

Johanna Räsänen

Kirjaava kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristön kehittäminen Jorvin Lastentautien poliklinikalle

Metropolia Ammattikorkeakoulu

YAMK- tutkinto

Kliininen asiantuntija, S1215S6

Opinnäytetyö

18.11.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Johanna Räsänen Kirjava kirjaaminen - hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristön kehittäminen Jorvin Lastentautien poliklinikalle 59 sivua + 2 liitettä 18.11.2016
Tutkinto	Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Koulutusohjelma	Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntija
Ohjaaja(t)	FT, THM, SH, Lehtori Marjatta Kelo Apulaisosastonhoitaja Riikka Honkasalo
<p>Hoitotyön kirjaaminen on muuttanut muotoaan viime vuosina. Manuaalinen kirjaaminen vaihtui Jorvin sairaalan lastentautien poliklinikalla sähköiseen, rakenteiseen kirjaamiseen vuonna 2012. Tämä toi haasteita hoitotyön kirjaamiseen sekä tietoteknisten osaamisvaatimusten että kirjaamisen sisällön uudelleenjäsentämisen muodossa. Käytäntö on osoittanut, että sairaanhoitajat hyödyntävät kirjaamisen rakenteisuutta eri tavoin ja arkipäivän kirjaaminen poliklinikalla on sisällöllisesti kirjavaa.</p> <p>Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää työryhmätyöskentelyn avulla Jorvin lastentautien poliklinikalle hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristö. Tavoitteena oli hoitotyön kirjaamisen yhtenäistyminen sekä hoitotyön prosessimallin mukaisten ydintietojen kirjaamisen toteutuminen Jorvin lastentautien poliklinikalla hoidettujen potilaiden kohdalla. Näin kirjaaminen turvaa potilaan hoidon jatkuvuutta. Hoitotyön kirjaamisen käytettävyyttä osastolla paranee ja kirjaamista voidaan hyödyntää Kansallisen Terveysarkiston kautta. Samalla vastaan hoitotyön kirjaamista ohjaavien lakien vaatimuksiin ja sairaanhoitajan oikeusturva paranee.</p> <p>Kirjaamista suorittavilta sairaanhoitajilta kerättiin Swot-analyysin avulla näkemyksiä kirjaamisesta. Sadan Jorvin lastentautien poliklinikalla hoidetun potilaan hoitokertomukset analysoitiin, jotta saatiin selville hoitotyön ydintietojen kirjaamistiheys ennen interventiota. Työryhmä kehitti teorian ja Swot-analyysistä saatujen vastausten perusteella hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristön. Minimikriteeristö otettiin käyttöön toukokuussa 2016. Kolmen kuukauden käytön jälkeen analysoitiin sadan poliklinikalla hoidetun potilaan hoitokertomukset, jotta voitiin arvioida minimikriteerien kehittämisen vaikutusta kirjaamisen laatuun.</p> <p>Minimikriteeristön käyttöönoton jälkeen hoitotyön ydintiedoista hoidon tavoitteen sekä hoidon suunnittelun kirjaaminen lisääntyi noin viidenneksellä. Muita hoitotyön ydintietoja eli hoidon tarvetta, toteutusta, tulosta sekä hoitoisuutta kirjataan potilaista tällä hetkellä noin yhdeksänkymmenprosenttisesti kuten jo ennen minimikriteereiden käyttöönottoa.</p>	
Avainsanat	hoitotyö, kirjaaminen, polikliininen, poliklinikka

Author(s) Title Number of Pages Date	Johanna Räsänen Colourful documentation – developing minimum criteria guidance for nursing documentation for children’s outpatient clinic in Jorvi hospital 59 pages + 2 appendices 18.11.2016
Degree	Master of Health Care and Social Sciences
Degree Programme	Master’s Degree Programme in Clinical Expertise
Specialisation option	Clinical Expertise
Instructor(s)	Marjatta Kelo, Principal Lecturer Riikka Honkasalo, Junior Charge Nurse
<p>The method of nursing documentation has changed during recent years. The electric and structured method of documentation was adopted year 2012 in Jorvi hospital. Change brought challenges to nursing documentation considering IT-skills and content of the documentation. Practise has shown, that health care workers use the structured documentation in very different ways and nursing documentation is inconsistent.</p> <p>The purpose of this thesis was to develop a minimum criteria guidance for nursing documentation to be used at Children’s outpatient Clinic at Jorvi hospital. Minimum criteria guidance was developed by ward’s nurses using workshop as a method. The aim was to unify nursing documentation and ensure that all the core data considering the patient’s care will be documented. Quality documentation is an important way to secure the continuity of the patient’s care. The usability of the nursing documentation will increase and the nursing documentation is beneficial when using the national health archive (Kanta). Health care worker’s legal protection increases and the laws guiding nursing documentation are met.</p> <p>Swot-analysis was used to gather nurse’s opinions about nursing documentation. One hundred children’s medical records were analyzed to screen the density of nursing core data documented before the intervention. A team of nurses worked together to develop a minimum criteria guidance for nursing documentation based on theoretical concepts and nurses opinions.</p> <p>The minimum criteria guidance for nursing documentation was brought into use in May 2016. After three months of use, one hundred patient’s medical records were analyzed to screen the density of nursing core data documented after the intervention. Thus the impact of the intervention can be demonstrated.</p> <p>After the introduction of the minimum criteria guidance for nursing documentation, the documentation of planning and goals in patient’s care increased about twenty percent. The need for care, achievement of care, the results and care intensity are documented in about ninety percent of the medical records, as they were before the intervention.</p>	
Keywords	nursing, documentation, outpatient

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kehittämistyön teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Kirjaaminen hoitotyössä	3
2.2	Hoitotyön prosessimallin mukaiset ydintiedot	4
2.3	Sähköinen kirjaaminen valtakunnallisesti ja HUS:ssa	6
2.4	Polikliininen hoitotyö ja sen kirjaaminen	10
2.5	Sähköinen ja rakenteinen kirjaaminen sairaanhoitajien kokemana	13
3	Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät	16
4	Kehittämistyön menetelmät ja toteuttaminen	17
4.1	Toimintaympäristö ja kohderyhmä	17
4.1.1	Swot-analyysin toteuttaminen	20
4.1.2	Swot-analyysin vastausten analysointi	21
4.2	Kirjaamisen nykytilanteen analyysi	25
4.3	Työryhmätyöskentely	26
4.4	Kirjaamisen analyysi minimikriteeristön käyttöönoton jälkeen	29
5	Tulokset	30
5.1	Sairaanhoitajien näkemykset kirjaamisesta	30
5.2	Ensimmäisen hoitokertomusanalyysin tulokset	34
5.3	Hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit Jorvin lastentautien poliklinikalle	35
5.4	Toisen hoitokertomusanalyysin tulokset	37
6	Pohdintaa	39
6.1	Tulosten tarkastelua	39
6.2	Kehittämistyöhön liittyvät eettiset kysymykset	43
6.3	Kehittämistyön luotettavuus	46
6.3.1	Määrällisen tutkimuksen luotettavuus	46
6.3.2	Laadullisen tutkimuksen luotettavuus	49
6.3.3	Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuus	51
6.4	Jatkotutkimushaasteet	53
	Lähteet	55

Liitteet

Liite 1. Mukaanotetut tutkimukset

Liite 2. Työryhmätyöskentelyn aikataulu

Liite 3. Kirjaamisen minimikriteeristö. Vain kehittämistyön kohteen käyttöön

1 Johdanto

Hoitotyön kirjaaminen on muuttanut muotoaan viime vuosina. Manuaalinen kirjaaminen on vaihtunut sähköiseen, rakenteiseen kirjaamiseen. Näin mahdollistetaan valtakunnallinen potilasasiakirjojen arkistointipalvelu Kansallinen Terveysarkisto (Kanta), jonne julkiset organisaatiot asiakastietolain velvoittamana tallentavat potilastiedot. Potilastietojen sähköisen arkistoinnin avulla terveydenhuollon asiakas voi lukea potilastietonsa sähköisesti. Myös potilasturvallisuus paranee, koska potilaan tiedot ovat luettavissa hänen suostumuksellaan kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa. (Lehtovirta - Vuokko 2013: 13; Kansallinen Terveysarkisto n.d.)

Jorvin sairaalan lastentautien poliklinikalla otettiin sähköinen kirjaaminen käyttöön vuonna 2012. Tämä toi haasteita hoitotyön kirjaamiseen sekä tietoteknisten vaatimusten että kirjaamisen sisällön uudelleenjäsentämisen muodossa. Henkilökunta osallistui sähköisen kirjaamisen koulutuksiin, joissa paneuduttiin tietoteknisten taitojen kehittämiseen. Kirjaamisen sisällön analysoinnin tai otsikoiden mukaisen jäsentämisen kysymyksiin ei koulutuksissa vastattu. Hoitajat kokivat yleisesti, että hoitotyön kirjaamisessa käyttöön otetut otsikot palvelevat enemmän vuodeosastolla hoidettavan potilaan kuin poliklinisesti hoidettavan potilaan hoitotyön kirjaamista. Hoitotyön kirjaamistapaa uudistettaessa hoitohenkilökunnan näkemysten huomiointi ja riittävä koulutus varmistavat kirjaamisen olevan potilas- ja hoitotyölähtöistä (JBI 2014; Saranto ym. 2014: 642).

Käytäntö on osoittanut, että sairaanhoitajat hyödyntävät kirjaamisen rakenteisuutta eri tavoin ja arkipäivän kirjaaminen poliklinikalla on sisällöllisesti kirjavaa. Myös tutkimuksissa on todettu polikliinisen kirjaamisen olevan riittämätöntä ja tasoltaan varsin vaihtelevaa (Ylöstalo-Laine 2006: 32). Hoitotyön prosessin mukainen keskeisten tietojen kirjaaminen on poliklinikkapotilaan kohdalla haastavaa ja vaihtelevaa koska potilaskontaktit ovat usein lyhyitä ja hoitotyö sisältää paljon neuvontaa sekä ohjausta. (Tiusanen 2007: 47.) Kuitenkin hoitotyön kirjaamisen tulisi olla yhtenäistä, jotta valtakunnallisessa Potilastiedon arkistossa olevia tietoja voidaan terveydenhuollossa hyödyntää. Kirjaamisen yhtenäisyys lisää kirjaamisen käytettävyyttä, laadukkuutta ja vaikuttavuutta (Lehtovirta - Vuokko 2013: 13).

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää työryhmätyöskentelyn avulla Jorvin lastentautien poliklinikalle hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristö. Minimikriteeristön tuottamisen lähtökohtana on yhdessä tekeminen, jokaisen hoitajan mielipide on tärkeä ja huomioidaan kehittämistyön edetessä. Tavoitteena on hoitotyön kirjaamisen yhtenäistyminen sekä hoitotyön prosessimallin mukaisten ydintietojen kirjaamisen toteutuminen Jorvin lastentautien poliklinikalla hoidettujen potilaiden kohdalla. Näin kirjaaminen turvaa potilaan hoidon jatkuvuutta. Hoitotyön kirjaamisen käytettävyys osastolla paranee ja kirjaamista voidaan hyödyntää Kansallisen Terveysarkiston kautta. Samalla vastataan hoitotyön kirjaamista ohjaavien lakien vaatimuksiin ja sairaanhoitajan oikeusturva paranee.

2 Kehittämistyön teoreettiset lähtökohdat

Tässä luvussa esitellään kehittämistyön teoriatausta. Ensin kuvataan hoitotyön kirjaamisen käsitettä sekä sitä määrittävää lainsäädäntöä. Kirjaamisen sisältö koostuu hoitotyön prosessimallin mukaisista ydintiedoista, jotka esitellään seuraavana. Sitten kuvataan sähköisen ja rakenteisen kirjaamisen määritelmää maassamme yleisesti ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (myöhemmin HUS). Polikliinisen hoitotyön ja lapsen hoitotyön erityispiirteitä määritellään seuraavaksi. Polikliinisen hoitotyön kirjaamista ja sekä vielä sairaanhoitajien kokemuksia sähköisestä kirjaamisesta esitellään kappaleen lopussa. Tutkimuksia aiheesta etsittiin tietokannoista Cochrane, Ovid, Cinahl, Medic ja Medline. Hakusanoina käytettiin ”hoitotyö”, ”kirjaaminen”, ”polikliininen”, ”poliklinikka”, ”nursing”, ”documentation”, ”outpatient” sekä niiden erilaisia yhdistelmiä ja lyhenteitä. Käytettyjä tutkimuksia kuvataan tarkemmin liitteessä 2. Lisäksi teoreettista tietoperustaa tähän kehittämistyöhön rakennettiin lainsäädännön, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistusten avulla.

2.1 Kirjaaminen hoitotyössä

Hoitotyön auttamiskeinot muodostavat prosessin, jossa tehdään yksilöllisiä, asiakaslähtöisiä, terveyden edistämiseen tähtäviä ja hyvää tuottavia päätöksiä asiakkaan parhaaksi. Hoitotyöntekijän päätöksenteko pohjautuu kriittiselle ajattelulle edeten prosessimaisesti. Tämä hoidollinen päätöksenteko ja sen näkyväksi tekeminen tapahtuu hoitotyön dokumentoinnin eli kirjaamisen avulla. Hoitotyön kirjaamisen tarkoituksena on kuvata hoitotyön vaikuttavuutta sekä varmistaa potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus. Hoitotyön kirjaaminen on myös hoitotyöntekijän oikeusturva, sillä kirjaamisen avulla voidaan todentaa jälkikäteenkin tietty hoitoprosessin tapahtuma. (Hallila 2005: 13, 23-24; Saranto ym. 2014: 629.) Tavoitteena hoitotyön kirjaamisessa on saada esille hoidon sisältö sekä potilaan oma näkemys ja kokemus tilanteesta mahdollisimman monipuolisesti. Kirjaaminen tapahtuu potilaan vierellä ja yhteistyössä potilaan kanssa aina, kun se on mahdollista. Suomeen tämä hoitotyön prosessimalli on tullut vuonna 1978 hoitotyön tutkimus- ja kehittämisohjelman myötä. (Junttila ym. 2011: 5-6; Kärkkäinen 2007: 89.)

Potilastietojärjestelmien perustarkoitus on tuottaa ja ylläpitää tietoa potilaan terveydentilasta ja hoidosta. Jokaiselle potilaalle kirjataan terveydenhuollon ammattihenkilöiden toi-

mesta henkilökohtainen ja jatkuva potilaskertomus, joka koostuu hänen terveydentilaansa ja hoitoonsa liittyvistä tiedoista. Potilaskertomus sisältää lääketieteelliset terveystiedot sisältävän sairauskertomuksen ja hoitotyön kirjaamisesta koostuvan hoitokertomuksen. (Junttila ym. 2011: 3; Lehtovirta - Vuokko 2014: 29; Nykänen – Junttila 2012: 10.) Hoitokertomukseen kirjataan koko kyseistä hoitajaksoa koskeva hoitotyön suunnitelma. Suunnitelmassa kuvataan suunnitellut hoitoprosessin tapahtumat. Päivittäinen hoitotyön päätöksenteon vaiheiden kirjaaminen osaltaan ohjaa ja seuraa hoitotyön suunnitelman toteutumista. (Junttila ym. 2011: 9; Nykänen – Junttila 2012:15).

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat monet lait ja asetukset. Laki sosiaali - ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä säättää, että sähköiset asiakastiedot kerätään ja säilytetään potilaan suostumuksella tietoturvallisesti edistäen samalla potilaan tiedonsaantia sekä potilasturvallisuutta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista tarkentaa sähköisen kirjaamisen käytäntöä. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävän laajat tiedot potilaan hoidon järjestämiseksi, suunnittelemiseksi, toteuttamiseksi sekä seurannaksi. Käytettävien ilmaisujen tulee olla yleisesti ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä. Käyttöoikeudet myönnetään käyttäjille tarvittavassa laajuudessa ja käyttäjien lokitiedot tallennetaan. Potilaan suostumuksella potilastiedot ovat kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden käytettävissä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Laissa määrätään potilaan oikeudesta saada tietoa ymmärrettävästi omasta terveydentilastaan ja oikeudesta lukea omat potilasasiakirjansa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999). Terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskevan lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja palvelun laatua helpottamalla terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä sekä velvoittamalla ammattihenkilöitä kehittämään ammattitoimintaansa täydennyskoulutuksen avulla (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

2.2 Hoitotyön prosessimallin mukaiset ydintiedot

Hoitokertomukseen kirjataan kansallisesti sovitut hoitotyön ydintiedot eli hoitotyön prosessia kuvaavat hoitotyön päätöksenteon vaiheet joita ovat hoidon tarve ja tavoite, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteenveto (Iivanainen - Syväoja

2008: 651; Liljamo – Kinnunen - Ensio 2012: 14; Nykänen - Juntila 2012: 15; Tantt – Rusi 2007:114).

Hoitotyön tarpeen määrittäminen tarkoittaa potilaan tai asiakkaan terveyden tai elämäntilanteeseen liittyvien, hoidon kannalta merkityksellisten ongelmien ja haasteiden määrittelyä. Nämä ilmenevät potilaan kertomana, hoitohenkilökunnan havainnoimana tai mittauksien myötä. Ongelma tai haaste voi ilmentyä tällä hetkellä tai olla ennakoitavissa tulevaisuudessa. Hoitaja tekee hoidon tarpeen määrittämisen yhdessä potilaan kanssa ja kirjaa hoidon tarpeet hoitokertomukseen. Hoidon tarpeen määrittelyyn käytettävät esitiedot kerätään potilaan näkökulmasta, mutta hoitotyön tekijällä on vastuu asianmukaisten tietojen hankinnasta. Hoidon tarpeen määrittelyyn tähtäävien tietojen keräämisen olisi tarkoituksenmukaista olla kumulatiivista, jolloin seuraava hoitopaikka voi hyödyntää jo kerättyä tietoa. (Ensio 2007: 62; Ensio - Saranto 2004: 39-41; Hallila 2005:61; Juntila ym. 2011: 9-10; Liljamo ym. 2012:14.)

Hoitotyön toiminto sisältää potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen. Hoitotyön toiminnot ovat keinoja, joilla hoitaja pyrkii vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen. Nämä keinot toteutuvat jokapäiväisessä, välittömässä kontaktissa hoitajan ja potilaan välillä. Potilaan ja omaisen näkemys huomioidaan myös hoitotyön toimintoja suunniteltaessa. Hoidon suunnitteluvaiheessa määritellään hoidon tavoitteet ja odotetut tulokset. Hoitojaksolle voi olla yhden päätavoitteen lisäksi useita osatavoitteita. Hoidon toteuttamiseksi valitaan hoitotyön auttamiskeinot. Hoitotyön toimintojen auttamiskeinoin sisältyy keskeisesti potilaan tarkkailu ja seuranta, avustaminen, ohjaaminen ja tukeminen. Näistä toiminnoista saatu tieto auttaa paitsi suoraan potilaan hoidon tarpeeseen vastaamisessa myös potilaan päivittäisen hoidon jatkosuunnittelussa. Hoidon tulos kuvaa potilaan tilassa tapahtunutta muutosta, jota verrataan hoidolle asetettuihin tavoitteisiin. (Ensio 2007: 62; Ensio - Saranto 2004: 43; Juntila ym. 2011: 11-15; Liljamo ym. 2012: 14-15.)

Potilaan hoitoisuuden arviointi on osa hoitoprosessia. Hoitoisuuden arvo ilmaisee potilaan vaatiman hoitotyön panoksen hoitajan arvioimana. Hoitoisuuden arviointi tehdään kerran vuorokaudessa ja siinä hyödynnetään päivittäistä hoitotyön kirjaamista. Suomessa on yleisimmin käytössä Suomen kuntaliiton omistama hoitoisuusluokitusjärjestelmä RAFAELA. Hoitoisuusmittareita on kehitetty erilaisiin toimintaympäristöihin ja polikliiniseen työskentelyyn sopii parhaiten POLIHOLQ-mittari. Potilaan hoitoisuus arvioidaan taulukkomuodossa hoitoisuusmittarilla. Hoitaja arvioi kunkin potilaan hoitoisuuden

kuuden eri osa-alueen kohdalla. Näitä osa-alueita ovat hoitotyön suunnittelu ja koordinaointi, terveydentila, lääkehoito ja ravitsemus, hygienia ja eritystoiminta, liikkuminen ja toiminnallisuus sekä lepo, jatkohoito ja emotionaalinen tuki. Jokainen kohta arvioidaan potilaan hoidon vaatavuustason mukaan neliportaisella asteikolla ja yhteispisteet ilmentävät potilaan kokonaisuhoitoisuuden. Kokonaisuhoitoisuusluokat ovat vähimmäishoidon tarve, keskimääräinen hoidon tarve, keskimääräistä suurempi hoidon tarve, vaativan hoidon tarve sekä maksimaalisen hoidon tarve. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän tuottama tieto potilaiden hoitoisuudesta auttaa hoitotyön resurssien kohdentamisessa, hoitotyön sisällön määrittelyssä ja hoitotyön tuottavuuden sekä kustannusten selvittämisessä. (FCG.RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmä n.d; Junttila ym. 2011: 17; Liljamo ym. 2012: 19.)

Hoitotyön yhteenveto tehdään, kun potilaan hoito siirtyy toiseen hoitoyksikköön. Potilas saa hoitotyön yhteenvetoon myös itselleen kotihoidon tueksi hoitajakson päättyessä. Hoitotyön yhteenveto koostetaan potilaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön tiedoista ja näin osaltaan varmistetaan potilaan hoidon jatkuvuus ja omahoidon onnistuminen. Hoitotyön yhteenveto tehdään erikoisalalehdelle ja se on tärkeä osa palvelutapah-tuman yhteenvetoa yhdessä lääketieteellisen epikriisin kanssa. (Ensio - Saranto 2004:43; Junttila ym. 2011: 18; Liljamo ym. 2012: 18.)

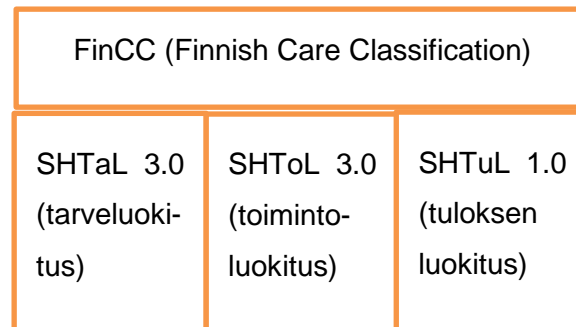
2.3 Sähköinen kirjaaminen valtakunnallisesti ja HUS:ssa

Seuraavassa esitellään Suomessa valtakunnalliseen käyttöön suositeltua FinCC-luokittelujärjestelmää, jonka jälkeen käsitellään hoitotyön kirjaamisen HUS-mallia. HUS-mallin esittely on yksityiskohtaisempaa, koska se toimii merkittävänä viitekehyksenä tässä kehittämistyössä.

Potilaskertomuksen sisältävä hoitokertomus on lähes joka terveydenhuollon organisaatiossa sähköisessä muodossa. Asiakirjojen sähköinen tallennus mahdollistaa potilastiedon sähköisen arkiston eli kansallinen terveystietojärjestelmän ylläpidon ja käyttämisen. (Kanta; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.) Hoitokertomukseen kirjataan kansallisesti sovitut potilaan ydintiedot eli hoitotyön prosessia kuvaavat hoitotyön päätöksenteon vaiheet joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus sekä hoitotyön yhteenveto. (Ensio - Saranto 2004: 36-43; Iivanainen - Syväoja 2008: 651; Liljamo ym. 2012: 14; Nykänen - Junttila 2012: 15). Rakenteinen tieto tarkoittaa tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan etukäteen sovitun rakenteen eli otsikoiden alle. Tällöin rakenteista tietoa voidaan

koota valtakunnalliselle koodistopalvelimelle ja siirtää tietojärjestelmästä toiseen. Näin eri terveydenhuollon yksiköt voivat helposti löytää haluamansa tiedot potilaasta hoitosuhteen voimassaollessa, jos potilas on antanut suostumuksensa tietojen luovutukseen. (Hyppönen – Vuokko – Doupi - Mäkelä-Bengs toim. 2014: 22; Häyrinen - Ensio 2007: 97.)

Suomessa hoitotyön kirjaamisen jäsentämiseen käytetään yleisesti FinCC-luokituskokonaisuutta (Finnish Care Classification). Se on muokattu yhdysvaltalaisesta hoitotyön kirjaamiseen kehitetystä luokituksesta CCC (Clinical Care Classification) ja ollut Suomessa käytössä eri versioina vuodesta 2007 lähtien. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke on esittänyt, että hoitotyön luokituskokonaisuus FinCC otetaan kansalliseen käyttöön. WHO:n hoitotyön kirjaamissuosituksen mukaisesti FinCC-luokituskokonaisuus koostuu hierarkkisesta ydintietojen luokituksesta, jotka ovat tarve-, toiminto- ja tulosluokitus. Hoidon tavoite kirjataan hoidon tarveluokituksen (SHTaL) komponenttien pää- ja alaluokkiin. Hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa kirjataan tiedot hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) pää- ja alaluokkiin. Näitä luokituksia ovat Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL 3.0), Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL 3.0) ja hoidon tuloksen tilan luokitus (SHTuL 1.0). (Kinnunen ym. 2014: 196; Liljamo ym. 2012:9-10; Nykänen – Viitanen – Kuusisto 2010:3.) Kuviossa 1 havainnollistetaan luokituskokonaisuuden rakentuminen.



Kuvio 1. FinCC eli Finnish Care Classification (Liljamo, Kinnunen, Ensio 2012: 10)

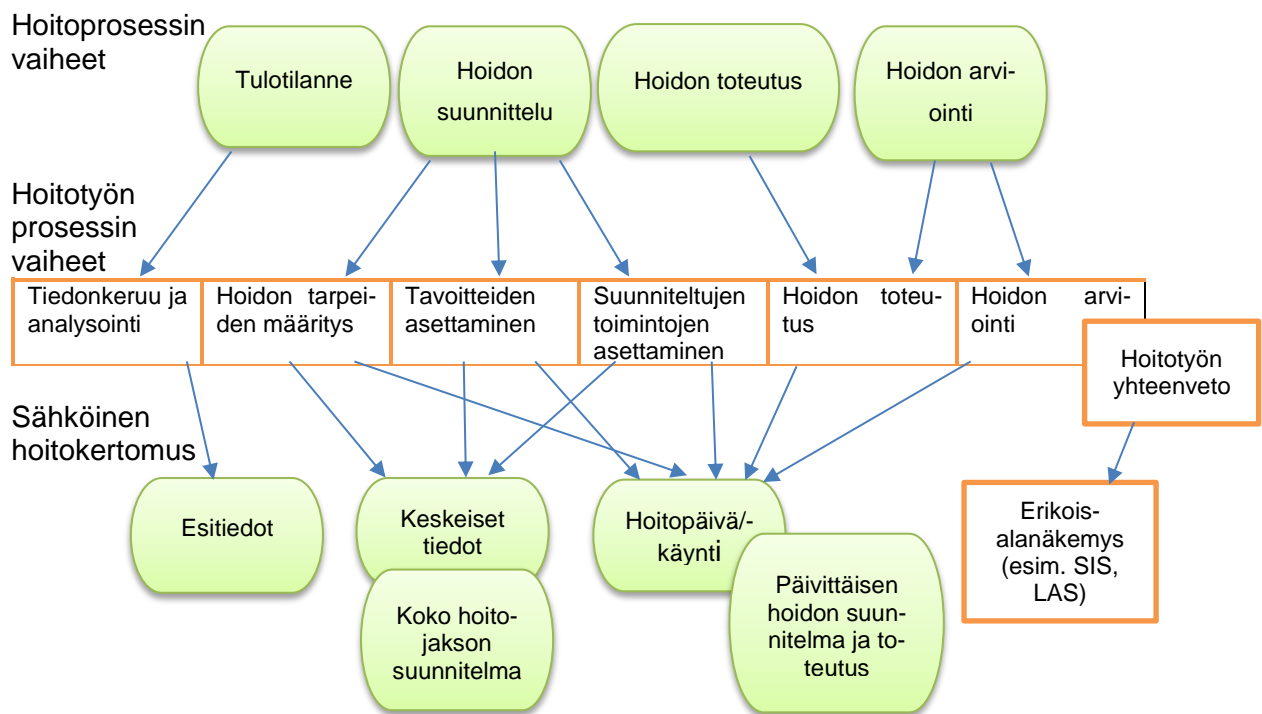
SHTaL ja SHToL koostuvat kumpikin 17 komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta. Komponenttitaso on abstraktein taso joka sisältää konkreettisempia vapaalla tekstillä täydennettäviä pää- ja alaluokkia. Pää- ja alaluokkia on yhteensä 545. Komponentteja ovat muun muassa ”aktiiviteetti”, ”nestetasapaino” ja ”turvallisuus”. Esimerkiksi aktiiviteetti-komponentti sisältää fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät.

Aktiviteetti-komponentti on jaoteltu pää- ja alaluokkiin. Pääluokka on esimerkiksi ”aktiiviteetin muutos”, jonka alaluokkia ovat muun muassa ”yliaktiivisuus”, ”ajanvietteen vähäisyys”, ”väsymys”, ”rasituksen huono sietokyky” ja ”lihaskunnan heikkous”. Alaluokkia on mahdollisuus täydentää vapaalla tekstillä. SHTuL:n avulla arvioidaan hoidon tulosta kolmella vaihtoehdolla eli ”parantunut /(PA)”, ”ennallaan /(EN)” tai ”huonontunut /(HUO)”. (Kansallinen koodistopalvelu n.d; Liljamo ym. 2012:10; Nykänen ym. 2010:3.) FinCC-luokituskokonaisuuden jatkokehittäminen ja ylläpito siirtyivät vuonna 2008 Itä-Suomen yliopistolle (Liljamo ym. 2012:9). Alla olevassa taulukossa on esimerkki FinCC-luokituskokonaisuuden käytöstä.

Taulukko 1. Esimerkki FinCC-luokituskokonaisuuden käytöstä, hoidon tarpeen kirjaaminen (Liljamo, Kinnunen, Ensio 2012: 24)

Komponentti	Pää- tai alaluokka	Vapaa teksti
Aineenvaihdunta	Verensokerin muutos	Verensokeri epätasapainossa
Lääkehoito	Lääkehoitoon liittyvän tiedon tarve	Lyhyt- ja pitkävaikutteisen insuliinin käytössä epäselvyyttä

Suomessa hoitotyön kirjaamista tehdään vielä ainakin kolmella eri tavalla: kansallisen rakenteisen kirjaamismallin mukaan, manuaalisesti paperille tai yliopistosairaaloiden kehittämien mallien mukaan. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön koordinaatioryhmä päätti vuonna 2009, että tuolloin käynnissä olleiden tietoteknisten uudistusten ensimmäisessä vaiheessa hoitotyön kirjaaminen noudattaa HUS:ssa kehitettyä moniammatillista otsikkolistaa. Otsikkolistaa on täydennetty hoitotyön otsikoilla. Myöhemmin tullaan arvioimaan FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöönoton tarve. Käyttöönoton arviointiin tulevat vaikuttamaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen asettaman Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän työskentelyn tulokset. Tuolloin todettiin, ettei HUS:n otsikkolista poissulje mahdollisuutta ottaa käyttöön FinCC-luokituskokonaisuutta kirjaamisen rakenteisena kielenä. HUS:n otsikkolista eli niin sanottu HUS-malli tuottaa kuitenkin Kansalliseen terveysarkistoon tallennettavan hoitotyön yhteenvedon tiedot. (Junttila ym. 2011: 2-3.) Seuraavassa kuviossa on kuvattu HUS-mallin mukaiset hoitotyön prosessin ja moniammatillisen hoitoprosessin vaiheet sähköisessä hoitokertomuksessa.



Kuvio 2. Hoitoprosessin vaiheet sähköisessä hoitokertomuksessa (Junttila ym. 2011)

Hoitotyön kirjaamisen HUS-mallin mukaan potilaalle avataan hoitokertomus, kun tiedossa on potilaan saapuminen hoitopaikkaan. Usein potilaasta on tullut toisesta terveydenhuollon yksiköstä lähete, josta saadaan tarvittavia tietoja hoidon suunnittelun aloittamiseksi. Hoitokertomus nimetään potilaan terveysongelmaa kuvaavasti. Hoitokertomukseen kirjataan tulosyy ja potilaan oireet jo lähetteestä saatavien tietojen perusteella. Tästä ilmenevät potilaan tulosyy sairaalaan ja hänen kliiniset oireensa tulohetkellä. Näitä tietoja voidaan myöhemmin täydentää tarvittaessa. Potilaan saapuessa hoitopaikkaan häntä haastatellaan esitietojen saamiseksi. Nämä esitiedot yhdessä hoitotyöntekijän tekemien havaintojen kanssa tuottavat kyseiselle hoitajaksole potilaan hoitotyön tarpeet. Potilaalta kerätään ja analysoidaan potilaan hoitotyön kannalta olennaisia fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen sekä henkiseen terveydentilaan liittyviä tietoja. Näin kartoitetaan potilaan kokonaistilanne ja jäljellä olevat voimavarat. (Ensio 2007: 62; Hallila 2005:61; Junttila ym. 2011: 4-5.)

Potilaan hoidon suunnittelu alkaa esitietojen kartoituksen jälkeen. Esitiedot auttavat määrittämään ne ongelmat ja terveydesteet, joihin hoitajakson aikana hoitotyöllä voidaan vaikuttaa. Tavoitteena on hoidon suunnittelu yhdessä potilaan sekä hänen läheistensä

kanssa. Hoitajaksolla pyrkimyksenä olevat konkreettiset tavoitteet laaditaan terveystieteiden poistamiseksi, vähentämiseksi tai estämiseksi. Nämä laajat koko hoitajaksoa koskevat, niin sanotut kokonaistarpeet ja -tavoitteet kirjataan keskeiset tiedot-näkymälle. Koko hoitajaksoa koskevaa hoidon suunnitelmaa päivitetään potilaan voinnin muutosten perusteella. (Hallila 2005:61; Junttila ym. 2011; 9.)

Koko hoitajaksoa koskevat, laajat tavoitteet jaetaan pienempiin tavoitteisiin. Joka hoitopäivälle tai hoitokäynnille laaditaan tavoite tai tavoitteet, joiden toteutuminen edistää hoitajakson päätavoitteen toteutumista. Hoitotyöntekijä kirjaa nämä päivittäisen hoidon tavoitteet potilaan hoitokertomukseen. Päivittäinen hoitotyön suunnitelma HUS-mallissa koostuu hoitotyöntekijän, vastuulääkärin, moniammatillisen tiimin sekä potilaan ja hänen läheisensä tilanteen arviosta. Päivittäisten tavoitteiden kirjaamisen lisäksi suunnitellaan ja kirjataan potilaan hoitokertomukseen ne hoitotyön toiminnot, joilla tavoitteiden saavuttamiseen pyritään. Potilaan hoidon toteutus eli hoidossa käytetyt hoitotyön auttamiskeinot kirjataan päivittäin potilaan hoitokertomukseen. Auttamiskeinoja sekä niiden yksilöllistä käyttötapaa kunkin potilaan kohdalla kuvaillaan. Auttamiskeinojen myötä mahdolliset suunnitelman muutokset kirjataan hoitokertomukseen. Hoidon vaikutus potilaan vointiin on potilaan terveydentilaan ratkaisevasti vaikuttava tekijä. Hoidon vaikutuksen kattava kirjaaminen turvaa potilaan hoidon jatkuvuutta ja terveyden edistämistä. (Junttila ym. 2011: 11 - 13.)

Potilaan jatkohoitoa suunnitellaan hoitajakson aikana. Jatkohoidon suunnittelu alkaa jo silloin, kun potilas tulee hoitoon. Hoidon edistyessä huomioidaan jatkohoitopaikasta riippuvat hoitomahdollisuudet ja voidaan esimerkiksi tehdä hoitotoimenpide, jota jatkohoitopaikassa ei voida tehdä. Näin potilaan hoitopolusta muodostuu kokonaisuus ja huomioiduksi tulee potilaan etu esimerkiksi välttämällä turhia siirtoja hoitopaikkojen välillä. Jatkohoidon suunnitelma tehdään liittyen hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen. Jatkohoidon suunnitelma sisältää jatkohoidon järjestämiseen tarvittavat tiedot. Jatkohoidon kirjaamiseksi on valittavissa otsikko ”Jatkohoidon järjestäminen” ja siihen HUS-mallin mukaisesti kirjataan tarvittaessa jatkohoidon syy, jatkohoitopaikka, terveydenhuollon ammattihenkilö, palveluryhmän palvelumuoto sekä yksittäinen palvelu, joita voi olla yksi tai useampia. (Junttila ym. 2011: 15-16.)

2.4 Polikliininen hoitotyö ja sen kirjaaminen

Polikliininen hoito tarkoittaa potilaan saamaa hoitoa, joka tapahtuu päiväaikaan ilman yöpymistä sairaalassa tai muussa hoitopaikassa eikä siihen liity ympärivuorokautista tai yhtäjaksoista hoitovastuuta. Polikliininen hoito sisältää eri lääketieteen erikoisalojen mukaan jaettujen sairauksien hoitamista ja se luokitellaan avohoidoksi. Avohoidossa korostuu yksilön oma näkemys hoitopaikan ja hoitomuodon valinnassa. Polikliininen hoito on merkittävässä osassa muun muassa pitkäaikaissairaiden ja toimenpidettä odottavien potilaiden hoitopolulla, koska tuen ja ohjauksen laatu ohjaa potilaan selviytymistä kotona omahoidon turvin. Polikliininen toiminta luokitellaan hoitotyön kirjaamisen näkökulmasta suunnitelluksi toiminnaksi, koska polikliiniseen toimintaan ei yleensä sisälly yllättäviä, tarkkailua vaativia tai hoidollisesti vaikeita tilanteita. (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989; Suoriteriymä 2015: 45; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 1343/2004; Ylöstalo-Laine 2006: 6.)

Polikliinisellä käynnillä potilas tapaa hoitotyön edustajan (seur. sairaanhoitaja) usein ennen tai jälkeen lääkärin vastaanoton, joskus sekä ennen että jälkeen lääkärin tapaamisen. Sairaanhoitaja kartoittaa keskustelemalla potilaan kanssa hänen vointinsa, kokonaistilanteensa sekä tämänhetkiset terveystarpeensa. (Ylöstalo-Laine 2006: 7.) Tällöin voidaan tehdä myös potilaan terveydentilaa selvittäviä mittauksia. Näitä voivat olla esimerkiksi verenpaineen mittaaminen, sydänfilmin otto tai keuhkojen toimintaa kartoittavat mittaukset. Sopivia hoitotyön auttamiskeinoja voidaan tässä vaiheessa ottaa käyttöön ja ohjata potilasta omahoidossaan. Hoitaja keskustele lääkärin kanssa potilaan tilanteesta ja tämä hoitotiimi voi tehdä potilaalle alustavaa hoitosuunnitelmaa jo käynnin tässä vaiheessa. Potilaan tavattua lääkärin hoitaja käy läpi mahdolliset hoitomuutokset yhdessä potilaan kanssa. Muutokset voivat koskea esimerkiksi potilaan lääkitystä tai jatkohoitopaikkaa.

Eräiden terveysongelmien seurannassa on käytössä lääkärivastaanottojen lisäksi hoitajavastaanotot, jolloin potilaan terveydentilaa seurataan lääkärikäyntien välillä sairaanhoitajan toimesta. Sairaanhoitajakäynneistä hyötyvä potilasryhmä on esimerkiksi diabetesta sairastavat henkilöt. Hoitajavastaanotot ovat joko toimenpide-, hoito- tai tutkimuspainotteisia, tai neuvonta- ja ohjauspainotteisia vastaanottoja. Sairaanhoitajan vastaanoton tärkeät elementit ovat ohjaus, opettaminen ja potilaan motivointi. Ohjausta antavan sairaanhoitajan tiedolliset kyvyt sekä kyky tulkita potilaan oppimiskapasiteettia muodostavat optimaalisen ohjaustilanteen. Potilaan saama ohjaus ja opetus ovat merkittävä osa hoitotyön toteutusta polikliinisessä ympäristössä, koska potilaan motivointi omaan hoi-

toonsa on yksi tärkeimmistä polikliinisen hoidon tavoitteista. Potilaan motivoinnin onnistuminen ja omahoidon tärkeyden ymmärtäminen auttaa potilaan hoidon onnistumisessa parhaalla mahdollisella tavalla ja välttämään huonon hoitotasapainon aiheuttamilta ylimääräisiltä lääkärikäynneiltä. Potilaan auttaminen, ohjaus ja neuvonta yksilöllisten tarpeiden mukaan on poliklinikalla haastavaa ajallisesti lyhyen hoitokontaktin vuoksi. (Jorvi lastentautien poliklinikka 2016; Koivu 2012: 26-27; Säilä – Mattila – Kaunonen – Aalto 2006: 23; Tiusanen 2007: 8; Ylöstalo-Laine 2006: 6-8.)

Lapsipotilaan hoito poliklinikalla poikkeaa monelta osin aikuispotilaan hoidosta. Lapsi on erottamaton osa kasvuympäristöään ja perhettänsä. Lääkärikäynnille lapsi tulee yleensä molempien tai toisen vanhemman saattamana. Lapsen huoltajat ovat vastuussa lapsen terveysongelman hoitamisesta, mutta lapsella kuitenkin on subjektiivinen oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan (YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista 60/1991, 18. artikla). Suomen perustuslain ja YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksen mukaan lapsi saa vaikuttaa häntä koskeviin päätöksiin kehityksensä mukaisesti sekä häntä kohdellaan yksilöllisesti ja tasa-arvoisesti (Suomen perustuslaki 731/1991; YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista 60/1991, 12. artikla).

Lapsi käsittelee lääkäriin tuloa yksilöllisesti. Marja Salmelan (2010) tutkimuksessa 4-6 vuotiaista lapsista yli 90 prosenttia kertoi pelkäävänsä ainakin yhtä asiaa sairaalassa. Lasten pelot koskevat hoitotoimenpiteitä, potilaana oloa sekä lapsen kehitystason aikaansaamia pelkoja. (Salmela 2010: 48.) Lapsen aiemmat kokemukset lääkäreistä, sairaaloista tai toimenpiteistä vaikuttavat pelkojen syntyyn. Aiemman ikävän kokemuksen myötä traumatisoituneet lapset voivat ilmaista pelkoaan hyvin vahvasti tai vastaavasti pitää tunteen piilossa ulkopuolisilta. (Talka 2009: 46.) Ikävän kokemuksen käsittely ennen ja jälkeen tapahtuneen vaikuttaa siihen, kuinka vahvana traumaattisena pelkona asia jää lapsen mieleen. Kertominen lapselle tulevan käynnin tapahtumista ja keskustelu yhdessä lapsen kanssa häntä mietityttävistä asioista voi vähentää lapsen kokemaa pelkoa. Tutustuminen yhdessä hoitovälineisiin vähentää lapsen kokemaa pelkoa. Lapselle puhutaan suoraan ja ikätasoisesti, jolloin lapsi pystyy osallistumaan hänen omia asioitaan käsittelevään keskusteluun tasavertaisesti. (Salmela 2010: 51; Wennström – Hallberg – Bergh 2007: 104.)

Ritva Ylöstalo-Laine on tutkinut polikliinisen hoitotyön kirjaamisen laatua, kirjaamisen systemaattisuutta sekä hoitajan päätöksentekoprosessin ilmenemistä kirjaamisessa. Hän arvioi hoitotyön kirjaamisen laatua sekä sen sisältöä kokonaisvaltaisesti Nursing

Audit-menetelmällä. 40 kirurgisella poliklinikalla hoidetun potilaan hoitokertomuksia analysoitiin retrospektiivisesti. Tuloksista ilmeni, että kirjaaminen oli riittämätöntä, tasoltaan varsin kirjavaa ja yksilöstä riippuvaa. Kirjaaminen ei ollut potilaslähtöistä eikä kokonaisvaltaista. Vain viidesosa kirjaamisesta oli kattavaa ja hoitoprosessin kulku prosessimaisesti toteutui noin kolmanneksessa kirjauksista. Kirjattu tieto ei mahdollistanut hoidon jatkuvuutta, mikä olisi poliklinikkatyössä oleellista. Potilaan hoidon arviointi oli kirjattuna noin kolmasosassa hoitokertomuksista. Hoitotyön tavoite oli kirjattuna 13 %:ssa hoitokertomuksista. Potilaan terveystiet, voimavarat ja sosiaalinen tilanne olivat pääosin kirjaamatta. Kirjaaminen painottui potilaan fyysisiin tekijöihin ja ominaisuuksiin eikä potilaan tilanteeseen kokonaisvaltaisesti. Potilaan elintoimintoja ei juurikaan tarkkailtu ja kirjattu, koska poliklinikkapotilaat tulevat kotoa, eikä heidän peruselintoiminnoissaan oleteta olevan erityistä tarvetta kirjaamiselle. Potilaan tahto, tarpeet ja valinnat eli potilaan itseilmaisu ei juurikaan näkynyt kirjaamisessa. Emotionaalista tukea ei kirjaamisen mukaan annettu. Hoitajan analyttistä päätöksentekoprosessia ei tullut kirjaamisessa selkeästi esiin. Potilaan vointia sekä hoitoa koskevat tosiasiat ja niiden merkitsevyys oli kuitenkin arvioitu ja kirjattu hyvin. (Ylöstalo-Laine 2006: 27-32.)

Potilaan ohjaus ja opetus on olennainen osa poliklinikalla tapahtuvaa hoitotyötä. Tämä osa-alue näkyi hoitotyön kirjaamisessa heikoimmin (Tiusanen 2007:50; Ylöstalo-Laine 2006: 42). Potilaan terveyskäyttäytymistä ei kartoitettu, oppimiskykyä tai – valmiutta ei otettu huomioon. Ohjaukseen liittyntä keskustelua ei kirjattu. (Ylöstalo-Laine 2006:42.) Samankaltaisia tuloksia sai myös Tiusanen tutkiessaan perioperatiivisen hoitotyön kirjaamista. Hoitotyön kirjaamisessa todettiin puutteita etenkin potilaan hoidon suunnittelun ja arvioinnin kohdalla. Myös potilaan psyykkisen hyvinvoinnin ja emotionaalisen tuen osuus jäi kirjauksissa vähäiseksi. (Tiusanen 2007: 46-47.)

2.5 Sähköinen ja rakenteinen kirjaaminen sairaanhoitajien kokemana

Nykänen, Viitanen ja Kuusisto toteavat hoitotyön kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyytutkimuksessaan sairaanhoitajien kokevan, että hoitotyön kirjaamisen hyödynnettävyys on parantunut sähköiseen ja rakenteiseen kirjaamistapaan siirryttyä. Hoitotyön kirjaukset ovat helposti ja varmasti saatavilla reaaliaikaisesti. Hyvin tehty hoitotyön suunnitelma ohjaa toteutuksen ja arvioinnin kirjaamista sujuvasti otsikoiden avulla. (Nykänen - Viitanen – Kuusisto 2010: 35.)

Saranto ym. totesivat rakenteisen kirjaamisen vaikutusta tutkivassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, että sähköisellä ja rakenteisella kirjaamistavalla on paljon positiivisia vaikutuksia: kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuus paranee (Saranto ym. 2014: 630-644). Laine huomasi Pro gradu-tutkielmassaan vuonna 2008, että sähköiseen ja rakenteiseen kirjaamiseen siirryttyä hoitohenkilökunta koki positiivisena seikkana kirjaamisen selkeyden. Ammattihenkilön tunnistettavuus sekä tietoteknisen turvallisuus paranivat. Vuorovaikutus työtovereihin lisääntyi ja myönteinen asenne auttoi sähköisen dokumentoinnin hyväksymisessä osaksi jokapäiväistä hoitotyötä. Sähköisen kirjaamisen koettiin olevan tarkempaa ja perusteellinen dokumentointi sähköisesti auttoi muita hoitajia potilaan hoidon toteutuksessa ja suunnittelussa. (Laine 2008: 22; 34.)

Hoitotyöntekijät kansainvälisestäkin katsoen useiden tutkimusten perusteella arvostavat sähköisen kirjaamisen tarjoamaa mahdollisuutta turvata potilaan hoidon laatua ja jatkuvuutta sekä hoitajan oikeusturvaa (Dahm - Wadensten 2008: 2143; Joanna Briggs Institute 2014; Lavin – Harper – Barr 2015; Lee 2005: 1379; Petkovšek-Gregorin - Skela-Savič 2015: 109-113). Kossman ja Scheldenhelm totesivat kartoittaessaan hoitajien ajatuksia sähköisen kirjaamisen vaikutuksesta työn laatuun, että positiiviset ominaisuudet esiintyivät vahvempina hoitajien kokemuksissa kuin negatiiviset. Tutkimuksessa hoitajien toteama lisääntynyt kirjaamisen tarkkuus, tiedonkulun parantuminen sekä potilasturvallisuus olivat merkittävämpiä ominaisuuksia kuin kirjaamiseen kuluva lisääntynyt aika. (Kossman – Scheldenhelm 2008: 72-75.)

Toisaalta sairaanhoitajat kokevat hoitotyön rakenteisen kirjaamisen työlääksi ja jopa turhauttavaksi sekä kirjaamisen sisältöön liittyvien seikkojen että tietoteknisten käytettävyysongelmien vuoksi. Oikea otsikko kirjattavalle asialle voi olla vaikea löytää tai vaihtoehtoja voi olla liikaa. Otsikkoihin liittyy paljon tulkinnanvaraisuutta ja monimerkityksellisyyttä, joka osaltaan lisää kirjaamisen kirjavuutta. Järjestelmän käyttö vaatii paljon opettelua ja muistamista, minkä seurauksena hoitajat kokevat epätietoisuutta oikeasta kirjaamistavasta. (Nykänen ym. 2010: 34-35.) Laine totesi tutkielmassaan, että hoitajat kokivat sähköisen kirjaamisen vaikeana ja aikaa vievänä. Etenkin lääkemääräysten kirjaaminen tietojärjestelmään koettiin hankalana. Opettamiseen, ohjaukseen ja omaisiin liittyvien asioiden kirjaaminen koettiin monimutkaisena. Kirjaamiskäytännön kirjavuus ilmeni myös tutkimuksessa dokumentaatiota vaikeuttavana tekijänä. Tutkimuksessa hoitajat kokivat jopa potilashoitotyön heikentyneen rakenteisen kirjaamisen tultua osastolle, koska aikaa kului sähköiseen kirjaamiseen enemmän. (Laine 2008: 25.)

Vielä vuonna 2011 Kaipion tutkimuksen tuloksena todettiin, että terveydenhuollon tietojärjestelmät eivät vastaa hoitotyön tarpeisiin riittävästi (Kaipio 2011: 60; myös Lavin – Harper – Barr 2015). Ajanpuute yhdistettynä tietoteknisiin ongelmiin tuovat hoitotyöntekijöille lisää kiireen tuntua (Benedet ym. 2016: 4783; Hartikainen 2008: 63 - 64; Laine 2008: 32). Jos hoitotyön kirjaamista toteuttava henkilökunta ei ole riittävästi saanut koulutusta tietokonejärjestelmiin tai eivät näe sen arvoa hoitotyön apuvälineenä, uuden kirjaamistavan käyttöönotto ei onnistu parhaalla mahdollisella tavalla (Joanna Briggs Institute 2014; Kiel - Johnson 2011: 130; Saranto ym. 2014: 643).

Sairaanhoitajien kirjaamisen vaikuttavuutta tutkivassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että kirjaamistavan muutos paperisesta elektroniseen ei yksinään paranna kirjaamisen tasoa eikä vaikuttavuutta potilaan vointiin. Tärkeää on yhdessä henkilökunnan kesken selvittää kirjattavat asiat ja miten kirjattua tietoa voidaan soveltaa potilaan parhaaksi. (Urquhart – Currell – Grant – Hardiker 2010: 13 - 14.) Hoitotyön prosessin näkyväksi tekeminen hoitotyössä, riittävä aika ja hoitajan tietotekninen itseluottamus lisäävät motivaatiota laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen (Ammenwerth – Mansmann – Iller - Eichstädter 2003: 82).

3 Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli laatia työryhmätyöskentelyn avulla hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristö Jorvin lastentautien poliklinikalle. Hoitotyön kirjaaminen on osastolla sisällöllisesti kirjavaa huolimatta kirjaamisen rakenteisuudesta ja tietyn otsikon alle kirjataan erilaisia asioita. Kuitenkin hoitotyön kirjaamisen tulisi olla yhtenäistä, jotta valtakunnallisessa Potilastiedon arkistossa olevia tietoja voidaan potilasta hoitaessa hyödyntää. Kirjaamisen yhtenäisyys lisää kirjaamisen käytettävyyttä, laadukkuutta ja vaikuttavuutta. (Lehtovirta - Vuokko 2013: 13.) Hoitotyön prosessin mukainen ydintietojen kirjaaminen on poliklinikkapotilaan kohdalla haastavaa ja vaihtelevaa koska potilaskontaktit ovat usein lyhyitä ja hoitotyö sisältää paljon neuvontaa sekä ohjausta. (Tiusanen 2007: 47.) Tavoitteena on hoitotyön kirjaamisen yhtenäistyminen ja hoitotyön prosessimallin mukaisten ydintietojen kirjaamisen toteutuminen Jorvin lastentautien poliklinikalla hoidettujen potilaiden kohdalla. Hoitotyön prosessimaista ajattelua kuvaava kirjaaminen tuo potilaan hoitoon laatua jatkuvuuden varmistajana ja hoitotyön kirjaamisen käytettävyys paranee. Yhtenäistä hoitotyön kirjaamista voidaan hyödyntää potilaan hoidossa Kansallisen terveystietokannan kautta. Yhtenäinen ja laadukas hoitotyön kirjaaminen vastaa kirjaamista ohjaavien lakien vaatimuksiin ja hoitajan oikeusturva paranee.

Kehittämistehtävät tällä kehittämistyöllä olivat seuraavat:

1. selvitettiin kirjaamista suorittavien hoitajien näkemyksiä kirjaamisesta. Swot-analyysillä kerättiin hoitajilta näkemyksiä ja mielipiteitä kirjaamisen sisällön tämähetkisistä sisäisistä vahvuuksista ja heikkouksista sekä mahdollisuuksista ja uhista.
2. selvitettiin hoitotyön kirjaamisen lähtötaso. Tämä tehtiin analysoimalla hoitokertomusten sisältämien hoitotyön ydintietojen esiintyvyyssprosentti.
3. työryhmätyöskentelyn avulla tuotettiin hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristö. Työryhmä huomioi myös työryhmään kuulumattomien mielipiteet minimikriteeristöä tuottaessa.
4. kolmen kuukauden kuluttua minimikriteeristön valmistumisesta analysoitiin hoitokertomusten sisältämien hoitotyön ydintietojen esiintyvyyssprosentti. Näin voitiin kuvata ydintietojen kirjaamisessa mahdollisesti tapahtunut muutos.

4 Kehittämistyön menetelmät ja toteuttaminen

Tutkimuksellisen kehittämisen tarpeet nousevat käytännön työelämästä. Todellisuus on muuntuvaa, täydentyvää, kompleksista sekä ainakin osittain sosiaalisesti rakentunutta ja muokkautuvaa. Työelämään ja työntekoon liittyvät asiat ovat näinollen tilanteesta riippuvaisia ja sisältävät subjektiivisen kokemuksellisuuden ulottuvuuden. Kehittämiskohdetta tarkastellaan ja havainnoidaan tulkinnallisesti ymmärtäen toimijoiden oma näkemys kehittämiskohteesta, työstään sekä sitä ohjaavista periaatteista. Kehittämistyön prosessi tavoitteineen ja toimintatapoineen tehdään näkyväksi, jolloin eri näkökulmia voidaan käsitellä kriittisesti ja tasapuolisesti. Tutkimuksellisesta kehittämistehtävästä syntyvä tieto on monitieteellistä ja sen pyrkimyksenä sekä tärkeimpänä kriteerinä on käytökelpoisuus. (Anttila 2006: 110 – 111, 220; Toikko - Rantanen 2009: 43, 55, 159.)

Usein kehittämistehtävän tuloksena syntyy uusi, konkreettinen toimintatapa tai malli työelämään. Kehittämistyön onnistumista arvioidaan. Kehittämistehtävän tarkka määrittely ja rajaus on tärkeää. Määrittely mahdollistaa jonkin mittarin tai mittauskeinoon käytön, jolla kehittämistyön tulos voidaan arvioida. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009: 33.) Hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristö Jorvin lastentautien poliklinikalle kehitetään hyödyntäen näitä tutkimuksellisen kehittämistyön periaatteita. Kehittämistyön tulosta arvioidaan analysoimalla hoitotyön kirjaamista ennen ja jälkeen kirjaamisen minimikriteeristön käyttöönoton.

Minimi on määritelty suomen kielessä sanoilla vähimmäismäärä, pienin mahdollinen arvo tai määrä, alamitta, alaraja tai alin taso jostakin asiasta. Kriteeristö-sanalle on annettu määritelmiksi sanat indikaattori, arvosteluperuste, osoitin tai ilmaisin. (Suomisana-kirja.fi n.d.) Hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristö tarkoittaa tässä kehittämistyössä hoitotyön prosessimallin mukaista sisältöä ilmaisevien asioiden kirjattua vähimmäismäärää, jolla hoitotyön kirjaamista osastolla toteutetaan.

4.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Jorvin sairaala on osa Helsingin yliopistollista keskussairaala (HYKS) ja kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Lastentautien poliklinikka kuuluu HUS:n Lasten ja

nuorten sairauksien toimialaan. Lastentautien poliklinikalla hoidetaan pääasiassa Espoon, Kauniaisten ja Kirkkonummen alueen 0-16-vuotiaita lapsia, jotka tarvitsevat erikoissairaanhoidon avohoitopalveluja. Poliklinikalla hoidetaan eri erikoisalojen asiantuntijuutta vaativia terveystilanteita ja sinne tullaan lääkärin läheteellä. Poliklinikalla työskentelee sairaanhoitajia lääkäreiden työpareina muun muassa astma-, sydän ja infektiovastaanotoilla. Hoitajat pitävät myös itsenäisesti vastaanottoja mm. ihon hoitoa tarvitseville potilaille ja obesiiteettipotilaille. (Jorvin sairaalan pitkän aikavälin toiminta- ja tilasuunnitelma 2015: 24; Uuden lastensairaalan tarveselvitysraportti. 2011: Liite 9, s.6,16.)

Hoitajat tapaavat lapsen tai nuoren ja hänen perheensä yleensä ennen ja jälkeen lääkärikäynnin. Hoitajat tekevät alustavat mittaukset ja tutkimukset kuten keuhkofunktiomittaukset tai ottavat sydänfilmin sekä haastattelevat lapsen ja vanhemmat. Lääkärin vastaanoton jälkeen hoitaja tapaa perheen ja ohjaa esimerkiksi uuden lääkityksen käytön sekä käy perheen kanssa läpi esille tulleita asioita. Hoitajavastaanottojen yhteydessä sairaanhoitaja hoitaa koko käynnin. Hoitajalla on suuri rooli lapsen tai nuoren sekä hänen perheensä tukijana ja kannustajana jotta lapsen tai nuoren hoito onnistuu, hänen kasvunsa ja kehityksensä turvataan sekä hänen ja perheensä omatoimisuutta voidaan tukea (Suomen NOBAB 2009; The European Association for Children in Hospital 2001: 9).

Jorvin sairaalan lastentautien poliklinikalla hoitokertomukseen kirjaavia sairaanhoitajia on 20. Sihteereitä osastolla työskentelee 9. Lastentautien poliklinikalla sihteerit avaavat potilaalle hoitokertomuksen. He määrittelevät hoitokertomukselle nimen ja avaavat ennalta sovitut otsikot päivittäisen käynnin kohdalle.

HUS:iin kuuluvassa Jorvin sairaalassa kirjaamista on ohjeistettu hoitotyön kirjaamisen asiantuntijaryhmän toimesta, joka toimii osana HUS:n hoitotyön kehittämisverkostoa (HUS:n hoitotyön kirjaamisen asiantuntijatyöryhmä n.d.). Lastentautien poliklinikalla on määritelty hyvän hoidon kriteerit (Liite 9). Hyvän hoidon kriteerit ohjaavat paitsi potilaan suoranaista hoitamista, myös hoitotyön kirjaamista. Hyvän hoidon kriteerit ovat näinollen perustana Lastentautien poliklinikalla suoritettavalle hoitotyön kirjaamiselle. Rakenteeseen kirjaamiseen siirryttäessä HUS tarjosi henkilökunnalle tietoteknistä koulutusta jossa kirjaamisen sisältöön ei otettu kantaa. Lastentautien poliklinikalta jokainen työntekijä osallistui 4 tuntia kestäväseen koulutukseen, lisäksi 2 hoitajaa osallistui koko päivän kestäväseen tukihenkilökoulutukseen.

Seuraavassa taulukossa esitellään Jorvin Lastentautien poliklinikalla vuodesta 2012 käytössä olleet otsikot. Otsikot on valittu osastolle käyttöön HUS:ssa käytössä olevasta otsikkolistasta. Taulukossa mainitaan ensin hoitotyön prosessin vaihe, jonka sisältöä otsikon alle on tarkoitus kirjata. Sen jälkeen mainitaan otsikon nimi.

Taulukko 2. Jorvin Lastentautien poliklinikalla vuodesta 2012 käytössä olleet otsikot

Hoitotyön prosessin vaihe	Otsikko
Hoidon toteutus	Kliiniset tutkimukset
Hoidon arviointi	Potilaan tämänhetkinen vointi
Hoidon arviointi	Ammattihenkilön arvio hoidosta
Hoidon arviointi	Jatkohoito
Hoidon arviointi	Hoitoisuus poliklinikalla, PoliHoiq

Hoitotyön prosessimalli tulee ilmi osittain näissä otsikoissa. Esitietojen kirjaaminen ei ole ollut osastolla käytössä eikä myöskään keskeisten tietojen täydentäminen. Näinollen potilaan ongelman määrittely yhdessä potilaan ja läheisen kanssa, potilaan koko hoitojaksoa koskeva hoidon suunnittelu ja tavoitteen määrittely sekä päivittäisten tavoitteiden asettaminen ei ole hoitotyön kirjaamisessa näkyvissä. Yksittäinen hoitaja on voinut halutessaan kirjata näitä kyseisiä asioita eri otsikoiden alle. Oleellista sähköisen, rakenteisen kirjaamisen kohdalla kuitenkin on, että oikeat asiat on kirjattu oikeiden otsikoiden alle. Näin potilaasta kirjattuja tietoja voivat hyödyntää muutkin terveydenhuollon toimijat. (Hyppönen – Vuokko – Doupi - Mäkelä-Bengs toim. 2014: 22; Häyrinen - Ensio 2007: 97.) Käytössä olleet otsikot valittiin osastolle käyttöön, koska vuonna 2012 Jorvin Lastentautien poliklinikka kuului Lastenklinikan Lastentautien poliklinikkaan ja siellä käytössä oli jo sähköinen kirjaaminen sekä kyseiset otsikot.

Hoitajat kokevat kirjaamisen eri tavoin. Useissa yhteyksissä, kuten osastokokouksissa ja "käytäväkeskusteluissa" on käynyt ilmi, että kirjaaminen herättää kysymyksiä. Ongelmat liittyvät usein siihen, että potilaan hoitoa tai ohjaamista käsitteleville asioille ei yhteisesti sovituista otsikoista löydy sopivaa ja koetaan, että otsikot sopivat paremmin vuodeosastolla hoidettavien potilaiden hoitotyön kirjaamiseen. Kirjaamisen sisältöä ei Jorvin lastentautien poliklinikalla ole systemaattisesti kehitetty vuoden 2012 jälkeen, jolloin sovittiin Lastentautien poliklinikalla yhteisesti käytettävät hoitokertomuksen otsikot. Kuiten-

kin myös kansainvälisessä tutkimuksessa on todettu, että henkilökunnan jatkuva koulutus lisää uuden menetelmän käyttöönoton onnistumista selvästi (Kiel - Johnson 2011: 130).

4.1.1 Swot-analyysin toteuttaminen

Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusotetta käytetään silloin, kun tarvitaan tietoa aiemmin tutkimattomasta asiasta. Tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään selvittämällä sen merkitystä ja tarkoitusta kokonaisvaltaisesti. Tähän päämäärään päästään tutkimalla ilmiön keskellä olevan ihmisen henkilökohtaisia ajatuksia, näkemyksiä ja tunteita. (Anttila 2006: 275; Burns – Grove 2005: 54-55; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 55; Tuomi – Sarajärvi 2002 : 70–71.) Pyrkimys ihmisen oman, henkilökohtaisen näkemyksen ymmärtämiseen tutkittavasta asiasta on myös yksi tutkimuksellisen kehittämistyön periaatteista. Swot - analyysi ja siitä nousevien asioiden käsittely mahdollisesti lisää osallistujien sitoutuvuutta kehittämisprojektiin koska kehittämistyöhön osallistuminen vaatii osallistujilta oman toiminnan kriittistä arviointia. (Anttila 2006: 280; Toikko – Rantanen 2009: 55, 84.)

Laadullinen tutkimus tuottaa holistista eli kokonaisvaltaista tietoa asiasta, jota ei ole aiemmin tutkittu. Sen avulla voidaan myös epäillä olemassa olevan teorian tai käsitteen paikkansapitävyyttä. Laadullisen tutkimuksen erilaiset aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät kuvastavat ihmisen elämismaailmaa ja sen merkityksiä. Aineisto muodostuu tutkittavan kokemuksesta ilman oikean tai väärän vastauksen asetelmaa. Lähestymistapa painottaa vastaajan näkökulman ymmärtämistä. Tilastolliseen yleistykseen ei pyritä, teoreettiseen yleistykseen kylläkin. (Burns – Grove 2005: 54 - 55; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 65 - 67; Tuomi – Sarajärvi 2002: 70 - 71.)

Tässä kehittämistyössä selvitetään kvalitatiivisesti Swot-analyysin avulla hoitajien näkemyksiä ja ajatuksia hoitotyön kirjaamisesta. Tämä laadullinen lähestymistapa antaa mahdollisuuden nostaa esiin laajasti hoitajien näkökulmia ilman tiukasti määriteltyä struktuuria. Swot-analyysia käytetään määriteltäessä toimintaympäristön muutostekijöiden rooleja. Sitä on perinteisesti hyödynnetty liike-elämässä strategian luonnin apuna, toiminnan kartoittamisessa ja muutoksen suunnittelun apuna. Swot-analyysin tavoitteena on kartoittaa organisaation sisäiset vahvuudet (S=strenghts) ja heikkoudet

(W=weaknesses) sekä ulkoiset mahdollisuudet (O=opportunities) ja uhat (T=threats) jotka sisällön analyysin avulla luokitellaan. Näin tunnistetaan toiminnalle positiivisia sekä negatiivisia elementtejä, joita voidaan vahvistaa tai pyrkiä vähentämään. Toimiva Swot-analyysi tarjoaa ohjenuoran tulevaisuuden toiminnan suunnittelulle. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 72; Toikko - Rantanen 2009: 73; van Wijngaarden – Scholten – van Wijk 2012: 34,39.)

Jorvin lastentautien poliklinikalla hoitotyön kirjaamista suorittavilta sairaanhoitajilta (n=19) kerättiin helmikuussa 2016 ajatuksia kirjaamisen tämänhetkisestä tilasta ja tulevaisuuden näkymistä Swot-analyysillä. Osastolla työskentelee 21 sairaanhoitajaa, joista yksi on kehittämistyön tekijä ja yksi on pitkällä hoitovapaalla. Hoitovapaalla olevalta sairaanhoitajalta ei vastausta Swot-analyysiin kerätty. Kehittämistyön tekijä itse ei tehnyt Swot-analyysia, jonka vuoksi vastaajia oli 19 kappaletta. Swot-analyysin tarkoituksena oli osallistaa henkilökuntaa kehittämistyöhön sekä tuoda tietoa hoitajien näkemyksistä kirjaamisen minimikriteeristön kehittämisprosessiin. Myös Toikko ja Rantanen sekä Ojasalo ym. toteavat, että kehittämistyön tekijä tarvitsee ymmärryksen toimijoiden omasta näkemyksestä kehittämiskohteeseen ja sen myötä syvällisemmistä periaatteista vaikuttamassa kehittämiskohteeseen (Ojasalo ym. 2009: 68; Toikko – Rantanen 2009: 55) Ennen Swot-analyysin tekemistä lähetettiin osastolla työskenteleville sairaanhoitajille saatekirje koskien kehittämistyöhön osallistumista. Swot-analyysiin osallistuvat sairaanhoitajat ohjeistettiin analyysin teossa kertomalla, mitä kyseisen nelikenttämenetelmän eri osa-alueet tarkoittavat. Analyysin tekemiseen varattiin aikaa 45 minuuttia etukäteen sovitulla osastotunnilla. Mahdollisilta poissaolijoita olisi pyydetty vastaus jälkikäteen, mutta poissaolijoita ei ollut. Jos vastaus olisi jäänyt pyynnöstä huolimatta joltakin hoitajalta puuttumaan, ei vastausta olisi perätty vaan katsottu, että hoitaja valitsee olla osallistumatta Swot-analyysin tekoon. Hoitajia pyydettiin tekemään Swot-analyysi hoitotyön kirjaamisen sisältöön vaikuttavista sisäisistä vahvuuksista ja heikkouksista sekä ulkoisista mahdollisuuksista ja uhista. Jokainen hoitaja teki Swot-analyysin valmiiseen nelikenttäkaavakkeeseen yksin ilmaisten vain henkilökohtaisia näkemyksiään.

4.1.2 Swot-analyysin vastausten analysointi

Tutkimusaineiston perinteinen analyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sen tavoitteena on valitun ilmiön laaja, vertailtava ja kuvaava esittäminen. Sisällönanalyysia voidaan käyttää menetelmänä analysoitaessa verbaalista, auditiivista, visuaalista tai kirjallista materiaalia. Perinteisesti sisällönanalyysilla tarkoitetaan kuitenkin verbaalisen sisällön

analyysia. Laadullisen aineiston sisällönanalyysi voidaan toteuttaa teorialähtöisesti tai aineistolähtöisesti. Teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi on käytössä silloin, kun tutkimusvastausten luokittelu perustuu aiemmin luotuun teoriaan tai viitekehukseen. Valittu teoreettinen lähtökohta yhdessä tutkimuksen tarkoituksen kanssa operationalisoidaan eli saatetaan toiminnalliseen muotoon analyysikehikoksi tai esimerkiksi lomakkeeksi. Tämän teoriaan pohjautuvan välineen avulla vastauksia kerätään halutulla tavalla vastaajilta. Aineistosta muodostetaan erilaisia kategorioita tai luokituksia käyttäen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. Deduktiivinen sisällönanalyysiprosessi muotoutuu myös sen mukaan, kohdistuuko analyysi aineiston ilmi- vai piilosisältöihin. Analyysin kohdentuessa aineiston ilmisältöön pitäydytään kategorialuokituksissa, joita tarkastellaan suhteessa tutkittavaan asiaan. Tutkittaessa aineiston piilosisältöä voidaan aineiston osia vertailla toisiinsa sekä suhteessa analyysikonaisuuteen. Piilosisällön analysoinnissa huomioidaan myös vastaajan sanaton viestintä ja tulkitaan sen yhteyttä vastaajan mielipiteisiin. Aineistosta voidaan eritellä analyysikehikkoon kuuluvat asiat sekä siihen kuulumattomat asiasisällöt. Analyysikehikkoon kuulumattomista asioista voidaan muodostaa uusia kategorioita tai strukturoitua analyysirunkoa käytettäessä jättää ne huomioimatta. Myös tutkimuksen raportoinnissa näkyy käytetyn teorian ohjaava vaikutus, koska aikaisempi tieto ohjaa analyysia ja tulokset muodostuvat teoriakäsityksen ohjaamina. (Anttila 2006: 116 – 118, 292; Burns – Grove 2005: 551; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 165 - 168; Tuomi – Sarajärvi 2002: 97; 116.)

Induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia käytetään silloin, kun tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Silloin vastausten analysointi tehdään tutkimuksen ongelmanasettelun mukaisesti, eivätkä aiemmat teoriat tai käsitykset ohjaa analyysia. Induktiivinen sisällönanalyysissa luokitellaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Aineistoa analysoidaan ilman ennakkokäsityksiä tai oletuksia käsiteltävästä ilmiöstä. Ilmiöstä itsestään nousee tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella tietoa, josta voidaan luotettavuuden ja yleistettävyyden kriteerien täytyessä muodostaa uusia teorioita. (Anttila 2006; 281 – 283; Burns – Grove 2005: 551; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 165 - 168; Tuomi – Sarajärvi 2002: 97; 116.)

Kirjallisesti kerättyä aineistoa on vaikea käsitellä sellaisenaan. Aineiston käsittely helpottaa tutkijaa löytämään tutkimuskysymyksiin vastaavat asiat. Aineiston käsittely voidaan aloittaa kirjallisen aineiston luokittelulla eli koodaamisella. Koodaaminen tarkoittaa kirjoitetun aineiston merkitsemistä tutkijan valitsemalla, hyväksi katsomallaan tavalla. Koodaaminen on tärkeä osa aineiston käsittelyä, koska se jäsentää tapaa, jolla tutkija näkee

aineistonsa. Se toimii tekstin kuvailun apuvälineenä, koska esimerkiksi eri väreillä merkityt, samankaltaiset tekstiosat on näin helpompi hahmottaa koko aineiston joukosta. Koodaaminen helpottaa aineiston analyysia auttamalla tutkijaa näkemään, mitä tutkimuskysymykseen liittyvää aineistosta löytyy. (Burns – Grove 2005: 548; Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006; Tuomi – Sarajärvi 2002: 94 - 95.)

Koodaamisen jälkeen aineisto pelkistetään. Pelkistäminen tarkoittaa tutkimustehtävään liittyvien ilmaisujen etsimistä aineistosta ja niiden kirjaamista mahdollisimman samankaltaisilla sanoilla kuin aineistossa, jolloin ilmaisujen kieliasu muuttuu yleisemmäksi. Alkuperäisilmaisujen pohjalta tehdyn pelkistämisen jälkeen samaa merkitsevät lausumat yhdistetään kategorioiksi eli luokiksi. Ensin luodaan alaluokkia ja sen jälkeen niistä yläluokkia. Lopuksi voidaan vielä luoda yhdistävä luokka eli pääkategoria. Kategoriat nimetään mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaavalla nimellä. (Burns – Grove 2005: 548 - 549; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007: 219; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 169; Kylmä – Juvakka 2007: 120; Tuomi – Sarajärvi 2002: 112 - 115.)

Tässä kehittämistyössä aineiston sisällönanalyysin lähtökohta oli deduktiivinen eli teorialähtöinen Swot-analyysin vuoksi. Swot-analyysi muodosti otsikoineen vastaajille vastauspaperille analyysikehikon, johon vastaukset pyydettiin kirjoittamaan. Swot-analyysin nelikentän nimet ohjasivat vastaajien toimintaa ilmaisemalla minkä tyyppisiä vastauksia kuhunkin nelikenttään pyydettiin.

Swot-analyysista saatujen vastausten sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla saadut vastaukset läpi useampaan kertaan. Silloin huomattiin vastauksista löytyvän keskenään samankaltaisia sisältöjä. Nämä samankaltaiset vastaukset haluttiin koodata, jotta niistä voidaan muodostaa luokkia. Kaikki vastaukset siis koodattiin numeerisesti antamalla sama numero samankaltaisia asioita sisältäville vastauksille.

Swot-analyysin vastausten analysointi tehtiin yksi nelikentän osa-alue kerrallaan induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita käyttäen. Analyysin kohteena oli vastusten ilmissisältö, eikä analyysiyksiköitä vertailtu toisiinsa. Ensin kopioitiin käsin kaikki saman otsikon alle kirjoitetut vastaukset sellaisenaan yhdelle suurelle paperille. Sama toistettiin jokaisen Swot-analyysin nelikentän kohdalla, joten vastaukset koottiin neljälle erilliselle suurelle paperille. Tämän jälkeen vastauksia käsiteltiin edelleen analyysin loppuun saakka yksi osa-alue kerrallaan. Alkuperäiset vastaukset luettiin ja kirjoitettiin yleiskielisillä ilmauksilla, jotta mahdollisten murre- tai vierasperäiset sanojen merkitys käy ilmi

yleiskielisesti. Yleiskielelle muutettuna ilmausten alkuperäinen sisältö säilyi ja nousi joissakin tapauksissa selkeämmin esiin. Myös vastaajan anonymiteettiä lisäsi alkuperäisilmausmuokkauksen yleiskielelle, koska vastaajia olisi voinut tunnistaa tietyistä ilmaisuista.

Kaikki vastaukset otettiin luokitteluun mukaan ja jokaiselle vastaukselle löytyi oma luokka. Yhtäkään Swot-analyysistä saatua vastausta ei näinollen hylätty tai jätetty huomioita. Vastaajat vastasivat joitakin kertoja samankaltaisesti, joten yksi pelkistetty ilmaisu voi kattaa useamman maininnan. Saman numeron saaneista pelkistetyistä ilmauksista muodostui yksi alaluokka. Jokainen alaluokka nimettiin siihen kuuluvia pelkistettyjen ilmauksien sisältöä kuvaavalla nimellä.

Jokainen alaluokka sisältää sairaanhoitajien antamia vastauksia yhteen Swot-analyysin nelikentän osa-alueeseen. Näinollen yläluokiksi muodostuivat ”vahvuudet”, ”heikkoudet”, ”mahdollisuudet” ja ”uhat”. Pääluokkia on yksi ja se on yhteinen kaikille yläluokille. Pääluokka on nimetty Swot-analyysin tarkoitusta kuvaavasti ”sairaanhoitajien näkemykset kirjaamisesta”. Esimerkki tästä prosessista on alla olevassa taulukossa. Taulukkoon ei vastaajien anonymiteetin suojaamiseksi kirjattu alkuperäisilmauksia, koska niistä vastaajan tunnistaminen olisi saattanut olla mahdollista.

Taulukko 3. Esimerkki Swot-analyysin vastausten luokittelusta.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ammattitaitoisuus	Kirjaamisen laadukkuus	Vahvuudet	Sairaanhoitajien näkemykset kirjaamisesta
Potilaslähtöisyys			
Yksilöllisyys			
Lapsen kokemuksen välittyminen			
Perheen kokemuksen välittyminen			
Hyvän hoidon kriteereihin tukeutuminen			
Hoitoisuusluokitukseen tukeutuminen			
Vuorovaikutuksellisuus			
Oleellisen kirjattavan löytymisen vaikeus	Kirjaamisen sisältö	Sisäiset heikkoudet	
Kirjaamisen epäyhtenäisyys			
Hoitosuunnitelmien puute			
Kirjaamisen niukkuus			

Kirjaamisen tehtäväkeskeisyys			
Päällekkäinen kirjaaminen			
Potilaan näkemyksen kirjaamisen puute			
Emotionaalisen tuen kirjaamisen vaikeus			
Voimakkaiden tunnereaktioiden kirjaamisen vaikeus			

4.2 Kirjaamisen nykytilanteen analyysi

Helmikuussa 2016 analysoitiin sadan poliklinikalla hoidetun potilaan hoitokertomukset, jolloin saatiin tietää hoitotyön ydintietojen kirjaamistiheys ennen kehittämistyön toteuttamista. Hoitotyön ydintietoja ovat kansallisesti sovitut hoitotyön prosessia kuvaavat hoitotyön päätöksenteon vaiheet (Iivanainen - Syväoja 2008: 651; Liljamo – Kinnunen - Ensio 2012: 14; Nykänen - Junntila 2012: 15; Tantu – Rusi 2007: 114). Hoitokertomusten analyysin tehtävänä oli selvittää, mitä hoitotyön ydintietoja osastolla kirjattiin ennen kehittämistyön aloitusta. Kvantitatiivinen hoitotyön ydintietojen esiintyvyyden mittaaminen mahdollisti kirjaamisessa tapahtuneen muutoksen mittaamisen kirjaamisen minimikriteerien käyttöönoton jälkeen.

Jokaisesta analyysiin kuuluvasta hoitokertomuksesta selvitettiin seuraavat tiedot:

1. Onko hoitokertomukseen kirjattu potilaan hoidon tarve?
2. Onko hoitokertomukseen kirjattu potilaan hoidon tavoite?
3. Onko hoitokertomukseen kirjattu potilaan hoidon suunnittelu?
4. Onko hoitokertomukseen kirjattu potilaan hoidon toteutus?
5. Onko hoitokertomukseen kirjattu potilaan hoidon tulos?
6. Onko hoitokertomukseen kirjattu potilaan hoitoisuus?
7. Onko potilaalle tehty hoitotyön yhteenveto niissä tapauksissa, jolloin potilaan hoito ja seuranta joko päättyy tai siirtyy toiseen hoitoyksikköön?

Tutkimuksen perusjoukon määrittely on tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeää ja tarkoituksena on, että otos eli tutkittavat edustavat perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. Kyseessä on otantatutkimus, koska perusjoukon tutkiminen olisi suuren määrän vuoksi mahdotonta. (Anttila 2006: 237; Burns – Grove 2005: 447; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 104.) Perusjoukko on tässä kehittämistyössä kaikkien Jorvin lastentautien poliklinikalla hoidettavien lasten hoitokertomukset. Lastentautien poliklinikalla on eri

erikoisalojen vastaanottoja eri päivinä ja kehittämistyöhön haluttiin potilaiden hoitokertomuksia jokaiselta erikoisalalta. Tutkimusasetelmaa suunniteltaessa haluttiin myös varmistaa, että mukaan otokseen valikoituu jokaisen hoitajan kirjaamistyötä. Näinollen otoksen keräämistavaksi valittiin systemaattinen otanta (Anttila 2006: 240; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 105).

Potilaskäyntitietoja käytiin läpi takautuvasti tietojen analysointipäivästä menneisyyteen ja joka viides potilas valittiin kunnes mukaan otettuina oli 100 potilaan hoitokertomukset. Näin mukaan saatiin jokaiselta viikonpäivältä potilaita ja otoksen keräys hajaantui pitkälle aikavälille, jolloin esimerkiksi lomalla olo ei rajannut tietyn hoitajan kirjaamista pois otoksesta. Jokaiseen kehittämistyöhön osallistuvaan hoitokertomukseen tehtiin merkintä osallistumisesta. Hoitokertomukset läpikäytiin manuaalisesti kysymysten avulla. Kukaan kysymykseen vastattiin hoitokertomuksen sisällön perusteella kyllä/ei ja jokaiseen kysymykseen laskettiin kyllä-vastausten määrä prosentuaalisesti.

4.3 Työryhmätyöskentely

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä painotetaan yhteistyön merkitystä. Työryhmä toimii yhteisen päämäärän hyväksi ja on vastuussa työn tuloksista ja uusien toimintojen suunnittelusta. Työryhmätyöskentely soveltuu hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen, koska työryhmän jäsenet pohtivat yhdessä vuorovaikutuksellisesti käsiteltävää asiaa synnyttäen uusia ideoita ja näkökulmia. (Jeffries – Johnson – Nicholls – Lad 2011: 648; Ojasalo ym. 2009: 68.) Työryhmätyöskentely alkoi, kun Swot-analyysi ja kirjaamisen nykytilanteen analyysi oli tehty. Kehittämistyöryhmään kutsuttiin kehittäjän lisäksi kolme hoitajaa. Heistä jokainen suostui. Hoitajat valittiin kehittämistyön työelämäedustajan kanssa yhteistyössä huomioiden työryhmään valittujen erityisosaaminen jolla on merkitystä kirjaamisen kehittämistyössä. Työryhmällä oli työskentelyn apuna HUS:n Intranetissä julkaistava Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa (Junttila ym. 2011), Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilaskertomusopas vuodelta 2015 sekä Swot-analysista saadut tulokset. Työryhmä kokoontui ennalta sovittuina aikoina ja keskittyi seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten hoitotyön kirjaaminen osastolla yhtenäistyy?

2. Mitä hoitotyön ydintiedot tarkoittavat polikliinisesti hoidettavan lapsipotilaan kohdalla ja miten hoitotyön ydintietojen kirjaaminen varmistetaan kunkin potilaan kohdalla Jorvin lastentautien poliklinikalla?

Työryhmä kokoontui ensimmäisen kerran maaliskuussa 2016. Puheenjohtajana toimi kehittämistyön tekijä. Hän kirjoitti muistion työryhmätyöskentelyn etenemisestä joka tapaamisella. Työryhmätyöskentely alkoi tavoitteen määrittelyllä ja todettiin, että tavoitteena työryhmällä on tuottaa hoitotyön kirjaamiseen minimikriteeristö. Käytiin läpi hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö ja HUS:n ohjeistukset kirjaamiseen. Selvennettiin, miksi on hyödyllistä sekä potilaalle että hoitajalle hoitotyön ydintietojen kirjaamisen tapahtuminen suositusten mukaan. Lapsipoliklinikapotilaan hoitotyön ydintietojen määrittelyyn käytettiin runsaasti aikaa kahdella ensimmäisellä tapaamisella. Ydintietoja selkeytettiin kuvitteellisten potilasesimerkkien avulla ja välitehtäväksi sovittiin kuvitteellisten lisäesimerkkien keksiminen seuraavaan kokoukseen. Mahdollisia hoitotyön ydintietoihin kuulumattomia, tärkeiksi koettuja asioita polikliinisen lapsipotilaan kohdalla kartoitettiin. Nämä määrittelyt toimivat pohjana tuleville tapaamisille.

Työryhmän toisella tapaamiskerralla jatkettiin hoitotyön ydintietojen kartoittamista polikliinisesti hoidetun lapsipotilaan kohdalla. Mietittiin kirjaamisen sisältöä ja eri otsikoiden toimivuutta osaston hoitotyön kirjaamisessa. Esimerkkikirjauksien avulla kokeiltiin uusien otsikoiden käyttöä ja samalla testattiin kriittisesti otsikoiden käytettävyyttä. Todettiin, että kaikille tärkeiksi koetuille asioille samoin kuin hoitotyön ydintiedoille löydettiin sopiva otsikko. Päätettiin alustavasti uudet otsikot, jotka palvelevat hoitotyön ydintietojen kirjaamista. Näille otsikoille tullaan myöhemmässä vaiheessa hakemaan toimialamme kliinisen asiantuntijan hyväksyntä. Tuolloin myös suunniteltiin ja hyväksyttiin kirjaamisen minimikriteerien käyttöönoton aikataulu.

Työryhmän kolmannessa tapaamisessa kirjaamisen sisältöä pohdittiin edelleen lisäesimerkkien avulla. Muutostarvetta ei havaittu, joten minimikriteereiden ensimmäinen versio valmistui työryhmän päätöksellä. Minimikriteeristön käytön ohjeistus valmisteltiin kirjaamista suorittaville hoitajille jaettavaksi myöhemmin keväällä osastokokouksessa (Liite 9). Ohjeessa esitellään käyttöönotettavat otsikot ja sekä niiden alle kirjattavaa sisältöä. Lasten ja nuorten toimialan kliininen asiantuntija tutustui kirjaamisen työryhmän kehittämään minimikriteeristöön. Minimikriteeristö sai kliinisen asiantuntijan hyväksynnän eikä muutosten tarvetta esiintynyt. Kliininen asiantuntija korosti, että esitietojen ja keskeisten tietojen käyttöönotto potilaan hoidon suunnittelemiseksi on tärkeää. Lasten

ja nuorten sairauksien toimialalla kyseiset näkymät ovat käytössä ja tavoitteena on yhtenäistää kirjaamiskäytäntö koko toimialalle. Tuolloin sovittiin, että hoitotyön yhteenvedon käyttöönotto osastolla tehdään myöhemmin, kun kirjaamisen minimikriteerit on ensin implementoitu.

Toukokuun alkupuolella pidettiin osastokokous, jossa esiteltiin minimikriteerien ensimmäinen versio kirjallisen ohjeen ja potilasesimerkin avulla osaston sairaanhoitajille ja sihteereille. Minimikriteereistä keskusteltiin vilkkaasti ja kriittisesti. Työryhmän jäsenet vastasivat lukuisiin kysymyksiin ja keskustellen läpikäytiin erilaisia potilaita sekä heidän hoitotyön kirjaamista uusien otsikoiden kanssa. Kokouksessa sovittiin, että minimikriteerien käyttöönottokokeilu alkaa kestäen kaksi viikkoa. Kahden viikon käyttökokeilun jälkeen kokoonnuttiin keskustelemaan käyttökokemuksista. Kliininen asiantuntija osallistui keskusteluun. Kävi ilmi, että otsikko ”toimenpiteen aikainen hoito ja seuranta” oli koettu haastavaksi lähinnä neurologisten potilaiden hoidossa. Keskusteltiin otsikon sisällöstä ja sen käyttömahdollisuuksista. Esitietojen käytössä oli ollut epäselvyyttä. Kliininen asiantuntija selkeytti asiaa kertomalla, että esitiedot ovatkin hoitokertomuskohtaisia. Näinollen esitiedot täytetään potilaasta aina eri palvelukokonaisuuden yhteydessä. Tämä seikka herätti kokoukseen osallistuneissa vahvoja mielipiteitä, koska esitietojen käyttö koetaan turhauttavaksi. Esitiedot-välilehti on mielipiteiden mukaan kankeakäyttöinen pitkä otsikolista, josta on vaikeaa löytää tietoa. Kokouksessa sovittiin, että esitietoja täytetään soveltuvien osin, jos se palvelee potilaan hoitoa ja hoitotyötä. Sovittiin myös, että hoitotyön kirjaamista jatketaan muilta osin minimikriteereitä käyttäen.

Minimikriteerien käytön juurruttamiseksi osastolle jokapäiväiseen käyttöön on käyttöönoton jälkeen pidetty kolme osastokokousta. Jokaisessa kokouksessa on keskusteltu potilasesimerkein uusien otsikoiden käytöstä ja etenkin niiden sisällöstä. Ensimmäisessä, minimikriteerien käyttöönottoa seuraavassa osastokokouksessa kysyttiin, voiko otsikoita vaihtaa tiettyjen potilaiden kohdalla. Todettiin, että vaihtaminen olisi mahdollista mutta pyritään pitäytymään yhdenmukaisissa otsikoissa, jotta kirjaaminen säilyy yhtenäisenä.

Jotta hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristö juurtuisi käyttöön Jorvin lastentautien poliklinikalle jokapäiväiseen hoitotyöhön, sovimme työelämäedustajan kanssa keskusteluvamme työyhteisössä säännöllisesti sen käytöstä sekä hyödyistä että mahdollisista koe-
tuista ongelmista. Työryhmän jäsenet jatkavat osastolla minimikriteeristön käyttöön kannustajina ja rohkaisijoina sekä tarjoavat tukea ongelmatilanteissa. Työryhmän työskentelyn tarkempaa aikataulullista etenemistä kuvataan liitteessä 10.

4.4 Kirjaamisen analyysi minimikriteeristön käyttöönoton jälkeen

Kirjaamisen minimikriteeristön valmistuttua ja sen oltua käytössä 3 kuukauden ajan, analysoitiin 100 potilaan hoitokertomus kirjattujen ydintietojen osalta samojen kysymysten avulla kuin ensimmäisen analyysin kohdalla. Otos kerättiin tässä tutkimuksessa eri tavalla kuin ensimmäisen analyysin aikana. Koska minimikriteeristö oli ollut käytössä vasta 3 kuukauden ajan, joka viidennen potilaan hoitokertomuksen valinta takautuvasti olisi vienyt otoksen keruun liian lähelle minimikriteeristön käyttöönottoa eikä tutkimusasetelma olisi ollut luotettava (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 105). Nyt sen sijaan kerättiin analyysipäivästä takautuvasti menneisyyteen järjestyksessä sadan potilaan hoitokertomukset. Kun nämä hoitokertomukset oli analysoitu, tuloksia verrattiin ensimmäisestä analyysistä saatuihin tuloksiin.

5 Tulokset

Seuraavassa esitellään ensin Swot-analyysistä saadut tulokset eli sairaanhoitajien näkemykset kirjaamisesta. Vastaukset käydään läpi yksi Swot-analyysin nelikenttä-alue kerrallaan. Selittävää tekstiä seuraa asiaa havainnollistava taulukko, jossa on esitelty vastaukset luokittain. Alkuperäisilmaukset on jätetty esittelystä pois vastaajien anonymiteetin turvaamiseksi, koska yksittäisistä alkuperäisilmauksista olisi voinut olla mahdollista tunnistaa yksittäinen vastaaja. Sen jälkeen esitellään ensimmäisestä hoitokertomusanalyysistä saadut tulokset. Hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit eli työryhmätyöskentelyn tulokset ovat vuorossa seuraavana. Minimikriteereitä seuraa vielä toisesta hoitokertomusanalyysistä saadut tulokset.

5.1 Sairaanhoitajien näkemykset kirjaamisesta

Sairaanhoitajien antamat vastaukset Swot-analyysiin vaikuttivat kirjaamisen minimikriteerien kehittämiseen. Vastauksista työryhmä sai tietää, mihin asioihin kirjaamisessa osaston sairaanhoitajat toivovat parannuksia ja mitkä asiat nähdään olevan hyvin. Swot-analyysin vastaukset toimivat tässä kehittämistyössä osaston sairaanhoitajien mielipiteiden ilmaisijoina. Työryhmä huomioi vaikuttamismahdollisuuksiensa mukaiset asiat. Muut vastaukset jäävät osastolle tietoon tulevaisuuden toimintaa suunniteltaessa.

Swot-analyysin vastauksissa kirjaamisen tämänhetkisistä vahvuuksista koostui neljä alaluokkaa. Näitä ovat kirjaamisen laadukkuus, kirjaamisen rakenteisuus, kirjaamisen tärkeys ja kirjaamisen persoonallisuus. Hoitotyön kirjaaminen osastolla on vastausten mukaan laadukasta. Vastaajat näkevät, että osastolla työskentelee ammattitaitoista henkilökuntaa. Ammattitaitoisuus vaikuttaa hoitotyön kirjaamisen laadukkuuteen positiivisesti, koska silloin henkilökunta osaa kirjata potilaslähtöisesti sekä yksilöllisesti välittäen lapsen ja perheen kokemuksen. Kirjaamisen laadukkuutta ylläpitää hyvän hoidon kriteereihin ja hoitoisuusluokitukseen tukeutuminen kirjaamisessa. Rungas vuorovaikutus kirjaamiseen liittyvissä ongelmissa sairaanhoitajien kesken vaikuttaa kirjaamiseen laadukkuutta lisäävästi.

Kirjaamisen rakenteisuus eli otsikoiden käyttö on vastaajien mukaan yksi kirjaamisen vahvuuksista. Kirjaamisen sisällön samankaltaisuus ja yhteneväisyys eri hoitajien kirjaauksissa helpottaa potilaiden tiedon käsittelyä. Otsikot ovat osastolla yhtenäiset sekä tutut jo neljän vuoden ajalta, mikä vastaajien mielestä liittyy kirjaamisen vahvuuksiin. Kirjaamisen tärkeyden ymmärtäminen on vastausten mukaan yksi kirjaamisen vahvuuksista. Kirjaamiseen ollaan osastolla motivoituneita ja kirjaamisen merkitys hoitotyön todentajana ymmärretään. Vastaajat kokevat, että kirjaamisen persoonallisuus liittyy kirjaamisen vahvuuksiin. Yksilöllisyyden salliminen kirjaamisessa sekä kirjaamisen sisällön rajoittamattomuus nähdään positiivisina kirjaamisen vahvuuksina.

Taulukko 4. Sairaanhoidajien näkemykset kirjaamisen vahvuuksista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Ammattitaitoisuus	Kirjaamisen laadukkuus	Kirjaamisen vahvuudet	Sairaanhoidajien näkemykset kirjaamisesta
Potilaslähtöisyys			
Yksilöllisyys			
Lapsen kokemuksen välittyminen			
Perheen kokemuksen välittyminen			
Hyvän hoidon kriteereihin tukeutuminen			
Hoitoisuusluokitukseen tukeutuminen			
Vuorovaikutuksellisuus			
Sisällön samankaltaisuus	Kirjaamisen rakenteisuus		
Otsikoiden tutuus			
Otsikoiden yhteneväisyys			
Kirjaamiseen motivoituneisuus	Kirjaamisen tärkeys		
Kirjaamisen merkityksen ymmärrys hoitotyön todentajana			
Kirjaamisen yksilöllisyyden sallivuus	Kirjaamisen persoonallisuus		
Kirjaamisen rajoittamattomuus			

Sairaanhoitajien vastauksissa kirjaamiseen liittyvistä heikkouksista muodostui kolme alaluokkaa. Nämä ovat kirjaamisen sisältö, resurssiriippuvaiset heikkoudet ja kirjaamisen arvostuksen puute. Kirjaamisen heikkouksien nähdään useimmin liittyvän kirjaamisen sisältöön. Oleellisten, tärkeiden kirjattavien asioiden löytymisen vaikeus ja kirjaamisen epäyhtenäisyys koetaan vastauksissa kirjaamisen heikkouksina. Hoitosuunnitelmien puute osastolla sekä niukka kirjaaminen vaikuttavat kirjaamiseen laatua heikentävästi. Kirjaaminen koetaan tehtäväkeskeisenä. Päällekkäinen kirjaaminen eli saman asian kirjaaminen kahteen tai useampaan paikkaan nähdään vastauksissa kirjaamisen heikkoutena. Vastausten mukaan potilaan näkemyksen kirjaamisessa koetaan olevan puutteita. Potilaan ja hänen perheensä saaman emotionaalisen tuen tai voimakkaina ilmenneiden tunnereaktioiden kirjaaminen koetaan vaikeana ja puutteellisena.

Resurssiriippuvaiset heikkoudet liittyivät henkilökunnan vaihtumiseen ja sen myötä puutteisiin uusien sairaanhoitajien perehdyttämisessä. Puutteellinen perehdytys hoitotyön kirjaamiseen vähentää kirjaamisen laadukkuutta. Kiire vaikuttaa vastausten mukaan kirjaamisen laatuun heikentävästi kahdella tavalla: kirjaamista ei ehditä kehittämään ja kiireen vuoksi joudutaan joskus kirjaamaan potilaan hoitoon liittyviä asioita jälkikäteen. Kirjaamisen arvostuksen puute koetaan vastausten perusteella yhtenä kirjaamiseen liittyvänä heikkoutena. Vastaajat kokevat, että kaikki työntekijät eivät sitoudu yhteisiin kirjaamisen sääntöihin. Kirjaamisen merkityksen ymmärtämättömyys tunnistetaan myös kirjaamiseen kohdistuvana heikkoutena.

Taulukko 5. Sairaanhoitajien näkemykset kirjaamisen heikkouksista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Oleellisen kirjattavan löytymisen vaikeus	Kirjaamisen sisältö	Kirjaamisen heikkoudet	Sairaanhoitajien näkemykset kirjaamisesta
Kirjaamisen epäyhtenäisyys			
Hoitosuunnitelmien puute			
Kirjaamisen niukkuus			
Kirjaamisen tehtäväkeskeisyys			
Päällekkäinen kirjaaminen			
Potilaan näkemyksen kirjaamisen puute			

Emotionaalisen tuen kirjaamisen vaikeus			
Voimakkaiden tunnereaktioiden kirjaamisen vaikeus			
Henkilökunnan vaihtuvuus	Resurssi- riippuvaiset heikkoudet		
Kirjaamiseen perehdyttämisen puute			
Kirjaamisen kehittämisen puute			
Jälkikäteen kirjaaminen kiireen vuoksi			
Kirjaamisen sääntöihin sitoutumattomuus	Kirjaamisen arvostuk- sen puute		
Kirjaamisen merkityksen ymmärtämättömyys			

Kirjaamiseen liittyvät tulevaisuuden mahdollisuudet liittyvät vastauksissa tiiviisti kirjaamisen kehittämiseen. Minimikriteerien kehittäminen ja niiden käyttöönoton myötä kirjaamisen yhtenäistyminen nähdään vahvana kirjaamisen laadukkuuden lisäämisen mahdollisuutena. Koulutuksen lisääminen ja tietotekniset uudistukset tuovat vastausten mukaan uusia, positiivisia mahdollisuuksia kirjaamiseen. Esimiesten lisääntyvä tuki ja panostus kirjaamisen kehittämiseen nähdään tulevaisuuden mahdollisuutena.

Taulukko 6. Sairaanhoidtajien näkemykset kirjaamisen mahdollisuuksista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Minimikriteerien kehittäminen	Kirjaamisen kehittäminen tulevaisuu- dessa	Kirjaamisen mahdollisuudet	Sairaanhoidtajien näkemykset kir- jaamisesta
Kirjaamisen yhtenäistyminen			
Kirjaamisen koulutuksen lisääminen			
Tietotekniset uudistukset			
Esimiesten lisääntyvä tuki kirjaamisen kehittämiseen			

Kirjaamiseen liittyviä tulevaisuuden uhkia tunnistettiin vastauksissa kolmeen luokkaan liittyen. Niitä ovat resursseihin liittyvät uhat, tietojärjestelmiin liittyvät uhat ja kirjaamiseen sitoutumattomuus. Resursseihin liittyviä uhkia nähdään olevan mahdollinen hoitajamiehityksen vähäisyys, jonka myötä ajanpuute uhkaa kirjaamisen laadukkuutta. Tietojärjestelmiä koskevia uhkia koetaan olevan tietojärjestelmien toimimattomuus, niiden päällekkäisyys sekä niiden riittämättömyys. Tulevaisuuden uhkana nähdään lisääntyvä sitoutumattomuus kirjaamiseen. Tämä voi johtua vastaajien mukaan kirjaamisen tärkeyden ymmärtämättömyydestä sekä siitä, että kirjaamisen minimikriteerit eivät sovellukaan lapsipotilaan hoitoon, jolloin kiinnostus kirjaamiseen hiipuu.

Taulukko 7. Sairaanhoidajien näkemykset kirjaamisen uhista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Hoitajien vähäisyys	Resursseihin liittyvät uhat	Kirjaamisen uhat	Sairaanhoidajien näkemykset kirjaamisesta
Ajanpuute			
Tietojärjestelmien toimimattomuus			
Tietojärjestelmien päällekkäisyys	Tietojärjestelmiin liittyvät uhat		
Tietojärjestelmien riittämättömyys			
Kirjaamisen merkityksen ymmärtämättömyys		Kirjaamiseen sitoutumisen uhat	
Minimikriteerien epäsopivuus lapsipotilaalle vähentää sitoutumista kirjaamiseen			

5.2 Ensimmäisen hoitokertomusanalyysin tulokset

Hoitokertomusten ensimmäinen analyysi (analyysi 1) toteutui suunnitellusti helmikuussa 2016, Swot-analyysin toteutuksen jälkeen. Hoitokertomusten ensimmäisen analyysin tavoitteena oli saada tietää, mitä hoitotyön ydintietoja osastolla kirjataan hoitokertomukseen ennen kirjaamisen kehittämistä ja kuinka usein. Hoidon tarve oli kirjattu lähes jokaisessa hoitokertomuksessa. Hoidon tavoite oli kirjattu neljäsosassa hoitokertomuk-

sista. Hoidon suunnittelu oli kirjattu puolella hoitokertomuksista. Hoidon toteutus oli kirjattu lähes jokaisessa hoitosuunnitelmista, kuten myös hoidon tuloskin. Potilaan hoitoisuuden kirjaaminen puuttui vain yhdestä hoitosuunnitelmasta. Sen sijaan hoitotyön yhteenvetoa ei oltu tehty yhdessäkään tilanteessa, jossa hoito siirtyi toiseen hoitolaitokseen tai päättyi.

Taulukko 8. Hoitotyön ydintietojen esiintyvyyden analyysissä 1.

Hoitotyön ydintieto	Esiintyvyyden prosentti
Hoidon tarve	94%
Hoidon tavoite	25%
Hoidon suunnittelu	56%
Hoidon toteutus	97%
Hoidon tulos	98%
Hoitoisuus	99%
Hoitotyön yhteenveto	0%

5.3 Hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit Jorvin lastentautien poliklinikalle

Työryhmän työskentelyn tavoitteena oli kehittää hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit Jorvin lastentautien poliklinikalle. Tavoitteen mukaisesti minimikriteeristö kehitettiin ja otettiin osastolla käyttöön. Minimikriteerien sisältämien uusien otsikoiden myötä mahdollistuu hoitotyön ydintietojen kirjaaminen potilaan hoitokertomukseen. Taulukossa 9 esitellään minimikriteerien myötä käyttöönotetut otsikot.

Taulukko 9. Minimikriteerien myötä käyttöönotetut otsikot

Hoitotyön prosessin vaihe	Otsikko
Koko hoitajakson hoitosuunnitelma	Keskeiset tiedot - Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät
Päivittäisen hoidon suunnitelma	Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät
Päivittäisen hoidon toteutus	Toimenpiteen aikainen hoito ja seuranta
Päivittäisen hoidon toteutus	Potilaan/läheisen ohjaus ja tukeminen
Päivittäisen hoidon toteutus	Jatkohoito
Päivittäisen hoidon arviointi	Ammattihenkilön arvio hoidosta
Päivittäisen hoidon arviointi	Hoitoisuus poliklinikalla, PoliHoiq

Potilaan koko kyseistä hoitajaksoa koskeva hoidon tarve, tavoite ja keinot kirjataan keskeiset tiedot-näkymälle. Tämä hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan ja perheen kanssa miettien lapsen tarvetta hoidolle sekä tavoitetta, johon lapsi ja perhe toivoo hoidolla pääsevänsä. Keskeiset tiedot – näkymästä ilmenee näin yhdellä silmäyksellä lapsen kyseistä terveysongelmaa koskeva hoitotyön suunnitelma. Lapsen ja perheen haastattelussa mahdollisia jatkohoidon kannalta oleellisia esiin tulleita taustatietoja kirjataan esitiedot-näkymälle. Esitietoihin voi kirjata esimerkiksi nykyiseen terveysongelmaan liittyviä aikaisempia tapahtumia, hoitotietoja ja esimerkiksi potilaan ajatuksia tämänhetkisestä tilastaan. Esitiedot-näkymän käyttö on hoitajan harkinnassa ja hän arvioi, palveleeko mahdollinen merkinnän teko esitietoihin potilaan jatkohoidon sujuvuutta ja potilas-turvallisuutta. Minimikriteerit eivät edellytä esitietojen käyttöä.

Lapsen yksittäiselle käynnille asetetut tarpeet, tavoitteet ja auttamiskeinot kirjataan päiväkohtaiselle näkymälle valiten sieltä otsikoksi ”Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät”. Tämän otsikon alle kirjataan kyseisen käynnin tarve, tavoite sekä keinot, joilla tavoitteeseen päästään. Tarve koskee tätä yksittäistä käyntiä ja vastaa kysymykseen, mitä tänään on tarkoitus tehdä, jotta lapsen terveysongelma helpottaisi tai pienenesi. Tämä päivittäistä käyntiä koskeva, pienempi osatavoite tavoite auttaa saavuttamaan koko hoitajakson päätavoitteen. Päivittäisiä tavoitteita voi olla useampia kuin yksi. Saman otsikon alle kirjataan myös keinot, joilla kyseisenä päivänä tavoitteisiin päästään. Lisäksi kirjataan lapsen tämänhetkinen vointi kokonaisuudessaan eli se, mitä lapsi ja perhe itse kertovat tilanteestaan koskien lapsen terveysongelmaa.

Toimenpiteen aikainen hoito ja seuranta – otsikon alle kirjataan käynnillä tapahtuvat hoitotyön toiminnot ja niiden sujuminen. Esimerkiksi hoitajan suorittamat erilaiset mittaukset ja lapsen suhtautuminen niihin voidaan kirjata tähän. Lapsen ja hänen perheensä ohjaus ja tukeminen on merkittävä osa poliklinikalla tapahtuvaa hoitotyötä. Potilaan ja/tai läheisen ohjaus ja tukeminen- otsikko tarjoaa nyt sisällöltään sopivan kohdan tämän työn kirjaamiseen. Tähän voidaan kirjata laajasti esimerkiksi uuden lääkkeen opetteluohjaus tai emotionaalisen tuen tarjoaminen perheelle. Jatkohoito-otsikko ohjaa kirjaamaan päivittäisen hoidon toteutusta sovitun jatkohoidon muodossa. Lapsen ja hänen perheensä näkemys käynnin sujumisesta ja hoidon edistymisestä kuten myös lasta hoitaneen hoitajan arvio kyseisestä käynnistä kirjataan Ammattihenkilön arvio hoidosta- otsikon alle. Tämä hoidon arviointi sisältää esimerkiksi annetun ohjauksen onnistumisen ja

arvion siitä, miten uusi tieto otettiin vastaan. Hoitoisuusluokitustaulukko PoliHoiQ on mukana omana otsikkonaan kirjaamisen minimikriteereissä tärkeänä hoidon arvioinnin ja potilaan hoitoisuuden mallintajana.

Minimikriteeristön implementointi on pitkään jatkuva prosessi ja kirjaamisesta kumpuaan kysymyksiin tullaan palaamaan osastolla säännöllisesti osastokokousten yhteydessä työelämäohjaajan tuella. Hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit tuottavat hoitotyön kirjaamisen sisältöön näkyviin hoitotyön prosessimallin mukaista päätöksentekoa. Hoitotyön osuus potilaan hoidossa ilmentyy näin selkeämmin, hoidon jatkuvuus turvataan ja potilasturvallisuus sekä hoitotyön tekijän oikeusturva paranevat.

5.4 Toisen hoitokertomusanalyysin tulokset

Syyskuussa analysoitiin suunnitelman mukaan sadan Jorvin lastentautien poliklinikalla hoidetun lapsen hoitokertomukset (analyysi 2). Hoitotyön kirjaamisen minimikriteerit olivat tuolloin olleet käytössä noin kolme kuukautta. Vaikka kliinisen asiantuntijan kanssa oli sovittu, että hoitotyön yhteenvetoa ei nyt liitetä kirjaamisen minimikriteereihin, on tässä toisessakin analyysissä tarkasteltu myös hoitotyön yhteenvedon mahdollista esiintyvyyttä analyysisuunnitelman mukaisesti. Näin olisi tullut ilmi, jos hoitotyön yhteenvetoja olisikin osastolla tehty.

Toisen analyysin tulokset osoittivat, että hoidon tarve oli kirjattu 90%:ssa hoitokertomuksista. Hoidon tavoite oli kirjattu lähes puolessa hoitokertomuksista. Hoidon suunnittelu oli kirjattu noin kolmessa neljästä hoitokertomuksesta. Hoidon toteutuksen kirjaus puuttui vain yhdestä hoitosuunnitelmasta. Hoidon tulos oli kirjattu lähes jokaiseen hoitosuunnitelmaan, kuten myös potilaan hoitoisuus. Hoitotyön yhteenvetoa ei ollut tehty yhdessäkään tilanteessa, jossa hoito siirtyi toiseen hoitolaitokseen tai päättyi. Taulukossa 10 esitellään ensimmäisestä sekä toisesta analyysistä saadut tulokset rinnakkain vertailun helpottamiseksi.

Taulukko 10. Hoitotyön ydintietojen esiintyvyyden analyysissä 1 ja 2.

Hoitotyön ydintieto	Esiintyvyyden prosentti	
	Analyysi 1	Analyysi 2
Hoidon tarve	94%	90%
Hoidon tavoite	25%	43%
Hoidon suunnittelu	56%	74%
Hoidon toteutus	97%	99%
Hoidon tulos	98%	96%
Hoitaisuus	99%	98%
Hoitotyön yhteenveto	0%	0%

6 Pohdintaa

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli yhtenäistää hoitotyön kirjaamista sekä lisätä hoitotyön ydintietojen kirjaamisen toteutumista Jorvin lastentautien poliklinikalla. Tarkoituksena oli kehittää työryhmätyöskentelyn avulla Jorvin lastentautien poliklinikalle hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristö, jota käyttämällä hoitotyön ydintietojen kirjaaminen lisääntyy ja kirjaaminen osastolla yhtenäistyy. Laadukkaalla hoitotyön kirjaamisella on monia etuja. Yksi tärkeimmistä hyödyistä on potilaan hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Samalla kirjaamisen käytettävyys osastolla paranee sekä suoritettua kirjaamista voidaan hyödyntää Kansallisen Terveysarkiston kautta. Yhtenäinen ja hoitotyön ydintiedot sisältävä kirjaaminen vastaa hoitotyön kirjaamista ohjaavien lakien vaatimuksiin sekä parantaa hoitotyöntekijän oikeusturva suoritettua hoitotyön todentajana. Kehittämistyössä työntekijöiden asiantuntijuuden huomioiminen ja yhdessä kehittäminen varmistavat muutoksen olevan työelämälähtöistä ja toteuttamiskelpoista. Tässä kehittämistyössä Swot-analyysillä kerätyt näkemykset kirjaamisesta sekä keskustelut osastokokouksissa toteuttivat yhdessä toimimisen periaatetta.

6.1 Tulosten tarkastelua

Vuodesta 2012 asti poliklinikalla käytössä olleissa otsikoissa ei ollut hoidon päivittäissuunnittelua tai tavoitteita kuvaavaa otsikkoa. Näin ollen nämä hoitotyön prosessin vaiheet on kirjattu sellaisten otsikoiden alle, jotka eivät kuvaa tätä sisältöä oikein. Sähköinen ja rakenteinen kirjaaminen on kuitenkin otettu käyttöön valtakunnallisesti sekä HUS:ssa siksi, että tieto löytyisi yhtenäisesti oikeasta paikasta, oikean otsikon alta. Työryhmätyöskentelyn lopputuloksena kehitetyn minimikriteeristön oltua käytössä noin kolmen kuukauden ajan oli sekä hoidon tavoitteiden että hoidon suunnittelun kirjaaminen lisääntynyt noin viidenneksellä entisestä määrästä. Näinollen voidaan päätellä, että kehittämistyön menetelmät olivat lisänneet hoitotyön ydintietojen kirjaamista. Hoitotyön yhteenvetojen tekemisen tiheyttä analysoidessa ilmeni, ettei niitä tehdä lainkaan Jorvin lastentautien poliklinikalla tällä hetkellä. Lasten ja nuorten toimialan kliinisen asiantuntijan päätöksellä hoitotyön yhteenvedot otetaan käyttöön myöhemmin. Näin kirjaamisen uudistuksia saadaan porrastettua ja edellinen muutos ehditään rauhassa omaksua.

Hoitotyön kirjaamista suorittavien sairaanhoitajien näkemykset kirjaamisen tilasta osastolla toivat monipuolisesti esiin erilaisia näkökulmia. Swot-analyysin vastauksissa kirjaamisen vahvuutena koetaan olevan kirjaamisen laadukkuus. Osaston sairaanhoitajat arvostavat toisiaan hoitotyön ammattilaisina, joilla on hyvä näkemys ja ymmärrys lapsipotilaan hoidosta. Hoitotyön kirjaamisessa osataan vastausten mukaan huomioida lapsen ja hänen perheensä yksilöllisyys sekä heidän kokemuksensa hoidosta. Lapsen hoitotyö sisältää lapsen turvallisuudentunteen huomioimisen tärkeänä osana hoidon etenemistä. Lapsen kohtaaminen ja hänen kanssaan keskusteleminen ikätasoisesti pelon aiheisiin tutustuen auttaa vähentämään sairaalaan liittyviä pelkoja, joita yli 90 prosenttia lapsista kokee. (Salmela 2010: 51; Wennström – Hallberg – Bergh 2007: 104.) Kuitenkin Swot-analyysin kirjaamisen heikkoudet - osiota tarkasteltaessa huomataan, että tarjotun ja annetun emotionaalisen tuen kirjaaminen sekä lapsen tai hänen perheenjäsentensä voimakkaiden tunnereaktioiden kirjaaminen koetaan osastolla vaikeaksi. Aiemmissa polikliinistä kirjaamista kuvaavissa tutkimuksissa tunnistetaan tämä sama vaikeus. Potilaan ohjaus sekä emotionaalinen huomiointi ja auttaminen ovat aiemmissa tutkimuksissa näkyneet kirjaamisessa heikoimmin (Tiusanen 2007: 47; Ylöstalo-Laine 2006: 32). Kirjaamisen minimikriteerien käyttöönoton myötä on osastolla otettu käyttöön otsikko ”potilaan/läheisen ohjaus ja tukeminen”. Tämä otsikko ohjaa kirjaamaan vaikeina koettuja ohjauksellisia tekijöitä että lapsen ja perheen emotionaalisia ulottuvuuksia. Aiemmin tämän kaltaista otsikkoa ei ole ollut käytössä ja potilaan ohjausprosessi sekä emotionaalinen tuen tarve on kirjattu kirjaamista suorittavan henkilön itse päättämän otsikon alle. Kuitenkin polikliinisen hoitotyön merkittävä osuus sisältyy juuri potilaan ohjaukseen, opetukseen, kannustukseen ja tukemiseen. (Tiusanen 2007:50; Ylöstalo-Laine 2006: 42.)

Vastauksista ilmeni, että hoitajat keskustelevat kirjaamisesta keskenään puiden ongelmatilanteita yhdessä. Mielipiteiden vaihto ja kokemusten jakaminen on positiivinen piirre työyhteisössä ja sen myötä vaikeiden asioiden kirjaamiseen löytyy tukea ja rohkaisua kollegoilta. Myös Ylöstalo- Laineen tutkimuksessa todettiin hoitajien vuorovaikutuksen lisääntyneen sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä (Ylöstalo- Laine 2006: 34).

Kirjaamiseen liittyvänä vahvuutena hoitajat näkevät kirjaamisen rakenteellisuuden eli otsikoiden käytön. Otsikot ohjaavat kirjaamista ja sähköiseen kirjaamismuotoon siirryttyä on kirjaamisen sisältö jo jäsentynyt yhtenäisemmäksi kuin manuaalisen kirjaamisen aikana. Hoitajat ovat myös aiemmissa tutkimuksissa arvostaneet sähköistä, rakenteista kirjaamista muun muassa sen tarkkuuden, selkeyden ja tiedonvälityksen helppouden

vuoksi (Kossmann – Scheldenhelm 2008: 75; Ylöstalo- Laine 2006: 22; Nykänen - Viitanen – Kuusisto 2010: 35).

Poliklinikalla hoitotyön kirjaamisessa ovat olleet samat otsikot käytössä neljän vuoden ajan, eikä niihin ole tullut muutoksia. Jokainen hoitaja on tottunut kirjaamaan omalla tavallaan tärkeiksi näkemiään asioita. Persoonallisuus ja ”säännöttömyys” kirjaamisessa oli Swot-analyysin vastauksissa luokiteltu vahvuudeksi. Myös kirjaamisen tuttuus ja muuttumattomuus nähtiin kirjaamisen vahvuuksina. Muutos tähän tuttuuteen on kuitenkin välttämätön, jotta voidaan vastata hoitotyön kirjaamiselle asetettuihin vaatimuksiin. Näiden positiivisina koettujen asioiden muuttuminen ja muuttaminen on iso haaste. Kirjaamisen kehittäminen sisältää paitsi kirjattavan sisällön kehittämistä, myös asenteellisen ilmaston kehittämistä ja innostuksen löytymistä kehitettävään asiaan. On todettu, että yhteistyön ja kehitysprojektiin osallistumisen kautta saadaan parempia tuloksia kuin uuden ohjeistuksen kehittämisessä ja implementoinnissa ilman työntekijöiden omaa osallistumista (Jeffries – Johnson – Nicholls – Lad 2011: 648). Koko henkilökunnan osallistaminen muutostyöhön luo yhteishenkeä, jossa jokainen kokee olevansa vaikutusvaltainen ja merkityksellinen yhteisön jäsen. Kehittämistyön yksi tärkeistä tavoitteista oli kaikkien sairaanhoitajien osallistaminen ja kehittämistyön tekeminen yhdessä.

Asennoituminen kirjaamiseen on lähtökohta sen onnistuneelle toteuttamiselle. Swot-analyysiin vastanneet ilmaisivat hoitajien asenteen kirjaamista kohtaan olevan sekä kirjaamisen heikkous että vahvuus. Toisaalta nähtiin, että kirjaamista arvostetaan hoitotyön todentajana ja siihen löytyy motivaatiota. Toisaalta taas kirjaamisen sääntöihin sitoutumattomuus ja kirjaamisen merkityksen ymmärtämättömyys oli havaittu kirjaamiseen liittyvänä heikkoutena. Tulevaisuuden uhkana nähtiin olevan negatiivinen asenteiden lisääntyminen kirjaamista kohtaan sitoutumattomuuden muodossa. Myönteinen asennoituminen auttaisi sähköisen kirjaamisen ja siinä tapahtuvien muutosten hyväksymistä osaksi jokapäiväistä hoitotyötä (Ylöstalo- Laine 2006: 34).

Sairaanhoitajien vastauksista ilmeni, että kirjaamiseen liittyvinä heikkouksina nähdään muun muassa kirjaamisen epäyhtenäisyys ja hoitosuunnitelmien eli potilaan hoitoprosessin näkyvyyden puute. Kehittämistyön liikkeelle laukaiseva voima oli juuri kirjaamisen sisällöllinen epäyhtenäisyys sekä epäily siitä, että osastolla suoritettavassa kirjaamisessa eivät tule kattavasti näkyviin potilaan hoitotyön prosessin mukaiset ydintiedot. Jos hoitotyön prosessi ei näy hoidettujen potilaiden kirjauksissa, missä sitten todentuu poli-

kllinikalla suoritettu hoitotyö? Tiusanen ja Ylöstalo-Laine ovat tutkineet poliklinikkapotilaan hoidon kirjaamisen tasoa. Huomattavimmat puutteet kirjaamisessa olivat yhteneväiset verrattuna tämän kehittämistyön ensimmäiseen analyysiin. Ylöstalo-Laineen tutkimuksessa viidesosan kirjaamisesta todettiin olleen kattavaa, tämän kehittämistyön analyysissä neljänneksessä hoitokertomuksista ydintiedot olivat kattavat. Puutteita esiintyi etenkin hoidon tavoitteiden ja suunnittelun kirjaamisessa. Kattavan ja kokonaisvaltaisen kirjaamisen puute heikentää poliklinikkatyölle oleellista hoidon jatkuvuutta. (Tiusanen 2007: 50; Ylöstalo-Laine 2006: 42).

Swot-analyyseissä ilmeni, että kirjaamisen heikkouksina koetaan olevan myös resursseista riippuvia seikkoja. Henkilökunnan vaihtuvuus ja perehdytys ovat oleellisia tapahtumia kirjaamisen laadussa. Jos uusien sairaanhoitajien perehdytys ei ole laadukasta, menetetään hoitotyön kirjaamisessa saavutettua kehitystä. Uuden hoitajan perehdyttämisessä tärkeää on myös kirjaamismyönteisen asenteen siirtäminen perehdyttävälle. Ajanpuute ja kiire näkyivät vastauksissa kirjaamisen heikkouksina. Kiire estää sairaanhoitajien omaa kirjaamisen kehittämistä esimerkiksi pienryhmissä tai tiimien sisällä. Ajanpuute pakottaa kirjaamaan potilaan asioita jälkikäteen, joka on ongelmallista tarkkuuden mahdollisesti kärsiessä. Voi olla vaikea muistaa tapahtumien ajankohtia sekä sitä, mitä juuri kyseisen potilaan kanssa keskusteltiin. Kuitenkin, vaikka ajanpuutteen vuoksi sairaanhoitajat joutuvat priorisoimaan työtään, tutkimuksen mukaan hoitajat arvostavat sähköistä kirjaamistapaa enemmän huolimatta siihen kuluva ajasta. (Kossmann – Scheldenhelm 2008: 75.)

Resurssiriippuvat tekijät, kuten hoitajien vähäisyys ja kiireen lisääntyminen nähdään myös uhkaavan kirjaamisen laatua tulevaisuudessa. Tietotekniikkaan liittyvät seikat, kuten niiden toimimattomuus, riittämättömyys ja niiden päällekkäisyydet mietittyvät vastaajia. Positiivisina tulevaisuudenkuvina nähtiin vastauksissa kirjaamisen kehittämisen mukanaan tuomat hyödyt. Tähän kehittämistyöhön nähtiin liittyvän tulevaisuuden hyötyä, koulutusta toivottiin lisää, esimiesten tukea toivottiin lisää ja tulevat tietotekniset uudistukset sisältävät uusia mahdollisuuksia. Laaja-alainen sosiaali- ja terveydenhuollon muutoshanke Apotti ja sen myötä HUS:ssa vuonna 2019 käyttöön tuleva uudenlainen kirjaamistietojärjestelmä tuo uudenlaista näkemystä myös potilastietojen kirjaamiseen (Apotti-aikaa ihmiselle n.d).

Kirjaamisen minimikriteeristön kehittäminen ja käyttöönotto paransivat kirjaamisen laatua hoitotyön ydintietojen osalta. Merkittävin muutos tapahtui potilaan hoidon tavoitteiden

ja suunnittelun kirjaamisen kohdalla kirjaamisten lisääntyessä noin viidenneksellä. Hoidon tavoitteet kirjataan tällä hetkellä 43 prosentissa kirjauksista ja hoidon suunnittelu 74 prosentissa kirjauksista. Muita hoitotyön ydintietoja eli hoidon tarvetta, toteutusta, tulosta sekä hoitoisuutta kirjataan potilaista tällä hetkellä noin yhdeksänkymmenprosenttisesti kuten jo ennen minimikriteereiden käyttöönottoa.

6.2 Kehittämistyöhön liittyvät eettiset kysymykset

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimus suoritetaan eettisesti hyväksytyllä tavalla. Helsingin julistus vuonna 1964 on ihmiseen kohdistuvan tutkimusetiikan kulmakivi ja se on muovannut lainsäädäntöä vuosikymmenten ajan. Tutkimuseettinen neuvottelukunta perustettiin vuonna 1991 ja se toimii opetus- ja kulttuuriministeriön asiantuntijaelimenä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt Suomeen hyvää tieteellistä toimintaa koskevan ohjeistuksen. Sen mukaan tutkijan rehellinen, huolellinen, tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja noudattava toiminta koko tutkimusprosessin ajan on osoitus hyvästä tutkimusetiikasta. Tutkimusta suorittava tutkija on itse vastuussa tutkimuksensa eettisesti ja moraalisesti kestävästä rakentumisesta ja toteutuksesta. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukainen kohtelu, oikeus tiedon saamiseen, tutkittavien vahingoittamisen välttäminen kaikin keinoin ja vastaajan yksityisyys ovat keskeisiä tutkimusetiikan painopisteitä. Tutkimuksen eettisyys sisältää tutkimuksen huolellisen suunnittelun. Suunnittelu paljastaa tutkimuksen mahdolliset negatiiviset vaikutukset tutkittaville. Negatiiviset seuraamukset on mahdollista ehkäistä tutkimussuunnitelmaa muokkaamalla. Huolellista eettistä pohdintaa vaati tilanne, jossa tutkijalla ja tutkittavilla on läheinen keskinäinen suhde, kuten ystävyys tai läheinen työtoveruus. Läheisyys voi vaikuttaa tutkittavien antamiin vastauksiin asenteiden ja motivaation kautta. Kehittämistyön etiikka sisältää myös käytäntöön sovellettavuuden ja hyödynnettävyyden arvion. Eettisesti vahvassa kehittämistyössä kohdataan kehitettävä asia rehellisesti ja uskalletaan ottaa kantaa, vaikka seuraukset olisivatkin sillä hetkellä epätoivottuja. Vaikeiden asioiden kohtaaminen ja käsitteleminen kehittämisprosessin aikana suuntaa kehittämistyötä kohti mahdollisimman laadukasta ja työelämässä hyödynnettävää lopputulosta. (Anttila 2006: 506, 511; Burns – Grove 2005:177; 181 - 194; Tuomi – Sarajärvi 2002: 128 - 130; Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d; WMA Declaration of Helsinki n.d.)

Tämän kehittämistyön aiheen valinnassa sekä tekoprosessissa vahvana eettisenä vaikuttimena oli potilaan hoidon laadukkuuden etiikka. Hyvän tekemisen etiikka edellyttää, että potilas saa hoitopaikassaan laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa (ETENE – julkaisuja 1, n.d). Hoitotyön kirjaaminen vaikuttaa vahvasti hoidon jatkuvuuden laadukkuuteen. Potilaan hoitoa koskevien asioiden systemaattinen kirjaaminen turvaa potilaan hyvän hoidon seuraavassa hoitopaikassa tiedon siirrettävyyden ansiosta. Tiedonkulku on Kansallisen terveysarkiston käyttöönoton myötä vieläkin merkityksellisemmässä asemassa, koska potilaan hoitoa koskevia tietoja käytetään jo kansallisella tasolla (Kanta).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaatiossa tulee opinnäytetyöllä aina olla tutkimuslupa (Johtajaylilääkäriin ohje 2/2015). Kehittämistyöhön haettiin tutkimuslupa tutkimussuunnitelman kera joulukuussa 2015 ja se hyväksyttiin tammikuussa 2016. Kehittämistyön toteutuminen mahdollistui Jorvin lastentautien poliklinikan hoitajien osallistumisella kehittämistyöhön. Kehittämistyön tekijä on töissä kyseisellä poliklinikalla. Tämän tosiasian eettisyyttä pohdittiin ohjaavan opettajan sekä työelämäohjaajan kanssa tutkimussuunnitelmaa tehdessä, jotta välttyttäisiin mahdollisilta eturistiriidoilta ja henkilösuhteiden vaikutukselta. Runsaat mielipiteet ja henkilökohtaisten näkemysten ilmaisut poliklinikan sairaanhoitajilta värittivät kehittämistyön etenemistä. Kehittämistyön tekijän tuttuus saattoi olla edistävänä tekijänä rohkeassa mielipiteiden ilmaisussa. Jos kehittämistyötä vetävä henkilö olisi ollut ulkopuolinen, olisi tämä runsas osallistuminen poliklinikan sairaanhoitajilta typistynyt niukemmaksi. Toisaalta, ulkopuolisen henkilölle mielipiteet ja omat näkemykset olisi ehkä esitetty koostetummin ja informatiivisemmassa muodossa.

Hoitotyön kirjaamista toteuttavia sairaanhoitajia pyydettiin tekemään Swot-analyysi koskien kirjaamisen sisältöä. Jos vastaus olisi joltakin jäänyt puuttumaan esimerkiksi poisolon vuoksi, olisi annettu mahdollisuus tehdä analyysi myöhemmin työajalla. Jos joku sairaanhoitaja ei olisi analyysia tehnyt, ei vastausta olisi lähdetty peräämään vaan olisi katsottu, että kyseinen henkilö valitsee olla osallistumatta Swot-analyysin tekoon. Vastaaminen tapahtui käsin kirjoittamalla, mutta kehittämistyön tekijä ei tunnistanut eri henkilöiden käsialoja, koska vuodesta 2012 asti kirjaaminen osastolla on tapahtunut sähköisesti. Swot-analyysista saadut vastaukset analysoitiin sisällönanalyysilla. Objektivisuuden säilyttäminen ja omien tulkintojen jättäminen analyysin ulkopuolelle oli eettisesti huomioitava tärkeä seikka, johon kehittämistyöntekijä keskittyi koko analyysin teon ajan. Yksittäisten hoitajien näkemykset eivät erotu vastausjoukosta, koska vastaukset pelkistettiin yleiskieliseen muotoon. Näin varmistettiin vastaajien tekemien analyysien säilyminen

anonyymeinä. Kehittämistyön lopullisestakaan raportista ei voida yksittäisten sairaanhoitajien vastauksia tunnistaa, koska pohdinnassa käsitellään vain Swot – analyysin vastausten pelkistettyjä vastauksia.

Potilaiden hoitokertomusten analysoinnissa ainoastaan HUS:ssa työskentelevä kehittämistyön tekijä näki potilaiden henkilötiedot ja terveysongelmat. Näitä henkilökohtaisia sairaskertomustietoja ei kirjattu ylös, vaan hoitokertomusten analysointi tapahtui manuaalisesti kynän ja paperin avulla. HUS:ssa käytössä olevassa Oberon-varausjärjestelmässä jokaisen potilaan varaus tallentuu erikoisalakohtaiselle varauskirjalle, jossa näkyy jokaisen potilaan käyntipäivämäärä ja kellonaika. Nämä päivämäärä- ja kelloaikatiedot kirjattiin analyysija tehtessä paperille, jotta analyysia voitiin jatkaa oikeasta otoksenkeruukohdasta ilman potilaan henkilötietojen kirjaamista. Tällä tavoin työskennellessä hoitokertomusten analysointi tapahtui täysin anonyymisti. Hoitokertomustekstejä ei ollut tarvetta tulostaa, joten paperisia potilastietoja ei jäänyt kehittämistyön jälkeen säilytettäväksi eikä niiden hävittämistä tarvinnut järjestää. Kehittämistyön tekijä teki hoitokertomusanalyysit poliklinikan tiloissa opintovapaansa aikana. Tämän kehittämistyön osalta haasteellista tutkimuseettisesti on se, etteivät potilaat ja heidän huoltajansa ole tienneet hoitosuhteensa aikana, että lapsen hoitokertomus osallistuu kehittämistyöhön. Jokaiseen mukaan otettuun hoitokertomukseen tehtiin merkintä tutkimukseen osallistumisesta ja lapsi tai hänen vanhempansa voivat halutessaan saada tietoa lapsen hoitokertomuksen osallistumisesta kehittämistyöhön.

Työryhmätyöskentelyyn osallistuminen oli vapaaehtoista ja työajalla tapahtuvaa. Kehittämistyön työelämänedustajana toimi Jorvin lastentautien poliklinikan apulaisosastonhoitaja. Hänen avullaan työryhmän kokoontumisajat sovittiin osastolla rauhalliseen ajankohtaan, joten erityisjärjestelyjä ryhmän toiminnalle ei tarvittu. Kehittämistyön tekijän roolin määrittely työryhmätyöskentelyssä oli haastavaa. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen eettisiin määritelmiin kuuluu tutkijan objektiivisuus. Työryhmätyöskentelyssä kuitenkin kehittämistyön tekijä oli täysivaltaisena jäsenenä mukana kehittämistyössä. Osallistuminen kehittämistyöhön on erään määritelmän mukaan tarkoituksenmukaista, koska kehittämistoiminnalla pyritään yhteiseen hyvään päämäärään (Toikko – Rantanen 2009: 91.) Kehittämistyön tekijän johdolla määriteltiin kehittämistyön tavoitteet ja tarkoitus sekä tutustuttiin asianmukaisiin lähdemateriaaleihin. Työryhmätyöskentely oli näinollen vahvasti kehittäjän ohjaamaa. Kehittämistyön tulos olisi eettisesti arvioituna voinut olla erilainen, jos kehittämistyön tekijän vaikutus ryhmän toimintaan olisi ollut vähäisempi tai jos kehittämistyön tekijä olisi ollut poliklinikan ulkopuolinen henkilö.

6.3 Kehittämistyön luotettavuus

Tässä kehittämistyössä on käytetty sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää. Näinollen kehittämistyön luotettavuutta on tarkasteltu molemmista näkökulmista läpi koko kehittämisprosessin. Myös tutkimuksellisen kehittämistoiminnan luotettavuuden arvioimiseksi on laadittu kriteerejä, joita tässä kehittämistyössä hyödynnetään.

6.3.1 Määrällisen tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta on perinteisesti arvioitu sen validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteetti tarkoittaa tutkimuksessa käytettyjen mittareiden ja koko tutkimusprosessin kykyä antaa tarkoituksenmukaisia tuloksia eli tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoituskin. Määrällisen tutkimuksen parissa voidaan verrata kerätyn tiedon vastaavuutta tai täydentävyyttä suhteessa vallalla olevaan teoriaan. Jos nämä samankaltaisuudet toteutuvat, on tutkimuksen tulos silloin validi. Tutkimuksen validiteettia tulee arvioida läpi koko tutkimusprosessin alkaen jo tutkimussuunnitelmasta, jotta päästään validiteetiltaan vahvaan lopputulokseen. Käsitevaliditeettia arvioitaessa tarkastellaan, ovatko tutkimusfilosofiset peruskysymykset ja sen myötä tutkimuksen teoreettinen lähestymistapa määritelty kattavasti. Tutkittavan ilmiön kattavaa mittaamista arvioidaan mittarin rakennevaliditeetilla. Looginen validiteetti tarkoittaa tutkijan omaa käsitystä ja arviota tutkimuksensa oikeellisuudesta. Tähän liittyy läheisesti sisäisen validiteetin käsite. Tutkimuksen sisäistä validiteettia arvioitaessa huomioidaan tuloksiin mahdollisesti vaikuttaneita ilmiöitä. Tällaisia ovat muun muassa aika, joka on voinut esimerkiksi muuttaa tutkittavien muistikuvaa tutkittavasta asiasta tai tutkittava ilmiö itsessään on saattanut muuttua ajan myötä. Mittaustapahtuma itsessään voi sisältää tutkimuksen validiteettia heikentäviä seikkoja, kuten tutkimuksen vaikutuksen osallistujien käytökseen. Otoksen mahdollisten vinoumien ennakointi sekä vastausten tai tutkittavien kadon ennakointi auttaa tutkijaa saattamaan tutkimuksensa laadukkaampaan lopputulokseen. Tutkimuksen ulkoista validiteettia tarkkailtaessa arvioidaan määrällisen tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä. Tutkimusaineiston ja aineiston analysoinnissa käytettyjen menetelmien keskinäistä sopivuutta eli aineistovaliditeettia lisää tutkijan päätöksentekoprosessin ja aineiston selkeä kuvaaminen. Tutkimuksen tulosten tarkoituksenmukainen hyödynnettävyys tulevaisuu-

dessa eli ennustearvo sisältyy ennustevaliditeetin arviointiin. Esimerkiksi kehitetyn mittarin kyky kartoittaa oikeita suureita voi joissain tapauksissa selvitä vasta tietyn ajan kuluessa. (Anttila 2006: 511; Burns – Grove 2005: 41, 215 – 219; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189 - 195.)

Tämän kehittämistyön metodien valintaa ohjasi tarve saada hoitotyön kirjattujen ydintietojen määrä mitattuun muotoon. Valmista mittaria hoitotyön ydintietojen kartoittamiseen ei löytynyt. Mittari eli hoitotyön ydintietoja kartoittavat kysymykset kehitettiin teorian tiedon perusteella. Mittarin validiteetti muodostui siis mittarin rakentamisesta aiemmin tutkittua tietoa hyödyntäen. Käsitevaliditeetti on tutkimuksessa tärkeä etenkin silloin, kun mittari on rakennettu olemassa olevan teorian tiedon perusteella (Anttila 2006: 515). Tässä kehittämistyössä pyrittiin määrittelemään kehitettävää ilmiötä eli hoitotyön kirjaamista koskevat käsitteet mahdollisimman laajasti ja monipuolisesti, jotta mittari kattaisi kaikki hoitotyön ydintietoja käsittelevät alueet. Analyyseissa etsittiin kirjattuja ydintietoja vain yhdeltä käyntipäivältä. Rakennevaliditeettia arvioitaessa voidaan pohtia, olisiko analyysi tuottanut erilaisia tuloksia jos olisi analysoitu useampia käyntitekstejä saman potilaan kohdalla. Toisaalta jokaisessa käyntitekstissä pitäisi löytyä kirjattuina hoitotyön ydintiedot, joten rakennevaliditeetti on näinollen riittävä tähän kehittämistyöhön. Hoitokertomusanalyysien sisäiseen validiteettiin vaikutti merkittävästi aika. Kahdesta analyysistä saatiin keskenään erilaiset vastaukset, koska intervention jälkeen sairaanhoitajat kirjasiivat hoitokertomuksiin minimikriteeristöä ohjeena käyttäen. Tämä oli kehittämistyön tarkoituskin, interventiolla pyrittiin vaikuttamaan ydintietojen esiintyvyyttä lisäävästi. Mitä tapahtuma eli hoitokertomusten analysointi kirjoitettua tekstiä läpikäymällä oli kehittämistyön tekijän eli analysoijan varassa. Analysoija henkilökohtaisesti teki päätöksen siitä, mikä on kussakin hoitokertomuksessa hoitotyön ydintieto. Teoriatieto yleisesti määritellyistä hoitotyön ydintiedoista oli antanut analysoijalle kykyä erottaa ydintieto muusta tiedosta, mutta kuitenkin päätös oli joka kerran henkilökohtainen ja persoonallinen. Jos analysoijia olisi ollut kaksi, olisi samasta aineistosta voitu saada erilaisia tuloksia. Mitä tapahtuman sisäinen validiteetti on aineiston keräämisen osalta kyseenalainen tässä kehittämistyössä. Analyyseista saadut tulokset olivat loogisia ja myötäilivät aiemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia, joten kehittämistyön tekijän oma arvio analyysien loogisesta validiteetista on vahva.

Ulkoinen validiteetti liittyy tulosten yleistettävyyteen (Anttila 2006: 514). Tämän kehittämistyön analyysien tuloksia ei voida suoraan yleistää eri sairaanhoidollisiin ympäristöi-

hin. Hoitotyön kirjaamista suorittavien sairaanhoitajien joukko on aina ainutkertainen. Jokaisen sairaanhoitajan kirjaamiseen vaikuttavat hänen omat henkilökohtaiset kokemuksensa, ammattitaitonsa sekä mielipiteensä. Näin kirjaaminen on joka osastolla yksilöllistä ja sen tutkiminen tuottaa joka kerran erilaisen tuloksen. Aineistovaliditeettia arvioitaessa pohditaan, kuinka hyvin aineiston analysointimenetelmä ja tutkimusaineisto vastaavat toisiaan (Anttila 2006: 514). Tässä kehittämistyössä analyyseista saadut vastaukset eli hoitotyön ydintiedot laskettiin lukumääräisesti. Näin saatiin tietää hoitotyön ydintietojen kirjaamistiheys. Kehittämistyön päätöksentekoprosessi ja aineiston analyysin toteuttamistapaan vaikuttaneet syyt on pyritty esittämään mahdollisimman selkeästi ja yksityiskohtaisesti, jotta lukija pystyy arvioimaan prosessin etenemistä. Aineistovaliditeettia arvioitaessa voidaan todeta, että jokin toinen aineiston analysointimenetelmä olisi voinut tuottaa kerätystä aineistosta mahdollisesti monipuolisempia ja kuvailevampia tuloksia.

Tutkimuksen reliabiliteettia arvioidaan perinteisesti kvantitatiivisten eli määrällisten tutkimusten kohdalla. Tutkimuksen reliabiliteettia arvioitaessa tarkkaillaan mittarin tai menetelmän kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida mittaamalla tutkimusilmiötä eri aineistoista käyttäen samaa mittaria. Tulosten samansuuntaisuus vahvistaa käytetyn mittarin reliabiliteettia. Tutkimuksen reliabiliteettia tarkastellaan etenkin siinä käytetyn mittarin reliabiliteettia kuvaavien ominaisuuksien osalta. Näitä ominaisuuksia ovat kongruenssi eli yhdenmukaisuus, mittarin tarkkuus ja objektiivisuus sekä ilmiön jatkuvuus. Yhdenmukaisuus tarkoittaa reliabiliteettia arvioitaessa sitä, miten tutkimuksessa käytetyt eri indikaattorit tai mittarit mittaavat samaa asiaa. Tulokset ovat sitä vakuuttavampia, mitä useampia mittareita on mahdollisuus käyttää. Mittarin tarkkuus arvioidaan mitattavan ilmiön toistuvalla mittauksella ja tulosten yhdenvertaisuudella. Mittarin objektiivisuus voidaan tarkistaa esimerkiksi kahta mittaajaa käyttämällä. Ilmiön jatkuvuus eli tulosten jatkuva samankaltaisuus todistetaan osoittamalla sen samankaltaisuus todistettavasti eri aikoina. Tässä onnistuttaessa voidaan ilmiön todeta olevan tyypillinen ja teoriaa vahvistava. Tutkimuksessa käytetyn mittarin kehittämisen, sen käytön sekä tulosten analysoinnin yhteydessä voi lisäksi syntyä erilaisia satunnaisvirheitä. Tällaisia satunnaisvirheitä ovat esimerkiksi väärinymmärrykset mittaria käytettäessä tai virheiden tapahtuminen vastauksia tallennettaessa. (Anttila 2006: 515 – 516; Burns – Grove 2005: 41, 374; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 517.)

Tässä kehittämistyössä hoitokertomusanalyysit tuottivat samankaltaisia tuloksia. Tode-
tut eroavaisuudet olivat odotettuja sekä toivottuja kehittämistyön tarkoituksen mukai-

sesti. Mittarin reliabiliteetin varmistamiseksi olisi voitu tehdä esimerkiksi useampia analyyseja ja verrata niistä saatuja tuloksia. Näin olisi voitu varmistua, että analysoijan toiminta on mahdollisimman vakioitua ja tuottaa samankaltaisia tuloksia joka kerralla. Tutkimuksen objektiivisuutta olisi voitu lisätä käyttämällä kahta analysoijaa, kuten sisäistä validiteettiäkin vahvistettaessa. Kehittämistyön tekijä pyrki analysoijana toimiessaan jättämään kaikki tuloksiin vaikuttavat henkilökohtaiset mielipiteet, omat näkemykset ja toiveet sivuun. Objektiivisuuden onnistuminen todetaan kuitenkin vasta, kun kaksi asiaan perehtynyttä tutkijaa käy läpi saman aineiston ja vertaa sitten saamiaan tuloksia. Kahden analysoijan käyttäminen hoitokertomusanalyysejä tekemisessä olisi tämän kehittämistyön analyysiosuuskien tärkein luotettavuutta ja validiteettia lisäävä muutos.

6.3.2 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin perustana käytetään laadullisen tutkimuksen parissa usein Cuban ja Lincolnin vuonna 1985 kehittämiä arviointikriteerejä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197 mukaan). Näitä kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus tarkoittaa analyysiprosessin ja tulosten tarkkaa kuvaamista niin, että lukija ymmärtää tutkimusprosessin vaiheet sekä tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet. Tämä tutkimuksen totuudellisuutta kuvaava uskottavuus liittyy etenkin sisällönanalyyseihin toteuttamiseen ja sen vaiheiden esittämiseen. Tutkimuksen tekijän omat ennakkokäsitykset tutkittavasta kohteesta eivät saa vaikuttaa tulosten muodostumiseen. Kerätyn aineiston neutraali ja objektiivinen käsittely johtaa tulosten muodostumiseen on keskeinen tutkimuksen uskottavuuden ja luotettavuuden tekijä. (Anttila 2006: 293, 470 – 471; Burns – Grove 2005: 383; 628; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198.)

Tässä kehittämistyössä Swot-analyysi edustaa laadullista tutkimussuuntausta. Swot-analyyseistä saadun aineiston käsittely ja sen analyysi on esitetty taulukoittain, jotta sisällönanalyyseihin eteneminen olisi näkyvää. Vastausten analysointi tehtiin systemaattisesti pitäytyen Swot-analyyseihin ohjaamassa teoriakehyksessä. Vastausten sisällönanalyysi toteutettiin mahdollisimman objektiivisesti omat ennakkokäsitykset unohtaen ja keskittyen vain kirjoitettuun materiaaliin Vastausten pelkistäminen tehtiin alkuperäisilmaisua mahdollisimman vähän muokaten, jottei vastauksen sisältö muunnu. Vastauksia kohdeltiin itsenäisinä havaintoyksikköinä ja vastaukset liittyivät luonnollisesti kategorioihin ilman pakottamista tai liiallista muokkausta. Sisällönanalyyseihin uskottavuutta heikentää alkuperäisilmausten esittelemättä jättäminen. Tilannetta pohdittaessa vastaajien anonymiteetin

säilymisen eettinen tärkeys koettiin tätä luotettavuuden osa-aluetta vahvempana vaa- teena. Kehittämistyön kaikki vaiheet on pyritty kuvaamaan yksityiskohtaisesti käyttä- mällä apuna liitteitä, jotta teksti säilyisi lukijaystävällisenä.

Siirrettävyydellä tai sovellettavuudella tarkoitetaan tutkimusasetelman mahdollista siirtä- mistä toiseen tutkimusympäristöön. Siirrettävyys edellyttää tarkkaa toimintaympäristön kuvaamista, osallistujien valitsemiseen johtaneita periaatteita sekä koko tutkimusproses- sin seikkaperäistä kuvailua. Toinen tutkija voi tällöin päätellä, kuinka paljon valmiin tutki- muksen elementtejä voi soveltaa ja näin hyödyntää toisessa tutkimuskohteessa. Resurs- sit voidaan näin keskittää uusien tulosten saamiseen, kun saadaan hyötyä jo tehdystä tutkimuksesta. (Burns – Grove 2005: 628; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198.) Tässä kehittämistyössä on pyritty koko prosessin, käytettyjen metodien ja päätök- senteon etenemisen tarkkaan kuvaamiseen. Kehittämistyön siirrettävyyden mahdolli- suuden arviointi sisältää tässä kehittämistyössä toimintaympäristön, työntekijöiden ja po- tilaiden yhdenmukaisuuden arvion. Jos nämä toteutuvat, siirrettävyys on mahdollista. Tämän kehittämistyön menetelmät osoittautuivat käyttökelpoisiksi ja muilla erikoissairaanhoi- don polikliinisillä osastoilla kehittämistyön toistettavuus käytettyjen metodien osalta on mahdollista. Swot-analyysin siirrettävyys menetelmänä samankaltaiseen kehittämistyö- hön on hyvä, mutta tulokset ovat vastaajista riippuvaisia ja ainutkertaisia, kuten laadulli- sen tutkimuksen luonteeseen kuuluu.

Riippuvuus luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa sitä, että tutkimus toteutetaan tieteellistä tutkimusta ohjaavien ohjeistusten ja periaatteiden mukaisesti. Riippuvuus liittyy lähei- sesti tutkimuksen etiikkaan ja sen toteutumiseen tutkimusprosessissa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 217.) Tässä kehittämistyössä on noudatettu hyvää tieteel- listä käytäntöä ja tieteellistä toimintaa ohjaavia ohjeistuksia. Näiden lisäksi työskentelyä ovat ohjanneet oppilaitoksen omat ohjeistukset. Ohjaavan opettajan tuki ja palaute pro- sessin joka vaiheessa on ollut tärkeää kehittämistyön etenemiseksi tarkoituksenmukai- sesti.

Vahvistettavuus tai totuudellisuus tarkoittaa tulosten saamaa vahvistusta toisista läh- teistä tai triangulaation avulla. Triangulaatio tai monimenetelmällisyys tarkoittaa erilais- ten tietolähteiden, tutkijoiden, menetelmien tai teorioiden yhdistämistä saman tutkimuk- sen sisällä. Triangulaatiolla eli ristiinvalidoinnilla on tutkimuksen luotettavuutta lisäävä vaikutus. Sattumanvaraisuuden mahdollisuus vähenee, koska tutkimuksen tulos vahvis- tuu eri menetelmien avulla. Triangulaatio voi olla aineistoon tai menetelmään liittyvää,

jolloin saman tutkimuksen sisällä yhdistellään useampia aineistoja päätelmien vahvistamiseksi. Jos samassa tutkimuksessa toimii kaksi tai useampi tutkija, kutsutaan sitä tutkijatriangulaatioksi. Näin useamman tutkijan havainnot tutkittavasta kohteesta vahvistavat tutkimuksen luotettavuutta. (Anttila 2006: 469; Tuomi – Sarajärvi 2002: 140 – 142; Willberg 2009 n.d.) Tässä kehittämistyössä hoitokertomusanalyysi osoitti puutteita hoitotyön ydintietojen kirjaamisessa. Sama puute ilmeni myös Swot-analyysin tuloksissa. Myös aiempiin tutkimuksiin verraten polikliinista hoitotyön kirjaamista koskevat puutteet olivat samansuuntaisia. Näinollen kahdella eri menetelmällä kartoittaen sekä lähteisiin peilaten tässä kehittämistyössä vahvistuivat ydintietojen kirjaamisen puutteet. Todettu puute kirjaamisessa puoltaa myös kehittämistyön aiheen valintaa.

6.3.3 Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuus

Perinteisen tutkimuksen yhdistyminen kehittämishankkeeseen tuo luotettavuuden tarkasteluun lisää arvioitavia alueita. Tutkimuksellisen kehittämistyön validiteettia tarkastellaan kehittämistyön suunnittelun ja toteutuksen suunnasta. (Anttila 2006: 446.) Myös Toikko ja Rantanen (2009: 82 - 83) toteavat ettei kehittämissuunnitelman arviointi ole erillinen tehtävä, vaan kohdistuu sen muihinkin vaiheisiin kuten perusteluun, organisointiin ja toteutukseen ja koko prosessia ohjataan arvioinnin perusteella. Kehittämistyön suunnittelussa huomioidaan kehittämistä suorittavan ryhmän tarve, koska yksin kehittämistä ei voi laadukkaasti tehdä. Ryhmässä syntyy tarvittavaa keskustelua, argumentointia ja rakentavaa keskustelua. Tällöin kehitettävä kohde tulee ilmi mahdollisimman monipuolisesti ja kehittämistyö kattaa kehitettävän ilmiön eri näkökulmat paremmin. Kehittämissuunnitelman jäsenteiden korkeatasoinen osaaminen ja tietotaito ovat tärkeitä, jotta kehittämistyöhön liittyvä prosessi osataan käsitellä monipuolisesti ja lopputulos on työelämän tarpeista palveleva. (Anttila 2006: 446.) Tässä kehittämistyössä sairaanhoitajat kutsuttiin työryhmään heidän aiemman osaamisensa perusteella. Yksi sairaanhoitaja omasi vahvan kokemuksen vuodeosastotyöskentelystä, toisella oli kokemusta nykyisen, sähköisen kirjaamisohjelmiston kouluttajana olosta ja kolmannella jäsenellä oli vuosien kokemus kirjaamisen auditoinnista Lasten ja nuorten toimialalla. Kehittämistyön tekijä oli toiminut viiden vuoden ajan kirjaamisen tukihenkilönä poliklinikalla. Kaikilla jäsenillä oli usean vuoden kokemus poliklinikkatyöskentelystä sekä vuodeosastolla työskentelystä ja sen myötä kattavasti kokemusta kirjaamisesta. Kaikki työryhmän jäsenet työskentelivät poli-

linikalla jo manuaalisesta sähköiseen kirjaamiseen siirryttäessä. Näin henkilöistä muodostui vankkaa kokemusta omaava, kirjaamisen kehittämistyöhön hyvin soveltuva ryhmä.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksellisuutta arvioidaan sen aiheen valinnan, ongelman ratkaisukyvyyn, ratkaisun hyödyllisyyden, käsitteellistämisen ja aiheen käsittelyn kokonaisvaltaisuuden kannalta. Aiheen valintaa ohjaa kehittämistyössä todellinen ja ratkaistavissa oleva ongelma. (Anttila 2006: 518.) Tämän kehittämistyön aihe nousi kehittämistyön tekijän työkokemuksen aikana saamasta intuitiosta, että poliklinikalla hoitotyön kirjaaminen ei ole yhtenäistä eikä hoitotyön ydintietoja kirjata joka potilaan hoitokertomukseen. Kehittämistyön tekijä oli kirjaamisen tukihenkilönä toimiessaan keskustellut monesti poliklinikan sairaanhoitajien kanssa kirjaamisen ongelmista. Nämä keskustelut työpaikalla sekä kehittämistyön tekijän omat havainnot kirjaamisen tilasta antoivat vahvistusta aiheen valinnalle. Aihe sai vahvistuksen työelämäohjaajalta, joka koki kirjaamisen kehittämisen tärkeäksi. Sekä kehittämistyön tekijä että työelämäohjaaja olivat yhtä mieltä siitä, että kirjaamisen ongelmia voidaan kehittämistyön avulla ratkaista ja kirjaamisen laadukkuutta parantaa. Tutkimuksellisen kehittämishankkeen aiheen tulee olla sellainen, että työympäristö ja oma ammattiala katsovat tärkeäksi kyseisen ongelman ratkaisun (Anttila 2006: 518). Kehittämistyön tekijä kertoi alkavasta projektistaan osastotunnilla syksyllä 2015 poliklinikan sairaanhoitajille. Vastaanotto oli kirjava. Aiheen valintaa puoltavia mielipiteitä oli monta, mutta myös kirjaamisen kehittämistä vastustavia puheenvuoroja käytettiin muutama. Kehittämistä vastustavat henkilöt vetosivat siihen, että kirjaaminen on aina kehittämisen kohteena ja että kirjaaminen sujuu poliklinikalla jo ihan hyvin. Näiden kahden kehittämisaihetta vastustavan lisäksi kaikki muut sairaanhoitajat ilmaisivat hyväksyntänsä aiheelle. Muutama käytti puheenvuoron, jossa kertoi odottaneensakin kirjaamiselle ”kättä pidempää” eli ohjeistusta, joka helpottaisi kirjaamisessa koettuja ongelmia kohdatessa.

Ratkaisun hyödyllisyyttä pohdittaessa arvioidaan kehittämistyön kohdalla ratkaisun sovellettavuutta ja siirrettävyyttä. Kehittämistyössä löydetyt ratkaisun jakaminen hyödyntää samankaltaisten ongelmien kanssa kamppailevia ja säästää näin oman ammattialan resursseja. (Anttila 2006: 519.) Tämän kehittämistyön ratkaisu eli hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristö on ohjeistuksena siirrettävissä samankaltaiselle poliklinikalle, jossa hoidetaan samankaltaisia lapsipotilaita. Siirrettävyyttä harkittaessa on kuitenkin aina pohdittava huolellisesti, ovatko ympäristö, työntekijät sekä hoidetut potilaat todella yhte-

neväiset. Työryhmätyöskentely on jäsentensä ainutkertaista, kontekstiinsa sidottua kehittämistyötä. Hyödyllisyys tästä kehittämistyöstä on todettu hoitokertomusanalyysojen avulla, koska hoitotyön ydintietojen kirjaamistiheys lisääntyi minimikriteerien käyttöönoton jälkeen. Saavutetun hyödyn pysyvyys voidaan varmentaa vasta tulevaisuudessa. Kehittämistyö ei lakkaa sen ensimmäisen vaiheen päättyessä, vaan kehittämisen onnistuminen vaatii aiheen esillä oloa ja jatkokehittämistä suunnitellusti. Vasta silloin uusilla kehittämisen tuloksilla on paras mahdollisuus sopeutua osaksi jokapäiväistä hoitotyötä. Tämän kehittämistyön tekijä jatkaa poliklinikalla kirjaamisen kehittämistä ja minimikriteerien juurruttamista käytäntöön kirjaamisesta vastaavan tukihenkilön roolissa.

Kehittämistyössä on pyritty käsittelemään kehitettävää kohdetta eli hoitotyön kirjaamista laajasti. Aiheeseen liittyvät käsitteet on pyritty työn teoriaosiossa määrittelemään tarkasti. Teoriaosuus toimi työryhmätyöskentelyn lähtökohtana, jonka mukaan hoitotyön kirjaamisen minimikriteerien kehittäminen tapahtui. Ratkaisun kokonaisvaltaisuutta ei tässä kehittämistyössä saavutettu, koska minimikriteeristö on ensimmäinen poliklinikan oma, käytännönläheinen ohjeistus kirjaamiseen. Työryhmän päätöksellä sekä osastokokouksissa ilmenneiden mielipiteiden tukemana työryhmä päätti, mitä kirjaamista koskevia seikkoja voidaan tässä vaiheessa uudistaa. Päädyttiin pitäytyä hoitotyön ydintietojen kirjaamisen kehittämisessä. Kirjaamisen lisäkehittämiselle on varaa ja se jatkuu poliklinikalla jatkoprojektina.

6.4 Jatkotutkimushaasteet

Tulevaisuuden tutkimuksellisten kehittämistöiden kohteeksi nousee tästä kehittämistyöstä kirjaamisen sisällöllisen kehittämisen jatkaminen. Lapsen ja hänen perheensä emotionaalisten haasteiden, perheen voimavarojen sekä emotionaalisen tuen kirjaamisen vaikeus on tunnistettu tutkimuksissa. Emotionaaliset, hoitoon vaikuttavat seikat ovat kuitenkin yksilöllisen sekä potilaskeskeisen hoitotyön ytimessä. Poliklinikalla minimikriteeristöön käyttöönoton myötä valituissa otsikoissa ei ole lapsen ja hänen perheensä emotionaaliseen hyvinvointiin omaa otsikkoa. Lapsen ja hänen perheensä tunteiden, uskomusten ja pelkojen ammatillinen kohtaaminen hoitotyössä ja tämän todentaminen kirjaamisessa nostaa kirjaamisen laadukkuutta potilaan hoitoa palvelevalle tasolle.

Toinen tutkimusten mukaan heikoimmin kirjattu osa-alue polikliinisen potilaan hoidossa ovat potilasohjaukseen liittyvät tekijät. Lapsen ja hänen perheensä oppimiskyky, aiem-

mat tiedot ja ohjauksen lopputulos ovat oleellista tietoa hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden kannalta. Minimikriteerien käyttöönoton myötä löytyy nyt potilasohjaukselle asianmukainen otsikko. Potilasohjauksen monipuolisen ja informatiivisen kirjaamisen toteutuminen sisältyy kehittämistyöstä nousseisiin jatkotutkimushaasteisiin.

Swot-analyysin mahdollisuudet - kategoriaan mukaillen tulevaisuuden haasteena on kehittämisen jatkuminen. Miten hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristö saadaan entistä paremmin mukautumaan jokaisen hoitajan kirjaamista ohjaavaksi viitekehykseksi jokaisen potilaan tietoja kirjattaessa? Minkälaisia muita kirjaamisen kehittämisen metodeja voidaan työyhteisö kehittämiseen mukaan sitouttaen käyttää? Kehittämispöytäkäynnin käynnistyttyä onnistuneesti haasteena on innostuksen liekin ylläpitäminen muiden kehittämishankkeiden ohella.

Lähteet

Ammenwerth, Elske - Mansmann, Ulrich - Iller, Carola - Eichstädter, Ronald 2003. Factors Affecting and Affected by User Acceptance of Computer-based Nursing Documentation: Results of a Two-year Study. Journal of the American Medical Informatics Association. 2003 Jan-Feb; 10(1): 69 - 84.

Anttila, Pirkko 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi Oy.

Apotti - aikaa ihmiselle. Verkkodokumentti. <http://www.apotti.fi/apotti-hanke/> Luettu 7.10.2016.

Ball, Marion J. - Douglas, Judith V. - Walker, Patricia Hinton (toim). 2011. Nursing informatics. Where technology and caring meet. Fourth edition. Springer.

Benedet, Silvana – Gelbcke, Francine - Amante, Lucia - Padilha, Maria - Pires de Pires, Denise 2016. Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. Care Online. 2016 jul/set; 8(3):4780 - 4788.

Burns, Nancy – Grove, Susan K. 2005. The Practise of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization. 5th edition. Missouri. USA. Elsevier.

Dahm, Marie - Wadensten, Barbro 2008. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records--a questionnaire study. Journal of Clinical Nursing. 17(16):2137 - 45.

Ensio, Anneli 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa: Saranto, Kaija - Ensio, Anneli - Tanttu, Kaarina - Sonninen, Anna-Liisa 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Ensio, Anneli - Saranto, Kaija 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Annettu Helsingissä 1.12.1989.

ETENE – julkaisuja 1. Terveysthuollon yhtenäinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Verkkodokumentti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>. Luettu 1.11.2016.

FCG. RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Verkkodokumentti. <http://www.rafaela.fi/>. Luettu 20.11.2015.

Hallila, Liisa 2005. Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hartikainen, Tuija 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro Gradu. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Potilaskertomusopas 13.5.2015. Johtajayli-lääkärin ohje 7/2014. HUS intranet- dokumentti.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Ota-
van Kirjapaino Oy.

HUS:n hoitotyön kirjaamisen asiantuntijatyöryhmä. HUS intranet- dokumentti. Luettu
11.10.2015.

Hyppönen, Hannele – Vuokko, Riikka – Doupi, Persephone - Mäkelä-Bengs, Päivi (toim).
2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt
ja vaikutukset. THL. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy.

Häyrinen, Kristiina - Ensio, Anneli 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot.
Teoksessa: Saranto, Kaija - Ensio, Anneli - Tanntu, Kaarina - Sonninen, Anna-Liisa 2007.
Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. Helsinki.

Iivanainen, Ansa - Syväoja, Pirjo. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Jeffries, Diana – Johnson, Maree – Nicholls, Daniel – Lad, Shushila. 2011. A ward-based
writing coach program to improve the quality of nursing documentation. Nurse Education
Today 32 (2012). 647 - 651.

JB I, Joanna Briggs Institute 2014. Nursing Record Systems / Documentation. Best Prac-
tice Recommendations. JBI Database. Luettu 11.11.2015.

Johtajaylilääkärin ohje. 2/2015. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Yhtymähal-
linto. Verkkodokumentti. [http://www.hus.fi/tutkijalle/lomakkeet/Opinnytetit%20koske-
vat%20lomakkeet/JYL-ohje_2-2015_Opinn%C3%A4ytety%C3%B6n%20tutkimus-
lupa.pdf](http://www.hus.fi/tutkijalle/lomakkeet/Opinnytetit%20koske-
vat%20lomakkeet/JYL-ohje_2-2015_Opinn%C3%A4ytety%C3%B6n%20tutkimus-
lupa.pdf) Luettu 9.12.2015.

Jorvi lastentautien poliklinikka 2016. Perehdytyskansio.

Jorvin sairaalan pitkän aikavälin toiminta- ja tilasuunnitelma 18.5.2015. HUS-intranet-
julkaisu. Luettu 10.11.2015.

Junttila, Kristiina – Heija, Rauni – Konttinen, Riitta – Kotavuopio, Tuija – Leppänen, Sari
– Paavilainen, Erja – Saloranta, Tiina – Tuhkanen, Anita – Vahteri, Pipsa. 2011. Käsikirja
laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa. Verkkodokumentti. Luettu 9.11.2015.

Kaipio, Johanna 2011. Usability in Healthcare: Overcoming the Mismatch between Infor-
mation Systems and Clinical Work. Väitöskirja. Tietotekniikan laitos, perustieteiden tie-
dekunta. Aalto University publication series: Doctoral dissertations 105/201. Aalto-yli-
opisto. Helsinki.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki:
Sanoma Pro Oy.

Kansallinen Terveysarkisto Kanta. Verkkodokumentti. www.kanta.fi. Luettu 17.10.2015.

Kansallinen koodistopalvelu. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.
[http://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classifi-
cationKey=219&versionKey=294](http://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classifi-
cationKey=219&versionKey=294). Luettu 20.11.2015

Koivu, Kirsi 2012. Hoitaja-lääkäri työparimalli hoidon sujuvuuden edistäjänä. Opinnäyte-
työ. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Kossmann, Susan P. - Scheidenhelm, Sandra L. Nurses' Perceptions of the Impact of Electronic Health Records on Work and Patient Outcomes. 2008. Computers, Informatics and Nursing. Vol. 26. No. 2, 69 - 77.

Kärkkäinen, Oili 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa: Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto ry. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Annettu Helsingissä 9.2.2007.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999. Annettu Helsingissä 21.5.1999.

Lauri, Sirkka 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, Marita-Vehviläinen-Julkuinen Katri (toim.): Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY.

Lavin, Mary Ann - Harper, Ellen - Barr, Nancy 2015. Health Information Technology, Patient Safety, and Professional Nursing Care Documentation in Acute Care Settings. Online Journal of Issues in Nursing, 10913734, May2015, Vol. 20, Issue 2.

Lee, Ting Ting 2006. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. Journal of Clinical Nursing. 15(11):1376 - 82, 2006.

Lehtovirta, Jukka - Vuokko, Riikka (toim.) 2013. Terveystieteen rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. THL. Suomen yliopistopaino Oy.

Liljamäki, Pia – Kinnunen, Ulla-Mari – Ensio, Anneli. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. THL. Helsinki.

Lindfors, Kirsi – Ruuskanen, Susanna. 2015. Opinnäytetyö-tietopaketti. HYKS/ Lasten ja nuorten sairauksien tulosityksikkö. Verkkojulkaisu. HUS intranet- dokumentti. Luettu 12.9.2015.

Nykänen, Pirkko – Junnila, Kristiina (toim.). 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. THL. Suomen yliopistopaino Oy.

Nykänen, Pirkko - Viitanen, Johanna – Kuusisto, Anne. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tampereen yliopisto.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Porvoo: WSOYpro Oy.

Petkovšek-Gregorin, Romana - Skela-Savič, Brigita 2015. Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing. Obzornik zdravstvene nege, 49(2) 2015, sivut 106 - 125.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkodokumentti. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html. Luettu 31.5.2016.

Salmela, Marja 2010. Hospital-related fears and coping strategies in 4-6-year-old children Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Yliopistopaino.

Saranto, Kaija – Kinnunen, Ulla-Mari – Kivekäs, Eija – Lappalainen, Anna-Mari – Liljamo, Pia – Rajalahti, Elina – Hyppönen, Hannele 2014. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2014; 28; 629 - 647.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 1507/2007. Annettu Helsingissä 28.12.2007

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Annettu Helsingissä 30.3.2009.

Suomen NOBAB 2009. Verkkodokumentti. <http://www.nobab.fi/standardit.html>. Luettu 1.12.2015.

Suomen perustuslaki 731/1991. Annettu Helsingissä 11.6.1991.

Suoriter ryhmä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Suoritekäsikirja 2015. HUS intranet- dokumentti. Luettu 23.11.2015

Säilä, Tiina – Mattila, Elina – Kaunonen, Marja – Aalto, Pirjo 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2006. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Talka, Vilma Lotta 2009. 5-6-vuotiaiden lasten pelot sairaalassa. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Tanttu, Kaarina – Rusi, Reetta 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa: Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidtajaliitto ry. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

The European association for children in hospital. 2001. The charter for children in hospital. Verkkodokumentti. <http://www.each-for-sick-children.org/rights/> Luettu 1.12.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/-/kanta-palveluiden-toteuttaminen-vuonna-2016>. Luettu 17.10.2015.

Tiusanen, Teija 2007. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi minimikriteerien avulla. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto.

Toikko, Timo - Rantanen, Teemu. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje>. Luettu 5.10.2016.

Urquhart, Christine – Currell, Rosemary – Grant, Maria J. – Hardiker, Nicholas R. 2010. Nursing record systems: effects on nursing practise and healthcare outcomes. Review. The Cochrane Collaboration.

Uuden lastensairaalan tarveselvitysraportti. 2011. HYKS:n uusi lastensairaala - tarveselvitysraportti uuden lastensairaalan toiminnasta ja rakentamisvaihtoehdoista. HUS intranet- dokumentti. Luettu 11.10.2015.

van Wijngaarden, Jeroen D.H – Scholten, Gerard R.M – van Wijk, Kees P. 2012. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. International Journal of health planning and management. 2012: 27: 34 - 49. Verkkodokumentti. Wiley Online Library. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.1032/epdf>. Luettu 1.10.2015.

YK:n yleissopimus lasten oikeuksista 1991, 12. artikla.

Ylöstalo-Laine, Ritva 2006. Polikliinisen hoitotyön kirjaamisen laadunarviointi. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Willberg, Eeva 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Verkkodokumentti. <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>. Luettu 2.10.2016.

WMA Declaration of Helsinki. Verkkodokumentti. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>. Luettu 1.10.2016.

Mukaanotetut tutkimukset

Tutkimus	Tutkimusai- neisto	Tutkimuksen tar- koitus	Tutkimusmene- telmä	Keskeisiä tutki- mustuloksia
Ammenwerth – Mansmann – Iller-Eichstädter 2003: 82 Factors Affecting and Affected by User Acceptance of Computer-based Nursing Documentation: Results of a Two-year Study	N=41	Tarkoituksena oli tutkia, voiko sähköinen kirjaamisjärjestelmä parantaa kirjaamisen laatua ja mitkä tekijät vaikuttavat käyttäjien sähköisten järjestelmien hyväksymiseen	Määrällinen kysely ja laadullinen haastattelu	Sähköisen kirjaamisjärjestelmän hyväksymiseen vaikuttivat aikaisempi hoitotyön prosessimallin näkyminen osaston hoitotyössä sekä hoitajan itsevarmuus tietokoneita käytettäessä. Kirjaamisen laatu voi parantua sähköisten järjestelmien myötä.
Benedet, Silvana – Gelbcke, Francine - Amante, Lucia - Padilha, Maria - Pires de Pires, Denise 2016. Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses.	N=38	Tarkoituksena oli tutkia, miten hoitajat tunnistavat ja kokevat hoitotyön prosessivaiheet hoitotyössään	Kuvaileva, laadullinen tutkimus, puolistrukturoitu kysely	Hoitotyön prosessimalli auttaa ohjaamaan hoitotyötä nostoen sen laatua ja lisäten hoitajien työtyytyväisyyttä. Hoitotyön prosessimalli auttaa systematisoimaan hoitotyötä.
Dahm, Marie - Wadensten, Barbro 2008. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records--a questionnaire study.	N=85	Tarkoituksena oli tutkia sairaanhoitajien mielipiteitä standardoitujen hoitosuunnitelmien ja laatumittareiden käytöstä sähköisessä kirjaamisessa	Määrällinen kysely	Standardoitu hoitosuunnitelma ja laatumittareiden käyttö lisää sairaanhoitajien mielestä potilaiden tasa-arvoista hoitoa. Hoitosuunnitelman käyttö vähentää kirjaamiseen kuluvaa aikaa sekä turhaa kirjaamista. Koulutusta hoitosuunnitelmien käyttöön tarvitaan.

Hartikainen Tuija 2008. Sairaanhoidtajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtöimintään.	N=10	Tarkoituksena oli tutkia, millaisia muutoksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttö on tuonut päivittäiseen työhön, kuten potilaan tulohaastatteluun, lääkärintuottoon ja suulliseen raportointiin	Teemahaastattelu	Tulohaastattelussa ja suullisessa raportoinnissa ei mielellään käytetä tietokonetta. Määräysten kirjaaminen sairaanhoidtajien toimesta on vähentynyt. Potilaan tietojen selaaminen järjestelmästä vie enemmän aikaa.
Jeffries, Diana – Johnson, Maree – Nicholls, Daniel – Lad, Shushila 2011. A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation.	N=16	Tarkoituksena oli parantaa hoitotyön kirjaamisen laadun tasoa	Kirjaamiskoulutus - työpajan kehittäminen ja implementointi	Työpajatyöskentely ja henkilökohtainen koulutus tuottivat hoitajille paremmat lähtökohdat hoitotyön laadukkaaseen kirjaamiseen.
Kaipio, Johanna 2011. Usability in Healthcare: Overcoming the Mismatch between Information Systems and Clinical Work.	3 eri tutkimusta: N= 7 lääkäriä, N= 18 hoitajaa N=3929 lääkäriä	Tarkoituksena oli tukea järjestelmien käyttäjälähtöistä kehittämistä	Kolme empiristä tutkimusta: digitaalinen sanelu-tutkimus, hoitotyön kirjaamisjärjestelmien arviointi ja tietojärjestelmien käyttökokeututkimus lääkäreille	Käytössä olevat tietojärjestelmät eivät tue hoitajien ja lääkäreiden arkityötä, käyttäjänäkökulmaa ei ole tarpeeksi huomioitu tietojärjestelmiä kehitettäessä
Kossman, Susan P. - Scheidenhelm, Sandra L. 2008. Nurses' Perceptions of the Impact of Electronic Health Records on Work and Patient Outcomes.	N=46	Tarkoituksena oli tutkia hoitajien käsityksiä sähköisestä kirjaamisesta ja sen vaikutuksesta työhön sekä potilaan hoidon lopputulokseen	Kvalitatiivinen kysely, haastattelu	Hoitajat kokivat sähköisen kirjaamisen positiivisena: tiedonkulku, tehokkuus, turvallisuus, tarkkuus. Negatiivisia puolia: aikaa kuluu enemmän jolloin hoidon laatu kärsii, kriittinen ajattelu vaikeampaa, lääkärit eivät lue

				hoitajan kirjauksia.
Lee, Ting Ting 2006. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system.	N=20	Tarkoituksena oli tutkia, kuinka sähköinen kirjaaminen vaikuttaa hoitajan käsitykseen kirjaamisesta ja sen vaikutuksesta hoitosuunnitelman käyttöön	Kvalitatiivinen haastattelu	Sähköisen hoitosuunnitelman käyttö toimii moniulotteisesti hoitajan apuna: auttaa muistamaan asioita, oppimisen väline potilaan hoidossa
Petkovšek-Gregorin, Romana - Skela-Savič, Brigita: Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing	N=592	Tarkoituksena oli tutkia hoitotyöntekijöiden mielipiteitä hoitotyön kirjaamisen tärkeydestä	Määrällinen Likert-asteikollinen kysely	Kaikki hoitajat pitivät hoitotyön kirjaamista tärkeänä. Korkeammin koulutetut hoitajat pitivät kirjaamista tärkeimpänä kaikista hoitajista.
Salmela, Marja 2010. Hospital-related fears and coping strategies in 4-6-year-old children.	N-179	Tarkoituksena oli selvittää ja kuvailla 4-6-vuotiaiden sairaalaan liittyviä pelkoja ja selviytymismekanismeja sekä niiden kokemuksen merkitystä lapselle	Laadullinen, puolistrukturoitu haastattelu ja havainnointi	Lapset pelkäävät hoitotoimenpiteitä, potilaaksi joutumista ja kehitystasonsa mukaisia pelkoja, sairaalaympäristöä ja tiedonpuutetta.
Saranto, Kaija – Kinnunen, Ulla-Mari – Kivekäs, Eija – Lappalainen, Anna-Mari – Liljamo, Pia – Rajalahti, Elina – Hyppönen, Hannele 2014. Impacts of structuring nursing records: a systematic review.	N=38	Tarkoituksena oli kuvata erilaisia rakenteellisia kirjaamiskäytäntöjä ja niiden vaikutusta hoitotyöhön	Meta-analyysi, systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Sähköisellä, rakenteisella kirjaamisella on paljon positiivisia vaikutuksia hoitotyöhön: hoidon jatkuvuus, laatu, potilasturvallisuus. Hoitajat tarvitsevat enemmän koulutusta ja esimiehen tukea kirjaamisessa
Tiusanen Teija 2007. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi minimikriteerien avulla	N=50	Tarkoituksena oli tutkia kirjaamisen laatua minimikriteerien avulla.	Delphi-menetelmällä laadittiin kirjaamiselle minimikriteerit. Analysoitiin minimikriteerien	Kirjaamisessa oli puutteita potilaan hoidon suunnittelun ja arvioinnin kohdalla, kokonaiskuva hoidosta

			avulla 50 tekoniivelpotilaan perioperatiiviseen hoitoon liittyvät hoitokirjaukset.	ei ilmennyt. Potilas näkyi objektina eikä yksilönä. Paljon tulkinnanvaraisuutta. Kattavasti oli kirjattu lääkitykseen ja fyysiseen vointiin liittyvät asiat.
Urquhart, Christine – Currell, Rosemary – Grant, Maria J. – Hardiker, Nicholas R. 2010. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes.	N=1846, 9 tutkimusta	Tarkoituksena oli vertailla erilaisia hoitotyön kirjaamismuotoja: käsin kirjaaminen, sähköinen sekä lomakemuotoinen hoitotyön kirjaaminen	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Hoitotyön kirjaamisen metodi ei yksinään vaikuta hoitotyön laatuun tai potilaan saamaan hoitoon. Hoidon laatua lisäävästi vaikuttivat tarkkailtavaan asiaan suoraan ohjaavat otsikot tai lomakkeet. Vaikuttamismahdollisuus kirjaamistavan kehittämiseen vaikuttaa kirjaamisen laatuun.
Wennström, Berith – Hallberg, Lillemor – Bergh, Ingrid 2007. Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery.	N=20	Tarkoituksena oli selvittää, mitä päiväkirurginen toimenpide lapselle tarkoittaa	Grounded theory, puolistrukturoitu haastattelu, havainnointi.	Preoperatiivisesti lasten arkirutiini häiriintyy, lapset kohtaavat tuntemattoman asian, lapset yrittävät kontrolloida tilannetta. Toimenpiteen aikana lapset menettävät kontrollin hallinnan ja yrittävät kooperaoida pelosta ja kivusta huolimatta. Postoperatiivisesti lapset ovat helpotuneita ja elämä palaa normaaliksi.
Ylöstalo-Laine, Ritva 2006. Polikliinisen hoitotyön kirjaamisen laadunarviointi	N=40.	Tarkoituksena oli arvioida polikliinisen hoitotyön kirjaamisen laatua.	Retrospektiivinen asiakirja-analyysi Nursing audit-menetelmällä.	Hoidon koordinointi ja jatkohoittoon vaikuttavat asiat oli kirjattu hyvin. Viidesosa

				<p>kirjaamisista oli tehty kattavasti. Potilasanalyysitiedot käynnin eri vaiheissa, potilaan kokemusten huomioiminen, tukeminen, ohjaaminen ja hoidon arviointi oli kirjattu puutteellisesti. Hoitajan rationaalinen päätöksentekomalli ei kirjauksissa näkynyt.</p>
--	--	--	--	--

Työryhmätyöskentelyn aikataulu

Päivämäärä	Käsiteltävä sisältö
11.3.2016	Työryhmän 1. kokous. Käydään läpi lainsäädäntö, HUS:n ja poliklinikan ohjeistus kirjaamiseen, Swot-analyysin tulokset ja tämänhetkinen kirjaaminen osastolla. Määritetään, mitä hoitotyön ydintiedot tarkoittavat poliklinikalla hoidettavien potilaiden kohdalla ja miten ydintiedot voidaan kirjata hoitokertomukseen. Kartoitetaan, mitkä muut asiat ovat tärkeitä näkyä hoitamienne potilaiden hoidon kirjaamisessa.
29.3.2016	Työryhmän 2. kokous. Päätetään alustavasti uudet otsikot, jotka palvelevat hoitotyön ydintietojen kirjaamista. Määritellään edelleen kirjaamisen sisältöä ja kunkin otsikon toimivuutta osaston kirjaamisessa. Tehdään esimerkkikirjauksia uusien otsikoiden alle, testataan kriittisesti käytettävyyttä. Todetaan, että kaikille tärkeiksi koetuille asioille samoin kuin hoitotyön ydintiedoille löytyy nyt sopiva otsikko. Suunnitellaan ja hyväksytään kirjaamisen minimikriteerien käyttöönoton aikataulu.
20.4.2016	Työryhmän 3. kokous. Kirjaamisen sisältöä kartoitetaan edelleen. Tehdään lisää esimerkkejä uusien otsikoiden alle. Muutostarvetta ei havaita, joten minimikriteereiden ensimmäinen versio on työryhmän päätöksellä valmis. Valmistellaan minimikriteeristön käytön ohjeistus, jossa esitellään käyttöönotettavat otsikot ja esimerkkipotilaan avulla niiden alle kirjattava sisältö. Ohje jaetaan osaston sairaanhoitajille 3.5.16 osastokokouksessa.
21.4.2016	Kliinisen asiantuntijan tapaaminen kehittämistyön tekijän kanssa. Käydään läpi uudet otsikot ja niiden sisältö eli minimikriteeristö. Minimikriteeristö saa kliinisen asiantuntijan hyväksynnän, eikä muutoksia tarvitse tehdä. Esitietojen ja keskeisten tietojen käyttöönotto osaston kirjaamiseen on tärkeää. Sovitaan, että hoitotyön yhteenvedon käyttöönotto osastolla tehdään myöhemmin, kun kirjaamisen minimikriteerit on implementoitu.

27.4.2016	Työryhmän 4. kokous. Käydään läpi kliinisen asiantuntijan kanssa sovitut asiat ja häneltä saatu palaute. Muutoksia ei tarvitse tehdä sovituihin minimikriteereihin. Tehdään ja jaetaan sihteereille laminoidut ohjeet uusista otsikoista. Sihteerit avaavat uudet otsikot 4.5.2016 alkaen.
3.5.2016	Osastokokous, jossa esitellään minimikriteerit kirjallisen ohjeen ja potilasesimerkin avulla osaston sairaanhoitajille ja sihteereille. Keskustellaan minimikriteereistä ja vastataan kysymyksiin, keskustellen läpi käydään erilaisia potilaita ja heidän hoitotyön kirjaamisista uusien otsikoiden kanssa.
4.5.2016	Käyttöönoton kokeilu osastolla alkaa. Käyttöönoton kokeilun kesto 1 viikko, 6 päivää.
17.5.2016	Osastokokous kokemuksista. Kliininen asiantuntija osallistuu keskusteluun. Toimenpiteen aikainen hoito ja seuranta-otsikko on koettu haastavaksi. Keskustellaan otsikon sisällöstä. Esitietojen käytössä epäselvyyttä: esitiedot ovatkin hoitokertomuskohtaisia, jolloin käyttö koetaan turhauttavaksi. Esitietoja täytetään soveltuvin osin, jos se palvelee potilaan hoitoa ja hoitotyötä. Sovitaan, että jatketaan muilta osin näillä minimikriteereillä.
18.5.2016	Minimikriteerien käyttöönotto
7.6.2016	Osastokokous työryhmän jäsenen ja työelämäohjaajan johdolla. Keskustellaan siitä, voiko otsikoita vaihtaa joidenkin potilaiden kohdalla. Todetaan, että vaihtaminen on mahdollista mutta pyritään pitäytymään yhdenmukaisissa otsikoissa. Keskustellaan otsikoiden alle kirjattavasta sisällöstä.
16.8.2016	Osastokokous kirjaamisen minimikriteerien käytöstä. Sairaanhoitajia on pyydetty etukäteen ottamaan mukaan kirjaamisen suhteen haastavia potilasesimerkkejä. Potilasesimerkkejä ja kirjaamisen ongelmakohtia käydään yhdessä läpi.

