri osastolta eli kokonaisuudessaan kaksitoista henkilöä. Koulutustilaisuuksia oli suunniteltu pidettäväksi kahdeksan kertaa, kestoltaan 1,5 tuntia kerta. Sairaanhoitajan tuntipalkka sosiaalikuluneen syyskuussa 2014 oli 20,73 € ja lähihoitajan 17,53 €. Kaikkien koulutustilaisuuksien kustannukset organisaatiolle olisivat 669,48 €. Lopullinen kustannus määräytyy osallistujien määrän mukaan koulutusten jälkeen. Opinnäytetyöntekijälle matkoja Udestakaupungista Laitilaan kertyisi yhdeksän kertaa, sisältäen kahdeksan koulutuskertaa ja viimeisten palautteiden noutamisen. Matkaa kertyisi arviolta n.324km ja polttoainekuluiksi (syksy 2014 98E/1,60 l) muodostuisi näin ollen n. 27 €. Lisäksi opinnäytetyöntekijän kustannettavaksi tulee osallistujille jaettavan materiaalin tulostamiseen liittyvät kustannukset, n. 50 €.

Toteutusprojektin eli tässä tapauksessa koulutuksen haasteena ja riskinä voidaan pitää aikataulua, joka on joustamaton tekijä. Myös ulkoiset tekijät voivat aiheuttaa riskejä toteutusprojektille. (Kettunen 2009, 24.) Projektin kuluessa saattaa syntyä uusia ideoita ja toivomuksia, joita ei ole osattu ennakoida, jolloin ne vaikuttavat aikataulua venyttävästi (Ruuska 2006, 241). Tämän projektin mahdollisia riskejä ovat koulutusaineiston eli sisällöltään riittävän ja tiedoiltaan kattavan PowerPoint-materiaalin työstäminen valmiiksi ennen koulutusten alkua. Koulutuspäivien sijoittelu siten, että ne palvelisivat mahdollisimman hyvin tilaajaa, mutta sopisivat opinnäytetyöntekijän aikatauluun. Tekniset ongelmat, koska koulutuksessa on käytössä tietotekniikkaa. Mahdolliset sairastumiset sekä koulutuksen pitäjän että osallistujien osalta voivat vaikuttaa suunniteltuihin koulutusten aikatauluihin. Riskinä voidaan nähdä myös osallistujien määrä. Suurempi määrä osallistujia kuin suunniteltu, tuo ongelmia tilaratkaisujen kannalta. Liian vähäinen osallistujamäärä vaikuttaa koulutuksen mielekkyyteen sekä kouluttajan että osallistujien kannalta. Taloudellisia riskejä organisaatiolle tai opinnäytetyöntekijälle ei juuri ole, koska ei ole odotettavissa, että osallistujamäärät olisivat suurempia kuin suunniteltu.

#### 5.4 Arviontisuunnitelma

Koulutuksen arvioimiseksi suunniteltiin käytettävän valmista kyselylomaketta, jota muokattiin tämän koulutuksen arviointiin sopivaksi. Sen avulla selvitetäisiin koulutuksen tarpeellisuutta, vastaako se osallistujien odotuksia, onko se riittävän informatiivinen ja koulutuksen vaikuttavuutta tulevaan tai jo olemassa olevaan hoitotyön kirjaamiseen. Vastaukset suunniteltiin käsiteltävän luottamuksellisesti ja ne palautettaisiin nimettöminä osastoilla olevaan palautuslaatikkoon koulutuksen jälkeen. Vastauksia käsiteltäisiin Excel-tilukkolaskennan avulla.

## 6 PROJEKTIN TOTEUTUS

Projekti lähti käyntiin tammikuussa 2014, kun opinnäytetyöntekijä otti yhteyttä Kaukolankodin johtajaan Ritva Miesmaahan ja kysyi olisivatko he kiinnostuneista raken-



teisen kirjaamisen koulutuksesta. Vastauksen ollessa myönteinen, sovittiin yhteisestä palaverista Kaukolankodin sairaanhoitajien kanssa. Helmikuussa 2014 pidettiin palaveri, jossa läsnä olivat kolme sairaanhoitajaa, yhden ollessa talvilomalla. Palaverissa keskusteltiin koulutusten ajankohdasta, osallistujien määrästä, koulutuksen rakenteesta sekä sisällöstä. Alustavasti sovittiin, että koulutukset pidetään jokaisella neljällä osastolla omissa pienryhmissä. Ryhmän osallistujamäärä haluttiin pitää pienenä johtuen tilanpuutteesta, henkilökunnan työvuoroista ja koulutuksen sujuvuuden vuoksi. Ryhmän kooksi sovittiin kolme, joista yksi olisi aina sairaanhoitaja. Jokaisen osaston sairaanhoitaja valitsi muut osallistujat. Opinnäytetyöntekijän toiveena oli, että osallistujat olisivat samoja molemmilla koulutuskerroilla, koska ajatuksena oli koulutusten sidonnaisuus toisiinsa. Koulutusten ajankohdaksi sovittiin syksy 2014, henkilökunnan pidettyä kesälomansa. Koulutuksen sisällöstä ei siinä vaiheessa keskusteltu muuta kuin, että koulutus olisi suunnattu nimenomaan Kaukolankodille ja heidän tarpeisiinsa. Myös koulutuksen rakenne oli siinä vaiheessa avoin, mutta ajatuksena tuotiin esille mahdollisuus pitää ensimmäisellä kerralla teoriaosuus ja toisella kertaa tehtäisiin käytännönharjoituksia esim. Effican harjoittelupohjaan. Molemmat koulutuskerrat olisivat noin 90 minuutin pituisia.

Elokuun lopussa 2014 opinnäytetyöntekijä oli puhelimitse yhteydessä osastojen sairaanhoitajiin. Kahden osaston sairaanhoitajien kanssa koulutusten ajat saatiin sovittua helposti, mutta kahden muun osaston sairaanhoitajat olivat sairaslomalla ja vuosilomalla. Muutamien viikkojen ja tavoitteluyritysten jälkeen, saatiin sovittua ajat myös heidän kanssaan. Koulutuksen kulku käytiin läpi vielä puhelimesta ja toiveena oli, että osallistujat olisivat molemmilla kerroilla samoja tai ainakin osa osallistuisi molemmille kerroille. Ajallisesti koulutukset saatiin sopimaan sujuvasti. Ensimmäinen koulutus alkoi tiistaina 16.9. jatkuen joka tiistai 4. marraskuuta asti. Muutamaa koulutuspäivää jouduttiin siirtämään sairastumisien vuoksi, mutta se ei haitannut tai vaikeuttanut koulutusten pitämistä. Ilmeisesti puolen vuoden väli kevään palaverin sisällöstä oli osalta sairaanhoitajista osin unohtunut, koska osallistujat ja määrät vaihtelivat. Myöskään informaatio ei ollut tavoittanut kevään palaverista poissa ollutta sairaanhoitajaa, joka oli hieman hämmentynyt yhteydenotosta syksyllä. Yllätyksestä huolimatta hän otti koulutuksen positiivisesti vastaan ja oli innoissaan asiasta. Ennen ensimmäisen koulutuksen alkua, Kaukolankodin johtajan Ritva Miesmaan kanssa

käytiin opinnäytetyön sopimus yhdessä lävitse (Liite 2). Allekirjoituksilla sitouduimme molemmin puolin tähän projektiin.

### 6.1 Koulutuksen toteutuminen ensimmäisellä osastolla

Ensimmäisellä osastolla koulutukseen osallistujia oli kuusi. Sairaanhoitaja oli sairauslomalla. Koulutus pidettiin henkilökunnan kansiliassa, joka oli henkilömäärään nähden liian ahdas. Tilaisuus alkoi koulutuksen vetäjän, koulutuksen aiheen ja sisällön esittelyllä. Osallistujille jaettiin PowerPoint-materiaali monisteena (Liite 3), FinCC-luokitukset ja niissä esiintyvät komponentit ja sisällön kuvaukset (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012). Osallistujia kehoitettiin rohkeasti keskeyttämään ja kysymään, jos eteen tulisi asioita joihin toivoisivat selvennystä. Koulutus oli ensimmäinen opinnäytetyöntekijän pitämä ja huolimatta siitä, että henkilökunta oli tuttua, tilanne jännitti. Jännityksestä huolimatta, aikataulussa pysyttiin ja koulutus herätti osallistujissa kiinnostusta ja keskustelua jonkin verran. Osalle henkilökuntaa asia oli tuttua ja he olivat osallistuneet työpaikan kautta järjestettyyn koulutukseen. Positiivista palautetta tuli heti koulutuksen jälkeen hyvin rytmitetystä esityksestä. Luennon aikana esitetyt hoitotyön dokumentoinnista kertovat lyhyet äänitiedostot katkaisivat sopivasti kouluttajan esitystä (Mäkisalo-Ropponen 2013 a, b, c). Osallistujat kiittivät myös jaettua materiaalia hyväksi ja asioita selventäviksi, etenkin komponentit ja niiden sisällön kuvaukset auttoivat ymmärtämään rakenteista kirjaamista. Koulutuksen päätteeksi osallistujille annettiin tehtävä (Liite 4) seuraavaa koulutuskertaa varten. Tehtävässä oli tarkoitus kartoittaa potilaan ongelmia sekä hoitotyön prosessia ja FinCC-luokituksia apuna käyttäen tehdä potilaalle hoitosuunnitelma.

Toisella kertaa osallistujia oli viisi, joista kolme henkilöä oli osallistunut myös ensimmäiseen koulutukseen. Osa oli perehtynyt jonkin verran tehtävän tekemiseen, mutta muutoin kiinnostusta tehtävään tekemiseen ei ollut. Pohdimme vastauksia tehtävään ja kokeilimme miten hoitosuunnitelman tekeminen Efficään onnistuisi. Yksi osallistujista toimi hoitosuunnitelman kirjoittajana koneelle. Käytimme Effican harjoitus pohjaa, jossa siis on kuvitteellinen potilas. Vaikka hoitotyön prosessin mukaiset otsikoinnit kuten tarpeet, tavoitteet ja suunnitelmat Efficasta löytyivät, sitä ei käytännössä voinut hyödyntää. Ongelmana olivat että päivittäiset kirjaukset kulkevat ajalli-

sesti eteenpäin, jolloin hoitosuunnitelmat hukkuvat tekstiin eikä niitä ole mahdollista hyödyntää päivittäisessä kirjaamisessa. Kaukolankodin asukkaat ovat pitkäaikaisessa hoitosuhteessa olevia, jolloin asukkaan tarpeet eivät muutu joka päivä. Tähän asti hoitosuunnitelmaa on tarkasteltu kerran vuodessa. Ongelmana oli myös FinCC-luokitusten käytön monimutkaisuus. Kaukolankodissa käytössä oleva Efficaversiossa V-koti lehdeltä löytyivät kyllä kaikki komponentit, mutta pää- ja alaotsikot puuttuivat kokonaan. Osallistujat ymmärsivät luokitukset ja niiden merkityksen kirjaamisessa, mutta kokivat niiden käytön vaikeaksi heidän ohjelmallaan. Kaikki kuitenkin ymmärsivät hoitotyön prosessin ja luokitusten käytön idean, vaikka sen käyttö Efficassa ei onnistunut suunnitellulla tavalla. Toisella koulutuskerralla varattu aika hyödynnettiin hyvin ja itse käytännön harjoittelu herätti keskustelua kovastikin.

## 6.2 Koulutuksen toteutuminen toisella osastolla

Toisella osastolla ensimmäiseen koulutukseen osallistui vain kaksi henkilöä, joista toinen oli sairaanhoitaja. Sairaanhoitajan suostutteluista huolimatta henkilökunta ei ollut kiinnostunut rakenteisesta kirjaamisesta, eivätkä halunneet osallistua koulutukseen yhtä hoitajaa lukuunottamatta. Henkilökunnan ikärakenne oli iäkkäämpää kuin muilla osastoilla ja tietokoneiden käyttö jo itsessään koettiin ongelmalliseksi ja asenne rakenteiseen kirjaamiseen oli negatiivinen. Koulutuksen kulku noudatti aiempaa eli koulutus lähti käyntiin kouluttajan ja koulutuksen sisällön esittelyllä. Hyvistä valmisteluista huolimatta tällä koulutuskerralla koettiin tietoteknisiä ongelmia eikä nettiyhteys toiminut. Koulutuspaikkaa jouduttiin sen vuoksi vaihtamaan mutta ongelma ei poistunut siitäkään huolimatta. Nettiyhteyttä olisi tarvinnut äänitiedostojen kuuntelemista varten. Koulutukseen osallistujat olivat jo hyvin perehtyneet rakenteiseen kirjaamiseen, joten kouluttajalle välittyi sellainen tunne, ettei teoriaesityksessä ollut heille mitään uutta. Jaetusta materiaalista he olivat tyytyväisiä, koska myös he kokivat että komponenttien sisällön selventäminen auttaa kirjaamisessa. Ajallisesti koulutukseen meni noin 70 minuuttia eli vähemmän kuin mitä oli aikaa varattu.

Toiseen koulutuskertaan osallistui vain edellisen kerran hoitaja, sairaanhoitajan ollessa estynyt töiden vuoksi. Koulutus sujui annettua tehtävää yhdessä läpi käyden ja eri vaihtoehdoista keskustellen. Hoitaja oli myös harjoitellut hoitosuunnitelman tekoa

hänen oman asukkaansa tietoihin, ja todennut sen olevan vaikeaa. Pohdittiin, miten hoitosuunnitelman saisi tehtyä tietokonepohjaiseksi paperiversion sijaan. FinCC-luokitusten tarkoitus on helpottaa ja nopeuttaa hoitajien kirjaamista. Kuitenkin koska potilasohjelmistoja on monia versioita eri valmistajilta ja ne voivat olla sisällöltään suppeita tai laajoja, luokitusten käyttö ei suju toivotusti. V-koti lehden sisältäessä vain komponentit, täytyy kaikki pää- ja alaotsikoinnista asti kirjoittaa vapaalla tekstillä. Kyseinen hoitaja olikin jo aiemmin luonut itselleen valmiita fraaseja, joita hän hyödynsi kirjaamisessaan. Hän koki sen nopeuttavan kirjaamista ja auttavan päivittäisessä kirjaamisessa. Ongelmana tässä oli se, että jokaisen hoitajan täytyisi tehdä itselleen omat fraasit käyttäjätunnukseensa. Keskustelu oli mielenkiintoinen ja monia asioita pohdittiin, kuten esim. muiden hoitajien kielteistä asennetta tietokonepohjaiseen kirjaamiseen. Onneksi hän oli itse henkilökohtaisesti kiinnostunut kirjaamisesta ja siihen liittyvistä asioista, ja oli valmis jakamaan tietoa muille osastolla työskenteleville. Ajallisesti käytettiin koko koulutukselle varatun 90 minuuttia.

### 6.3 Koulutuksen toteutuminen kolmannella osastolla

Kolmannella osastolla ensimmäinen koulutus alkoi huonosti. Osaston sairaanhoitajan kanssa koulutuspäivät oli sovittu puhelimitse, mutta hän oli unohtanut merkitä ne ylös kalenteriin. Osallistujia ei ollut valittu etukäteen. Työvuorossa olleet hoitajat yhtä sijaista lukuunottamatta eivät olleet paikalla toisella koulutuskerralla, sairaanhoitaja ei ollut läsnä kummallakaan kerralla. Vuoroa yritettiin vaihtaa neljännen osaston kanssa, mutta heidän mahdollisuutensa vaihtaa koulutuspäiviä oli huono. Koulutus kuitenkin pidettiin kolmen hoitajan ja Kaukolankodin johtajan osallistuessa koulutukseen. Koulutuksessa noudatettiin samaa järjestystä kuin aiemmin eli kouluttajan ja koulutuksen sisällön esittelyllä sekä materiaalin jaolla. Koulutus meni kouluttajan mielestä hyvin, joskaan keskustelua aiheesta ei syntynyt. Koulutuksen yllätyksellisyys osallistujille vaikutti osaltansa keskustelun vähyyteen. Välitön suullinen palaute oli hyvää, osallistujia aihe kiinnosti. Jaettu materiaali sai positiivisen palautteen. Ajallisesti koulutukseen meni aikaa 70 minuuttia.

Toiseen koulutuskertaan osallistui vain yksi sijaisena toiminut, lähiaikoina valmistunut hoitaja. Hän oli tehnyt tehtävän käytössä olevaan hoitosuunnitelman paperiversi-

oon. Hoitosuunnitelma oli hyvin tehty hoitotyön prosessin mukaan, mutta ilman FinCC-luokituksia. Keskustelimme luokituksista, joita hän ei ollut aiemmin muualla käyttänyt. Hänen kertomansa mukaan kirjaamista ei harjoitella lähihoitaja koulutuksessa. Hänen harjoittelupaikkansa olivat olleet sellaisia missä ei ollut käytetty hoitotyön kirjaamista, kuten esim. päiväkotia. Välittömässä palautteessa hän kertoi koulutuksen selventäneen rakenteista kirjaamista. Toisella koulutuskerralla aikaa käytettiin vain 30 minuuttia eli huomattavasti ajateltua vähemmän.

#### 6.4 Koulutuksen toteutuminen neljännellä osastolla

Neljännellä osastolla koulutuspäiviä jouduttiin siirtämään kerran osallistujien loman ja sairastumisen vuoksi. Sairaanhoidaja oli valinnut kaksi muuta hoitajaa etukäteen ja suunnitellut työvuorot sen mukaan, että he voivat osallistua molemmille koulutuksille. Koulutus noudatti samaa kaavaa eli alkuesittelyistä ja materiaalin jakamisesta teorian esittämiseen. Osallistujat olivat erittäin kiinnostuneita, kysyivät heti tarkennuksia ja aikaan saatiin hyvää, innostunutta ja pohtivaa keskustelua. Opinnäytetyöntekijän oma itsevarmuus kouluttajana oli kehittynyt aiempien koulutuskertojen myötä ja asioiden selkiytyminen toi lisää varmuutta asiantuntijana. Myös osallistujien oma aito kiinnostus ja innostus rakenteisesta kirjaamisesta ja välitön positiivinen palaute antoi varmuutta ja onnistumisen tunnetta kouluttajalle. Koulutus kesti sille varatun ajan eli 90 minuuttia.

Toisella koulutuskerralla purimme tehtävää yhdessä keskustellen. Osallistujat kertoivat kirjaamisen olleen vaikeaa, koska esim. komponenttien sisältö ei ollut hoitajille selvä. Kirjaaminen nähtiin aivan uudessa valossa, joskin Kaukolankodin Efficansuppea versio harmitti. Hoitajat innostuivat hoitotyön prosessin mukaisesta hoidon tarpeen määrittelystä ja suunnittelusta luokitusten mukaan. He alkoivat suunnitella itselleen komponenteista taulukkoa, joka sisältäisi tarkempia esimerkkejä niihin sisältyvistä asioista. Ajallisesti koulutus kesti varatun 90 minuuttia, kiinnostusta asiaan olisi riittänyt enemmänkin.

## 7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Kaikilla osastoilla toisen koulutuskerran jälkeen osallistujille jaettiin palautekyselyt. Palautekyselyihin vastaamiseen aikaa oli jokaisella osastolla kaksi viikkoa, paitsi viimeisellä osastolla sovittiin ajaksi yksi viikko, ja ne palautettiin osastoilla olevaan palautelaatikkoon. Vastausajan päätyttyä palautuslaatikko noudettiin osastoilta. Viimeiset vastaukset noudettiin 11.11.2014.

Arvioin koulutusta saamani suullisten ja kirjallisten palautteiden kautta. Palautekyselyn pohjana oli hyödynnetty Mari Rintalan 2014 opinnäytetyön palautekyselyä. Palautekyselyssä oli yhdeksän strukturoitua kysymystä ja tilaa vapaalle tekstile. Palautekyselyitä ei esitettävä. Vastaukset annettiin nimettöminä, jolloin kenenkään henkilöllisyys ei tullut ilmi. Koulutuksiin osallistujia oli 15, vastauksia palautettiin 12, jolloin vastausprosentiksi muodostui 80 %.

Ennen koulutusta palautekysely oli opinnäytetyöntekijän mielestä riittävän laaja ja kattava arvioimaan koulutusta. Näin jälkeenpäin joidenkin kysymysten sisältöä olisi voinut muuttaa. Myös vapaan tekstin tilalle olisi voinut laittaa kysymyksiä, jotta ne olisivat antaneet kattavamman kuvan koulutuksesta.

### 7.1 Opinnäytetyön tilaajan arviointi

Neljä kuukautta viimeisen koulutuksen jälkeen opinnäytetyöntekijä otti yhteyttä puhelimitse Kaukolankodin johtajaan Ritva Miesmaahan. Yleistä keskustelua koulutuksen vaikutuksesta hoitohenkilökunnan kirjaamiseen oli ollut, mutta mitään yhteistä keskustelua sairaanhoitajien kanssa ei ollut järjestetty. Kaukolankodin johtajan käsitys oli, että kirjaaminen on parantunut.

Samassa yhteydessä ensimmäisen osaston sairaanhoitaja kertoi, että heidän osastolleen kirjaaminen oli parantunut. Yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa he olivat kuitenkin päätyneet käyttämään kirjaamisessa komponentteja vain silloin kun asukkaalla havaittiin jotain tavallisuudesta poikkeavaa tai ongelmia esim. ihon tai haavan hoidossa. Muutoin he käyttävät otsikoinnissaan ”Päivittäiset toiminnot” komponenttia ja

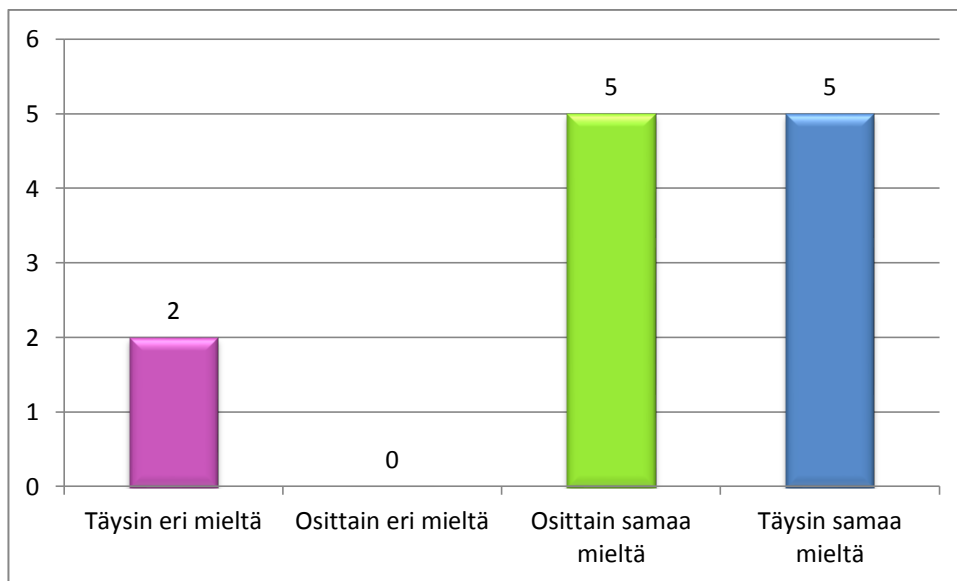
kirjaavat kaiken sen alle. Sairaanhoidaja perusteli heidän valitsemaansa kirjaamista-paa sen helppokäyttöisyydellä. Hoitohenkilökunta kokee jokapäiväisen rakenteisen kirjaamisen komponenttien mukaan monimutkaiseksi ja aikaa vieväksi, koska asukkaiden voinnissa ja tilassa tapahtuu muutoksia harvoin. Hoitosuunnitelmaa oltiin edelleen kehittämässä sähköiseen muotoon, mutta toistaiseksi se tehdään edelleen paperiversiona.

Neljännän osaston sairaanhoidaja kertoi, että heidän osastollaan kirjaaminen oli parantunut huomattavasti. Koko henkilökunta oli ottanut kirjaamisessa komponentit hyvin ja monipuolisesti käyttöön, mm. aktiviteetti, erittäminen, ravitseminen, psyykinen tasapaino olivat usein käytettyjä. Päivittäiset toiminnot komponenttia käytettiin, jos asukasta oli esim. avustettu suihkussa. Vaikka rakenteinen kirjaaminen vie henkilökunnalta enemmän aikaa kuin aiemmin, ovat he kaikki hyvin sitoutuneet komponenttien käyttämiseen. Hoitohenkilökunta on havainnut rakenteisen kirjaamisen etuna mm. tiedon paremman löydettävyyden tekstistä. Negatiivista palautetta sai muutamien tarpeellisten komponenttien puuttumiset heillä käytössä olevasta Efficapotilastietojärjestelmästä. Hoitotyön prosessin mukaista erillistä hoidon tarpeen määrittelyä, hoidon suunnittelua ja toteutusta heillä ei aktiivisesti toteuteta. Hoitosuunnitelma tehdään kerran vuodessa paperisena versiona.

## 7.2 Osallistuja-arviointi

Koulutuksiin osallistujilta pyydettiin palautetta koulutustilaisuuden onnistumisesta ja tarpeellisuudesta strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli tilaa myös vapaamuotoiselle palautteelle. Koulutukseen osallistuneista (N=15) antoi palautetta (n=12) henkilöä. Väittämiä oli yhteensä yhdeksän ja vastausvaihtoehtoja neljä: 1. Täysin eri mieltä, 2. Osittain eri mieltä, 3. Osittain samaa mieltä ja 4. Täysin samaa mieltä. Palautteet käsiteltiin Excel-taulukkolaskennan avulla laskien jokaisen väittämän vastausvaihtoehtojen saama lukumääräinen osuus kaikista vastauksista. Vastaajista yhdeksän henkilöä antoi myös vapaamuotoista palautetta.

Kuvio 1. kuvaa osallistujien odotuksia koulutuksesta. Osallistujista viisi oli täysin samaa mieltä ja viisi oli osittain samaa mieltä siitä, että koulutus vastasi odotuksia. Kaksi osallistujaa oli täysin eri mieltä siitä, vastasiko koulutus heidän odotuksiaan. ”Minulla ei ollut odotuksia koulutuksen suhteen, se yllätti kuitenkin positiivisesti.”



Kuvio 1. Koulutus vastasi odotuksiani (n=12)

Kuviossa 2. koulutuksen tarpeellisuudesta kahdeksan osallistujista oli täysin samaa mieltä ja kaksi oli osittain samaa mieltä. Kaksi osallistujista oli täysin eri mieltä koulutuksen tarpeellisuudesta. Myös vapaan sanan perusteella koulutus oli tarpeellinen.

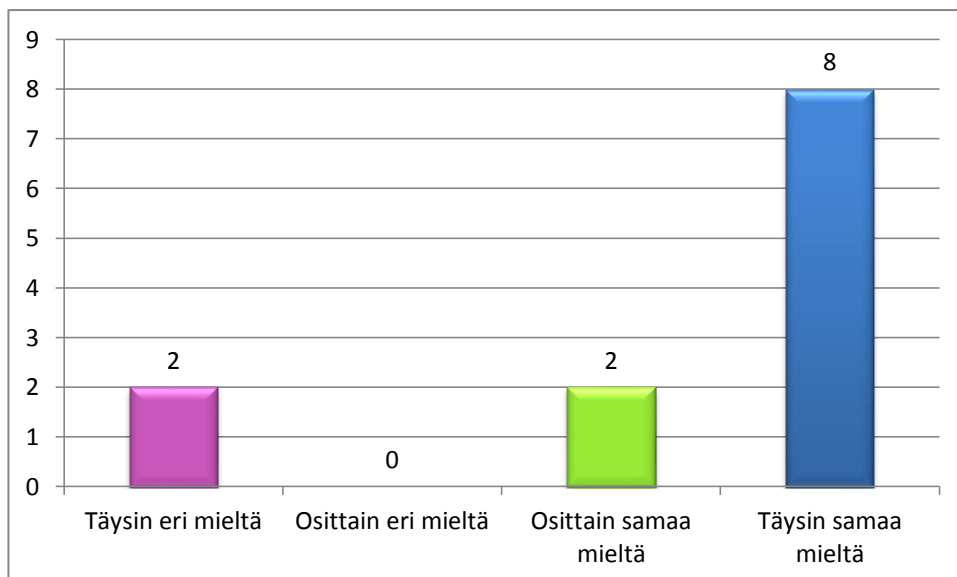
”Hyvä kurssi, kun hoitotyön kirjaamisesta ei ole saanut työnantajan puolesta koulutusta.”

”Koulutus oli tarpeellinen ja hyvä.”

”Koulutus oli todella antoisa ja hyvä.”

”Koulutus olisi hyvä järjestää kaikille.”





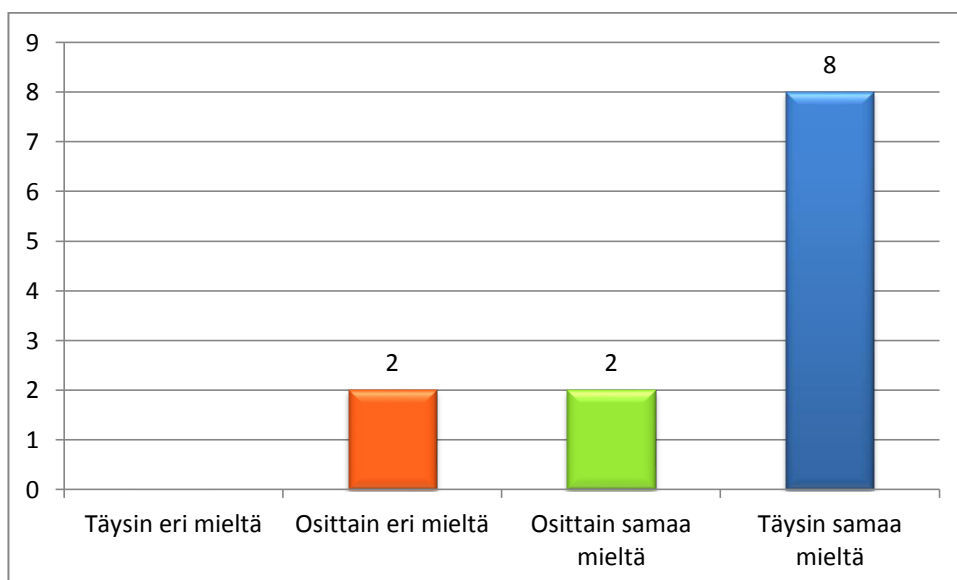
Kuvio 2. Koulutus oli tarpeellinen (n=12)

Vastaajista kahdeksan oli täysin samaa mieltä ja kaksi oli osittain samaa mieltä koulutuksen pituudesta. Vapaasti annetussa palautteissa tuli esille, että koulutus olisi saanut olla pidempikin. Koulutuksen pituudesta kuviossa 3 voidaan kuitenkin päätellä, että kaksi erillistä koulutuskertaa, joiden pituus oli 90 minuuttia kerta, oli riittävä.

*”Koulutus olisi saanut olla vähän pidempi ja kaikkien olisi hyvä olla paikalla.”*

*”Koulutus olisi voinut olla jopa pidempi, jolloin olisi voinut olla enemmän käytännön esimerkkejä.”*

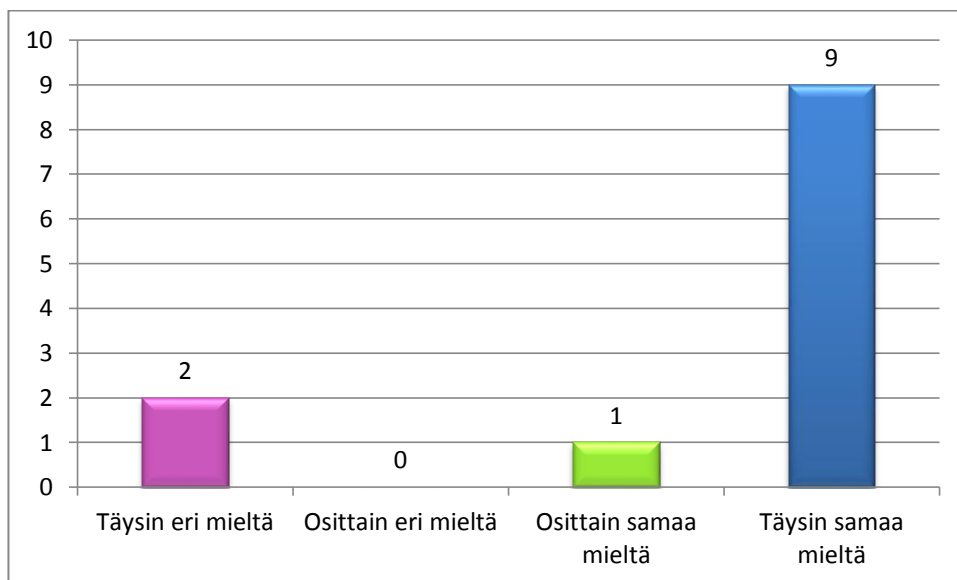
*”Koulutus oli sopivan pituinen, ei ylimääräistä tekstiä.”*



Kuvio 3. Koulutus oli sopivan pituinen (n=12)

Kuviossa 4 käsitellään koulutuksesta saatua uutta tietoa. Yhdeksän vastaajaa oli täysin samaa mieltä ja yksi vastaaja osittain samaa mieltä siitä, että saivat koulutuksesta uutta tietoa. Kahta vastaajaa lukuunottamatta voidaan päätellä, että koulutus sisälsi osallistujille uutta tietoa.

*”Ruusuja FinCC-luokituksen käytön opastamisesta.”*

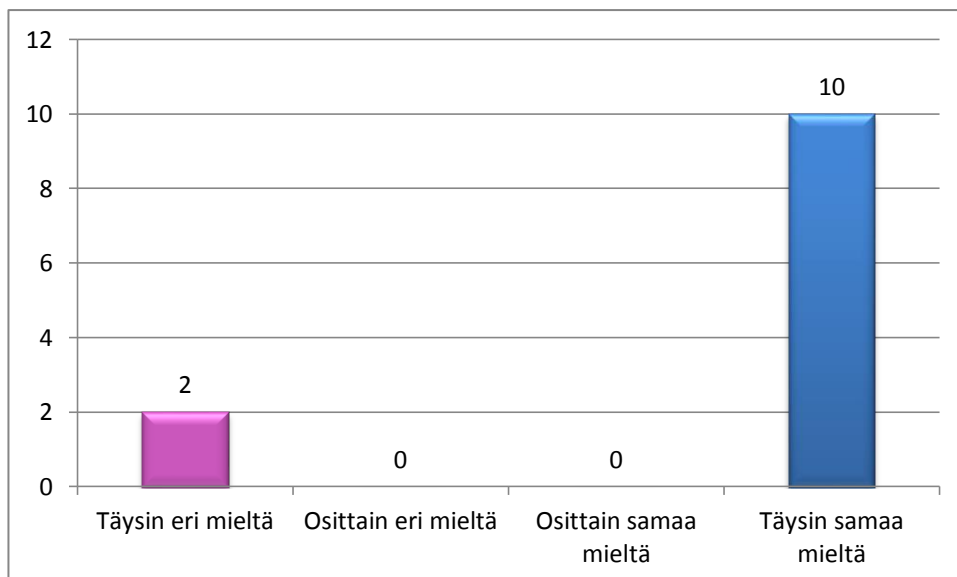


Kuvio 4. Sain koulutuksesta uutta tietoa (n=12)

Koulutuksessa jaettiin FinCC luokitukseen liittyvää materiaalia mm. komponenttien sisällön kuvaukset ja hoitotyön tarve- ja toimintoluokitukset. Koulutuksessa jaetun materiaalin hyödyllisyydestä oli täysin samaa mieltä kymmenen vastaajaa. Osallistujat kokivat, että jaettu materiaali helpotti FinCC-luokituksen ymmärtämistä ja auttoi hyödyntämään luokitusten käyttöä hoitotyön kirjaamisessa. Kuviossa 5 kuvataan koulutuksessa jaetun materiaalin hyötyä.

*”Suuri plussa ja kiitos materiaaleille, joita koulutuksessa sai. Niistä varmasti apua ja voi aina tarvittaessa tarkastella asioita.”*

*”Koulutusmateriaali oli hyvä.”*

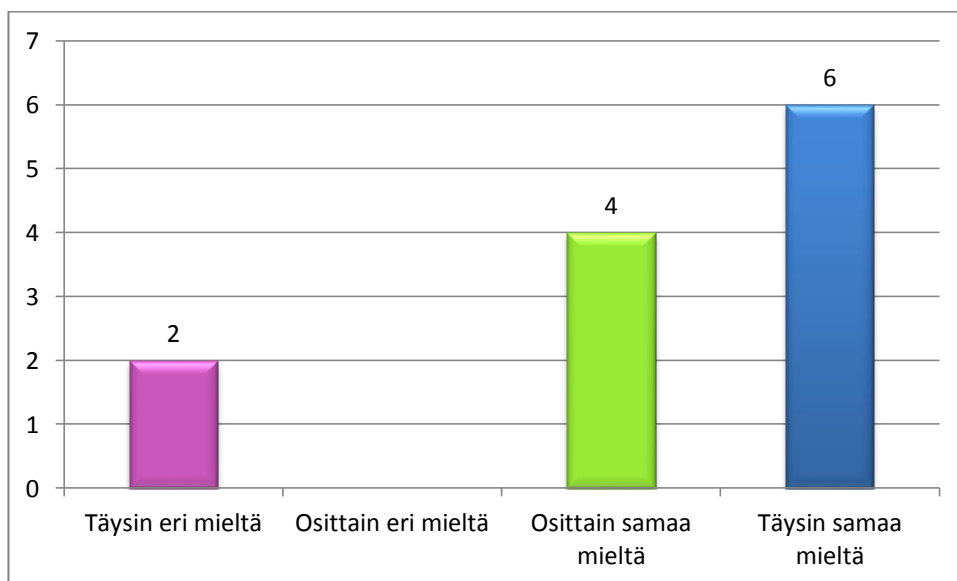


Kuvio 5. Koulutuksessa jaetusta materiaalista oli hyötyä (n=12)

Koulutuksen teoriaosuudessa kouluttaja käytti apuna PowerPoint- diaesitystä, josta jaettiin myös paperiversiot osallistujille seuraamista helpottamaan. Puolet vastaajista oli sitä täysin samaa mieltä siitä, että koulutus oli selkeä. Osittain samaa mieltä oli neljä vastaajista ja täysin eri mieltä kaksi vastaajista. Kuviossa 6 tarkastellaan koulutuksen selkeyttä.

*”Johdonmukainen antoisa koulutus. Esiintyminen oli luontevaa ja selkeää.”*

*”Käytetyt termit tuntuivat aluksi vierailta, ennen kuin hoksasin mistä oli kyse.”*

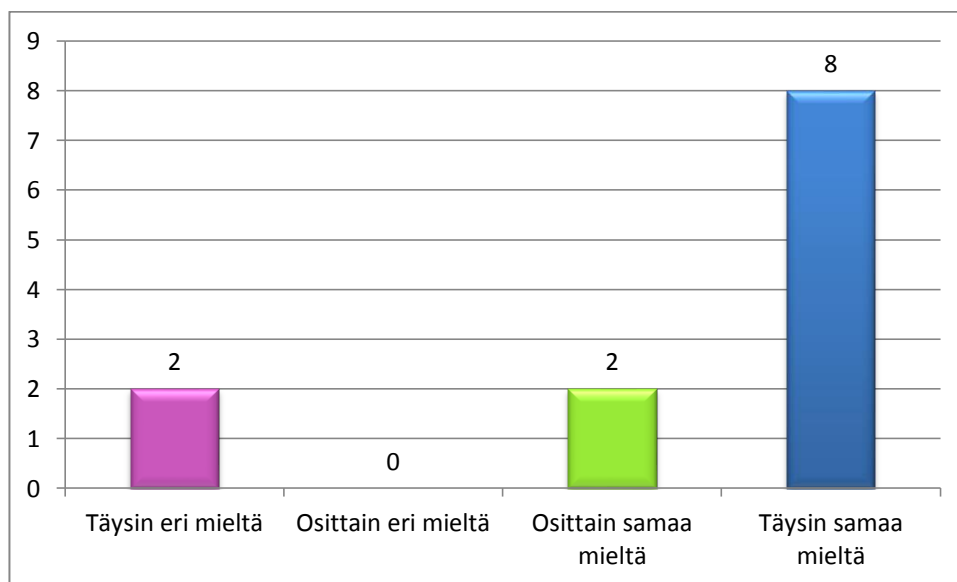


Kuvio 6. Koulutus oli selkeä (n=12)

Koulutus oli jaettu kahteen eri koulutuskertaan. Ensimmäisellä kerralla käytiin läpi mm. hoitotyön kirjaamisen teoriaa, hoitotyön prosessia ja FinCC-luokituksia. Toisella kerralla purettiin ensimmäisellä kerralla annettua tehtävää. Kahdeksan vastaajista oli täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä oli kaksi koulutuksen ajankäytöstä kuviossa 7. Kaksi osallistujista oli sitä mieltä, että ajankäyttö ei ollut onnistunut.

*”Kiitos tehtävän laajasta purkamisesta.”*

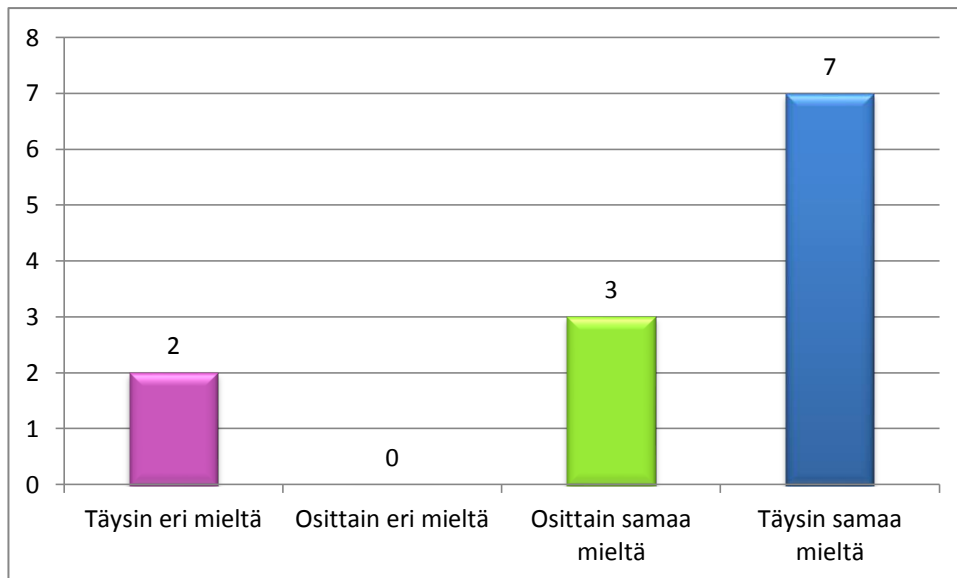
*”Opimme paljon teoriassa ja harjoittelimme myös käytäntöä”.*



Kuvio 7. Koulutuksen ajankäyttö oli hyvä (n=12)

Koulutusta käytännön työssä oli hyödyntänyt seitsemän vastaajista. Osittain samaa mieltä koulutuksen hyödyntämisestä käytännössä oli kolme vastaajaa ja kaksi vastaajaa ei ollut hyödyntänyt koulutusta käytäntöön kuviossa 8. Koulutuksessa käytetty materiaali ja opetus olivat kansallisesti yhtenäisesti laaditun hoitotyön kirjaamismallin mukaisia, joita siis vaikea sellaisenaan hyödyntää Kaukolankodin potilastietojärjestelmässä.

*”Miinus siitä, että koulutuksen sisältö ei vastannut Kaukolankodin Effican sisältöä, täällä emme siis pysty hyödyntämään kaikkea.”*



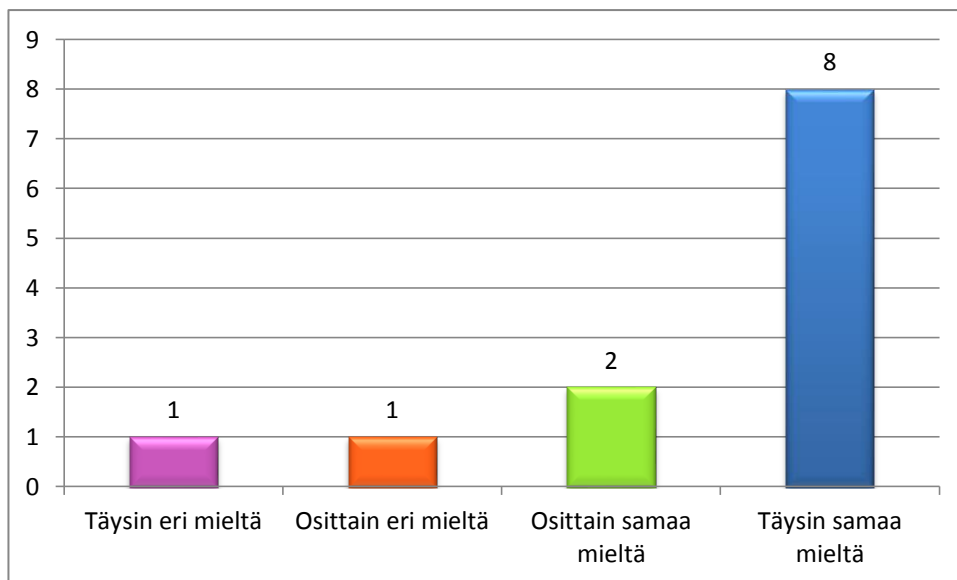
Kuvio 8. Olen hyödyntänyt koulutuksessa saamaani tietoa käytäntöön (n=12)

Koulutuksen vaikutuksia vastaajien hoitotyön kirjaamiseen olivat pääasiassa positiivisia ja myönteisiä. Kahdeksan vastaajaa oli täysin samaa ja kaksi osittain samaa mieltä siitä, että heidän kirjaamisensa on muuttunut tai tulee muuttumaan. Kaksi vastaajista oli täysin eri mieltä tai osittain eri mieltä siitä vaikuttaako koulutuksen heidän kirjaamiseensa. Kuviossa 9 tarkastellaan kirjaamisen muuttumista koulutuksen jälkeen.

*”Asian ydin tuli selville, tehtävä pisti ajattelemaan.”*

*”Pötkökirjoitus tuntuu nyt nopeammalta, koulutuksen siirtyminen käytäntöön vaatii aikaa.”*

*”Koulutus pisti miettimään omaa kirjaamista ja palautti mieleen koulussa opittua kirjaamista.”*



Kuvio 9. Hoitotyön kirjaamiseni muuttui/ tulee muuttumaan koulutuksen jälkeen (n=12)

### 7.3 Oma arviointi

Työ eteni osittain suunnitelman mukaan ja aikataulu koulutusten osalta piti hyvin. Alkuperäisenä tavoitteena oli saada työ valmiiksi tammikuussa 2015. Aikataulussa pysymisen haasteena oli opinnäytetyöntekijän läheisen sairastuminen ja menehtyminen joulukuussa 2014. Opinnäytetyö valmistui kaksi kuukautta suunniteltua aikataulua myöhemmin.

Opinnäytetyöntekijän mielestä paras ja parhaiten onnistunut osuus oli koulutukset. Vastuu koulutusaikataulun sopimisista ja koulutusten pitämistä oli opinnäytetyöntekijällä. Koulutukset onnistuivat hyvin muutamaa pientä matkan varrella esiintynyttä ongelmaa lukuunottamatta. Kokonaisuudessaan koulutuksiin osallistui riittävästi hoitohenkilökuntaa, joskin kahdelta osastolta osallistui toiseen koulutukseen vain yksi henkilö. Opinnäytetyöntekijän kokemattomuus koulutusten järjestämisessä, näkyi ensimmäisissä esiintymisissä, jotka nojautuivat pitkälti PowerPoint- materiaaliin tukeutumiseen. Loppua kohden esiintyminen muuttui rennommaksi ja varmemmaksi, asian tullessa tutummaksi myös esiintyjälle itselleen. Myös koulutusryhmien kiinnostus ja innostus koulutukseen vaikutti niiden vetämiseen. Koulutukset olivat pääsääntöisesti ajallisesti oikein mitoitettut ja asiasisällöltään hyvin suunniteltu. Ongelmalli-

seksi opinnäytetyöntekijälle koitui Effica-potilastietojärjestelmän vieraus ja vähäinen käyttö. Koulutuksessa käytetyn tehtävän purku ei sujunut niin kuin oli ajateltu, koska vain FinCC-luokitusten komponentit ilman pää- ja alaotsikoita olivat käytettävissä. Soveltamalla tehtävä saatiin kuitenkin purettua joka osastolla. Koulutuksissa esiintymiseen ja koulutusten järjestämiseen sekä erilaisiin koulutusmetodeihin olisi ollut hyvä valmistautua paremmin ennen niiden pitämistä esim. perehtymällä alan oppaisiin ja kirjallisuuteen.

Opinnäytetyön kirjoittaminen oli koulutusten osuudelta vaivatonta ja tuntui helpolta. Ongelmia tuotti eniten teoriaosuus ja sen kirjoittaminen. Teoriatietoa oli hankittu PowerPoint-materiaalia varten, mutta teoriaosuuden kirjoittaminen opinnäytetyöhön oli vaivalloista. Teoriatietoa oli saatavilla eri lähteistä riittävästi ja muutamia hyviä tutkimuksiakin löytyi, mutta opinnäytetyöntekijän oma uupuminen hidasti kirjoitustyötä.

Kohdeorganisaatiolle työajan käytöstä koulutuksiin syntyneet todelliset kustannukset olivat lopulta yhteensä 430,32 €. Kustannukset olivat alkuperäistä summaa 239,16 € pienemmät siksi, koska sairaanhoitajien osallistuminen koulutuksiin muista johtuvista syistä oli oletettua vähäisempää.

#### 7.4 Pohdinta

Opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisena huomiona viimeisen kolmenkymmenen vuoden ajalta tietotekniikan ja muiden sähköisten viestintälaitteiden kehitys on ollut huikeaa ja nopealla vauhdilla etenevää. Suunta näyttää olevan edelleen kohti uusia elämää helpottavien toimintojen keksimistä. Välillä herää kysymys kuinka tarpeellisia ne kaikki toiminnot ja laitteet sitten loppujen lopuksi ovatkaan.

Myös hoitotyössä on nykyajan tekniikkaa hyödynnetty ja kehitetty sitä helpottavia ja nopeuttavia toimintoja, kuten sähköinen potilaskertomus ja potilastietojärjestelmät. Potilastiedot ovat helposti siirrettävissä eri yksiköiden tai toimijoiden välillä, jos potilas on antanut siihen luvan ja yhteydet eri järjestelmien välillä toimivat. Ideana aivan järkevä ja kehittämisen arvoinen. Käytännössä kuitenkin kohdannut monia on-

gelmia, joita ratkaistava ja kehitettävä ennen kuin voidaan puhua sujuvasta tiedon-  
siirrosta hoitotyössä.

Tämän opinnäytetyön tekeminen kiinnitti huomiota koulutuksen puuttumiseen tai sen vähäisyyteen. Kaukolankoti on hyvä esimerkki siitä miten edistys ei auta hoitotyössä vaan vaikeuttaa sitä, kun ei huomioida riittävästi henkilökunnan osaamista. Rakenteista kirjaamista on Suomessakin käytetty pitkään ja sitä kehitetään edelleen, kuitenkin se on osassa hoito- ja hoivapalveluja antavassa organisaatiossa vielä vähäisesti tunnettu ja käytetty asia. Kuten Nykänen & Junttilakin (2010) toteavat, hoitotyön päätöksenteon prosessimallin ja FinCC-luokitusten kehittämistyöstä huolimatta hoitotyön ammattilaiset eivät ole ottaneet sitä omakseen, koska kokevat sen epäkäytännölliseksi ja haastavaksi. Tietotekniikka liittyy olennaisesti sähköisesti tehtävään rakenteiseen kirjaamiseen. Miten voidaan olettaa, että hoitohenkilökunta kykenee siirtymään manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen, jos tietotekniikka jo itsessään aiheuttaa vaikeuksia? Kuten Ensio & Saranto (2004) toteavat hoitohenkilökunnan myönteistä asennetta ja turhia ennakkoluuloja voidaan ehkäistä riittävillä koulutuksilla ja tietoteknisillä valmiuksilla. Hietanen & Himanen (2010) havaitsivat opinnäytetyössään hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa olevan puutteita, koska hoitohenkilökunta ei saa riittävästi koulutusta ja opastusta rakenteisen kirjaamisen käyttöön. Eikö olisi kaikkien edun mukaista, että henkilökunta saisi asiallista perusteellista koulutusta riittävästi ja tarpeeksi pitkään? Tämän koulutuksen aikana moni ilmaisi, ettei ole asioista tietoinen kun ei ole saanut mitään tai hyvin vähän koulutusta. On hyvä että hoitohenkilökunta auttaa ja ohjaa toistaan, mutta silloin myös väärät ja virheelliset tiedot ja taidot siirtyvät eteenpäin, jos oikeaa osaamista ei ole. Laineen (2008) Pro gradu-tutkielmassa hoitohenkilökunta koki siirtymävaiheessa, että heidän jaksamiseensa ei kiinnitetty riittävästi huomiota ja tulevaisuudessa tulisi kiinnittää huomiota mm. tukihenkilöiden riittävään määrään. Yleisesti työnantajien pitäisi kiinnittää huomiota hoitohenkilökunnan riittäviin koulutuksiin ja niihin asioihin, jotka tukevat ja auttavat hoitotyössä.

Rakenteinen kirjaaminen on hyvä ja kehittämisen arvoinen asia. Potilastietojärjestelmiä on useita erilaisia ja erihintaisia, mikä tuntuu olevan monille päättäjille se ratkaiseva asia. Kansallisesti yhtenäistä kirjaamismallia on vaikea toteuttaa, jos eri potilastietojärjestelmät toimivat eri tavalla. Onko järkevää tehdä eritasoisia potilastieto-



järjestelmiä, jos tavoitteena on pyrkiä siihen että kaikki tiedot siirtyisivät jatkossa yhteneväisinä KanTa-arkistoon? Koulutuksessa oli vaikea kehua ja perustella FinCC-luokituksia ja niiden käytettävyyttä hoitotyössä, koska se ei heidän käyttämässään potilastietojärjestelmässä ollut kokonaisuudessaan käytettävissä.

Jatkossa tulisi kiinnittää enemmän huomiota hoitohenkilökunnan ajankohtaiseen, tasapuoliseen ja riittävään koulutukseen. Työntajat vetoavat usein taloudelliseen tilanteeseen, jos eivät kykene tarjoamaan riittävästi koulutusta. Hoitohenkilökunnan tulisi myös kiinnittää huomiota siihen, että täydennyskoulutus on lakisääteistä sekä työnantajalle täydennyskoulutuksen järjestäjänä ja terveydenhuollon ammattilaiselle ammattitaidon ylläpitämisen ja kehittämisen kannalta. Kuitenkin hoitohenkilökunnan kouluttaminen on tuottavaa toimintaa organisaatiolle ja sen kykyä katsoa tulevaisuuteen.

## LÄHTEET

Ensio, A. 2008. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ensio, A. 2008. Tavoitteena toiminnan ja palvelujen kehittäminen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

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

Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.

Hallila, L. (toim.) 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. 2.painos. Tampere:Tammer-Paino Oy.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkinen, A. 2001. Eväitä esitys- ja koulutustilaisuuksien suunnitteluun ja toteutukseen. Suomen Kuntaliitto. <http://www.kunnat.net/fi>

Henkilötietolaki 1999. 22.4.1999/523 muutoksineen.

Hietanen, N. & Himanen, S. 2010. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen sisätautiosastoilla. AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.3.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201005199817>

Kinnunen, U-M., Junttila, K., Liljamo, P., Sonninen, A-L., Härkönen, M. & Ensio, A. 2014. FinCC and the National Documentation Model in EHR - User Feedback and Development Suggestions. In: Saranto, K., Weaver, C. A. & Chang, P. editors. Proceedings of NI2014, IOS Press, Taipei, Taiwan, 2014. Viitattu 19.3.2015. <http://ebooks.iospress.nl/volume/nursing-informatics-2014-east-meets-west-esmart>.

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa.2.uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kratz, C.1993. Hoitotyön prosessi. 7.painos. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: SanomaPro Oy.

Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Laitilan kaupungin www-sivut. 2014. Viitattu 31.1.2014. <http://www.laitila.fi>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 17.8.1992/785 muutoksineen.

- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. 28.6.1994/559 muutoksineen.
- Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY.
- Lehtovirta, J. & Vuokko, R. 2014. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.1.2015.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN\\_ISBN\\_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1)
- Lento, P. 2007. Hoitaja elektronisen potilaskertomuksen käyttäjänä. Lundgren-Laine, H., Salanterä, S. & Haapalainen-Suomi, S. (toim.) 2007. Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Turun yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:53/2007.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas - SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Viitattu 28.8.2014.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC\\_luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC_luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1)
- Miesmaa, R. 2015. Johtaja, Kaukolankoti. Laitila. Henkilökohtainen tiedonanto 9.3.2015.
- Mäkelä, K. 2006. Terveydenhuollon tietotekniikka. Helsinki: Talentum.
- Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko- näkyvää vai ei? Teoksessa H. Hopia & L. Koponen (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä:Gummerus Oy.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2013a. Hoitotyön kirjaamisen merkitys. Viitattu 28.8.2014.  
<https://www.youtube.com/watch?v=4eiclUXec7o>
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2013b. Hoitotyön tavoitteet. Viitattu 28.8.2014.  
<https://www.youtube.com/watch?v=vrY5SRDDb54>
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2013c. Hoitotyön arviointi. Viitattu 28.8.2014.  
<https://www.youtube.com/watch?v=usQBjLvN0Es>
- Nykänen, P. & Juntila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvointilaitoksen raportti 40/2012. Viitattu 12.1.2015.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1)
- Rintala, M. 2014. Ruusutulehduksen hoito ja potilasohjaus-koulutuksen järjestäminen Vammalan aluesairaalan sisätautiosastolla. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan Ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.3.2015.
- Ruuska, K. 2006. Terveydenhuollon projektinhallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2008. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

STM asetus potilasasiakirjoista 298/2009 muutoksineen. <http://www.finlex.fi>

STM 2004a. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3 Viitattu 3.3.2015.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3821.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3821.pdf)

STM 2004b. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:18. Viitattu 31.1.2015.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4020.pdf&title=Sahkoisten\\_potilasasiakirjajarjestelmien\\_toteuttamista\\_ohjaavan\\_tyoryhman\\_loppuraportti\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4020.pdf&title=Sahkoisten_potilasasiakirjajarjestelmien_toteuttamista_ohjaavan_tyoryhman_loppuraportti_fi.pdf)

STM 2012:4. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Viitattu 25.2.2015.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf)

Taloussanakirja.2015. Taloussanomien www-sivut. Viitattu 17.2.2015.

<http://www.taloussanomat.fi/>

Tantt, K. 2008. Elektronisen hoitotiedon vaikutus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tantt, K & Ikonen, H. 2008. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Terveydenhuoltolaki. 2010. 30.12.2010/1326 muutoksineen.

Tuurala, T. Laatuakatemia 2010. Prosessi, prosessiorganisaatio ja prosessin ohjaus. Viitattu 26.1.2015. <http://www.kotiposti.net/tuurala/prosessit.htm>

Valviran www-sivut. 2015. Viitattu 1.3.2015. <http://www.valvira.fi/>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Ylitalo, A. 2010. Tritonia. EduTech. Viitattu 11.3.2015. [http://koutek-1011.wikispaces.com/file/view/Aktiivoivia\\_opetusmenetelmi%C3%A4.pdf](http://koutek-1011.wikispaces.com/file/view/Aktiivoivia_opetusmenetelmi%C3%A4.pdf)

Yura, H. & Walsh, M. 1988. Hoitotyön kehittäminen. 2.painos. Helsinki: WSOY.

**Palaute koulutustilaisuuksista.**

**Toivon teidän antavan palautetta koulutustilaisuuksista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajan henkilöllisyys tule ilmi missään vaiheessa. Palautetta käytetään koulutustilaisuuksien arviointiin ja tulos julkaistaan opin-  
näytetyössä ”Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen Kaukolankodissa”. Palautus-  
lomakkeen voi palauttaa osastolla olevaan laatikkoon kahden viikon kuluessa  
koulutustilaisuuden päätyttyä.**

Rastita seuraavista vaihtoehdoista sopivin:

	1. Täysin eri mieltä	2. Osittain eri mieltä.	3. Osittain samaa mieltä.	4. Täysin samaa mieltä.
1. Koulutus vastasi odotuksiani.				
2. Koulutus oli tarpeellinen.				
3. Koulutus oli sopivan pituinen.				
4. Sain koulutuksesta uutta tietoa.				
5. Koulutuksessa jaetusta materiaalista on hyötyä.				
6. Koulutus oli selkeä.				
7. Koulutuksen ajankäyttö oli hyvä.				
8. Olen hyödyntänyt koulutuksessa saamaani tietoa käytäntöön.				
9. Hoitotyön kirjaamiseni muuttui / tulee muuttumaan koulutuksen jälkeen.				

Ruusuja tai risuja koulutuksesta, sana on vapaa!

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Kiitos osallistumisestasi koulutustilaisuuksiin ja palautteen antamisesta!**



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU  
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

1 / 2

### SAMK / Sopimus oppinnäytetyön tekemisestä

Oppinnäytetyön tekijä:	SOILE LEHTOMÄKI	
Opiskelijan numero:	1201773	Alotusryhmä: AHT12.SR
Koulutusohjelma:	HOITOTYÖN KÄULUTUSOHJELMA	
Oppinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:	KIRSTI SANTAMÄKI PIH. OYH-110-3565 SAMK STENIUKSENKATU 8, 26100 RAUMA Kirsti.santamaki@samk.fi	
Toimeksiantaja, yhteysthenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:	KAUKOLAN KOTI, KAUKOLAN TIE 30, 23800 LAITILA RIIVA HIESMÄÄ, 02-85018413 riiva.hiesmaa@laitila.fi	
Oppinnäytetyön nimi:	HOITOTYÖN RAKENTAMINEN KIRJAIMINEN KAUKOLAN KODISSA	
Työn eteenlähtökohdat:		
Tarkempi selvitys on esitöiden liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus- ja urakehitysuunnitelmassa.		
Tällä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan kärjsoikeudessa.		
Tämä sopimus on laadittu 3 kappaleella, yksi kullekin osapuolelle.		
Osoitteet lukeneet sopimus ehdot (sivu 2) ja hyväksyneet ne.		
Päiväys:	16.9.2014	
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvennys:	 KAUKOLAN KODIN JOHTAJA RIIVA HIESMÄÄ	
Oppinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys:	 Soile Lehtomäki	
Oppinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus:		
Oppinnäytetyön tekijän allekirjoitus:		

## Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kehittäminen Kaukolankodissa

Soile Lehtomäki, Satakunnan  
ammattikorkeakoulu  
16.3.2015

- Valtioneuvoston periaatepäätös 11.4.2002
- Työryhmä määritteli ne rakenteet, tiedonsiirto-standardit ja tietoturvan periaatteet, joita terveyskeskusten ja sairaaloiden sähköisiltä potilaskertomusjärjestelmiltä edellytetään.
- Potilaskertomuksessa käytettävät rakenteet ja niiden käyttö tulisi olla valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja.
- Hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli -> kirjaaminen päätöksenteon prosessimallin ja FinCC-luokitusten mukaisesti.

Soile Lehtomäki, Satakunnan  
ammattikorkeakoulu  
16.3.2015

## Rakenteinen kirjaaminen

- Hoitotyön kirjaamista ohjaa lainsäädäntö
  - Laki 785/1992 potilaan asemasta ja oikeuksista
  - Laki 159/2007 sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä
  - Laki 559/1994 terveydenhuollon ammattihenkilöistä
  - Potilasvahinkolaki 585/1986
  - Kansanterveyslaki 66/1972
  - Perustuslaki 731/1991

Soile Lehtomäki, Satakunnan  
ammattikorkeakoulu  
16.3.2015



## Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista

- Sisältää säännökset
  - potilasasiakirjojen laatimisesta
  - niihin merkittävistä tiedoista
  - asiakirjojen säilytysajoista ja -tavoista
- Asetus turvaa potilasasiakirjoihin sisällytettävän seuraavat tiedot:
  - Potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen kannalta tarpeelliset, riittävät ja virheettömät tiedot
  - Tietoja käsitellään tietoturvallisesti ja hyvän tietojenkäsittelyn mukaisesti
  - Arkistointipalveluun tallennettavien sähköisten potilasasiakirjojen rakenteissa ja merkinnöissä tulee käyttää lain mukaisia rakenteita ja merkintöjä sekä KELAn ylläpitämiä tietoteknisiä määrittämiä.

Solite Lehtomäki, Satakunnan  
16.3.2015 ammattikorkeakoulu

## Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista

- Potilasasiakirjamerkinnot tulee tehdä viivytyksettä
- Potilaasta tulee pitää jatkuvaksi laadittua ja aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta.
- Potilaskertomusta tai sen osia ei saa kirjoittaa uudelleen eikä alkuperäistä sivua korvata valokopiolla tai muulla vastaavalla tavalla.
- Potilaskertomuksesta tulee käydä ilmi:
  - Diagnoosi, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet esim. haavan hoito.
  - Miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia ratkaisuja on sen kuluessa tehty ja ratkaisujen perustelut.

Solite Lehtomäki, Satakunnan  
16.3.2015 ammattikorkeakoulu

## Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista

- Asetus edistää
  - Potilaan laadukasta ja hyvää hoitoa
  - Potilaan oikeusturvaa
  - Potilaan yksityisyyden suojaa
  - Potilassuhteen luottamuksellisuutta
  - Terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa

<https://www.youtube.com/watch?v=4eicIUxec7o>

Solite Lehtomäki, Satakunnan  
16.3.2015 ammattikorkeakoulu

## Potilasasiakirjat

- Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan joko manuaalisia tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät asiakkaan terveydentilaa koskevia tietoja.
- Potilasasiakirjoja ovat
  - Potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat
  - Muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat
  - Lääketieteellisen kuolemansyyntä selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat
- Potilasasiakirjoja saavat käsitellä tai niihin saavat tehdä merkintöjä vain ne terveydenhuollon ammattihenkilöt tai muut henkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon.

Solle Lehtomäki, Satakunnan  
16.3.2015 ammattikorkeakoulu

## Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen

- Mitä, mihin ja miten potilaan tietoja kirjataan
- Potilaan hoito kuvataan sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti
- Rakenteinen kirjaaminen edellyttää standardoitujen termistöjen kuten sanastojen, nimistöjen ja luokitusten käyttöä
  - FinCC-luokituskokonaisuus
- Hyvä ja tarkka sovittuihin käsitteisiin perustuva rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa potilastietojen käytön ja hyödyntämisen eri organisaatioiden välillä.

Solle Lehtomäki, Satakunnan  
16.3.2015 ammattikorkeakoulu

## Sähköinen potilaskertomus

- Eri potilasasiakirjoista koostuva kokonaisuus, joka sisältää kaiken potilaan hoitoon liittyvän tiedon terveydenhuollon yksikössä.
- Valtakunnallinen potilastiedon arkisto kerää kaikki potilastiedot vaiheittain (STM vaiheistusasetus 165/2012 terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista).

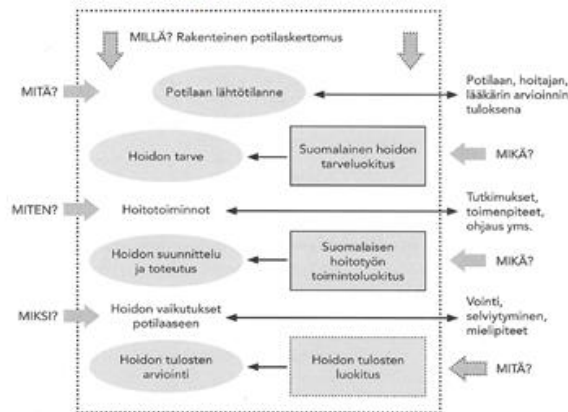
Solle Lehtomäki, Satakunnan  
16.3.2015 ammattikorkeakoulu

## Hoitotyön prosessimalli

- Hoitosuunnitelma, joka etenee potilaan tarpeista
- Koostuu neljästä eri osa-alueesta
  - Hoidon tarpeen määrittely
  - Hoidon suunnittelu
  - Hoidon toteutus
  - Hoidon arviointi
- Hoitotyön prosessi on hoitajan työväline ja menetelmä, joka auttaa päätöksenteossa, seurausten ennustamisessa ja arvioinnissa
- Hyvä kirjaaminen on onnistuneen hoidon apuväline

Soile Lehtomäki, Satakunnan ammattikorkeakoulu  
16.3.2015

## Hoidollinen päätöksenteko luokittelevassa sähköisessä kirjaamisessa



Soile Lehtomäki, Satakunnan ammattikorkeakoulu  
16.3.2015

## HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN

Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen

Näkymä: Hoitokertomus = HOIKE		Tulotilanne				Hoidon arviointi		ks. Opos s. 17)
Moniamm. hoitoprosessin vaiheet	1a	1b	1c	1d	2.	3.	4.	
Hoitotyön prosessin vaiheet (otsikot)	Tietojen keruu ja analysointi*	Hoidon tarpeiden määritys ja priorisointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi	Toiminnot / toteutus	Tulosten arviointi	Hoitotyön yhteenveto	
Rakenteista lähtien	SHTaL 2.0 ja SHTuL 1.0 (Hoidon tarveluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	SHTaL ja varmuusaste (+ mittari VAS, GAF)	SHTaL			SHTaL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF)	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön	
	SHToL 2.0 ja SHTuL 1.0 (Hoitotyön toimintoluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)			SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS, GAF)	SHToL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF)	prosessiyydin-tiedoista ja tarv. täydennetään rakenteisilla tiedoilla (luokitus + vapaa teksti) Hoitoisuusluokkatielo	
Hoitotyön ydin tiedot	Moniammatillisia ydintietoja*	Hoidon tarve			Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenveto	Hoitoisuus**

\*Ydintiedoista saatavaan osaan hoitotyön tarvearvioista tiedoista kuten henkilötiedot, riskiteidot, hoidon ehy, lääkitys, lääketieteellinen diagnostiikka, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet.  
\*\* Hoitoisuusmittaus tehdään prosessin kohdassa arviointi ja käytetään mittareita: OPC (Oulu Patient Classification) tai OPCq (Rafaeli)

Soile Lehtomäki, Satakunnan ammattikorkeakoulu  
16.3.2015

## Hoidon tarpeen määrittely

- Hoitohenkilökunnan laatima kuvaus potilaan terveydentilasta ja siinä olemassa olevista tai tulevista ongelmista, jotka ovat hoidettavissa hoitotoimintojen avulla
- Laaditaan haastattelemalla, havannoimalla tai suorittamalla erilaisia mittauksia
- Ongelmat tulee priorisoida käyttäen apuna tarve- ja diagnoosiluokituksia
- Hoidon tarpeen määrittely on edellytys ja perusta hoitotyön prosessin muille vaiheille
- Hoitotyön prosessi on syklinen ja dynaaminen, voi päättyä missä tahansa vaiheessa, jos ongelmaan löydetään ratkaisu

Soile Lehtomäki, Satakunnan  
ammattikorkeakoulu  
16.3.2015

## Hoidon suunnittelu

- Laaditaan yhdessä potilaan ja mahdollisesti myös omaisten kanssa hoidon tavoitteet
- Itsemääräämisoikeus mahdollistaa potilaan osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.
- Yhteinen tavoite, johon sekä potilas että hoitohenkilökunta sitoutuu
- Tavoitteen oltava paras mahdollinen mutta realistinen
- Tarkasteltava säännöllisesti hoitotyön tavoitteiden ajantasalla pitämiseksi
- Hoitotoimintojen valinta ja auttamiskeinot
- Hyvin laadittu suunnitelma auttaa hoitotyöntekijää kirjamaan hoitotyön toteutuksen.

<https://www.youtube.com/watch?v=vrY5SRDDb54>

Soile Lehtomäki, Satakunnan  
ammattikorkeakoulu  
16.3.2015

## Hoidon suunnittelu ja tavoitteiden laatiminen

- Tavoitteiden on oltava potilaskeskeisiä
- Asetetaan päätavoite eli kokonaistavoite
- Osatavoitteita voi olla useampia, ovat konkreettisia jotta niitä voidaan arvioida
- Tavoite kuvaa sitä, miten potilas selviytyy itsenäisesti tai autettuna

Soile Lehtomäki, Satakunnan  
ammattikorkeakoulu  
16.3.2015

## Suunnitellut toiminnot

- Hoidon suunnitelluilla toiminnoilla tarkoitetaan niitä auttamismenetelmiä, joita hoitotyöntekijä käyttää auttaessaan ihmistä terveyden edistämiseksi, sairauden kanssa toimeentulemisessa tai elämän loppuvaiheessa
- Auttamismenetelmät riippuvat siitä, millainen on ihmisten terveydentila, toimintakyky, elämäntilanne taikka ympäristö ja ne voivat olla toimenpiteisiin, laitteisiin tai lääkkeisiin perustuvia
- Valitaan hoitotyön tavoitteiden pohjalta

Solle Lehtomäki, Satakunnan  
16.3.2015 ammattikorkeakoulu

## Hoidon arviointi

- Arviointia suoritetaan jokaisessa prosessin vaiheessa
- Hoitotyöntekijän tulee pohtia:
  - Onko potilaan tarpeiden määrittely ollut riittävän laajaa
  - Onko kaikki tarpeet huomioitu
  - Onko ongelmien tärkeysjärjestys ollut oikea
  - Onko auttamiskeinot olleet tehokkaita
  - Miten potilas ja omaiset ovat kokeneet hoitotyön ja käytetyt auttamismenetelmät
  - Onko hoitotyö ollut vaikuttavaa ja tuloksellista
- Kaikessa kirjaamisessa tulisi huomioida arvioiva näkökulma

<https://www.youtube.com/watch?v=usQBJLvN0Es>

Solle Lehtomäki, Satakunnan  
16.3.2015 ammattikorkeakoulu

## FinCC-luokituskokonaisuus

- Finish Care Classification on suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuus
- Koostuu kolmesta eri osiosta :
  - Hoidon tarveluokituksesta SHTaL 3.0
  - Hoidon toimintoluokituksesta SHToL 3.0
  - Hoidon tulosluokituksesta SHTuL 1.0
- Rakenne, joka muodostuu erilaisista komponenteista, pää- ja alaluokista
- Komponentteja ei voi käyttää yksinään vaan ne vaativat aina pää- tai alaluokan käyttöä
- Hoidon tarpeen tai toiminnan konkretisoimiseksi tekstiä voi täydentää tai tarkentaa käyttämällä vapaata tekstiä

Solle Lehtomäki, Satakunnan  
16.3.2015 ammattikorkeakoulu

<p><b>Komponentit (17)</b></p> <p>Kuvaavat potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita sekä käyttäytymistä ja terveyspalvelujen käyttöä</p>
<p><b>Päälukat</b></p> <p>SHTaL 3.0 (n=88)</p> <p>SHToL 3.0 (n=127)</p>
<p><b>Alalukat</b></p> <p>SHTaL 3.0 (n=150)</p> <p>SHToL 3.0 (n=180)</p>

16.3.2015 Solle Lehtomäki, Satakunnan ammattikorkeakoulu

## Luokitukset päivittäisen kirjaamisen systematisoijana: yhteiset komponentit, hoitotyö

- Aktiviteetti
- Erittäminen
- Selviytyminen
- Nestetasapaino
- Terveyskäyttäytyminen
- Hoidon ja jatkohoidon koordinointi
- Lääkehoito
- Ravitseminen
- Hengitys
- Verenkierto
- Aineenvaihdunta
- Turvallisuus
- Päivittäiset toiminnot
- Psyykinen tasapaino
- Aisti- ja neurologiset toiminnot
- Kudoseheys
- Elämänkaari

16.3.2015 Solle Lehtomäki, Satakunnan ammattikorkeakoulu

## FinCC-luokituskokonaisuus

- Hoidon tulosluokituksella SHTuL 1.0 kuvataan potilaan tilassa tapahtunutta muutosta
- Muutos voi olla :
  - Parantunut = P
  - Ennallaan = E
  - Huonontunut = H

16.3.2015 Solle Lehtomäki, Satakunnan ammattikorkeakoulu

## Malliesimerkki

- **Hoidon tarpeen määrittäminen** (SHTaL3.0)
- **Erittäminen** (Komponentti)
  - Ulostamiseen liittyvä häiriö (Pääloukka)
    - Ummetus (Alaluokka)
      - Vatsa ei ole toiminut moneen päivään.
- **Hoidon tavoitteet**
- Ummetuksen hoito
  - Potilas nauttii enemmän nesteitä ja ottaa ulostuslääkettä vatsan toimimattomuuteen

16.3.2015 Solle Lehtomäki, Satakunnan ammattikorkeakoulu

## Malliesimerkki

- **Hoitotyön toiminnot** (SHToL 3.0)
- **Erittäminen** (Komponentti)
  - Suoliston toiminnan hoito (Pääloukka)
    - Ummetuksen hoito
      - Säännöllisesti Pegorion pss x 2 vrk pehmentämään ulostetta, Toilax 2 kaps. X 1 vatsan toimimattomuuteen. Kehotetaan juomaan enemmän, viety vesikannu huoneen pöydälle.
- **Hoitotyön toteutus**
- Potilas saanut Pegorion pss x 2 ja Toilax 2 kaps. Potilas juonut hoitajan kehoituksesta vesikannusta n. 3 lasillista vettä. Potilas kertoi että on ulostamisen tunnetta.

16.3.2015 Solle Lehtomäki, Satakunnan ammattikorkeakoulu

## Malliesimerkki

- **Hoidon arviointi** (SHTuL 1.0)
- Potilaan vatsa toiminut alkuyöstä riittävästi vessaan. Uloste oli pehmeää. Potilas oli erittäin tyytyväinen, koska olo helpottui kovasti. Annetaan Pegorionin jatkua 2 pss x vrk pitämään ulosteen pehmeänä. Tilanne: Parantunut

16.3.2015 Solle Lehtomäki, Satakunnan ammattikorkeakoulu



## Lähteet:

- Ensio, A. 2008. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit. Oy.  
<https://www.finlex.fi/>
- Lehtovirta, J. & Vuokko, R. 2014. Terveystieteiden rakenteen kirjaamisen opas. 2014. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvointilaitos. Viitattu 20.1.2015.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN\\_ISBN\\_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1)
- Nykänen, P. & Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asian-tuntijärjelmän loppuraportti. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvointilaitoksen raportti 40/2012. Viitattu 12.1.2015.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1)
- STM 2004: 18. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:18. Viitattu 31.1.2015.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4020.pdf&title=Sahkoisten\\_potilasasiakirjajarjestelmien\\_toteuttamista\\_ohjaavan\\_tyoryhman\\_loppuraportti.fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4020.pdf&title=Sahkoisten_potilasasiakirjajarjestelmien_toteuttamista_ohjaavan_tyoryhman_loppuraportti.fi.pdf)
- Virta, K. & Santamäki, K. 2014. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen: ydintiedot ja rakenteisuus. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille.
- Yura, H. & Walsh, M. 1988. Hoitotyön kehittäminen. 2.painos. Helsinki: WSOY.



## Tehtävä:

Erkki Eläkeläinen on 77-vuotias Kaukolankodissa asuva mies. Erkki sairastaa eturauhassyöpää, sydämen vajaatoimintaa ja alkavaa Alzheimerintautia. Erkin syöpä on levinnyt. Hänellä on todettu luustometastaaseja. Hänellä on kipuja, jotka ovat viime aikoina lisääntyneet. Liikkuminen on vaikeutunut kipujen takia ja on hankalaa. Hän pääsee siirtymään pyörätuoliin ja siitä pois sekä kävelemään lyhyitä matkoja sisätiloissa rollaattorin avulla. Eturauhassyöpä on aiheuttanut vaikeuksia ulostamiseen ja virtsaamiseen. Tämän vuoksi hänelle on asennettu cystofix kuukausi sitten, cystofixin juuri on alkanut erittämään vihertävää eritettä. Ummetuksen hoitoon käytetään laksatiiveja. Lisäksi Erkin sydämen vajaatoiminta pahenee aina ajoittain aiheuttaen alaraajaturvotuksia, lievää hengenahdistusta ja yskää sekä väsymystä. Sydämen vajaatoiminnan takia hän on joutunut viimeisen 3 kuukauden aikana kaksi kertaa sairaalaan. Henkisesti Erkki on virkeä, huumorintajuinen ja sosiaalinen vaikkakin huono kuulo häittää muiden asukkaiden kanssa keskustelua. Hän on kiinnostunut ajankohtaisista asioista. Ajoittain hän turhautuu omaan tilanteeseensa ja muiden autettavana olemiseen. Tällöin hän vaikuttaa hieman masentuneelta ja ärtyiseltä. Erkillä on vaimo ja kolme lasta, jotka asuvat lähellä.

Pohdi mitkä ovat Erkin ongelmat ja laadi hänelle hoitotyön suunnitelma hoitotyön päätöksenteko prosessia ja luokituksia käyttäen. Kenet kutsuisit hoitosuunnitelman tekoon?