



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Olli Pelttari

RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN PSYKIATRISELLA OSASTOLLA

Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

2010

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

<u>1</u>	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	4
<u>2</u>	PSYKIATRINEN HOITOTYÖ JA SEN ERITYISPIIRTEITÄ	6
<u>2.1</u>	Keski-Pohjanmaan keskussairaala ja psykiatrian tulosalue	8
<u>2.1.1</u>	Sairaanhoitopiirin tehtävä	9
<u>2.1.2</u>	K-PKS:n ja psykiatrian tulosalueen visiovuoteen 2015	10
	2.1.2 Psykiatrian tulosalueen toiminta-ajatus	11
<u>3</u>	YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ	12
	3.1 Hoitotyön suunnitelma	15
	3.2 Omahoitajan rooli hoitotyön suunnitelman toteutumisessa	16
	3.3 Korvaavan hoitajan rooli hoitotyön suunnitelman toteutumisessa	18
	3.4 Hoitotyön prosessi.....	18
	3.5 Hoitotyön tietoperusta	19
	3.6 Hoitotyön arvoperusta	21
	3.6.1 Keski-Pohjanmaan keskussairaalan arvot	22
	3.6.2 Arvokeskustelut psykiatrian tulosalueella.....	23
	3.6.3 Psykiatrinen kriisiosasto	24
	3.6.4 Toiminta-ajatus	26
	3.6.5 Arvot ja periaatteet.....	26
	3.6.6 Psykiatrisen hoito-osaston perusprosessi	30
4.	RAPORTOINTI JA KIRJAAMINEN	33
	4.1 Perinteisen suullisen raportoinnin edut ja haitat	33
	4.2 Muita raportointimenelmiä.....	37
	4.3 Kirjaaminen.....	38
	4.3.1 Kirjaamista ohjaavat lait ja asetukset.....	43
5.	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	45

5.1 Tutkimustehtävä ja tavoitteet	45
5.2 Tutkimusmenetelmät	45
5.2.1 Havainnointi tutkimusmenetelmänä	47
5.2.2 Haastattelu tutkimusmenetelmänä	50
5.3 Aineiston keruu ja analysointi	54
5.3.1 Aineiston hankinta	56
5.3.2 Aineiston analysointi	57
6. TUTKIMUSTULOKSET	62
6.1 Raportoinnin nykytilan kuvaus psykiatrisella osastolla 15	62
6.2 Raporttien havainnointi	66
6.3 Raporttien sisältö havainnointien mukaan	71
6.4 Ryhmähaastattelut	74
6.4.1 Raportoinnin pitäjä priorisoi asioita	76
6.4.2 Hoitopäätöksiä moniammatillisessa tiimissä	77
6.4.3 Moniammatillisten tiimien uudelleen käynnistäminen	78
6.4.4 Kirjaaminen ja hiljainen raportointi	79
6.4.5 Raporttien häiriöitä	80
6.5. Avoimet kysymykset	81
6.5.1 Hoitajat hakevat tietoa myös raportin jälkeen	81
7. POHDINTA	83
7.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset	83
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	84
7.3 Keskeiset kehittämiskohteet ja ehdotukset	89
LÄHTEET	94
LIITTEET	104

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Terveystalon kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
TIIVISTELMÄ

Tekijä	Olli Pelttari
Opinnäytetyön nimi	Raportoinnin kehittäminen psykiatrisella osastolla
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	103 + 3 liitettä
Ohjaaja	Hannele Laaksonen

Tutkimuksen kohteena oli psykiatrinen osasto. Tutkimuksen tarkoituksena oli kar-
toittaa osaston nykyistä raportointikäytäntöä ja suunnitella mahdollisia kehittä-
misalueita henkilökunnasta nousseisiin kehittämistarpeisiin.

Tutkimus on laadullinen, ja se toteutettiin kolmivaiheisesti. Tutkimukseen osallist-
tut, psykiatrisen osaston hoitajat (N=13), havainnoivat raportteja erityisen ha-
vainnointilomakkeen avulla. Havainnointilomakkeen liitteenä olivat avoimet ky-
symykset, joilla selvitettiin hoitajien kokemuksia raportilla saadusta informaatiosta.
Havainnoinnin jälkeen järjestettiin kaksi ryhmähaastattelua. Saatu aineisto ana-
lysoitiin sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan raportointia psykiatrisella osastolla voitaisiin kehittää
mm. luomalla selkeä kaava raportoinnille ja priorisoimalla vain tärkeimmät asiat
puhuttavaksi raportin yhteydessä. Ryhmähaastattelun ja avointen kysymysten pe-
rusteella muodostettiin neljä keskeistä teemaa. Niitä ovat: raportoinnin sisältöön
liittyvät asiat, moniammatillinen tiimityö, moniammatillisten tiimien kehittämi-
nen, kirjaaminen & hiljainen raportointi. Raportoinnista saatua tietoa voidaan
hyödyntää, jos halutaan muodostaa raportointia tukevaa materiaalia esimerkiksi
hiljaisen raportoinnin avuksi.

Asiasanat	hoitotyön raportointi, suullinen raportointi, hoito- työn dokumentointi, yksilövastuinen hoitotyö, psy- kiatrinen_hoitotyö
-----------	--

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Olli Pelttari
Title	Developing the Reporting Procedures in a Psychiatric Ward
Year	2010
Language	Finnish
Pages	103 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Hannele Laaksonen

The target group of the study included psychiatric nurses in a psychiatric ward. The purpose of the study was to find out what the present reporting procedures are like and what the possible development needs are according to the staff.

The study is qualitative. The study was carried out in three phases. The ward reports were observed by the study participants, the psychiatric nurses of the ward (N=13) and they used an observation form to help the observation. As an appendix to the observation form there were some open ended questions, where the nurses could share their experiences about the information collected with the questionnaire. After the observation also two group interviews were organized and the material was analysed with content analysis method.

According to the research results, reporting procedures in a psychiatric ward could be developed by creating clear guidelines and methods and by prioritizing only the most important issues and by discussing only these issues during the report. Based on the group interviews and open ended questions, 4 groups with different themes were formed: the contents of the reports, multiprofessional team work, developing the multiprofessional team work and documentation & silent reports. These results can be used when eg. producing material that supports the reporting procedures in nursing, for example to help the use of silent report.

Keywords Reporting in nursing, Oral report, Documentation in nursing, Primary nursing, Psychiatric nursing

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Tämä tutkimus on osa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmaa. Tutkimuksen laajuus on 30 opintopistettä. Mainittakoon, että tämä on tekijänsä kolmas opinnäytetyö ammattikorkeakouluopintoihin liittyen.

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida psykiatrisen osaston raportointikäytäntöä, ja löytää mahdollisia kehittämiskohteita. Tutkimusaihe on erittäin tärkeä ja ajankohtainen, koska raportointiin ja suulliseen ja kirjalliseen tiedottamiseen käytetään erittäin runsaasti hoitotyön resurssia. Raportointia kehittämällä voidaan tiedonsiirtoa ja välittämistä kehittää, hoitotyön laatua parantaa, ja lisäksi raportointiin käytettävää aikaa vähentää. Raportointia tulisi myös arvioida säännöllisesti.

Hoitotyön toiminnan lähtökohtana on kunnioitus ihmistä, hänen itsemääräämisoikeuttaan ja omia ratkaisujaan kohtaan silloin, kun siihen potilaan terveydentilan puolesta on mahdollisuus. Hoitotyön tulisi olla terveyslähtöistä ja vahvistaa potilaiden, asiakkaiden ja perheiden omia olemassa olevia voimavaroja ja mahdollisuuksia niiden täysimittaiseen käyttöön. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 13.)

Tutkimuksen teoriaosassa olen pyrkinyt kuvaamaan psykiatrista hoitotyötä Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa. Esitän myös laajan aineiston Keski-Pohjanmaan keskussairaalan arvoista ja arvokeskusteluista, jotka ohjaavat hoitotyötä.

Yksilövastuisen hoitotyön, johon nykyaikainen psykiatrinen hoitotyö perustuu, taustalla ovat potilaslähtöiset arvot. Yritän kuvata näitä arvoja mahdollisimman kattavasti, se on välttämätöntä, jotta voidaan verrata raportilla saatuja havaintoja sairaalassa hyväksytyihin ja tavoiteltuihin arvoihin. Kaikki toiminta perustuu arvoille ja kulttuurille. On tärkeää miettiä, miten ne elävät käytännön hoitotyössä. Tässä tutkimuksessa pyrin sitä esittämään.

Kun kirjaamista kehitetään, myös raportointia voidaan kehittää suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. Puumalaisen, Långstedin, ja Erikssonin

(2003, 4-9) mukaan tällöin toisaalta suulliseen tiedottamiseen käytettävä aika vähentyy, mutta kirjaamiseen käytetty aika lisääntyy. Hoitajien mielestä muutoksen myötä kirjaaminen parantui, potilaiden hoitoon käytetty aika lisääntyi, hoidosta neuvoteltiin enemmän potilaiden kanssa ja hoitajat tekivät enemmän itsenäisiä päätöksiä (Ruuskanen 2007, 8).

Hoitotyön kirjaamisessa voidaan nähdä, miten hoitotyön filosofia tai toimintaideologia elävät käytännön työssä. Jos sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation eräänä arvofilosofiaan liittyvänä periaatteena on potilaskeskeisyys, niin hoitotyön kirjaamisessa tulisi näkyä myös potilaan oma osallistuminen ja mielipide hoidostaan. Kirjaamisessa ja hoitotyön suunnitelmassa näkyy myös, millainen ihmiskäsitys hoitotyöntekijällä on. Tämä puolestaan liittyy edellä mainittuun arvofilosofiaan. Eettinen toiminta on arvofilosofian ilmenemistä käytännön toiminnassa, jolloin potilaan tietojen kirjaaminen on potilasta kunnioittavaa, eikä potilasta esineellistetä (Hallila 2005, 61-69.)

Hoitotyön toiminnan suunnittelussa on tärkeää erottaa asiakkaan tai potilaan oleelliset terveydentilan muutokseen liittyvät ongelmat epäoleellisista eli pystyä tekemään päätöksiä ja priorisoimaan hoidon, avun, ohjauksen ja psykososiaalisen tuen todellinen tarve. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7-20.)

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Kuvaileva laadullinen tutkimus on tulkitsevaa ja ymmärtävää. Tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan kokonaisvaltaisesti ja luonnollisessa ympäristössään. Tällaisessa tutkimuksessa tutkijan subjektiivisuus korostuu. Tutkijan ja tutkimuskohteen suhde on aina vastavuoroinen, jolloin tutkijan tulkinta on tärkeä osa tiedon tuottamista. Tällaisen kuvailevan tutkimuksen aineisto voidaan kerätä haastatteluilla, havainnoinnilla ja erilaisten kirjallisten dokumenttien avulla. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen, Åstedt-Kurki 2007, 89-91.)

2. PSYKIATRINEN HOITOTYÖ JA SEN ERITYISPIIRTEITÄ

Hoitotyöllä (nursing) tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikoulutuksen saaneiden henkilöiden tekemää työtä. Hoitotiede (nursing science) on tieteenala, jonka keskeisenä päämääränä on hyödyntää hoitotyön käytäntöä. Eri ammattiryhmät työskentelevät yhdessä sekä toteuttavat samalla omaa perustehtäväänsä. Hoitajan keskeinen tehtävä on tuoda moniammatilliseen yhteistyöhön hoitotieteen tutkimus- ja teorian tietoon perustuva ihmisen kokemuksellinen ja hänen kokonaisuuttaan korostava näkökulma. (Kalkas & Sarvimäki 1995, 37-48.)

Hoitotyössä käytetään myös muiden tieteenalojen, kuten lääketieteen, psykologian, sosiologian ja ravitsemustieteen alaan kuuluvaa tietoa. Hoitaja kuitenkin käyttää tätä tietoa oman alansa tietoperustasta lähtien. Päätöksenteko käytännön hoitotyössä edellyttää oman toiminnan perustan tuntemista. (Kalkas & Sarvimäki 1995, 37-48.)

Psykiatrisella hoitotyöllä tarkoitetaan (mm. Suonsivu 1993) yksilön tai perheytöisön todettuun psykiatriseen häiriöön, sairauteen tai oireeseen kohdistuvaa lääketieteellisesti perusteltua hoitoa, joka toteutetaan hoidosta vastaavan lääkärin toimesta tai hänen ohjauksessaan ja seurannassaan. Psykiatrinen hoito voi näin ollen käsittää esim. lääkehoitoa, vuorovaikutuksellisia hoitosuhteita, tavoitteellista psykoterapiaa tai toimintaterapiaa.

Hyvän hoitamisen ydin on toimiminen potilas-hoitajasuhteessa (Leino-Kilpi 1990, 120). Käytännössä hoitotyön perustasta lähtevä potilaslähtöinen hyvä hoitotyö ilmenee yksilövastuisessa hoitotyössä, jossa potilaan omahoitajana toimiminen mahdollistaa yhteistyösuhteen potilaan kanssa (Hegyvary 1987, 16).

Yksilövastuisen hoitotyön peruspiirteitä ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus (Hegyvary 1987, 17). Tutkimustulosten (mm. Munnukka 1993) mukaan yksilövastuisella hoitotyöllä on myönteisiä vaikutuksia sekä potilaiden hoitotyytyväisyyteen että omahoitajien työtyytyväisyyteen.

Latvalan (1996) mukaan hoitotyö ja psykiatrinen hoitotyö käsitetään hoitotieteelliseksi näkökulmaksi, jota hoitajat edustavat potilaan ja hänen omaistensa auttamisessa. Hoitajat myös osallistuvat moniammatilliseen yhteistyöhön. ”Hoito” ja ”hoitaminen” käsitteillä tarkoitetaan psykiatrisen potilaan monitieteistä kokonaishoitoa. (Latvala 1998, 224-232.)

Psykiatrisen hoitotyön keskeisiä teemoja ovat potilaan turvallisuus ja huolenpito, minän ja olemassaolon tukeminen sekä ymmärryksen ja tietoisuuden lisääntyminen. Keskeistä on asiakkaan kohtaaminen. (Saarinen 2001, 16.)

Tutkimusten mukaan (mm. Perälä 1997) psykiatrisen hoitotyön toiminnan kehittämisen tavoitteena on hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen tasa-arvoinen suhde, autonomian kunnioittaminen ja ihmiskeskeisyys. Terveyspalveluiden käyttäjien tulee olla tietoisia sairautensa hoitamisesta, terveytensä edistämisestä ja ylläpitämisestä sekä omista oikeuksistaan. Mielenterveystyössä asiakkaan ja hänen omaistensa toivotaan osallistuvan palveluprosessin suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.

Psykiatrisen hoitotyön ydin on potilaan selviytyminen arjessa. Psykiatrisen hoitotyön asiakas on potilas ja hänen läheisensä. Potilaan selviytymiseen vaikuttavat hänen kykynsä ja psykiatrisen hoitotyön tehtävänä on auttaa potilasta selviytymään. Psykiatrinen hoitotyö perustuu potilaan hoidon tarpeisiin, joihin pyritään vastaamaan käyttämällä erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä. Hoitotyö muotoutuu psykiatrisen hoidon tarpeista, käytetyistä auttamismenetelmistä ja tavoitteena on potilaan selviytyminen. (Latvala, Visuri, Janhonen 1996, 20.)

Psykiatrisen hoitotyön perusprosessi on potilaiden päivittäisistä toiminnoista selviämisen varmistaminen. Psykiatrisen hoitotyön ”missio” on helpottaa potilaita selviämään heidän jokapäiväisessä elämässään mahdollisimman itsenäisesti. Tässä työssä hoitajan ja potilaan välinen yhteistyösuhde muodostaa tärkeän kanavan, jotta hoitaja saa tietoon potilaan tarpeita ja ongelmia, ja pystyy valitsemaan oikean auttamismenetelmän. (Latvala & Janhonen 1997, 30.)

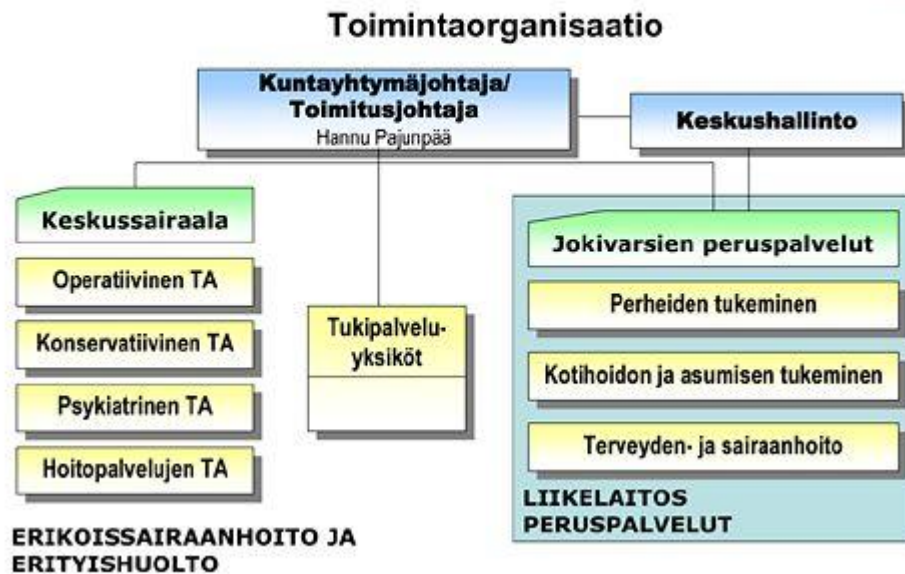
2.1 Keski-Pohjanmaan keskussairaala ja psykiatrian tulosalue

Keski-Pohjanmaan sairaalan kuntainliitto on perustettu vuonna 1966, sairaanhoitopiiriksi toiminta muuttui vuoden 1988 alusta lukien. Aikuispsykiatrasta avohoittoa on järjestetty jo vuodesta 1975 lähtien psykiatrian poliklinikalla sisältäen mielenterveystyön palvelut. (Kärkkäinen 2004, 244.)

Keski-Pohjanmaalla puuttui aikuispsykiatrinen laitoshoido vuoteen 1990 asti, jolloin yleissairaalapsykiatrinen osasto 13 perustettiin. Ennen vuotta 1990 laitoshoidoa tarvitsevat psykiatriset potilaat hoidettiin joko Seinäjoella Törnävän sairaalassa tai Vaasassa Huutoniemen sairaalassa, jotka olivat aikaisemmin piirimielisairaaloita eli ns. A-sairaaloita. Aluepsykiatrinen hoitomalli otettiin käyttöön jo vuonna 1988, jolloin perustettiin alueelliset mielenterveystoimistot Kokkolaan, Kannukseen ja Kaustiselle. Ensin perustettiin alueelliset mielenterveystoimistot, sitten kriisityöryhmä. (Kärkkäinen 2004, 245)

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri perusti yleissairaalapsykiatrisen osaston vuonna 1990, ja kaksi aikuispsykiatrista osastoa oman alueen tarpeisiin vuonna 1994, jolloin sairaansijoja tuli lisää 32, kun psykiatriset akuutti- ja kuntoutusosasto aloittivat toiminnan. Omien osastojen myötä sairaanhoitopiiri pystyi luopumaan Seinäjoen ja Vaasan sairaaloiden käytöstä. (Kärkkäinen 2004, 246.)

Hallinnollisesti psykiatria rinnastettiin yleissairaanhoidon. Psykiatria oli organisoitu kahteen tulosalueeseen, joilla ei ollut yhteistä psykiatrikoordinaattoria, vaan yleissairaanhoidon tulosalueen johtajana toimiva piirin johtajaylilääkäri koordinoi myös psykiatrian kokonaisuutta. (Kärkkäinen 2004, 247.)



Kuvio 1. Keski-Pohjanmaan keskussairaala, toimintaorganisaatio

Nykyään psykiatria toimii omana tulosalueenaan Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa (kuviokuva 1). Psykiatrian tulosalueella on oma tulosaluejohtaja, ylilääkäri Matti Kaivosoja, joka edustaa tulosaluetta myös ja keskussairaalan johtoryhmässä. Mainittakoon, että tulosalueen varajohtajana on poikkeuksellisesti hoitotyön edustaja, ylihoitaja Ulla Aspvik. Psykiatrian tulosalue on jaettu edelleen vastuuyksiköiksi ja tulosityksiköiksi, joiden johtajina toimii sekä ylilääkäreitä että osastonhoitajia.

2.1.1 Sairaanhoitopiirin tehtävä

Sairaanhoitopiirin tehtävä on edistää ja lisätä keskipohjalaisten terveyttä ja hyvinvointia yhteistyössä alueella asuvien ja toimivien kanssa käyttäen tutkimuksiin perustuvaa tietoa ja ajanmukaista teknologiaa sekä toimien käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. (KPKS talousarvio ja –suunnitelma 2007-2009.)

Tehtävänä on ihmisten hyvän arjen tukeminen heidän omissa elinympäristöissään kehittämällä omaa toimintaa kehittämishankkeiden ja tutkivan työtteen kautta (KPKS talousarvio ja –suunnitelma 2007-2009).

2.1.2 Keski-Pohjanmaan keskussairaalan ja psykiatrian tulosalueen visio vuoteen 2015

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on vireä, nykyaikainen, itsenäinen, tehokkaasti ja taloudellisesti toimiva korkeatasoisen terveyden- ja kehitysvammahuollon palvelulaitos, jonka laadukkaita palveluita alueen väestö haluaa laajasti käyttää, ja joka toimii alueen kuntien tavoitteiden mukaisesti ja muodostaa toimivan alueellisen kokonaisuuden yhdessä alueen terveydenhuollon toimijoiden kanssa sekä tekee yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa. (KPKS talousarvio ja –suunnitelma 2007-2009.)

Psykiatrian tulosalueen visio: Uusien toimitilojen kautta mahdollistuu psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja vaativan kehitysvammahuollon joustava, tehokas ja taloudellinen osaamiskeskus. Se on rullaava yksikkö, joka toimii kokonaisuutena, on joustava, ja kykenee toiminnan kehittämiseen ja laadun parantamiseen. Yksiköt palvelevat peruspalveluita ja tukevat niiden mielenterveys ja kehitysvammatyötä. Tätä varten psykiatrian yksiköillä on pienet joustavat alueelliset tiimit. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalueen toiminta-ajatus, missio ja visio vuoteen 2009.)

Koko toiminnan tavoitteena on ihmisten hyvän arjen tukeminen heidä omassa elinympäristöissään. Psykiatrian tulosalue kehittää omaa toimintaansa kehittämishankkeiden ja tutkivan työtteen kautta. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalueen toiminta-ajatus, missio ja visio vuoteen 2009.)

2.1.3 Psykiatrian tulosalueen toiminta-ajatus

Psykiatrian tulosalueen toiminta-ajatuksena on mahdollisimman lähellä potilaan ja asiakkaan arkea tapahtuva potilaan tutkiminen, hoitaminen ja kuntoutus. Psykiatrian tulosalue kehittää omaa osaamistaan ja toimintatapaansa siten, että keskipohjalaiset ihmiset saavat mielenterveys- ja kehitysvammahuollon palvelunsa joustavasti, asiantuntevasti ja mahdollisimman läheltä. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalueen toiminta-ajatus, missio ja visio vuoteen 2009.)

Yhteistyössä terveyskeskusten, sosiaalitoimen, KELA:n, työvoimahallinnon sekä sosiaalitalouden eri toimijoiden kanssa kehitämme eurooppalaisen sosiaalipolitiikan toimintatapoja, joissa hoito, kuntoutus ja työn kautta osallistuminen ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa. Lasten ja nuorten palveluissa hoito ja kuntoutus järjestetään mahdollisimman pitkälle yhteistyössä koulujen ja päivähoidon kanssa. Erikoissairaanhoito ja erityishuolto vastaavat vaativasta hoidosta ja mielenterveys- ja kehitysvammahuollon palvelujen kehittamisestä sekä antaa asiantuntemuksensa hoidon porrastuksen ohjaamiseen. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalueen toiminta-ajatus, missio ja visio vuoteen 2009.)

3 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ

Caliandro (1988) määrittelee yksilövastuuisen hoitotyön seuraavasti: ”Yksilövastuinen hoitotyö on filosofia, jonka mukaisesti monipuolista ja potilaskeskeistä hoitotyötä tekevä sairaanhoitaja toimii itsenäisesti ja kantaa täyden vastuun hoitotyön laadusta. Tämän hoitotyön filosofian ydin muodostuu kahden yksilön, potilaan ja sairaanhoitajan, välisestä vuorovaikutuksesta.” (Laaksonen 1996, 6.)

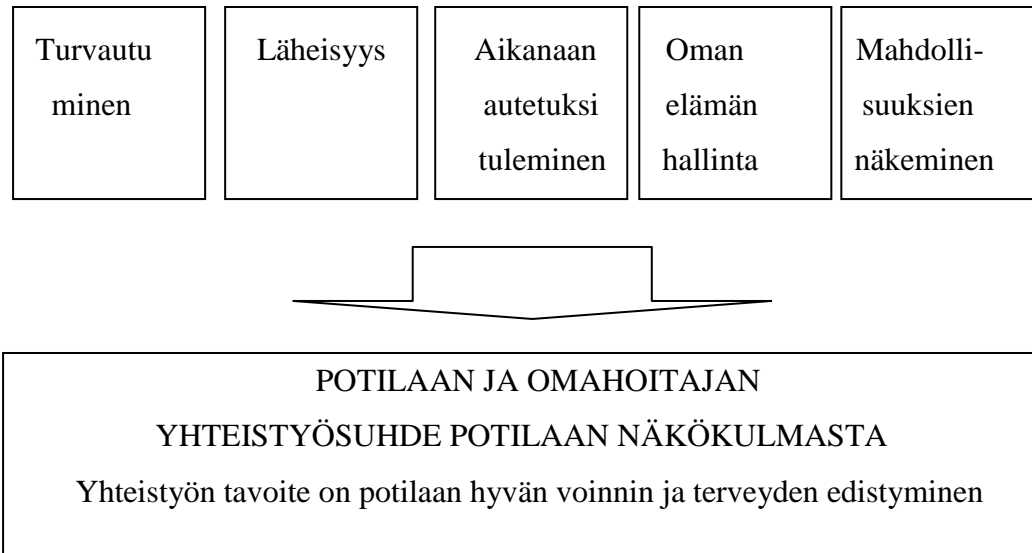
Yksilövastuisella hoitotyöllä tarkoitetaan organisointitapaa, jossa kullekin potilaalle nimetään hänen hoitotyöstään vastuussa oleva työntekijä. Toisaalta yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa myös filosofista toimintaperiaatetta, jossa korostuvat hoitotyön keskeiset arvosidonnaiset periaatteet: potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, kattavuus ja hoitotyön koordinointi. (Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2004, 22-28.)

Yksilövastuinen hoitotyö rakentuu monen tasoiselle ammatilliselle osaamiselle sekä ammatillisten periaatteiden ja etiikan vaatimuksille. Omahoitaja tarvitsee työskentelynsä avuksi laajoja hoitotyön teoretietoja, jotta hän voi paneutua yksilöllisesti erilaisiin yhteistyösuhteisiin. (Munnukka 1993, 114-115.)

Yksilövastuuisen hoitotyön peruspiirteitä ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Vastuullisuus tarkoittaa omahoitajan vastuuta potilaalle ja hänen perheelleen, työkavereille, organisaatiolle ja yhteiskunnalle siitä, että hänen toimintansa on ammatin vaatimusten mukaista. Autonomia tarkoittaa omahoitajan oikeutta tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä ammatin itsemääräämisoikeuden rajoissa. (Hegyvary 1987, 17.)

Käsite yksilövastuinen hoitotyö (engl. primary nursing) kuvaa yksilövastuuisen hoitotyön luonnetta. Ideana hoitotyössä on hoitajan ja potilaan tasavertainen kohtaaminen hoitotyössä. (Leino-Kilpi 1990, 22-23.) Yksilövastuinen hoitotyö on potilaan ja omahoitajan, kahden yhdenvertaisen ihmisen, yhteistyösuhde, jossa molemmat työskentelevät potilaan senhetkisen terveyden edistämiseksi (kuvio 2).

Potilas elää ainutlaatuisista elämäntilannettaan, ja omahoitaja tuo yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön henkilökohtaisen ammatillisuutensa. (Munnukka 1993, 99.)



Kuvio 2. Käsitteellinen malli potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhteen sisällöstä potilaan näkökulmasta (mukailtu Munnukka 1993, 88.)

Yhteistyösuhteessa potilas voi kokea läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen ja tulla oikeaan aikaan autetuksi. Kahdenkeskisessä suhteessa potilas voi lisätä tietoisuutta itsestään ja näin avautuvien mahdollisuuksien kautta edistää terveyttään ja saada energiaa, jonka avulla hän voi hallita omaa elämäänsä. Yhteistyö edellyttää aikaa ja jatkuvuutta (Munnukka 1993, 99.)

Seleznickin (1992), Andersonin ja Williamsin (1996), Hautamäen (2003) mukaan yksilövastuisessa hoitotyössä yhteisö muodostaa perustan, jonka sisällä yksilöt, eli omahoitajat toimivat. Yhteisön yhteydessä voidaan puhua yhteisöllisyydestä vain silloin, kun yhteisö määrittää toimintansa yhteiset tavoitteet, arvot, normit ja luo periaatteet vastavuoroiselle ja luottamukselliselle toiminnalle (Korhonen & Kangasniemi 2009, 24.)

Yksilövastuuisen hoitotyön perusajatukset esitetään taulukossa 1. Omahoitaja on keskeinen hoitotyön toimija, osastonhoitaja luo puitteet ja resurssit toiminnan mahdollistamiseksi. Omahoitajan toiminta turvataan korvaavalla hoitajalla ja kirjallisella hoitosuunnitelmalla.

Taulukko 1. Yksilövastuuisen hoitotyön keskeiset teesit (mukaillen Telaranta 1997, 24.)

- Jokaisella osaston potilaalla on nimetty omahoitaja.
- Koska omahoitaja ei voi olla aina läsnä, häntä korvaa toinen hoitaja hänen poissa ollessaan (korvaava hoitaja).
- Hoitosuunnitelman toteutusvastuu hoidosta on omahoitajalla.
- Omahoitajalla on apuna ja työvälineenä kirjallinen hoitosuunnitelma, joka auttaa myös korvaavien hoitajien työtä.
- Osastonhoitaja luo puitteet ja mahdollisuudet toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä.

Hoidon tarve määritellään sen mukaan, miten potilas kykenee selviytymään joko sairaalaympäristössä tai sairaalan ulkopuolella. Hoidon tarpeen määrittely perustuu hoitajan tekemiin havaintoihin tai se on potilaan ja hänen läheistensä eri tavoin ilmaisema. Hoidon tavoite liittyy selviytymiseen sairaalan osastoyhteisössä tai selviytymiseen sairaalan ulkopuolella itsenäisesti tai avohoidon tuella. Hoidon tavoite on riippuvainen tarpeen määrittelystä ja käytetyistä auttamismenetelmistä. Auttamismenetelmien avulla pyritään vastaamaan hoidon tarpeisiin ja saavuttamaan asetettu tavoite. Käytetyt menetelmät ovat riippuvaisia siitä, miten tarpeet ja tavoitteet määritellään. (Latvala, Visuri & Janhonen 1996, 20.)

Hjerppen (2008) tutkimuksen mukaan yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen perustuu omahoitajuuden todentumiseen. Potilaskohtaisen kirjaamisen, vastuullisen hoitotyön, eettisten periaatteiden, yhteistyön sekä kokonaisuhoiton toteuttamisen ja arvioinnin kautta omahoitajat kokivat toteuttavansa hoitotyötä yksilövastuisesti. Tulosten perusteella omahoitajien toimintaa kuvaa vähintäänkin pyrkimys toimia edelläkuvatusti. Yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista edistävinä tekijöinä koettiin myönteinen kokemus ja palaute, kollegiaalisuus, riittävät resurssit, esimiehen taito tukea ja johtaa, myönteinen asenne ja sitoutuneisuus hoitotyöhön ja kehittämiseen sekä koulutettu ja ammattitaitoinen henkilöstö. (Hjerppe 2008, 95-97.)

Toteuttamista estäviksi tekijöiksi koettiin resurssien puute ja työvälineiden epätarkoituksenmukaisuus, ammattitaidon puute, yhteistyön toimimattomuus, työn psyykkinen ja fyysinen rasittavuus, kielteinen kokemus tai asenne sekä epäselvät työjärjestekyt ja epäsäännölliset työvuorot. Omahoitajien mielestä tukea tarvittiin niin esimieheltä kuin kollegoiltaakin. Lisäksi säännöllisesti pidettävät, yhteiset ammatillista osaamista vahvistavat koulutukset sekä yksilövastuisen hoitotyön koulutus koettiin tärkeiksi tuen antajiksi. (Hjerppe 2008, 97-100.)

3.1 Hoitotyön suunnitelma

Hoitotyön suunnitelma alkaa potilasta koskevien esitietojen keruulla ja niiden analysoinnilla. Potilasta koskevan hoitotyön suunnittelu on monimutkainen prosessi, joka edellyttää hoitotyöntekijältä moraalisia, tiedollisia ja taidollisia valmiuksia. Erilaisissa toimintaympäristöissä tarvitaan hoitotyön lähtökohdaksi erilaisia tietoja. (Hallila 1999, 17.)

Hoitotyön suunnitelma koostuu abstraktioltaan eritasoisista merkinnöistä koskien potilaan hoidon ja hoitotyön tarpeen määrittelyä. Päivittäiset merkinnät potilaan hoidon etenemisestä ja hänen vointinsa muutoksista kirjataan potilaan kanssa kommunikoinnissakin käytettävällä arkikielellä. Nämä yksityiskohtaiset havaintojen kirjaamismerkinnät muodostava dokumentaation konkreettisimman tason.

Merkinnät ovat yksilölliseen potilaan hoitoon ja hoitotilanteisiin liittyviä. (Ensio 1999, 21.)

Potilaan/asiakkaan hoito tapahtuu moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Hoitoon osallistuvat eri ammattiryhmät kirjaavat potilaan hoitoon liittyviä asioita omalta osaltaan potilasasiakirjoihin. Tätä kokonaisuutta kutsutaan hoitosuunnitelmaksi. Hoitotyön suunnitelma on osa potilaan hoitosuunnitelmaa. Hoitotyön suunnitelma koostuu tulotilanteen analyysistä, koko hoitajakson suunnitelmista, päivittäisistä suunnitelmista ja niiden arvioinnista sekä koko hoitajaksosta tehtävästä hoitotyön tiivistelmästä eli loppuarvioinnista. Sairaanhoitaja vastaa potilaan/asiakkaan hoitotyön suunnitelmasta. Sen osuus hoitosuunnitelmassa vaihtelee potilaan/asiakkaan hoidon tarpeen ja painotuksen mukaisesti. (Eriksson ym. 1999, 27.)

Hoitotyön prosessimallin heijastuminen kirjaamiseen sekä erilaisten hoitotieteellisten teorioiden ja mallien sovellukset käytäntöön ovat lisänneet dokumentaation (kirjaamisen) teoretisoitumista. (Hallila 1999 17-20.)

3.2 Omahoitajan rooli hoitotyön suunnitelman toteutumisessa

Hoitohenkilökunnan näkemyksen mukaan omahoitajuuteen liittyy asiantuntijana toimiminen sekä hoitotyön päätöksenteko, suunnittelu, toteutus ja arviointi moniammatillisessa yhteistyössä. Asiantuntijana toimiminen sisältää hoitotyön arvojen ja periaatteiden toteuttamisen omassa työssä sekä luotettavan toiminnan ylläpitämisen. Hoitotyön toteutumisessa korostuu potilaan arvojen tunnistaminen ja potilaan oman tahdon huomioiminen sekä hänen kohtaamisensa ainutkertaisena ihmisenä. (Ristolainen & Sarajärvi 2006, 25-27.)

Hoitotyöntekijöiden mukaan omahoitaja kantaa vastuun omista potilaistaan ja työstään. Omahoitajan toimivalta määriteltiin oman ammatin tuomiksi valtuuksiksi, jolloin omahoitaja oli oman ammattinsa määrittämässä rajoissa vastuussa poti-

laansa hoidosta. Ammatilliseen vastuuseen nähtiin kuuluvan hoitotyön eettinen päätöksenteko sekä uuden työntekijän ja opiskelijan perehdyttäminen omahoitajuuteen. Vastuun lisääntyminen korostui omien potilaiden hoitotyön suunnittelussa ja toteuttamisessa. Ammatillisessa vastuussa korostui kokonaisvaltainen hoitotyön toteuttaminen ja omien potilaiden hoitaminen aina työvuorossa. Hoitosuunnitelman sisällön kehittäminen ja niiden sisällöstä keskusteleminen kollegoiden kanssa sekä yhteistyön lisääminen muiden ammattiryhmien kesken nähtiin tärkeäksi. (Ristolainen & Sarajärvi 2006, 25-27.)

Omahoitaja vastaa hoitoneuvotteluiden järjestämisestä omille potilailleen ja niiden sisällön kirjaamisesta potilasasiakirjoihin. Hoitoneuvotteluissa koettiin tärkeäksi potilaan elämänhistorian selvittäminen yhdessä omaisten kanssa, jotta omahoitaja voisi ymmärtää ja huomioida potilaansa mieltymyksiä. (Ristolainen & Sarajärvi 2006, 25-27.)

Omahoitajamalli toteutuu, jos hoitotyö on yksilöllistä, jatkuvaa, kokonaisvaltaista ja koordinoitua. Omahoitajuus perustuu omahoitajan itsenäiseen ja vastuulliseen työskentelyyn. (Pukuri 2002, 61.)

Munnukan (1993) mukaan potilaiden kertomukset viittaavat siihen, että omahoitaja osaisi ohjata potilasta hänen hyväksymällään tavalla. Näin ollen potilas voi ottaa omahoitajan tarjoaman ammattiavun osaksi omaa elämäänsä. Potilaan auttaminen näkemään hänen omat mahdollisuutensa onkin potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhteen yksi sisältö. (Munnukka 1993, 96.)

Yhteistyösuhteen lähtökohtana on se, mitä potilas ajattelee ja sanoo, ja miten hän toimii. Siihen sisältyvä käsitys ihmisestä ja hänen hoitamisestaan ei perustu ongelmien määrittelyyn ja ammatillisen tietämyksen ensisijaisuuteen, vaan ihmisten ainutkertaisiin, yksilöllisiin mahdollisuuksiin. Ihmisten – potilaan ja omahoitajan – mahdollisuudet ovat rajallisia, ja siksi sekä paraneminen että ammatillinen kasvaminen omahoitajuuteen saattavat viedä aikaa. (Munnukka 1993, 97.)

Osastonhoitajalla on tärkeä rooli yksilövastuisen hoitotyön edellytysten luomisessa. (Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen, 2004). Vastuullisuutta lisää se, että hoitotyö osastolla on järjestetty siten, että omahoitajat voivat todellakin hoitaa omia potilaitaan ja paneutua heidän asioihinsa. Osastonhoitajalla on tärkeä rooli huomioida työvuorosuunnittelussa omahoitajien sijoittuminen omaan tiimiin. Omahoitajuudessa korostuu myös osastonhoitajan tuki ja kannustus. (Ristolainen & Sarajärvi 2006, 25-27.)

3.3 Korvaavan hoitajan rooli hoitotyön suunnitelman toteutumisessa

Omahoitajan poissaollessa potilasta hoitaa hänelle nimetty korvaava hoitaja, joka huolehtii siitä, että omahoitajan ohjeita ja potilaan kanssa tehtyjä sopimuksia noudatetaan. Potilaan hoitotyötä koskeva päätöksenteko on siis hajautettu vuoteen vierelle. Omahoitaja on aina ensisijaisesti vastuussa potilaalle ja hänen läheisilleen hoitotyön laadusta ja siitä, että he voivat osallistua tasavertaisina tähän päätöksentekoon. (Laaksonen 1994 69-113.)

3.4 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön prosessi muodostaa rakenteen, joka perustuu prosessiajatteluun ja päätöksentekoteoriaan. Tässä kirjaamisen mallissa edetään hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Hoitotyön prosessi on kokonaisuus, joka muodostuu hoitotyön suunnitelmasta (hoidon tarpeen määrittely ja tavoitteet), toteutuksesta ja arvioinnista. Hoitotyön suunnittelu perustuu tarveteorioihin, jotka voivat olla hoitajien teoreettisena tausta-ajatteluna.

Hoitotyön prosessimalli on systemaattinen menetelmä, jossa sekä hoitaja että potilas osallistuvat yksilöllisen hoito-ohjelman luomiseen. Se ei ole hoitomenetelmä, vaan dynaaminen ja joustava ajattelutapa. Se sopii erityisen hyvin psykiatriseen hoitotyöhön, koska se ohjaa hoitajaa tutustumaan potilaan fyysiseen, psyykkiseen

ja sosiaaliseen tilaan. Sen ansiosta jokainen potilas tulee kohdelluksi yksilönä omien vaatimuksineen ja tarpeineen, ja jokaisen annetaan osallistua hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Irving (1983) totesi psykiatrisen sairaanhoidon olevan vaikeaa, koska mielenterveyshäiriöistä kärsivää potilasta on vaikeampi hoitaa kuin fyysisistä oireista kärsivää. (Ward 1985, 35-36.)

Hoitoprosessi on malli, jonka lähtökohtana on kokonaisvaltainen hoitaminen. Psykiatrisen hoitamisen sisältö muodostuu potilaan ja hänen kokonaistilanteensa mukaiseksi. Hoitotapahtuman ainutkertaisuus on riippuvainen paitsi potilaan asettamista ehdoista hoitamiselle ja hoitoprosessille, myös ajasta ja paikasta. Vuorovaikutusprosessi toimii voimakenttänä terveysprosessin käynnistymiselle. Potilaan voivavarat voivat vapautua ilmapiirissä, joka on kunnioittava ja luottamuksellinen. Hoitamisen ytimenä on potilaan maksimaalinen hoito hoitotapahtumassa, tapahtumisen integroituminen kokonaisuuteen sekä ne ammatilliset toimintatavat, jotka mahdollistavat tämän integroitumisen. (Lindström 1988, 27-29.)

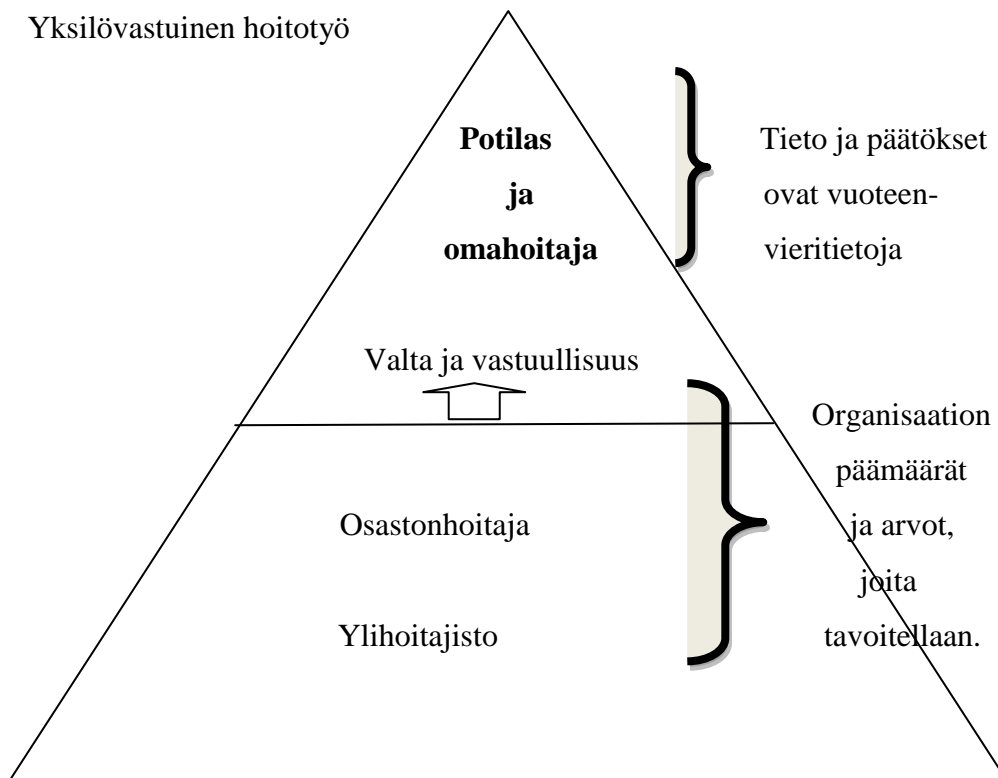
Hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan moniammatillisesti laadittua suunnitelmaa, johon eri ammattiryhmät kirjaavat potilaan hoitoon liittyviä asioita. Hoitajien vastuulla oleva hoitotyön suunnitelma on osa hoitosuunnitelmaa. Hoitotyön suunnitelman osuus hoitosuunnitelmasta riippuu potilaan hoidon tarpeesta ja painotuksesta. (Eriksson ym. 1999, 27)

Hoitotyön prosessimalli auttaa hoitotyön loogista suunnittelua ja toteutusta. Se ei kuitenkaan anna sisältöä toteutettavalle hoitotyölle. Siksi hoitotyön kertomuksen laatiminen edellyttää hoitajalta selkää näkemystä ammatin tietoperustaan perustavasta perustehtävästä. (Eriksson ym. 1999, 27.)

3.5 Hoitotyön tietoperusta

Hoitotyön tietoperustana tulisi olla ensisijaisesti hoitotiede ja sen tuottama tieto. Myös sairaanhoitajan ammatillinen kokemus sekä käsitys itsestä ja tavasta olla

olemassa ohjaavat hoitotyötä. Minkä hoitaja kokee hoitotyössä merkittäväksi, sen hän myös kirjaa. Itsemääräämisoikeudella on merkittävä osuus yksilövastuisessa hoitotyössä. Sillä tarkoitetaan jokaiselle aikuiselle yksilölle kuuluvaa moraalista oikeutta tehdä vapaasti omaan elämäänsä liittyviä valintoja ja päätöksiä ja toteuttaa niitä. Yksilölähtöisessä hoitotyön kirjaamisessa korostuvat potilaan esille tuomat ongelmat. (Corin ym. 2004, 32.)



Kuvio 3. Yksilövastuisen hoitotyön ideaalimalli. (Mukaiillen Munnukka 1993, 18.)

Munnukan (1993) mukaan vuoteenvierusraportoinnilla potilas on päätöksenteossa osallinen (kuvio 3). Psykiatrisessa hoitotyössä osallisuus päätöksentekoon perustuu lääkärin tapaamisiin, joissa omahoitaja on läsnä potilaan ”asianajajana”. Näissä tilanteissa potilas nähdään aktiivisena hoitoon osallistujana, jossa omahoitaja tukee osallisuutta kulloisenkin psyykkisen voinnin ja tuen tarpeen mukaan. Potilaan ohjaus ja informointi hoitoon liittyvistä asioista on osallisuuden edellytys.

Keski-pohjanmaan keskussairaalassa yksilövastuisen hoitotyön filosofisen toimintaperiaatteen mukaisesti itsemääräämisoikeus on toteutunut sekä poliklinikoilla että osastoilla potilaan osallistumisena päätöksentekoon ja oman hoidon suunnitteluun sekä hoitotyönsuunnitelman kirjaamisessa yhdessä potilaan kanssa. Myös potilaan näkemykset, odotukset ja toivomukset hänen hoidostaan oli kirjattu aikaisempaa enemmän. Ihminen itse on parhaassa asemassa arvioimaan omia valintojaan ja elämäänsä. Muilla ihmisillä on velvollisuus kunnioittaa hänen valintojaan. (Corin ym. 2004, 32.)

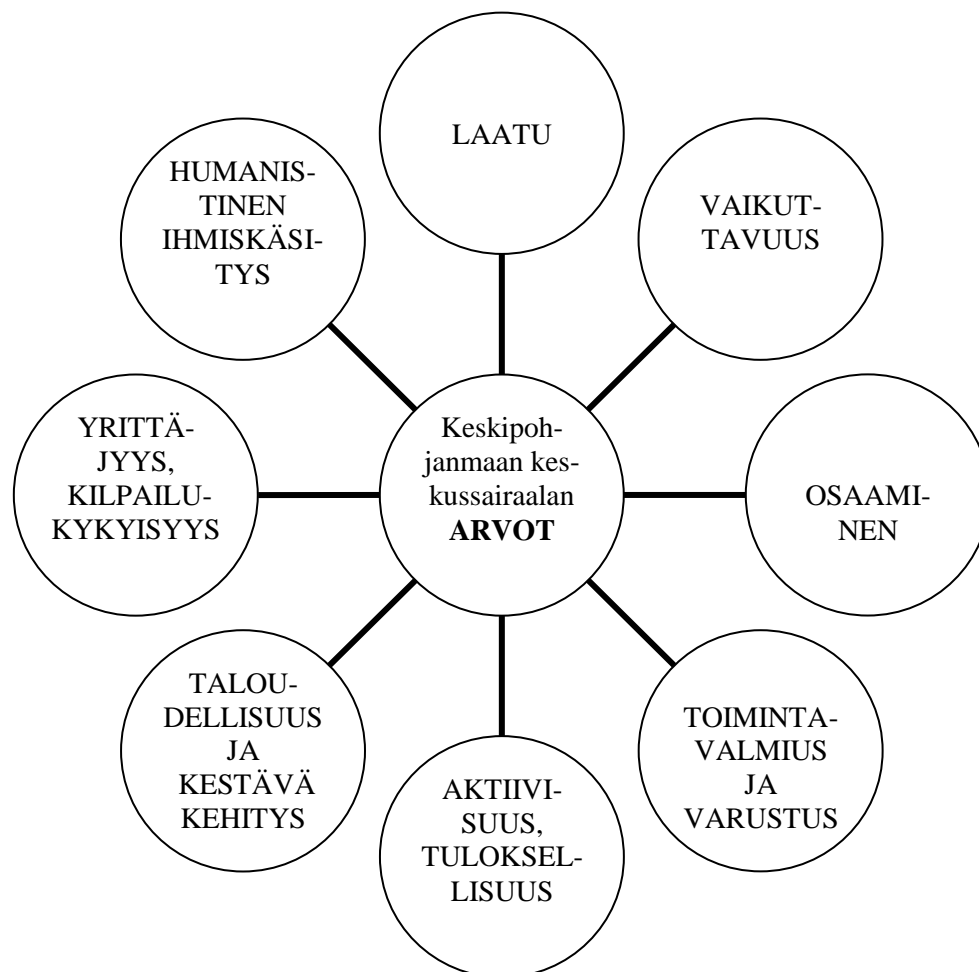
Ohjauksen ja neuvonnan avulla hoitaja antaa oman asiantuntemuksensa potilaan käyttöön. Toteutuu tahdon autonomia, mikä tarkoittaa potilaan tekemiä valintoja omien halujen ja mieltymystensä mukaan. Myös hoitomenetelmistä kertominen antaa potilaalle vapauden valita hoitomenetelmän. Hoitotyön keinojen arviointi potilaan kertomana toteuttaa toiminnan autonomiaa. Toiminnan autonomia tarkoittaa sitä, että potilas kykenee toteuttamaan niitä suunnitelmia, joita hän on uskustensa ja halujensa pohjalta laatinut. Yhteistyö lähtee liikkeelle potilaan ja omahoitajan yhteisestä työskentelystä potilaan senhetkisen terveyden edistämiseksi. Potilaan päivittäisistä toiminnoista selviytyminen ja avun tarpeen arviointi takaa sen, että potilas saa tahtonsa toteutettua silloinkin, kun se edellyttää muiden ihmisten yhteistyötä ja apua. (Corin ym. 2004, 32.)

3.6 Hoitotyön arvoperusta

Raatikaisen (1995) ja Sarvimäen (1997) mukaan hoitotyön toimintaa ohjaavat yleisesti ja hoitoyhteisöissä hyväksytyt arvot, käsitys ihmisestä ja terveydestä, oikeudelliset normit ja ammattietiikka. Hoitotyön arvolähtökohtia voidaan jaotella monella tavalla, mutta keskeisinä arvoina pidetään ihmisarvoa, elämän ja terveyden kunnioittamista ja lähimmäisenrakkautta. Hoitotyön toimintaa ohjaavat myös tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja solidaarisuus. (Hallila 1999,11)

3.6.1 Keski-Pohjanmaan keskussairaalan arvot

Sairaanhoitopiirin toiminnan perustana on ihmisarvon kunnioittaminen, jonka tulee ilmetä kaikessa toiminnassa. Tärkeää on myös palvelujen hyvä laatu, jonka lähtökohtana ovat asiakkaan ja potilaan kuuleminen, tarpeet, palvelujen korkea laatutaso ja vaikuttavuus sekä osaamisesta, toimintavalmiudesta ja toimintavarustuksesta huolehtiminen (kuvio 4). Edelleen tärkeää on aktiivisuus ja tuloksellisuus, jotka ilmenevät yrittäjyytenä ja innovatiivisuutena sekä kilpailukykyisyytenä ja taloudellisuutena. Myös sairaanhoitopiirin kestävä kehitys tarkoittaa alueellisen päätösvalan säilyttämistä, toiminnan ja työn tuottavuutta, riskien hyvää hallintaa, turvallista ympäristöä ja vastuuta tulevaisuudesta. (KPKS talousarvio ja suunnitelma 2007-2009)



Kuvio 4. Keski-Pohjanmaan keskussairaalan keskeiset arvot.

Ihmisarvon kunnioittaminen ilmenee humanistisessa ihmiskäsityksessä. Pyritään potilaiden, työyhteisön jäsenten ja yhteistyökumppanien tasavertaiseen yhteistoi-
mintaan, jossa potilas on oman elämänsä paras asiantuntija. (KPKS talousarvio ja
–suunnitelma 2007-2009)

3.6.2 Arvokeskustelut psykiatrian tulosalueella

Arvotyöskentelyn taustaa: Psykiatrian tulosalueen johtoryhmässä mietittiin yksik-
kökohtaista työskentelyä helpottamaan käytäntöön soveltuvaa työtapaa arvokes-
kustelun käymiseksi ja sen tulosten kirjaamiseksi. Käytännön arvotyöskentely
käynnistettiin yksiköiden kehittämispäivillä, jossa myös sovittiin jatkosta. Kehit-
tämispäivien tueksi voitiin käyttää mm. työpaikkakokous - aikoja. Kehittämispäi-
vien työskentelyä helpottamaan on suunniteltu oma työskentelytapansa. (KPKS
psykiatrian arvokeskustelut 2006.)

Hoitotyön toiminnan perustana ovat arvot, käsitys ihmisestä ja terveydestä. Kes-
keisenä arvona hoitotyössä on ihmisarvo ja sen kunnioittaminen. Ihmisarvolla
ymmärretään sitä, että jokainen ihminen on arvokas ja tärkeä. Hoitotyön arvojen
omaksuminen toteutuu hoitotyöntekijöiden toiminnassa toimintaa ohjaavien peri-
aatteiden perusteella. Näitä periaatteita ovat yksilöllisyyden, omatoimisuuden, it-
semääräämisoikeuden, turvallisuuden, oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon, koko-
naishoidon sekä jatkuvuuden ja vastuullisuuden periaatteet. (Keski-Pohjanmaan
hoitotyön alueellinen strategia 2002-2008.)

Tavoitteena on, että toimintafilosofia, arvot ja periaatteet psykiatrian tulosalueella
saadaan yhteneväisiksi koko sairaanhoitopiirin arvojen kanssa. Päivitetään arvo-
ajattelua yksiköissä, otetaan huomioon mm. työtapojen ja henkilöstön muuttumi-
nen. Annetaan mahdollisuus miettiä arvojen toteutumista arjen työssä – mottona:
”kaikki mikä on tärkeää, tapahtuu arjessa.” (KPKS psykiatrian arvokeskustelut
2006.)

Tavoitteena on siis, että koko Keski-pohjanmaan keskussairaalan henkilökunta tietää ja ymmärtää keskeiset arvot, joihin sairaalassa toteutettava hoito perustuu. Nämä arvot luovat pohjan ”evidentille” (näyttöön perustuvalla) hoitotyölle. Evidentin hoitotyön toteutuminen näkyy potilaiden ja omaisten tyytyväisyytenä (tai tyytymättömyytenä) hoitoon. Potilaiden tyytyväisyyttä seurataan yksikkökohtaisesti, vuosittain järjestettävillä potilastyytyväisyyskyselyillä.

3.6.3 Psykiatrinen kriisiosasto

Psykiatrinen kriisiosasto (osasto 15) on psykiatrinen akuutti vastaanotto- ja hoitosasto. Osastolla on kuusitoista (16) potilaspaikkaa (taulukko 2). Osastolla hoidetaan aikuisia potilaita, jotka kärsivät psykoottisista oireista, masennuksesta tai muista mielenterveysongelmista. Osastohoitoa tarvitaan, kun avohoito ei riitä potilaan auttamiseen. (Hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-2007.)

Kriisiosaston toiminta on potilaan tarpeista lähtevää, avohoitopainotteista, yksilöllistä, perhe- ja verkostokeskeistä ja laadukasta. Perustehtävänä on akuutin sairausvaiheen hoidon tarpeen arviointi, tutkimus, hoito sekä kuntoutustarpeen arviointi sekä opiaattiriippuvaisten potilaiden korvaushoito ja lisäksi viikonloppuisin hoitajapäivystys yleissairaalapsykiatrisia konsultaatioita varten. (Hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-2007.)

Sairaalajaksot ovat lyhyitä kriisihoitoja ja hoito jatkuu yleensä avohoidossa tai jälkipoliklinisesti osastolla. Hoidosta pyritään aina sopimaan potilaan ja hänen omaisten kanssa tukien ja kunnioittaen irsemääräämisoikeutta ja omatoimisuutta. Hoito suunnitellaan yksilöllisesti.

Kriisiosaston henkilökuntaan kuuluu (taulukko 3): tulosaluejohtaja (osa työajasta), erikoislääkäri (osa työajasta), erikoistuva lääkäri, ylihoitaja (osa työajasta), osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 12 sairaanhoitajaa, reservinsairaanhoitaja, 6

mielenterveyshoitajaa, sihteeri, sosiaalityöntekijä (sosiaalityöyksikkö) ja psykologi.

Taulukko 2. Kriisiosaston toimintaluvut vuonna 2008.

TOIMINTALUKUJA	F
Sairaansijoja	16
Hoitojaksot	382
Hoitopäivät	6674
Keskimääräinen hoitoaika (päivää)	18,6

Taulukko 3. Kriisiosaston henkilökunta.

AMMATTINIMIKE	MÄÄRÄ
Tulosaluejohtaja	1 (osa työajasta)
Erikoislääkäri	1 (osa työajasta)
Erikoistuva lääkäri	1
Ylihoitaja	1 (osa työajasta)
Osastonhoitaja	1
Apulaisosastonhoitaja	1
Sairaanhoitaja	12
Reservinsairaanhoitaja	1
Mielenterveyshoitaja	6
Osastos sihteeri	1
Sosiaalityöntekijä	1 (sosiaalityön yksikkö)
Psykologi	1

Osaston kuormitusprosentti on ollut pitkään korkea. (2004 113 % ja 2005 105 % sekä 2006 104,4 % ja 2007 102,9 % sekä 2008 114 %) Tätä on huomioitu henkilöstövoimavaroja arvioitaessa lisäämällä hoitohenkilökunnan määrää.

3.6.4 Toiminta ajatus

Psykiatrisen kriisosaston (osasto 15) toiminnassa on keskeistä potilaan ja hänen perheensä, lähiverkostonsa ja avohoidon kanssa tehtävä yhteistyö. Yksikön toiminta on integroitu psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa monipuolisia hoitovaihtoehtoja tarjoavaksi kokonaisuudeksi. Potilaita hoitaa ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta. Psykiatrisen osastohoidon lisäksi osasto järjestää psykiatrisen hoitajapäivystyksen viikonloppujen ja juhlapyhien aikaan. Osasto järjestää opiaattiriippuvaisten korvaushoidon. (KPKS os 15 hoitotyön toiminta- ja laadunhallintasuunnitelma 2007-2009.)

3.6.5 Arvot ja periaatteet

Kriisosaston (os. 15) hoitohenkilökunnan työ perustuu yhteisesti sovittuihin arvoihin ja periaatteisiin, jotka näkyvät käytännön hoitotyössä (taulukko 4). Osaston arvot ja periaatteet on päivitetty vuosittain kehittämispäivien yhteydessä. Arvot ja periaatteet ovat jatkuvan tarkastelun alaisina ja vuosittain tapahtuva tarkastelu on osoittautunut tarpeelliseksi. Potilas on arvokas ja ainutkertainen yksilö. Hänellä on vapaus ja vastuu tekemistään valinnoista. Hänellä on menneisyytensä myös voimavaranaan ja hän vaikuttaa omaan tulevaisuuteensa tasa-arvoisena.

Taulukko 4. Kriisosaston keskeiset arvot ja periaatteet

POTILAS	
	-on arvokas ja ainutkertainen yksilö
	-vastuu ja vapaus
	-kokee tulleensa kuulluksi ja ymmärretyksi
	-osallistuu hoitoon ja päätöksentekoon
	-perhe ja lapset, läheiset, viranomaiset
HOITO	
	-ja rajoitukset perustuvat mielenterveyslakiin
	-on yksilöllistä
	-perustana hoitosuhde
	-osastoympäristö on turvallinen

Potilas kokee, että häntä kuullaan ja ymmärretään. Hän saa tietoa terveydentilastaan ja hoitovaihtoehdoista sekä osallistuu itse hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Jos itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, se perustuu aina mielenterveyslakiin, on yksilöllistä, voinnin ja hoidon kannalta välttämätöntä ja potilaan edun mukaista. Mielenterveyslainmukaiset eristämisen- ja rajoittamisohjeet on päivitetty vuoden 2005 aikana.

Osastolla potilas kokee olonsa turvalliseksi luottamuksellisessa ja aidosti välittävässä hoitosuhteessa. Osaston puitteet tukevat turvallisuutta (esim. lukitut ulko-ovet), kun potilas ei sairautensa vuoksi kykene kantamaan koko vastuuta omasta elämästä. Potilaan vointia seuraa ja hoitoa toteuttaa hoitotyöntekijä kokonaisvaltaisesti ja tarpeenmukaisesti (KPKS os 15 Hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-07)

Potilasta autetaan rakentamaan jokapäiväistä elämäänsä perheen, läheisten ja auttavien viranomaisten kanssa. Potilas kokee, että hänen elämäntilannettaan on ymmärretty kokonaisvaltaisesti huomioiden perhetilanne sekä muut vointiin vaikuttavat tekijät ja voimavarat (kuvio 5). Perhe tietää potilaan voinnista ja siinä tapahtuvista muutoksista. Lasten huomiointia, kun vanhempi on osastohoidossa, ylläpidetään ja kehitetään edelleen. (KPKS os 15 hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-2007)

Erikoissairaanhoidon vastaa vaativasta hoidosta ja mielenterveyspalvelujen kokonaisuuden kehittämisestä sekä antaa asiantuntemuksensa hoidon porrastuksen ohjaamiseen. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalueen toiminta- ja laadunhallintasuunnitelma 2007-2009)

Erilaisia kehittämiskohteita tuleville vuosille ovat esimerkiksi ehkäisevän mielenterveystyön maakunnallisen mallin toteuttaminen yhdessä Pohjanmaa hankkeen kanssa. Lisäksi seurataan hoitoonpääsyaikoja, jotta turvataan joustava hoitoonpääsy valtakunnallisten suositusten mukaan. Kehitetään aluevastuista porrasteista avohoitomallia yhdessä alueen terveyskeskusten ja psykiatristen osastojen ja po-

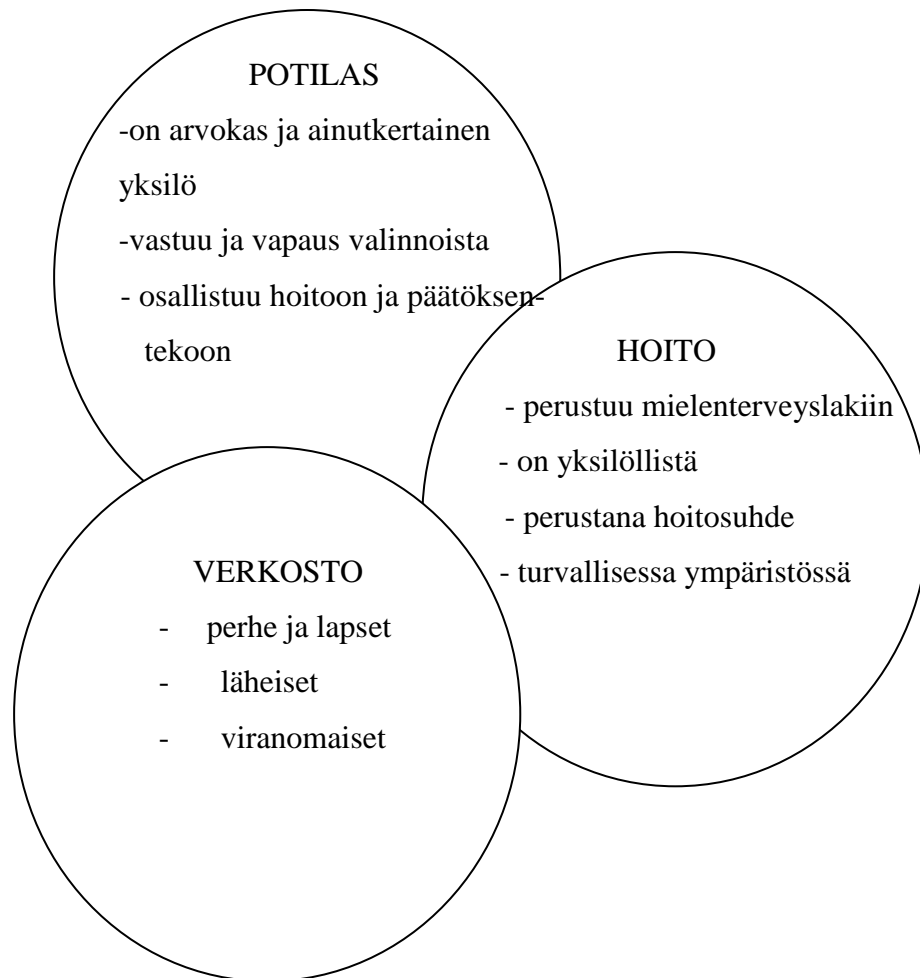
liklinikoiden välillä. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalueen toiminta- ja laadunhallintasuunnitelma 2007-2009.)

Sairaalajaksot ovat lyhyitä kriisihoitoja ja hoito jatkuu yleensä avohoidossa tai jälkipoliklininisesti osastolla. Hoidosta pyritään aina sopimaan potilaan ja hänen omaisten kanssa tukien ja kunnioittaen otsemääräämisoikeutta ja omatoimisuutta. Hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti. Hoitotyössä korostuu yhteistyön rakentaminen potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitoa arvioidaan ja kehitetään edelleen potilaiden, omaisten, yhteistyökumppaneiden ja ostajakuntien tarpeita vastaavaksi kokonaisuudeksi. (KPKS os 15 hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-2007.)

Osastolla hoitotyössä käytetään hoitomuotoja, jotka auttavat potilaita ja ovat tarpeenmukaisia. Onnistumistamme arvioidaan myös potilaiden, heidän läheistensä ja avohoidon antaman suullisen palautteen sekä kerran vuodessa tapahtuvan kirjallisen potilastyytyväisyyskyselyn avulla. Oman työn tarkasteleminen, onnistumisista ja epäonnistumisista oppiminen on osaston työskentelytapa ja auttaa orientoitumaan evidenssiin perustuvan hoitotyön käytäntöön. Suurin osa osaston hoitohenkilökunnasta on osallistunut sairaanhoitopiirissä järjestettyyn evidenssiin perustuvan hoitotyön koulutukseen ja syventyminen asiaan jatkuu edelleen. Osastolla nimetty yhdyshenkilö kerää tietoa ajankohtaisista hoitotieteellisistä tutkimuksista koko työryhmän käyttöön ja osallistuu tehtävää varten annettuun koulutukseen, tiedon hakua internetistä ja erityisesti hoitotyön tietolähteistä tuetaan. (KPKS os 15 hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-2007.)

Potilaslähtöistä hoitotyötä toteuttavat hoitajat toimivat itsenäisesti ja kantavat vastuun hoitotyöstä ja sen laadusta. Omahoitaja vastaa kokonaisuudesta, informoi muuta työryhmää sekä koordinoi hoidon kattavaksi myös poissaolonsa ajaksi sekä tekee yhteistyötä potilaan, omaisten, verkoston ja työryhmän kanssa. Omahoitajan poissa ollessa potilaalla on korvaava hoitaja. Hän toteuttaa hoitotyötä laaditun suunnitelman mukaisesti ja tekee tarvittavat muutokset potilaan voinnin mukaisesti. Korvaava hoitaja kirjaa, raportoi ja tekee yhteistyötä omahoitajan ja työryhmän

kanssa. Oma- tai korvaavan hoitajan poissa ollessa nimetään potilaille vastuuhoitaja turvaamaan yksilöllisyyden, turvallisuuden ja jatkuvuuden toteutuminen hoidossa. (KPKS os 15 hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-2007.)



Kuvio 5. Kriisiosaston arvot.

Hoitotyön päämäärä on ihmisen hyvän olon ja terveyden edistäminen. Vastuullisen hoitotyön perustana on käsitys hoitotyön perustehtävästä. Hoitajien tekemä hoitotyö perustuu tieteelliseen tietoon ja kokemukseen, jotka hän yhdistää toimivaksi kokonaisuudeksi. (KPKS os 15 hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-2007.)

Hoitaja kykenee tekemään hoitotyötä koskevat päätökset itsenäisesti ja kykenee osoittamaan päätösten ja hoitotyön vaikutuksen potilaan tilaan. Itsenäinen toiminta edellyttää vankkaa hoitotyön tieto- ja taitoperustaa ja sen jatkuvaa ajan tasalla pitämistä. Kirjallisessa hoitotyön suunnitelmassa näkyy potilaan ainutkertaisuus ja dokumentoinnin sekä raportoinnin avulla varmistuu jatkuvuus hoitotyössä. (KPKS os 15 hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-2007)

Potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhde perustuu potilaan ratkaisujen ja valintojen kunnioittamiseen sekä eettisiin periaatteisiin. Sopimukset päätöksistä lähtevät potilaan itsemääräämisoikeudesta ja ovat aina yksilöllisiä. Potilas ja omahoitaja laativat yhteiset päämäärät ja tavoitteet, jotka edistävät potilaan terveyttä ja selviytymistä jokapäiväisessä elämässä. Omahoitaja huolehtii, että potilas on osallisena hoitonsa päätöksenteossa, vaikka sairaus olisi hetkellisesti vaikeuttanut hänen päätöksentekokykyään tai – mahdollisuuttaan. (KPKS os 15 hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-2007.)

Potilas – hoitaja –yhteistyösuhde on ammatillista ja tietoista yritystä psykologisin keinoin vaikuttaa potilaan pahaan oloon ja kärsimykseen lieventävästi ja terveyttä edistävästi. Omahoitaja käyttää menetelmiä, jotka ovat potilaan tilanteesta, hoidon tarpeesta ja vaiheesta riippuen oireen mukaisia, terveyttä ylläpitäviä ja / tai minää vahvistavia. Hoitosuhteessa potilas autetaan tuetusti kriisivaiheen yli niin, että hän voi voimavarojensa palautuessa ottaa lisääntyvästi itse vastuuta itsestään. (KPKS os 15 hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-2007.)

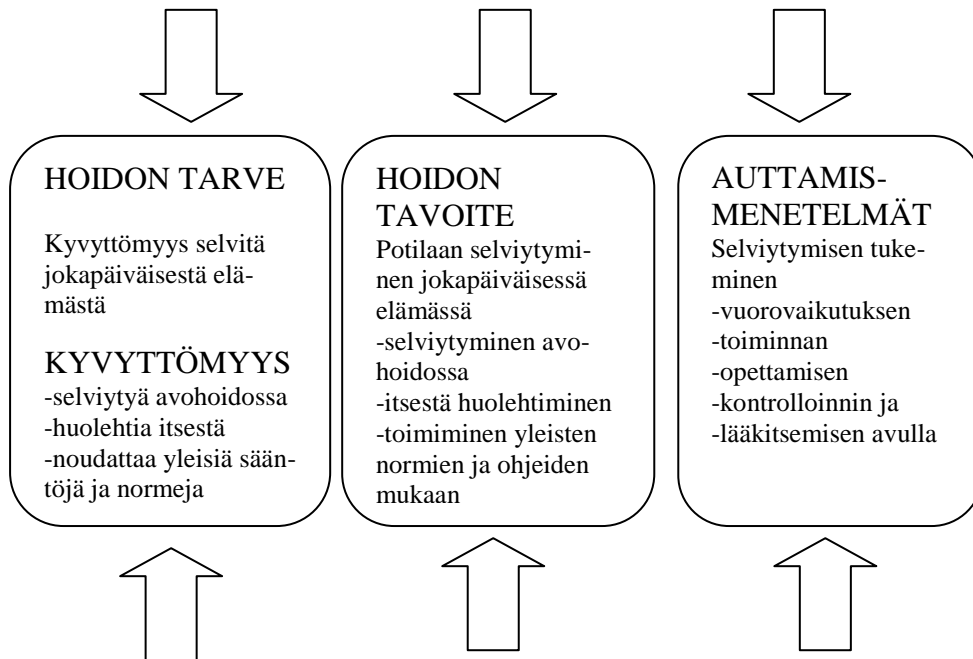
3.6.6 Psykiatrisen hoitotyön perusprosessi

Seuraavassa kuviossa (kuvio 11) on määritelty psykiatrisen hoito-osaston perusprosessi, jossa toiminnan päämääränä, tavoitteena on psykiatrisen potilaan selviytymisen tukeminen. Toiminta perustuu yhteiskunnan normeihin, mielenterveyslakiin ja asetuksiin (kuten kriisiosaston (os. 15) toiminta). Hoitoa tuottaa psykiatrisen hoito-osaston moniammitillinen tiimi.

 YHTEISKUNTA: MIELENTERVEYSLAKI JA –ASETUS

PSYKIATRISEN HOITO-OSASTON MONIAMMATILLINEN TIIMI

PSYKIATRISEN HOITOTYÖN AUTTAMISPROSESSI



PSYKIATRISEN POTILAAN SELVIYTYMISEN TUKEMINEN

KUVIO 11. Psykiatrisen hoito-osaston perusprosessi. (mukaillen Latvala & Janhonen 1996, 228.)

Latvala ja Janhonen (1996) haastattelivat 52 psykiatrisen hoito-osaston potilasta, sekä videoivat erilaisia hoitotilanteita. Psykiatrisen hoitamisen perusprosessiksi muodostui potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. Hoitotyön tehtävänä oli auttaa potilasta selviytymään. Psykiatrisen hoitotyö perustui potilaan tarpeisiin, joihin vastattiin käyttämällä erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä. Psykiatrisen hoitotyön perusprosessi sisälsi tutkimuksen mukaan kolme luokkaa: hoitotyön tarve, hoitotyön tavoite ja hoitotyön auttamismenetelmät. Jatkotutkimushaasteita kerrottiin olevan selviytymisen tarkasteleminen potilaan näkökulmasta ja

selvittäminen, miten hoitaja voi tukea potilasta selviytymisessä ja mitä auttamismenetelmiä tarvitaan. (Latvala & Janhonen 1996, 224-232.)

Latvalan & Janhosen (1996) mukaan psykiatrisen osastohoidon prosessi perustuu mielenterveyslakiin ja -asetuksiin. Näin on sanottu myös kriisiosaston hoitotyön toimintasuunnitelmassa, kriisiosaston arvoissa mainitaan, että hoito perustuu mielenterveyslakiin ks. kuvio 5. kriisiosaston arvot sivulla 31. Edelleen psykiatrisen osaston hoitoprosessia koordinoi psykiatrisen hoito-osaston moniammatillinen tiimi. Käsitteenä moniammatillisuus tulee jo hoitotyön prosessimallista (vrt. esim. Eriksson ym. 1999, 27) ja sitä painotetaan kriisiosaston toimintasuunnitelmassa, sekä koko kriisiosaston työ perustuu moniammatillisuuteen, koska esimerkiksi aamuraporteilla on paikalla koko osaston moniammatillinen tiimi (kts. esim. taulukko 3. kriisiosaston henkilökunta sivulla 26.)

Latvalan ja Janhosen (1996) mukaan psykiatrisen hoito-osaston perusprosessin tavoitteena on psykiatrisen potilaan selviytymisen tukeminen. Tämä asia on esillä jo Keski-Pohjanmaan keskussairaalan arvoissa, joissa keskeisenä arvona on ihmisten hyvän arjen tukeminen heidän omissa elinympäristöissään (KPKS talousarvio ja -suunnitelma 2007-2009).

4 RAPORTOINTI JA KIRJAAMINEN

Hoitotyössä raportilla tarkoitetaan tilaisuutta, jossa tiedotetaan päättyvän työvuoron tapahtumista ja potilaiden vointiin sekä hoitoon liittyvistä asioista (Ruuskanen 2007, 11). Raportti on usein määräaikainen, kirjallinen tai suullinen, tapahtunutta toimintaa kuvaava tiedotus (Mölsä ym. 1985, 42). Perinteinen tapa välittää tietoa on suullinen raportti (Ruuskanen 2007, 9).

4.1 Perinteisen suullisen raportoinnin edut ja haitat

Suullisen tiedottamisen, raportoinnin tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus. Raportin aikana hoitaja siirtää tietoa potilaan voinnista ja hoidosta sekä vastuun potilaan hoidosta seuraavaan työvuoroon tuleville työntekijöille. (Junes & Solvin 1995, 1-59.)

Hoitotyössä suullisen tiedottamisen synonyyminä käytetään nimitystä raportti. Raportti kuuluu jokapäiväiseen hoitotyöhön, se on sen oleellinen osa. Raportin tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus. (Telaranta 1997, 224.)

Kilpeläinen (1992) ja Williams (1998), mukaan suullinen tiedotustilaisuus on tunnettu tapa välittää tietoa, jossa päättyvän vuoron sairaanhoitaja tiedottaa osastolla hoidossa olevien potilaiden sairauteen, vointiin ja hoitoon liittyvät asiat työvuoroon tulevalle henkilökunnalle. Vuodeosaston toiminnan ja työvuorojärjestelyjen mukaan raportointitilaisuuksia pidetään 3-4 kertaa vuorokaudessa. (Puumalainen ym. 2003, 4.)

Raportointitilaisuudet ovat hyvin perinteisiä. Raportointiin kuluu paljon työaika, mutta raportit eivät vastaa jatkuvasti kehittyvän hoitotyön haasteisiin. Raportin jälkeen tietoa haetaan usein vielä potilaspapereista tai päättävän työvuoron hoitajilta. (Ruuskanen 2007, 8.)

Raportin sisällön kritisoidaan riippuvan raportin pitäjän persoonasta ja henkilökohtaisesta näkemyksestä eikä raportointi ole potilaslähtöistä. (Ruuskanen 2007, 9.)

Useiden tutkimusten mukaan mm. Hendrickson ym (1990), Quist (1992), Gardona ym (1997), Hollingsworth ym. (1998), raportit ovat osa välillistä hoitoa, johon kuuluu yhteensä noin 30–50 % hoitohenkilökunnan kokonaistyöajasta (Puumalainen ym. 2003, 4-9.)

Esittelen tässä muutamia tutkimuksia, jotka liittyvät suullisen raportoinnin kehittämiseen. Raportoinnista on useita tutkimuksia, niin kirjallisesta kuin suullisesta. Lisäksi melko uusina tutkimusaiheina ovat vuoteenvierusraportointi sekä hiljainen raportointi.

Riikola on tehnyt (1990) opinnäytetyötutkielman suullisen potilastiedotuksen sisällöstä ja tiedotukseen käytetystä ajasta. Tutkimuksen aineisto kerättiin havainnoiden kansliaraportointia Kuopion yliopistollisen keskussairaalan neljällä osastolla. Tutkimus oli laadullinen. Tutkimuksen tuloksena oli, että suullisiin potilastiedotuksiin käytetään huomattava osa työajasta. Käytettyyn aikaan vaikuttivat potilasmäärä, potilasvaihto ja vapaalta töihin palaavat hoitotyöntekijät. Tiedotuksen sisältö oli pääasiassa potilaiden fyysiset tarpeet, ei niinkään psyykkiset ja sosiaaliset.

Tuomi on tehnyt (1993) tutkimuksen: hoitajien käsityksistä vuodeosastojen raporttitilaisuuksista. Kyseessä oli pro-gradu tutkimus, joka toteutettiin määrällisenä. Tutkimukseen osallistui Jorvin sairaalan 13 somaattista osastoa, tutkittavia oli 188. Tutkimuksen tuloksena oli, että lähes kaikki hoitajat osallistuivat aamu-, päivä ja kiertoraporttitilaisuuksiin. Työaikaa käytettiin liikaa. Tietoja saatiin puutteellisesti. Raporttitilaisuudet sisälsivät potilashoitoon liittyvien asioiden lisäksi myös yleisistä asioista tiedottamista, keskustelua työyhteisöön ja opiskelijaohjaukseen liittyvistä asioista sekä hoitajien henkilökohtaisista asioista puhumista. Raporttitilaisuudet olivat myös työyhteisön sosiaalista vuorovaikutusta

Tutkimusten (mm. Tuomi 1993) mukaan perinteinen kansliaraportti kulutti paljon työaika, korosti potilaiden fyysisiä tarpeita, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden jäädessä vähemmälle huomiolle. Viestintä oli yksisuuntaista ja ongelmakeskeistä. Raportointi koettiin puutteelliseksi ja samoja asioita toistaviksi. Potilastiedottamisen lisäksi raportit sisälsivät yleistä asioista tiedottamista, keskustelua työyhteisöön ja opiskelijoiden ohjaukseen liittyvistä asioista sekä hoitajien henkilökohtaisista asioista. Raporteilla oli hoitajille potilastiedotuksen lisäksi työyhteisön sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvä merkitys.

Kilpeläinen (1992) tutki työvuorojen vaihtuessa pidettävien suullisten tiedotustilaisuuksien tehtäviä terveyskeskuksen vuodeosastolla. Aineisto kerättiin neljältä ryhmältä teemahaastattelulla sekä äänittämällä 21 raportointitilaisuutta. Tiedotustilanteiden tehtäviä tutkittiin sosiaalisten funktioiden kautta. Kilpeläisen tutkimuksen tuloksena oli, että raportointitilaisuuksien tärkein funktio oli hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen ja työryhmän kiinteydestä huolehtiminen.

Puumalainen, Långstedt ja Eriksson (2003), mittasivat hoitajien työajankäyttöä seitsemällä sisätautien vuodeosastolla tutkimuksessa, jonka tarkoituksena oli luopua suullisista raporteista työvuorojen vaihtuessa ja korvata ne kirjallisella tiedonsiirrolla. Hoitajat (n= 177) merkitsivät käyttämänsä työajan kymmenen minuutin tarkkuudella yhden viikon ajan. Uuden toimintatavan aikutusta työhön ja osaston toimintaan sekä hoitajien (n = 137) kokemuksia mitattiin kyselylomakkeella puoli vuotta muutoksen jälkeen. Tutkimuksen mukaan suulliseen tiedottamiseen kulunut aika väheni, kirjaamiseen lisääntyi. (Puumalainen ym. 4-5.)

Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa tutkittiin hoitotyöhön käytettyä työaika ko sairaalan osalta 2005 hoitotyön arviointiprojektissa. Tutkimuksen mukaan raportointiin käytettiin huomattavasti suurin osa tässä tutkimuksessa mitatuista välillisen hoitotyön osa-alueista, yhteensä kaikilla osastolla 48 % eli 195, 9 tuntia vuorokaudessa. Toiseksi eniten aikaa käytettiin kirjaamiseen 25 % eli 100,3 tuntia vuorokaudessa. Lääkärin kierto on käytettiin selvästi enemmän aikaa sisätautiosastoilla. Muutoin välilliseen hoitotyöhön luettiin mm. varastojen ja kaappien täytöt.

Tilauksiin laskettiin mm. lääketilaukset ja keskusvarasto tilaukset. Eniten aikaa raportointiin käytettiin osasto 4:llä yhteensä 43.04 tuntia. Osasto 3:lla raportointikäytäntö on osiltaan erilainen kuin muilla. Siellä hoitajat perehtyvät potilastietoihin itsenäisesti potilaskertomuksesta. Raportointiin käytetty aika on osasto 3:lla pieni verrattuna henkilöstömäärään eli 10,6 tuntia vuorokaudessa. (Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Hoitotyön arviointiprojekti 6.3. – 10.6.2005)

Pirjo Partasen (2002, 108-111) väitöskirjan mukaan sairaanhoitajien ja perushoitajien työ oli suurimmaksi osaksi potilaiden välillistä ja välitöntä hoitamista (76 %). Osastokohtaisen työn osuus oli keskimääräin 16 % ja henkilökohtainen ajankäyttö 8 %. Välilliseen hoitotyön osuus yliopistosairaalan psykiatrian osastoilla on pienempi (28 %) kuin Partasen (2002) tutkimilla somaattisilla osastoilla (35 %). Todennäköisesti somaattisilla osastoilla on enemmän toimenpiteiden valmisteluun liittyvää välillistä hoitotyötä kuin psykiatrian osastoilla. Tosin psykiatrian osastoilla järjestetään runsaasti erilaisia potilaiden hoitoon liittyviä neuvotteluja, jotka ovat välillistä hoitotyötä. Ilman potilasta käytyihin neuvotteluihin kului yhteensä 8 % hoitajien työajasta: työryhmätyöskentelyyn 6 % ja yhteistyöhön osaston ulkopuolella 2 %. Näissä tutkimuksissa todettu välillisen hoitotyön osuus on huomattavasti pienempi kuin englantilaisessa tutkimuksessa, joissa todettiin hoitajan työskennelleen 57 % kokonaistyöajasta ilman potilaskontaktia. (Rissanen ym. 2005, 19-25).

Yliopistollisen erikoissairaanhoidon somaattisilla osastoilla osastokohtaisen työn osuus (16%) on myös hieman suurempi kuin psykiatrian osastoilla (13%). Tämä ero selittynee osittain somaattisten osastojen potilaiden suuremmalla vaihtuvuudella. Sekä somaattisilla että kaikilla tutkituilla psykiatrian osastoilla henkilökohtaisen ajan osuus oli mittaustavan erilaisuudesta johtuen saman verran (8 %) kokonaistyöajasta. (Rissanen, Toivainen & Miettinen 2005, 19-25.)

Englantilaisessa tutkimuksessa (Whittington & McLaughin 2000) psykiatrian osastoilla hoitajien työajasta 15 % kului osaston sisäiseen tiedottamiseen ja kir-

jaamiseen. Sisäisen tiedottamisen ja kirjaamisen suuri osuus kokonaistyöajasta on loogista, kun hoitajaksot lyhenevät ja potilaat vaihtuvat tiheämmin. Tiedon vaihtoon liittyvät ilmiöt eivät ole ainutlaatuisia. Irlannissa puhumiseen ja raportointiin muulle henkilökunnalle käytettiin NURDAS (Nurses Daily Activity Recording System)– mittarin mukaan 18 % ja raportin vastaanottamiseen 2 % kokonaistyöajasta.(Rissanen ym 2005, 19-25.)

Kerrin, 2002, tutkimuksen tulokset tukevat aikaisempien tutkimusten tuloksia siltä osin, että raportointia voidaan hyödyntää oppimistilaisuutena sekä hoitajille, että potilaille. Kokeneemmat hoitajat voivat näin siirtää tietotaitoaan muille. Vuoteenvierusraportointi myös rohkaisee kokemattomia hoitajia yhteen kokeneempien kanssa. Tutkimuksen mukaan raportointia ei pitäisi nähdä pelkästään hoitotyön jatkuvuuden turvaajana, vaan hoitotyön arvokkaana pääomana. Raporttitilaisuuden sosiaalinen, opetuksellinen ja hallinnollinen funktio, jossa piilotettu eksperttisi ja tietotaito hyödyntää hoitotyön professionaalisuuden kehittymiseen.(Kerr 2002, 125-134.)

4.2 Muita raportointimenetelmiä

Hiljainen raportointi, kirjallinen eli lukuraportti perustuu huolelliseen kirjaamiseen. Taustalla tulee olla hyvin suunniteltu rakenne potilastietojen kirjaamiseksi. Menetelmä edellyttää, että hoitotyössä on tehty selkeät valinnat esimerkiksi jonkun hoitotieteellisen mallin käyttämisestä. Silloin kirjaaminen ja raportointi ovat sen kiinteitä osia. (Telaranta 1997, 225.)

Työnjakoraportilla käydään lyhyesti läpi osastolla olevat potilaat. Siinä selvitetään potilaiden diagnoosit, hoitoisuus ja muut työvuoron aikana tapahtuvat potilaita koskevat asiat, jotka on kirjattu valmiiksi apulistaan. Raportin antaa hoitaja, joka on saanut raportin kaikista osaston potilaista ja potilaat jaettiin alkavan vuoron hoitajien kesken. Mikäli hoitaja jatkaa työvuoroaan, hän jatkaa omien potilaiden hoitamista. Työnjakoraportilla otetaan huomioon mahdolliset muutokset potilai-

den voinnissa tai lukumäärässä ja kartoitettiin näin yleisesti alkavan vuoron tilanne osastolla. (Ruuskanen 2007, 22.)

Työnjakoraportti voi olla työnjakotilaisuus, minkä jälkeen hoitajat perehtyvät itsenäisesti potilaspapereihin. Suullisen raportointitilanteen keston tulisi olla vain noin 5-15 minuuttia ja perustua kirjattuun hoitotyönsuunnitelmaan, sekä muihin potilaan hoitoon liittyviin papereihin. Kaikki potilastiedot tulee olla päivitettyinä ja lomakkeet täytettyinä ennen raportointitilannetta. Potilaan toiveet ja tarpeet tulisi lausua ääneen raportilla, arviointi potilaan voinnista, hoitoisuudesta sekä hoidon ja ohjauksen vaikuttavuudesta tulisi olla myös kirjattuna potilaspapereihin selkeästi. Raportille tehdään apulomakkeeksi potilaslista, josta ilmenee lyhyesti potilaiden nimet, diagnoosit ja hoitamiseen liittyvät tiedot. (Ruuskanen 2007, 22.)

Yksilövastuisten hoitotyön periaatteiden mukaan osastolla voidaan pitää myös yksilövastuinen raportti eli **omahoitajaraportti**. Työvuoronsa päättävä hoitaja raportoi hoitamistaan potilaista vain potilaan hoitoa jatkavalle hoitajalle. (Ruuskanen 2007, 21.)

4.3 Kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen on tärkeä keino hoitotyön sisällön ja käytännön kehittämisessä. Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa kirjaamista on kehitetty systemaattisesti useita vuosia erilaisten projektien avulla. (mm. Rakenteinen hoitotyön kirjaamisen projekti, hoitotyön dokumentointiprojekti ym.)

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat lait ja asetukset kuten potilasasiakirjojen laatimista yleensä. Keskeisimpiä ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), henkilötietolaki (523/1999) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta (99/2001). Hoito on toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Hoi-loppuraportti 2003.)

Hoitohenkilökunnan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämis- sekä tiedonsaanti-oikeutta. Lisäksi potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapito on varmistet-

tava. Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Hyvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja hoitajan henkilökohtaisen oikeusturvan takaamiseksi potilasasiakirjojen tulee olla oikeita, virheettömiä ja laajuudeltaan riittäviä. (Hoi-loppuraportti 2003.)

Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö koostuu muun muassa potilasasiakirjojen laatimista koskevasta asetuksesta, laista potilaan asemasta ja oikeuksista sekä henkilötietolaista. Näissä ohjeissa sanotaan mitä tulee olla kirjattuna potilaan hoidosta. (Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä. Kehittämisprojekti Kainuussa vuosina 2006–2007.)

Kirjaamisen toteuttaminen edellyttää selkeää näkemystä hoitotyöstä. Hoitotyön suunnitelman laatimisessa ja siihen kirjaamisessa on keskeistä jokaisen palvelupisteen hoitajan tietoisuus siitä, mitä hoitotyö on ja mikä siinä on tärkeää sekä miten potilaan hyvää hoitotyötä toteutetaan. (Hoitotyön dokumentointiprojekti, alkukartoitus 2001.)

Hoitotyön suunnitelmaan voidaan kirjata esitiedot, lääkärin määräykset/lausunnot, konsultaatiot, hoidontarve/hoitotyön ongelmat, tavoitteet, suunnitelma, potilaan toivomukset, keinot/hoitomuodot/hoitokeinot, seuranta/hoidon toteutus, jatkohoito ja arviointi. Potilaan hoidon vaikuttavuuden ja voinnin seurannassa voidaan kirjata potilaan oma kuvaus, perustarpeiden tyydyttyminen, fyysinen vointi, psyykinen vointi, toimintakyky/käyttäytyminen, kipu, toimenpiteiden suorittaminen sekä vaikutus, hoidon eteneminen ja potilaan selviytyminen. (Hoitotyön dokumentointiprojekti, alkukartoitus 2001.)

Potilaan ohjauksesta voidaan kirjata ohjausmenetelmät ja ohjauksen sisältö. Ohjauksen vaikuttavuudesta kirjataan esimerkiksi ohjauksen sisäistyminen, voinnin parantuminen ja potilaan oma kokemus. Lähtöpäivänä oli kirjattu kotiutuskunnon arviointi, ohjaus, jatkohoidon sisältö, osastolta/poliklinikalta poistumisen kuvaus ja hoitosuhteen lopetus. (Hoitotyön dokumentointiprojekti, alkukartoitus 2001.)

Kirjaamisen toteutuessa hyvin hoitosuunnitelman sisältö ja hoitoprosessin kuvaus oli loogista ja informatiivista. Potilaslähtöinen kirjaaminen edellyttää, että kirjaamisessa näkyvät potilaan/asiakkaan esille tuomat, hänelle merkitykselliset asiat. Kirjaaminen alkaa siitä, että asiakas kertoo oman ”tarinansa”. Asiakkaan kertoman ”tarinan” avulla voidaan löytää keskeiset teemat, joiden avulla potilaan/asiakkaan hoitotyö tarkentuu. Keskeiset teemat kirjataan ja niistä keskustellaan. Hoitotyön toteutuksen kannalta on tärkeää myös se, että hoitaja on kirjannut hoitotyön näkökulmasta esille tuomansa asiat. Hoitotyön näkökulman esilletulo on tärkeää, koska hoitotyöntekijöillä on velvollisuutensa ja vastuunsa. (Munnukka ym. 1999, 121 - 122.)

Potilaan/asiakkaan hoidon kirjaaminen sairauskertomukseen ja erilaisiin hoitolomakkeisiin on yksi keskeinen päätöksenteon sovellusmuoto potilaan hoidossa. Kirjaamisen tehtävänä on luoda edellytykset hoidon joustavalle etenemiselle ja turvata hoitoa koskeva tiedon saanti. Sen tehtävänä on myös varmistaa hoidon toteutus ja sen seuranta sekä turvata hoidon jatkuvuus. Hoidon eri vaiheiden kirjaaminen on oleellinen osa potilaan/asiakkaan hoidon kokonaisuhoitoa, ja kirjaamisen merkitys tulee jatkuvasti lisääntymään terveydenhuoltojärjestelmän muuttuessa, hoitoaikojen lyhentyessä ja terveydenhuollon asiakkaiden ja heidän omaistensa aktiivisuuden lisääntyessä saamaansa hoitoa kohtaan. Potilaan/asiakkaan sairauskertomuksista pitäisi selvittää mm. miksi hän on tullut hoitoon ja mitä hoitoa hän on saanut. Niistä pitäisi myös ilmetä, miten hoito on vaikuttanut ja miten hän on voinut hoidon aikana ja millainen hänen vointinsa on hoitojakson päättyessä. Lisäksi niistä pitäisi ilmetä, miten potilaan/asiakkaan mahdollinen jatkohoito on järjestetty ja/tai selviytyminen kotihoidossa on varmistettu ja mitä mieltä hoitoon osallistuneet eri ammattiryhmät sekä potilas ja/tai omainen ovat hoidon onnistumisesta ja vaikutuksista. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 94.)

Yksi sähköisen kirjaamisen kehittämishanke Keski-Pohjanmaalla oli HOI-osaprojekti. Se oli osa Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vuosina 2001-2003 toteutettua hoitotyön dokumentointiprojektia. HOI-osaprojektin tarkoituksena oli elektronisen hoitotyö-lomakkeen (HOI-lomake) käytön kehittäminen ja hyödyn-

täminen. Osaprojektin keskeisin tehtävä oli laatia suositus HOI-lomakkeelle kirjaamisesta. (HOI-loppuraportti 2003.)

Laaditun HOI-suosituksen tavoitteena on antaa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan hoitajille yhteinen viitekehys hoitotyön kertomuksen laatimisesta. Hoitotyön kertomus on kooste potilaan hoitajakson/käynnin/käyntikertojen aikana syntyneistä hoitotyön tiedoista. Suosituksessa kertomus rakennetaan pääotsikkojen avulla. Niitä ovat tulotilanne, nykytilanne, hoitotyön suunnitelma, väliarviointi, loppuarviointi ja jatkohoitosuunnitelma. Pääotsikkojen sisältöjä kuvataan niihin liittyvien tekijöiden avulla. (HOI-loppuraportti 2003.)

Hoitotyön kertomuksen laatiminen ymmärretään osana hoitotyön tietoperustasta lähtevää potilaslähtöistä hoitotyötä. Siksi HOI-suosituksen laatimisen edetessä päädyttiin viiteen (5) kehittämissuositukseen. Suosituksessa esitetään, että yksiköissä 1) HOI-suosituksen soveltaminen on yksi hoitotyön toimintasuunnitelman painopistealueista, 2) osastonhoitaja mahdollistaa suosituksen mukaisen kirjaamisen kehittämisen, 3) hoitajat päivittävät tai kuvaavat hoitotyön perustan, 4) hoitajat arvioivat toteutettavaa yksilövastuista hoitotyötä tai keskustelevat sen mahdollisesta soveltamisesta ja 5) HOI-suositukseen perustuen laaditaan hoitotyön sisältöön soveltuva ja tarpeenmukainen ohje HOI-lehdelle kirjaamisesta. (HOI-loppuraportti 2003.)

Hoitotyön kirjaaminen ei ole itsetarkoitus vaan tärkeä työväline hyvän hoitotyön toteutuksessa. Jos työväline on tarkoituksenmukainen, helpottaa se työn suorittamista. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että kukin työyksikkö kehittäisi juuri itselleen omimman ja sopivimman hoitotyön kirjaamisen tavan. Tarkoituksenmukaisen hoitotyön kirjaamisen toteuttaminen edellyttää sairaanhoitajan tietoisuutta hoitotyön päämäärästä sekä omasta perustehtävästään osana potilaan/asiakkaan kokonaisuhoitoa. (Eriksson ym. 1999, 26 - 27.)

Työn muuttuessa kiireiseksi, lomakausien aikana ja uusien työntekijöiden tullessa on kirjaaminen se hoitotyön osa-alue, josta ensimmäiseksi ollaan valmiita luopu-

maan. Hoitotyön kirjaamiseen liittyy kuitenkin juridinen näkökulma. Mikäli hoitotilanteita seuraa oikeudellisia selvityksiä, on vahinkojen selvittäminen jälkikäteen ilman tarkkoja ja kuvaavia dokumentteja miltei mahdotonta. Eräänä ratkaisuna tilanteen korjaamiseksi voi olla yksikkökohtaisesti laadittu hoitotyön kirjaamisen minimitaso, johon yllettäisiin kaikissa tilanteissa. (Eriksson ym. 1999, 26 - 27.)

Hoitosuhteeseen liittyvien näkökohtien lisäksi potilasasiakirjojen laatimisella on yhteiskunnallinen merkitys, sillä niihin sisältyviä tietoja käytetään terveydenhuollon suunnitteluun, hallintoon sekä opetus ja tutkimustarkoituksiin. Potilasasiakirjojen avulla toteutetaan hoidon turvallisuuden, jatkuvuuden ja luottamuksellisuuden periaatteita terveydenhuollossa. Potilasasiakirjat laaditaan ottaen huomioon salassapitosäädökset sekä henkilöstörekisterilain mukaiset suojaamis- ja huolellisuusvelvoitteet. Huolellisesti laaditut potilasasiakirjat välittävät tietoa potilaan/asiakkaan terveydentilasta ja hänen saamistaan terveydenhuoltopalveluista esimerkiksi silloin, kun hän siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Hoidon toteuttamisvaiheessa tehdyt merkinnät auttavat arvioimaan annettua hoitoa, sen vaikuttavuutta ja hoidon uudelleen suunnittelua. (Munnukka ym. 1999, 31.)

Potilasasiakirjoihin voivat tehdä merkintöjä potilaan/asiakkaan hoitoon ja neuvontaan osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä heidän ohjeidensa mukaisesti muu hoitoon osallistuva ja avustava henkilökunta. Terveydenhuollon opiskelijat voivat käytännön harjoittelujaksoillaan tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin, mutta niihin tarvitaan esimiehen, ohjaajan tai tämän valtuuttaman henkilön hyväksyntä allekirjoituksella tai muulla vastaavalla tavalla. Henkilö, joka tekee potilasasiakirjoihin merkinnän, on velvollinen merkitsemään myös nimensä, asemansa ja merkinnän ajankohdan. (Munnukka ym. 1999, 35.)

Kehittämishaasteena kirjaamisessa on yksilövastuisesta näkökulmasta katsottuna hoidon vaikuttavuuden arviointi potilaan kertomana, sekä hoitotyön keinojen kirjaaminen suhteessa potilaan tarpeisiin. Kirjaaminen yhteistyössä potilaan kanssa

sekä potilaan oma arvio hoitotyön keinoista ovat myös kirjaamisen kehittämisen haasteita. (Corin ym. 2004, 32.)

Kirjaamisesta tulee selvittää: mm. miksi potilas on tullut hoitoon, minkälainen hänen vointinsa on ollut, mitä hoitotoimenpiteitä ja hoitopäätöksiä on tehty, kuka hoitopäätöksiä on tehnyt ja kuka toteuttanut sekä miten toimenpiteet ovat vaikuttaneet potilaan vointiin ja hoitoon. Potilaan oma arvio on tärkeä. (Timonen 2005.)

4.3.1 Kirjaamista ohjaavat lait ja asetukset

Kirjaamisen juridista merkitystä ei tule unohtaa. Potilasasiakirjat tulee laatia huolellisesti. Merkintöjen tulee olla virheettömiä, selkeitä ja ymmärrettäviä. Potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt saavat tehdä merkintöjä ja opiskelijoiden merkinnät hyväksyy hoitaja. (Timonen 2005.)

Potilasasiakirja on luottamukselliseen hoitosuhteeseen kuuluva tärkeä osatekijä, jolla on myös erittäin suuri oikeudellinen merkitys. Asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnät ovat ensiarvoisen tärkeitä potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön oikeusturvalla. Potilasasiakirjoihin tehdyt merkinnät helpottavat potilaan/asiakkaan hoitoon liittyvien asioiden selvittämistä jälkikäteen esimerkiksi potilasvahinkotapauksissa ja turvaavat osaltaan potilaan/asiakkaan tiedonsaantioikeuden toteutumisen. (Munnukka ym. 1999, 30.)

Potilasasiakirjojen laatimista säätelevät myös seuraavat lait ja asetukset: Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/94), Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen opas terveydenhuollon henkilöstölle (STM asetus 99/2001). (Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen, K-PSHP projektisuunnitelma 2008.)

Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskevien määräysten mukaan potilasasiakirjojen sisältämän tietoaineksen yleisinä lähtökohtina tulee olla rekisteröi-

tävien tietojen tarpeellisuus- ja virheettömyysvaatimukset, ja ne laaditaan ottaen huomioon salassapitosäännökset sekä henkilörekisterilain mukaiset suojaamis- ja huolellisuusvelvoitteet. Määräyksissä edellytetään myös, että henkilörekisterilain 6 §:ssä määriteltyjä arkaluonteisia tietoja voidaan kirjata potilasasiakirjoihin ilman potilaan suostumusta ainoastaan, jos ne ovat neuvonnan ja hoidon kannalta välttämättömiä. (Ilveskivi 1998, 32.)

Vuonna 2007 tuli voimaan laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L159/07). Tämän lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi. (Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen, K-PSHP projektisuunnitelma 2008.)

Laki edellyttää, että kaikkien julkisten terveydenhuollon palvelujen tuottajien on liityttävä valtakunnallisten tietojärjestelmien käyttäjiksi ja terveydenhuollon perusjärjestelmien tuottaminen potilasasiakirjojen standardoinnista on noudatettava STM:n opasta ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisestä potilaskertomuksessa. (Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen, K-PSHP projektisuunnitelma 2008.)

Huolellisesti laaditut potilasasiakirjat ovat yhtäältä tärkeä luottamukselliseen hoitosuhteeseen kuuluva osatekijä terveydenhuollossa ja toisaalta niillä on suuri merkitys potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön oikeusturvan kannalta. Potilasasiakirjat palvelevat potilaan terveyden- ja sairaanhoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaa, ja niiden avulla toteutuu jatkuvuuden periaate myös silloin, kun potilas siirtyy toiseen toimintayksikköön. Huolellisesti laaditut potilasasiakirjat välittävät tietoa potilaan terveydentilasta ja hänen saamistaan terveydenhuoltopalveluista, ja riittävät sekä asianmukaiset merkinnät ovat omiaan edistämään luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. (Ilveskivi 1998, 32.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimustehtävä ja tavoitteet

Tutkimuksen kohteena on psykiatrinen osasto. Tutkimuksen tehtävä on kartoittaa osaston nykyistä raportointikäytäntöä ja tavoitteena suunnitella mahdollisia kehittämisalueita osaston henkilökunnasta nousseisiin kehittämistarpeisiin.

Tutkimuksen tavoitteet ovat kolmivaiheiset. Ensiksi tutkitaan raportoinnin muotoja, sisältöä sekä ajankäyttöä ja sitten verrataan niitä teoriaan. Tämän jälkeen havainnoidaan raporteja erityisen havainnointilomakkeen avulla. Sen jälkeen käsitellään raportoinnin havainnoinnista sekä raportointia koskevasta kyselystä esille nousseita asioita työpaikkakokouksissa. Työpaikkakokoukset ovat ryhmähaastatteluita, jotka nauhoitetaan, ja aineisto analysoidaan induktiivisellä sisällön analyysillä. Teorian, havainnoinnin pohjalta sovitaan toimenpiteistä raportoinnin kehittämiseksi. Lisäksi esitetään kehittämisajatuksia ryhmähaastattelun aineiston ja teorian pohjalta.

5.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus on laadullinen. Tutkimus toteutettiin kolmivaiheisesti. Tutkimukseen osallistujat, psykiatrisen osaston hoitajat (N=13) havainnoivat raporttia erityisen havainnointilomakkeen avulla. Jokaisessa havainnointilomakkeessa oli kymmenen satunnaisen potilaan hoitotyöhön liittyvät teema-alueet. Havaintoja kertyi 130 potilaasta. Havainnointilomakkeista saadut tiedot kvantifioitiin, eli sisältö eriteltiin ja esitellään taulukoin ja prosentti- sekä yksikköjakaumin.

Samanaikaisesti tutkija havainnoi raporteja. Lisäksi kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä, joihin pyydettiin vastaamaan raportoinnin havainnoinnin jäl-

keen. Havainnoinnin jälkeen järjestettiin kaksi ryhmähaastattelua, ja haastatteluisa saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysimenetelmällä

Ryhmähaastattelua käytettiin tässä tutkimuksessa henkilökunnan haastattelumenetelmänä. Haastattelut toteutettiin kahdessa työpaikkakokouksessa. Työpaikkakokouksen alussa esiteltiin havainnointilomakkeilla ja kyselyillä saadut tulokset. Tämän jälkeen keskusteltiin siitä, miten raportointia voitaisiin kehittää henkilökunnan omien, tutkimuksessa esiin nousseiden ehdotusten ja ideoiden pohjalta. Käydyt keskustelut kestivät vajaan tunnin kumpainenkin. Keskustelut nauhoitettiin, ja nauhoitettu aineisto aukikirjoitettiin sana sanalta. Vastausten analysoinnissa käytettiin sisällön erittelyä ja tulkintaa. (Alasuutari 1994, 41; Laaksonen 2002, 22-23.) Tutkimuksen kohderyhmä muodostui psykiatrisen osaston työntekijöistä.

Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää tutkimuskohdetta. Usein tutkimus alkaa siitä, että tutkija yrittää kartoittaa kentän jolla hän toimii. (Hirsjärvi ym. 2002, 168.)

Burns & Groven (2001) mukaan laadullisen tutkimuksen perusidea on käytännöllinen: tutkimuksen avulla pyritään selvittämään totuutta tutkimuskohteesta ja jäsentämään todellisuutta entistä paremmin hallittavaan muotoon – tuottamaan teoreettista tietoa. (Kylmä, 2003, 24-26.)

Kvalitatiivisessa (laadullisessa) tutkimuksessa aineistosta ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Ajatuksena on kuitenkin alun perin aristoteelinen ajatus, että yksityisessä toistuu yleinen. Tutkimalla yksityistä tapausta kyllin tarkasti saadaan näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2002, 169.) Aineistona voi olla vaikkapa vain yksi tapaus, tai yhden henkilön haastattelu. Toisaalta aineisto voi käsittää joukon yksilöhaastatteluja. Koska tarkoituksena ei ole etsiä kesimääräisiä yhteyksiä eikä tilastollisia säännönmukaisuuksia, aineiston koko ein määräydy näihin perustuen. (Hirsjärvi ym. 2002, 168.)

Hoitotieteessä tarvitaan teorioita, joita voidaan soveltaa käytännössä. Tällaisia teorioita ovat keskitason ja käytännön teorit. Hoitotieteen oman tietoperustan vahvistamiseksi tarvitaan erityisesti hoitotyön käytännön ongelmien lähtökohdista kehitettyjä teorioita (Kyngäs 1997, 107-117.)

Valitsin tutkimuksen tekotavaksi laadullisen tutkimuksen mm. seuraavista syistä: Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Laadullinen tutkimus suosii ihmistä tiedon keruun instrumenttina. Tutkija luottaa omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kesken – enemmän kuin mittausvälineisiin. Apuna täydentävän tiedon hankinnassa käytetään myös lomakkeita ja testejä. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysiä – tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Tutkimuksessa suositetaan laadullisia metodeja: niissä tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille. Näitä metodeja ovat mm. tutkimuksessa käytetyt osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelut ja erilaisten tekstien analysoinnit. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisesti. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tässä tutkimuksessa järjestettiin aluksi raporttien havainnointi, ja sen jälkeen raportoinnin kehittämiseen liittyvä ryhmähaastattelu aikaisempaan havainnointiin ja avoimiin kysymyksiin liittyen. Lopuksi tutkimuksen tuloksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. Tämä tutkimus kuvailee ja kertoo raportoinnista kriisiosastolla tutkimuksen tekoaikana, helmi-maaliskuussa 2008. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 155.)

5.2.1 Havainnointi tutkimusmenetelmänä

Grönforsin (2001) mukaan havainnointi on perusteltu tiedonhankintamenetelmä, jos tutkittavasta ilmiöstä tiedetään hyvin vähän tai ei laisinkaan. Toiseksi havainnointi voi kytkeä muita aineistonkeruumenetelmiä paremmin saatuun tietoon. Asiat nähdään havainnoinnin avulla ikään kuin oikeissa yhteyksissään. Kolmanneksi on osoitettu, että haastattelu usein tuo voimakkaammin esille johonkin ilmi-

öön tai asiaan liittyvät normit kuin normiin varsinaisesti liittyvän käyttäytymisen. Havainnointi saattaa paljastaa tämän ristiriidan ja käyttäytymisen laidan, mutta toisaalta päinvastoin myös haastattelu saattaa selventää käyttäytymistä. Neljänneksi havainnoimalla voidaan monipuolistaa tutkittavasta ilmiöstä saatua tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 83.)

Havainnointi on tiedonkeruuta aistien avulla. Sen avulla voidaan saada tietoja henkilön tilasta, ympäristöolosuhteista, verbaalisesta ja nonverbaalisesta viestinnästä, toiminnasta, tottumuksista ja taidoista. Havainnoija voi olla joko tilanteeseen osallistuva tai ulkopuolisena pysyvä. Havainnointi voi olla strukturoitua tai ei-strukturoitua. Strukturoidun havainnoinnin kirjaamisessa käytetään havaittujen tietojen luokittelua. Nämä luokat edellyttävät operatiivista määrittelyä. Havainnot kirjataan määrällisinä sen mukaan, kuinka paljon tai kuinka usein kutakin asiaa esiintyy. Kun on kyse strukturoidusta havainnoinnista, on syytä tarkasti suunnitella ja määritellä, mitä ilmiön ominaisuuksia havainnoidaan sekä mitkä ovat ne havainnointiyksiköt, jotka ilmaisevat näitä ominaisuuksia. Samoin on päätettävä, milloin havainnoidaan ja havainnointiajan kesto. (Krause & Kiikkala 1996, 105.)

On melko yksinkertaista saada nämä säännöt koskemaan raportoinnin havainnointia. Raportoinnihavainnointilomake on strukturoitu, on määritelty havainnointiyksiköt. Havainnoinnin kesto on yksi raportti.

Havainnoinnin (observation) avulla saadaan tietoa, toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa. Yhteiskuntatieteilijät ovat hyvin selvillä siitä, että esimerkiksi ihmisten arvostuksia tutkittaessa saadaan erilaisia tuloksia, jos näitä asioita kysellään ja mitataan puheen keinoin tai jos katsotaan, miten ihmiset todella toimivat arkielämässä. Puheiden ja asennoitumisen tasolla ollaan yhden arvomaailman kannattajia ja elämäkäytännön tasolla toisen arvomaailman vankeja. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 199.)

Havainnoinnin suurin etu on, että sen avulla voidaan saada välitöntä, suoraa tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Sen

avulla päästään luonnollisiin ympäristöihin. Tässä mielessä voidaan sanoa, että se on todellisen elämän ja maailman (real world) tutkimista; se välttää keinotekoisuuden, joka on monien muiden menetelmien rasisiteena. Näin ollen se sopii hyvin kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmäksi. Havainnointi on erinomainen menetelmä muun muassa vuorovaikutuksen tutkimuksessa samoin kuin tilanteissa, jotka ovat vaikeasti ennakoitavissa ja nopeasti muuttuvia. Se sopii myös silloin, kun tutkittavilla on henkilöillä on kielellisiä vaikeuksia (esim. lapset) tai kun halutaan saada tietoa, josta tutkittavat eivät halua kertoa suoraan haastattelijalle. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 200.)

Havainnointimenetelmiä on kritisoitu eniten siitä, että havainnoija saattaa häiritä tilannetta, jopa suorastaan muuttaa tilanteen kulkua. Havainnoinnin toteuttaminen vie runsaasti aikaa. Tämä on menetelmän rajoitus. Opinnäytetyötä tekevä, esimerkiksi pro gradu – tutkielmaa tekevä opiskelija ei voi käyttää pitkiä ajanjaksoja aineiston keruuseen. Havainnointiin liittyy myös eräitä eettisiä ongelmia, esimerkiksi se, kuinka paljon tutkittaville kerrotaan havainnoinnin tarkoista kohteista. Kuitenkin havainnointi on menetelmä, jonka avulla voidaan kerätä mielenkiintoista ja monipuolista aineistoa. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 200.)

Havainnoinnissa on muistettava, että havainnot saattavat alkaa kasaantua joko erittäin paljon tai erittäin vähän luokkiin eikä jakautua normaalijakauman mukaisesti. Samoin virhettä saattaa aiheuttaa ns. halo-efekti eli kokonaisvaikutelmasta johtuva tulkinta. (Krause & Kiikkala 1996, 105.)

Havainnoinnilla voidaan katsoa olevan myös monia haittoja. Osallistujan rooli voi vaikeuttaa havaintojen tekoa. Haittana voidaan pitää sitä, että havainnoijan läsnäolo, tausta ja viiteryhmä voi vaikuttaa tilanteeseen ja siitä tehtäviin havaintoihin. Taustastaan johtuen havainnoija voi nähdä tilanteen vain rajoitetusti. (Krause & Kiikkala 1996; 107.)

Havainnoinnin muotoja ovat: piilohavainnointi, havainnointi ilman osallistumista, osallistuva havainnointi ja osallistava havainnointi. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 84.)

Havainnoinnin menetelmiä on useita. Systemaattista havainnointia harjoitetaan lähinnä tarkasti rajatuissa tiloissa, esimerkiksi laboratorioissa tai tutkimushuoneissa – kuten psykologiassa on kauan tehty lapsia tutkittaessa – tai luonnollisissa tilanteissa kuten luokkahuoneissa tai työpaikoilla. Olennaisin piirre systemaattisessa havainnoinnissa on luokitteluskeemojen laatiminen ja niiden asiantunteva käyttö. Havainnoijan on saatava tähän tehtävään koulutus. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 202.)

Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija toimii aktiivisesti tutkimuksensa tiedonantajien kanssa. Sosiaaliset vuorovaikutustilanteet muodostuvat tärkeäksi osaksi tiedonhankintaa. Siitä, minkä verran tutkija pitää tapahtumien kulkuun vaikuttaa tai olla vaikuttamatta, ollaan monta mieltä. Mitä toimintatutkimuksellisempi tutkimuksen näkökulma on, sitä perustellumpaa on tutkijan aktiivinen tapahtumiin vaikuttaminen. Osallistuvassa havainnoinnissa voidaan puhua myös tutkijan osallistumisen eri asteista, jolloin jatkumon ääripäitä ovat osallistumattomuus ja täydellinen osallistuminen. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 84.)

5.2.2 Haastattelu tutkimusmenetelmänä

Kyselytutkimusta voidaan täydentää haastattelulla tai haastattelua käytetään itsenäisenä tiedonkeruumenetelmänä. Haastattelu voi olla strukturoitu, osittain strukturoitu tai vapaa. Haastattelu on joustava tietojenkeruutapa. (Krause & Kiikkala, 108-109.)

Kun haluamme tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii, on järkevää kysyä asiaa häneltä. Kyselyn ja haastattelun jyrkkä erottelu ei liene järkevää. Ne eivät kuitenkaan ole käsitteinä täysin synonyymisiä – tuskin kukaan on esimerkiksi tehnyt ”syväkyselyä”. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 75.)

Haastattelun etu on ennen kaikkea joustavuus. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 75.)

Joustavaa haastattelussa on myös se, että kysymykset voidaan esittää siinä järjestyksessä kuin tutkija katsoo aiheelliseksi. Laadullisen tutkimuksen haastattelua voidaan pitää joustavana myös siksi, että haastattelua ei ymmärretä tietokilpailuksi, kuten kyselyssä saattaa käydä. Haastattelussa tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Tällöin on perusteltua antaa haastattelukysymykset tai aiheet tiedonantajille jo hyvissä ajoin etukäteen tutustuttavaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 75.)

Haastatteluaineisto on konteksti- ja tilannesidonnaista. Siitä syntyy se pulma, että tutkittavat saattavat puhua haastattelutilanteessa toisin kuin jossakin toisessa tilanteessa. Tämän voi ottaa tuloksia tulkitessaan huomioon: tulosten yleistämisessä ei pitäisi liioitella. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 194.)

Haastattelu on yhdenlaista keskustelua. Tavallisessa keskustelussa molemmat osapuolet ovat yleensä (tai kuvittelevat olevansa) tasa-arvoisia kysymysten asettamisessa ja vastausten antamisessa. Haastattelussa sen sijaan on haastattelijalla ohjat. Tutkimustarkoituksia varten haastattelu on ymmärrettävä systemaattisena tiedonkeruun muotona. Sillä on tavoitteet, ja sen avulla pyritään saamaan mahdollisimman luotettavia ja päteviä tietoja. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 194.)

Haastattelun etuna on, että vastaajiksi suunnitellut henkilöt saadaan yleensä mukaan tutkimukseen. Haastateltavat on mahdollista tavoittaa helposti myöhemmin, jos on tarpeen täydentää aineistoa tai jos halutaan tehdä vaikkapa seurantatutkimusta. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 193.)

Monet seikat, joita pidetään haastattelun hyvinä puolina, sisältävät myös ongelmia. Haastattelu on kuin kolikko, jolla on kaksi puolta. Haastattelu vie aikaa. Puolen tunnin haastatteluun (tutkimustarkoituksia varten) tuskin kannattaa edes ryh-

tyä. Jos ongelma on niin helposti ratkaistavissa, voi yhtä hyvin turvautua kyselylomakkeeseen. Haastattelujen teko edellyttää huolellista suunnittelua ja kouluttamista haastattelijan rooliin ja tehtäviin, mikä vie aikaa. Haastatteluun katsotaan myös sisältyvän monia virhelähteitä, jotka aiheutuvat niin haastattelijasta kuin haastateltavastakin ja itse tilanteesta kokonaisuutena. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 193.)

Ryhmähaastattelua arvioitaessa on huomioitava psykiatristen hoitajien työ: heidän ovat puhetyöläisiä. Näin ollen myös kaikki, joista asia tuntuu kiinnostavalta, varmasti kertovat oman kantansa. Keskustelu sujui rauhallisesti, ainut haittaava asia oli aikataulu, keskustelu täytyi päättää tietyssä ajassa. Muuten keskustelua olisi voitu jatkaa avoimessa ilmapiirissä pitempäänkin.

Haastattelu voidaan toteuttaa yksilöhaastatteluna, parihaastatteluna tai ryhmähaastatteluna. Tavallisin haastattelun muoto on yksilöhaastattelu. Parihaastatteluja käytetään mm. kasvatustieteellisissä tutkimuksissa haastateltaessa lapsia, nuoria ja lasten vanhempia. Parihaastattelu on yksi ryhmähaastattelun alamuoto. Tutkijan onkin itse pohdittava, mikä menettely omassa tutkimuksessa takaisi todennäköisesti parhaimman tuloksen. Valinta riippuu ennen kaikkea siitä, keitä haastateltavat ovat ja mikä on tutkimuksen aihe. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2002, 197.)

Tähän tutkimukseen valitsin ryhmähaastattelun yhdeksi aineiston keruumenetelmäksi, koska se on menetelmänä erittäin käyttökelpoinen silloin, kun ollaan kiinnostuneita haastateltavien mielipiteistä ja näkemyksistä. Tällä menetelmällä toivoin saavani tietoa kriisiosaston raportoinnin nykytilanteesta sekä henkilökunnan kehittämis ehdotuksia aiheeseen liittyen. Aineiston keruumenetelmäksi valitsin avoimen haastattelun, koska halusin saada syvällistä tietoa raportoinnista, enkä halunnut rajata keskustelua millään etukäteisolettamuksilla. Lisäksi psykiatristet hoitajat, kuten tutkimuksen tekijä, ovat varsin kokeneita keskustelijoita. Ajattelin, että tarvittaessa voin palauttaa keskustelua takaisin aiheeseen, jos se eksyy sivupuolille. Haastattelussa vain tutkittava ilmiö oli määritelty, se oli raportointi ja

sen kehittäminen. Haastattelussa syvensin kirjallisuudesta, havainnoinnista sekä avoimista kysymyksistä saamaani tietoa.

Ryhmähaastattelu on nopea ja taloudellinen tapa, siinä saatava tieto on moniulotteista, koska tieto syntyy ryhmän välisestä vuorovaikutuksesta. Ryhmähaastattelussa saadaan tavallista enemmän tietoa, koska ryhmän jäsenet voivat tukea, rohkaista, herättää muistikuvia ja innostaa mielipiteiden vaihtoon. Ryhmän sisäinen vuorovaikutus vaikuttaa mielipiteiden esittämiseen ja ryhmässä osallistujat voivat tuoda julki vapaammin myös kriittisiä mielipiteitä. Keskustelun tulee olla mahdollisimman avointa. (Koskinen & Jokinen 2001, 301-309.)

Ryhmähaastattelu tulee valmistella, toteuttaa ja päättää huolellisesti. Ryhmähaastatteluun osallistuu useita jäseniä, joten erilaiset epävarmuustekijät ovat merkittäviä. Haastattelujen sopiminen sekä aikatauluttaminen voi olla ongelmallista. (Mäenpää ym. 2002, 100-107.)

Ryhmä voi muotoutua hyvin erilaiseksi tai se voi olla homogeeninen, mikä voi vaikuttaa tutkimusaineiston laatuun. Ryhmässä voi esiintyä erimielisyyttä, mikä voi heikentää ryhmän toimivuutta. Ryhmäkokoon on syytä kiinnittää huomiota, jotta keskustelusta syntyy vastavuoroista ja kaikki saavat tuoda näkemyksensä esiin. (Mäenpää ym. 2002, 100-107.)

Ryhmähaastattelutilanteet ovat intensiivisiä vuorovaikutustilanteita kaikille ryhmän jäsenille (Mäenpää ym. 2002, 100-107.) Toisaalta psykiatriset hoitajat ovat tottuneita sekä keskustelemaan, että osallistumaan isoihin ryhmätilanteisiin. Psykiatrisen hoitajan ammattitaitoon liittyy kyky ilmaista mielipiteensä erilaisissa ryhmissä sekä tuoda omat ajatuksensa muiden tietoon, ja toisaalta kyky prosessoida muiden mielipiteitä.

Tutkijan rooli ryhmähaastattelutilanteessa on merkityksellinen. Hänen tulee aktiivoida ja motivoida osallistujat keskustelemaan tutkittavasta aiheesta. (Mäenpää ym. 2002, 100-107.) Tämä ei ollut tutkijalle ongelma, koska kaikki ryhmähaastat-

teluun osallistujat olivat aktiivisia ja ottivat kovasti kantaa esiin nousseisiin aiheisiin.

Tutkijan tulee antaa ryhmän keskustella tutkimusteemoista vapaasti. Tutkija ei saa olla liian aktiivinen, mutta ei myöskään liian passiivinen. Hänen tulee haastattelun aikana rohkaista muita passiivisempia ja hiljaisempia ryhmän jäseniä ilmaisemaan mielipiteitään. (Mäenpää ym. 2002, 100-107.)

Ryhmähaastattelussa korostuu tutkijan taito tehdä kysymyksiä. Vastausten laatu on suoraan verrannollinen kysymysten laatuun. (Mäenpää ym. 2002, 100-107.) Psykiatrisen henkilökunnan kohdalla ja ryhmähaastattelussa lähtökohta on kuitenkin hieman toinen. Haastattelussa on mukana toinen toistaan kokeneempia keskustelijoita, ja tärkeää on vain saada keskustelu aikaan. Tämän jälkeen keskustelua aiheesta riittää yleensä niin kauan, kuin siihen saadaan uusia, mielekkäitä näkökulmia.

5.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimus toteutettiin Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kriisiosastolla. Toteutus tapahtui osastolla 20 - 27.2.2009. Esitestasin havainnointilomaketta 18.3. kolmella, satunnaisella hoitajalla. Lomakkeesta puuttuneet kohdat lisättiin havainnointilomakkeelle. TPK:ssa 20.3.2009 kerroin tutkimuksesta ja jaoin havainnointilomakkeet. Vastausaikaa oli viikko. Samanaikaisesti havainnointilomakkeiden täytön kanssa vierailin osastolla aina säännöllisesti. Kuuntelin eri raportteja, ja täytin havainnointilomaketta, sekä kirjoitin ylös muita havaintoja.

Polit & Hunglerin (1995, 197-238) mukaan hoitotieteellisissä tutkimuksissa käytetään monia aineistonkeruumenetelmiä. Kun halutaan tietoa ihmisten käsityksistä, voidaan käyttää esimerkiksi strukturoituja ja puolistrukturoituja kysymyksiä, haastatteluja, havainnointia ja tutkittavien kirjallisia tuotoksia. Tutkimuksessa käytettiin havainnointia raportoinnin sisällön esille saamiseksi, avoimia kysymyk-

siä raporttien kehittämisehdotusten tietoon saamiseksi sekä ryhmähaastattelua raportoinnin sisällön nykytilan sekä sen kehittämisehdotusten selvittämiseksi.

Havainnointilomake (liite 1) luotiin rakenteisen kirjaamismallin pohjalta. Rakenteisessa kirjaamisen mallissa potilaskertomusteksti rakenteistuu eri tasoille, joista ylimmän tason muodostavat hoitoprosessin eri vaiheet: tulotilanne, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoitotyön kirjaamista ohjataan kansallisesti hyväksytyjen ydintietojen mukaisella rakenteella. Ydintietoja ovat: hoitotyön tarve, toiminnot ja tulokset, hoidon arviointi, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön luokitukset yhtenäistävät käsitteistöä ja termistöä. Luokitusten avulla voidaan kirjata hoitoprosesseja, luokitella kliinistä hoitoa, kehittää näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä, tehdä potilas- ja väestöpohjaisia analyysyjä sekä ennustaa hoidon tarpeita ja resursseja. (Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen, Keski-Pohjanmaan keskussairaala, projektisuunnitelma 2008.)

Nämä rakenteisen kirjaamisen ydintiedot mukaani sekä tuore rakenteisen kirjaamisen kokeilu ennen tutkimuksen tekoa, havainnoin raportteja ja kehitin havainnointilomaketta psykiatrasta hoitotyötä vastaamaan. Teoriaosaa kirjoitin opintovapaalla helmi-maaliskuussa 2009. Lisäksi olen perehtynyt aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen koko sen ajan, kun olen työtä kirjoittanut, eli lähes koko vuoden 2009.

Aineisto kerättiin kriisiosaston hoitohenkilökunnalta 20 - 27.2.2009 ja analysoitiin sisällönanalyysi -menetelmällä. Havainnointilomakkeen täytti ja avoimiin, raportoinnin kehittämiseen liittyvään kyselyyn vastasi 13 henkilöä. Osasto 15 on hoitohenkilökuntaa osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 12 sairaanhoitajaa, reservinsairanhoitaja ja 6 mielenterveyshoitajaa. Varsinaista hoitohenkilökuntaa on siis 20 vakanssia, jolloin vastausprosentiksi tulee 65 %. Tätä voidaan pitää varsin hyvänä tuloksena, koska osasto toimii kolmessa vuorossa, ja hoitohenkilökuntaa on aina yövuorossa, vapailla, lomilla tai sairaslomilla. Tällöin täydellistä 100 % vastausprosenttia ei voida olettaa saavutettavan.

5.3.1 Aineiston hankinta

13 hoitajaa osastolla 15 täytti havainnointilomakkeen (Liite 1.) 20 - 27.2.2009 välisenä aikana. Havainnointilomake muodostuu kymmenestä (10) havainnointitaulukosta (kuvio 6). Havainnointilomake luotiin rakenteisen kirjaamismallin pohjalta sekä yksilövastuisen hoitotyön teorian prosessimallin mukaisesti. Lomakkeen luominen oli kohtuullisen vaivatonta, koska osastolla oli vasta ollut käytössä rakenteinen kirjaaminen noin pari viikkoa. Hoitotyön prosessia joutui tällöin jatkuvasti miettimään, koska rakenteisessa kirjaamisessa kaiken hoitotyön pitää perustua hoitotyön suunnitelmaan. Rakenteisesta kirjaamisesta luovuttiin virallisesti 15.3.2009. Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa on käytössä sähköinen effica-potilätietojärjestelmä, johon palattiin kokeilun loputtua.

Osallistumisprosentti tutkimukseen oli havainnointilomakkeen osalta 65. Sitä voidaan pitää varsin hyvänä tuloksena, kun otetaan huomioon, että osasto toimii kolmessa vuorossa, ja myöskin vapaat, sairauslomat ja muut poissaolot tekevät mahdolliseksi täydellisen osallistumisen.

Suullisen raportoinnin havainnointilomake (Liite 1) muodostui 10 havainnointitaulukosta. Havainnointitaulukko on muodostettu sekä rakenteellisen kirjaamisen toimintoluokkia mukaillen, että tutkimuksen teorian ja yksilövastuisen hoitotyön prosessimallin mukaan.

Jokainen 13 havainnoijasta täytti kymmenen taulukkoa, materiaalia siis saatiin 130 satunnaisen potilaan kohdalta.

Käytin itse havainnointilomaketta havainnoidessani raportteja osastolla tutkimuksen teko aikana. Havainnointilomake esitettiin kolmella havainnoijalla ennen tutkimuksen teon aloittamista. Havainnointilomakkeen liitteenä oli myös avointen kysymysten sarja, joissa tarkoituksena oli kerätä tietoa, saatiinko raportilla tarvittava informaatio vuorossa toimimiseen.

5.3.2 Aineiston analysointi

Ilmiön ymmärtäminen, selittäminen ja teorian muodostaminen kvalitatiivisessa lähestymistavassa on luonteeltaan induktiivista. Siinä hypoteesit ja teoria johdetaan aineistosta jo sitä kerätessä ja vielä silloinkin, kun sen analysoiminen on aloitettu. Tutkija etsii aineistostaan kuvauksia, olennaisia piirteitä ja mahdollisia ilmiöiden välisiä yhteyksiä ja palaa tutkimustilanteeseen keräämään uutta aineistoa hypoteesien testaamiseksi. Aineisto koostuu usein pääasiallisesti nauhalta puretuista haastatteluista sekä tutkimusympäristöstä ja sen ihmisistä tehdyistä havainnoista. Teoria pätee vain valitussa tutkimustilanteessa ja on merkityksellinen vain kyseisen tutkimushetken osalta.(Field & Morse 1985, 24.)

Induktiivinen teoria pyrkii uuden teorian tuottamiseen. Se on tavallisesti luonteeltaan kuvaileva, ilmiöitä nimeävä ja niiden välisiä yhteyksiä määrittävä. Se ei testaa yhteyksiä eikä ennusta tulevaa kehitystä. Tutkijan tavoitteena on ilmiön olennaisten piirteiden tai yleisyyden määrittäminen sen tiedon perusteella, jonka hän on saanut tiettyjä tilanteita tai tapahtumia havainnoimalla. Ajattelu etenee yksityiskohdasta yleiseen ja päättyy käsitteiden tai niiden välisten yhteyksien tunnistamiseen. (Field & Morse 1985, 18.)

Laadullisen aineiston analyysi on vaiheittainen prosessi. Analyysiyksikkönä voivat olla tekstissä sanat, sanonnat, lauseet tai kokonaiset kuvaukset. (Polit & Hungler 1995, 323-348.)

Sisällön analyysillä on Polit & Hunglerin (1995) mukaan mahdollista analysoida laadullinen aineisto. Sisällön analyysi on systemaattinen ja objektiivinen analysointimenetelmä. Laadullisen aineiston analyysin tavoitteena on laajan tiedon jäsentäminen ja tiivistäminen, jonka jälkeen voidaan tehdä päätelmiä tutkimustuloksia vasten.(Polit & Hungler 1995, 323-348.)

Sisällön analyysillä voidaan tutkia kommunikaatioprosesseja. Tutkimustekniikkana se sopii strukturoimattomaan aineistoon ja soveltuu määrälliseen, objektiiviseen ja systemaattiseen kuvailuun. Sisällön analyysi on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida ilmiötä. Analyysin lopputuloksen toteutetaan kategorioita jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 2-12.)

Sisällön analyysi voidaan toteuttaa joko deduktiivisesti tai induktiivisesti. Tulokset raportoidaan mallin, kategorian, käsitejärjestelmän tai käsitekartan muodossa. Sisällön analyysiä pidetään käyttökelpoisena menetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 2-12.)

Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 2-12.)

Sisällön analyysissä pyritään rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittävät tulkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Se liitetään kommunikaatioteoriaan ja sillä voidaan tutkia erityisesti kommunikaatioprosessia. (Kyngäs & Vanhanen 1999 2-12, Tuomi & Sarajärvi 2003, 105-117.)

Ennen analyysin aloittamista on tutkijan päätettävä, analysoiko hän vain sen, mikä on selvästi ilmaistu dokumentissa vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. Tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 2-12.)

Analysoin aineiston sisällönanalyysillä. Politin ja Hunglerin (1995), mukaan sen avulla voidaan järjestellä, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Strukturoimattomaan aineistoon, jota ryhmähaastattelulla saatu tutkimusaineisto on, sisällönanalyysi sopii hyvin. Analyysin tuloksena tuotetaan ilmiötä kuvailevia katego-

rioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä tai malli. Käsitejärjestelmä tai malli on tiivistetyssä ja yleisemmässä muodossa kuvaileva kokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 2-12.)

Ryhmähaastattelussa nauhoitetun aineiston kuuntelin läpi useaan kertaan, jonka jälkeen se aukikirjoitettiin sanatarkasti. Luin aukikirjoitettua tekstiä useaan otteeseen. Mietin samalla, mikä olisi analyysiyksikkö. Analyysiyksikön valitsin vasta, kun olin muodostanut aineistosta kokonaiskuvan. Analyysiyksikkönä voi olla lause, lausuma tai ajankohtaisuus. Valintaa ohjaa tutkimustehtävä. (Kyngäs & Vanhanen, 2-12, Tuomi & Sarajärvi 93-121.)

Laadullisen aineiston analyysissä on keskeistä luokittelujen tekeminen. Tutkimusmenetelmissä kuvataan luokittelun perusteet. (Hirsjärvi ym. 2002, 207-212.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tulkitaan yläluokituksilla ja niitä alaluokituksilla. Tutkijan tulee esittää analyysinsä tueksi riittävä määrä alkuperäishavain-toja esim. suorina lainauksina. (Polit & Hungler 1995, 323-348.)

Laadullisessa tutkimuksessa tiedot kerätään pienehköltä henkilömäärältä tai muutamista tapahtumista. Tietojen analysointi on keskeistä. Ymmärtävä laadullinen tutkimus etenee kehässä. Tietojen keruu ohjautuu analyysin tuloksista. Aineistoa analysoidaan ja käsitteitä kehitetään koko tutkimuksen ajan. Uusia ideoita ja käsitteitä nousee esiin, jolloin muotoillut käsitteet selkenevät vähitellen tutkimuksen edetessä. (Krause & Kiikkala 1996, 104.)

Analyysirunko voi olla väljäkin. Sen sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia tai kategorioita aineistosta noudattaen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. Tällöin aineistosta voidaan poimia ne asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon sekä asiat, jotka jäävät analyysirungon ulkopuolelle. Analyysirungon ulkopuolelle jäävistä asioista muodostetaan uusia luokkia induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 2-12.)

Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa aineiston avulla kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimusaineisto voi koostua olemassa olevista tekstidokumenteista kuten kirjoista tai artikkeleista. Tutkimusaineisto on voitu myös kerätä yksilö- tai ryhmähaastatteluin. (Hsieh & Shannon, 2005, 1277-1288.)

Patton (1990), Burns & Grove (1997) , Polit & Hungler (1997) eivät näe ristiriitaa laadullisin menetelmin analysoidun aineiston käsittelyn jatkamista kvantifioimalla aineisto. Päinvastoin, kvantifioinnin voidaan nähdä tuovan laadullisen aineiston tulkintaan erilaista näkökulmaa. Ongelma lienee se, että laadulliset aineistot ovat usein niin pieniä, että niiden kvantifiointi ei välttämättä tuo lisätietoa tai erilaista näkökulmaa tutkimustuloksiin (Tuomi & Sarajarvi 2003, 119.)

Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä, vaan tiettyjä ohjeita analyysiprosessin etenemisestä. Sisällön analyysissä voidaan edetä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Tutkijan on päätettävä, analysoiko hän vain sen, mikä on selvästi ilmaistu dokumentissa vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. (Kynäs & Vanhanen 1999, 2-12.)

Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajankohtaisuus. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan useita kertoja läpi. (Kynäs & Vanhanen 1999, 2-12.)

Analyysiyksikköä ei ollut valittu etukäteen, vaan sanat ja sanaparit muodotuivat analyysiyksiköiksi aineistoon tarkemmin perehtyessä. Aineistoa analysoidessa poimin samoja asioita kuvaavia sanoja ja sanapareja esittämällä sanoille ja sanapareille kysymyksiä: mitä ongelmia nykyiseen raportointikäytäntöön liittyy ja miten raportointia voitaisiin kehittää. Samalla kysyin myös mitä tapahtuu, missä ja miksi.

Aineistosta lähtevä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmitte-
lynä ja abstrahointina. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan
ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Ryhmitellessä aineistoa tutkija yhdis-
tää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Abstra-
hoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyn-
gäs & Vanhanen 1999, 2-12.)

6. TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Raportoinnin nykytilan kuvaus psykiatrisella kriisosastolla.

Kriisosastolla pidetään päivittäin kolme (3) raporttia. Raportteja ovat aamuraportti, iltapäiväraportti sekä yököille annettava raportti. Raporttien kesto on noin 45 minuuttia. Raportin pitää yleensä vuoron vastaava hoitaja. Raportti pidetään työvuoroon tuleville hoitajille. Aamuraportti pidetään hoitohenkilökunnan lisäksi erityistyöntekijöille ja lääkärille (taulukko 5). Raportin perinteet juontavat ajasta, jolloin kriisiryhmä ja kriisosasto toimivat tiiviissä yhteistyössä.

Mitään erityistä kaavaa, mitä tai miten potilaista kerrotaan, ei ole olemassa, toisin kuin esimerkiksi somaattisilla osastoilla. Kuvaavaa on, että jokainen hoitaja pitää raportin omalla tyyllillään. Toiset hoitajat saattavat panostaa erittäin paljon siihen, että kaikki suunnitelmat ja erilaiset hoitoon liittyvät verkostot ja tapaamiset tulevat hyvin esitetyksi. Toiset taas pitävät tärkeänä muodostaa jonkinlainen yleiskuva jokaisen potilaan psyykkisestä voinnista, eivätkä näe kaikkien asioiden toistamista tai esilletuomista erityisen tärkeänä. Kuitenkin vallalla tuntuu olevan sellainen raportointi, jossa kaikki tärkeäksi koetut asiat kerrotaan raportilla, ja seuraava raportoiija jatkaa tätä ketjua eteenpäin.

Osastolla on 16 potilaspaikkaa, ja ne ovat vuosien kokemuksen mukaan aina täynnä. Tällöin raportilla kerrotaan kaikista potilaista edellisen päivän kuulumiset, ja suunnitelmat tästä eteenpäin. Koska potilaita ei ole jaettu mihinkään moduuleihin, raportilla tulee varsin paljon asiaa, tutkimukseni mukaan kaikista potilaista kerrotaan keskimäärin 8-9 teema-aluetta, jolloin, jos potilaita on 16 tietoa tulee 128 – 144 teema-alueesta, joten sen hallitseminen vaatii jo aikamoista ammattitaitoa. Osastolla vastuuvuorot koetaankin varsin kuormittavina, niistä on keskusteltu usein työpaikkakokouksissa. Lisäksi, jos potilaita on enemmän, raportit pyrkivät venymään, koska kaikista potilaista halutaan kertoa kaikki tarvittava.

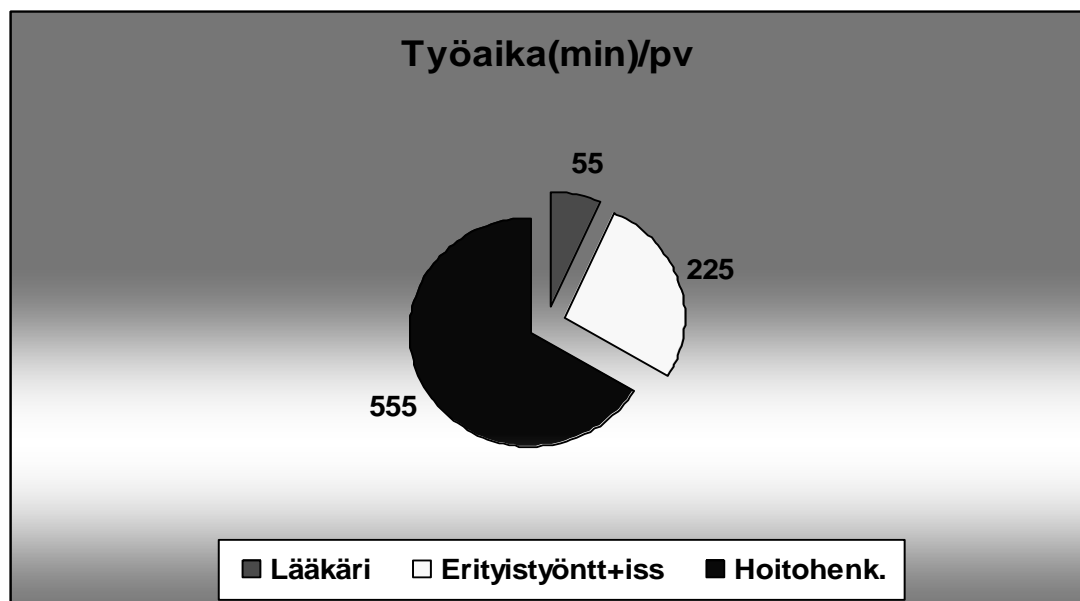
Koska osasto on aina erittäin kuormitettu, ja raportit pyrkivät venymään, ei raporteilla yleensä keskustella muista asioista, kuin hoitoon liittyvistä. Tutkimuksen aikana havainnoimilla raporteilla keskusteltiin yleensä vain hoitoon liittyvistä asioista. Psykiatrisessa työssä hoitajilla on enemmän aikaa käytettäväksi keskusteluihin, kuin toisenlaisessa hoitotyössä. Tällöin myös omia kokemuksia jaetaan toisten työntekijöiden kanssa työpäivän aikana, eikä raportilla ole sellaista sosiaalisen tapahtuman tarvetta, kuin muussa hoitotyössä.

Taulukko 5. Raporteille osallistuva henkilökunta

RAPORTTI	KESTO	RAPORTILLE OSALLISTUVAT
Aamu	45 minuuttia	Hoitajat (4), osastonhoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä, lääkäri, osastonsihtööri, sairaala-apulainen
Iltapäiväraportti	45 minuuttia	Vastaava hoitaja ja 4 – 5 hoitajaa sekä sairaala-apulainen
Yöhoitajien raportti	15 min x 2	Iltavuoron / aamuvuoron henkilökuntaa 5 hoitajaa sekä yöhoitajat 2 kpl. Raportti annetaan illalla ja yöhoitajat kertovat yöstä aamulla

Raportointiin käytetään siis työaika (45 + 45 + 30) 1h 55 minuuttia päivässä. Viikonloppuisin on osastolla käytössä omahoitajaraportit, joissa jokainen hoitaja kertoo omista potilaistaan. Tällöin raportit kestävät hieman vähemmän aikaa, mutta vastaavasti sitovat enemmän henkilökuntaa, koska koko aamuvuoro odottaa iltavuoron saapumista.

Hoitohenkilökunnan työaika kuluu siis raportteihin arkipäivinä keskimäärin 10 tuntia 15 minuuttia (kuvio 7). Viikonloppuisin raportteihin kuluu siis vain 6 tuntia 45 minuuttia (siltoin pidetään omahoitajaraportit). Lääkärin työaika kuluu raportointiin keskimäärin 55 minuuttia joka arkipäivä. Erityistyöntekijöiden sekä iss:n työntekijän (sairaala-apulainen) aikaa kuluu raportteihin arkipäivisin 3 tuntia 45 minuuttia.



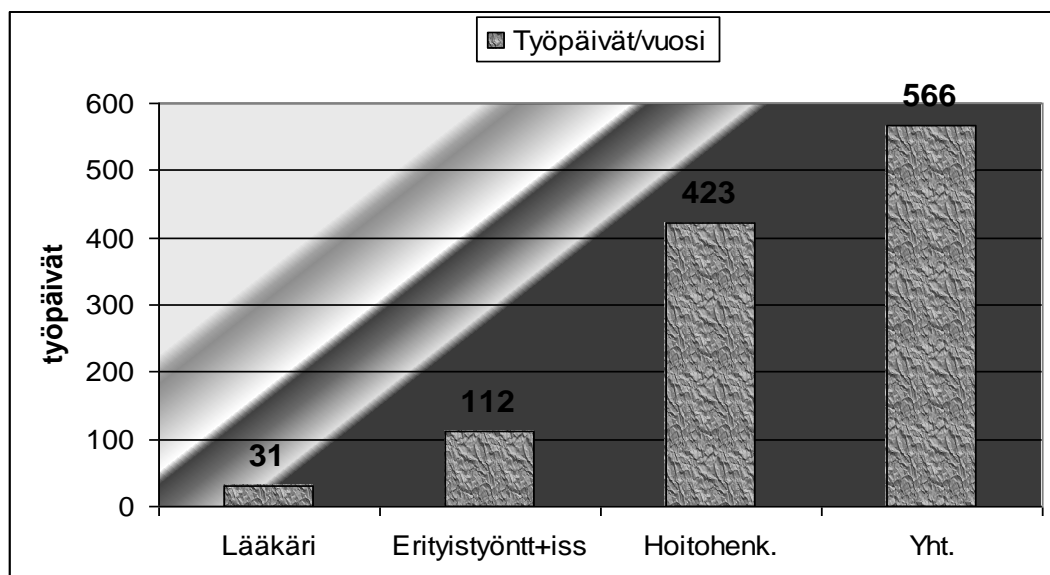
Kuvio 7. Raportointiin käytetty työaika psykiatrisella kriisiosastolla.

Tämä laskelma perustuu keskimääräiseen raportointiaikaan, jonka tutkija on havainnoinut. Työaika vastaa osaston tilannetta aikana, jona tutkimus tehtiin. Osaston kuormitus on ollut jo useita vuosia yli 100 prosenttia, (2004 113% ja 2005 105% sekä 2006 104,4% ja 2007 102,9%), jolloin myöskin raportointiajat venyvät pitemmiksi, kuin esitetyt laskelmat. Kuviossa 2 näkyvä hoitohenkilökunnan työaika, 555 minuuttia, tunteina siis 9 tuntia, 15 minuuttia, vastaa melko hyvin aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Kyseessä on erittäin varovainen arvio osaston rauhallisessa kuormituksessa.

Keskipohtjanmaan keskussairaalassa tehtiin hoitotyön arviointiprojekti 6.3. – 10.6. 2005. Sen pohjana oli Pirjo Partasen (2002) väitöskirjassa esitetty hoitotyön arviointi ja suunnittelumalli. Arviointiprojektin mukaan osasto 15 käytti aikaa raportointiin 9,68 tuntia päivässä koko hoitohenkilökunnan osalta. Raportointiin käytetty aika on kohtuullinen, eikä se luo paineita erityisesti kehittää sitä.

Raportointiin käytetty aika pysyy kohtuudessa, koska osastolla pidetään vain kolme raporttia päivässä. Osastolla ei ole moduulijakoja eikä siellä erikseen pidetä useita raportteja erilaisille kokoonpanoille. Toisaalta raportointiin käytettyä aikaa lisää raporteille osallistuvan henkilökunnan määrä.

Partasen (2002, 104) tutkimuksen mukaan somaattisilla osastoilla 17 % työajasta käytettiin kirjaamiseen ja suulliseen raportointiin, suullisen raportoinnin osuus sisätautiosastolla oli noin 10 %, muilla somaattisilla osastoilla pienempi. Tutkimuksessa ei ollut mukana psykiatrisia osastoja. Rissasen, Toivasen ja Miittisen (2005, 19-25) tutkimuksen mukaan kokonaistyöajasta 15% käytettiin osaston sisäiseen tiedottamiseen.



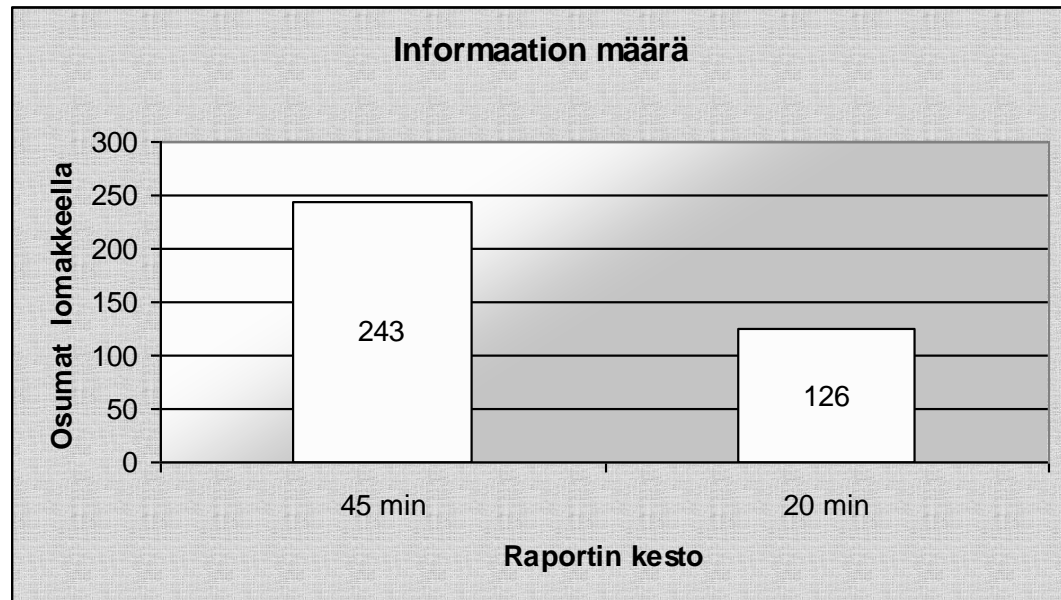
Kuvio 8. Raportointiin käytetyt työpäivät vuodessa osasto 15.

Kun päivittäinen työaika muutetaan vastaamaan vuosittaista työpanosta (lomat ym. huomioitu, saadaan hoitohenkilökunnan osalta 566 työpäivää = 2.2 henkilön työpanos. Ei siis ole samantekevää, miten raportointia tehdään, ja kuinka sitä kehitetään. Lääkärin osalta vuodessa noin 31 työpäivää. Tämäkin aika, tai osa tästä ajasta pystyttäisiin käyttämään suoraan potilastyöhön, jos raportointiin käytettyä aikaa vähennettäisiin.

6.2 Raporttien havainnointi

Kolmetoista kriisiosaston hoitajaa havainnoi raportteja 20 - 27.2.2009 välisenä aikana. Raporttien kesto vaihteli 20 – 45 minuutin välillä (kuvio 9).

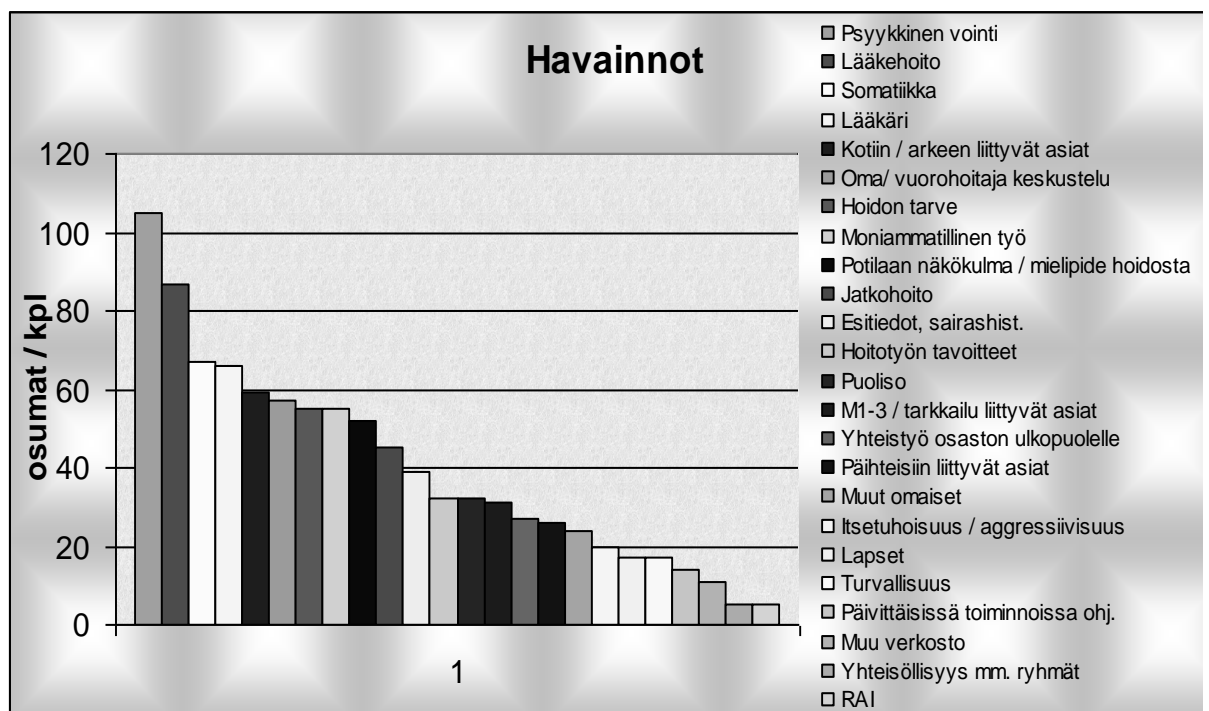
Kun havainnointilomakkeiden sisältö eriteltiin saatiin seuraavia tuloksia:



Kuvio 9. Informaation määrä

Kun verrattiin kahta erimittaista raporttia keskenään, varsinaista ”pikaraporttia” sekä keskimääräisen keston raporttia (kuvio 9), ja laskettiin havainnointilomakkeelle kertyneet havainnot, (x-merkit), voidaan todeta, että informaatio vähenee huomattavasti, jos raportti pidetään erittäin nopeasti. Tällöin informaatio myös jakaantuu eri tavalla, eli kun keskimääräisellä raportilla näkyy kuvio 6. mukaiset huomiot, niin ”pikaraportilla” havainnot jakaantuvat joka potilaan kohdalla varsin erilaisiin huomioihin. Tällöin ei voida varmuudella sanoa, että jokaisesta potilaasta olisi kerrottu sellaiset asiat, mitkä yleensä kerrotaan kaikilla raporteilla, kuten esimerkiksi psyykinen vointi, joka on erittäin tärkeä asia hoitotyön kannalta.

Kun katsotaan kaikkia havaintoja, niin nähdään että eniten raporteilla kerrotaan psyykkisestä voinnista, lääkehoidosta, somatiikasta ja lääkäriasioista (kuvio 10). Tämän jälkeen tuleekin sitten kotiin / arkeen liittyvät asiat ja oma / vuorohoitaja keskustelu. Hoidontarpeen ja moniammatillisen työn jälkeen eniten havaintoja saa potilaan näkökulma / mielipide hoidosta.



Kuvio 10. Hoitajien raporteilla havainnoimat sisällöt. (n=130).

Kun tätä aineistoa ja luokittelua hieman avataan, voidaan siis sanoa, että kun potilaan vointi osastolla (vointi, lääkehoito, somatiikka, lääkäri) on keskusteltu, tämän jälkeen puhutaan potilaan kotiin liittyvistä asioista (kotiin / arkeen liittyvät asiat). Käydään siis hoitosuhdekeskustelua (oma / vuorohoitajakeskustelu).

Hoidontarve luokituksena tarkoittaa potilaan psykiatrisen sairauden nykytilaa, se on siis hoidontarpeen kuvausta. Tämä on varsin usein havainnoitava asia, ja yhteydessä psyykkisen voinnin kuvaukseen. Moniammatillisella työllä tarkoitetaan kriisiosasto 15 yhteydessä yhteistyötä osaston lääkärin, psykologin ja sosiaalityöntekijän kanssa. Tämä liittyy kiinteästi luokkaan kotiin / arkeen liittyvät asiat. Yleensä keskusteluissa silloin on potilaan kotitilanne, mm. sosiaalinen, taloudellinen, perheeseen, lapsiin tai omaisiin liittyvät asiat.

Potilaan näkökulma on havainnoissa heti seuraavana. Tuloksia tulkitsemalla voidaan sanoa että potilaan näkökulma on melko korkealla. Vähiten havaintoja on mm. yhteisöllisyydessä, muun verkoston osalta sekä päivittäisissä toiminnoissa ohjaamisessa. Rai tarkoittaa resident assessment instrument -lomaketta, ja siihen liittyvää keskustelua. Voidaan vain todeta, että tämän tyyppisiä potilaita ei havainnoinnin suoritusaikana osastolla ollut kovin paljoa. Kaikki havainnot on esitetty seuraavalla sivulla, taulukossa 6.

Taulukko 6. Kaikki raportit ja osumat (maksimi 130 / osa).

Havainnoinnin osat	Osumat (x-merkit)
Psyykkinen vointi	105
Lääkehoito	87
Somatiikka	67
Lääkäri	66
Kotiin / arkeen liittyvät asiat	59
Oma/ vuorohoitaja keskustelu	57
Hoidon tarve	55
Moniammatillinen työ	55
Potilaan näkökulma / mielipide hoidosta	52
Jatkohoito	45
Esitiedot, sairashist.	39
Hoitotyön tavoitteet	32
Puoliso	32
M1-3 / tarkkailu liittyvät asiat	31
Yhteistyö osaston ulkopuolelle	27
Päihteisiin liittyvät asiat	26
Muut omaiset	24
Itsetuhoisuus / aggressiivisuus	20
Lapset	17
Turvallisuus	17
Päivittäisissä toiminnoissa ohj.	14
Muu verkosto	11
Yhteisöllisyys mm. ryhmät	5
RAI	5
Kaikki osumat (x-merkit) yhteensä	948

Yhteisöllisyyteen liittyvää asiaa pitäisi tietenkin tarkastella hieman, ja pohtia eikö sitä koeta tällä hetkellä tärkeänä. Potilaiden vaihtuvuus osastolla on erittäin suurta, koska keskimääräinen hoitoaika on vain kolme viikkoa. Tällöin yhteisöllisyyttä eri potilaiden kesken ei ehdi välttämättä syntyä.

Ryhmistä (virikeryhmät, toiminnalliset ryhmät, keskusteluryhmät) ei myöskään ollut raporteilla mainintaa, mutta yleisesti voidaan todeta, että niistä on keskusteltu lähes jokaisilla kehittämispäivillä. Yleensä ryhmät siis aiheuttavat paljon keskustelua, mutta eivät ilmeisesti raporttien yhteydessä.

Raportteja havainnoimalla voitiin todeta myös, ettei niissä yleensä puhuttu muuta, raportointiin kuulumatonta asiaa. Tämä johtui siitä tosiasiasta, että raporteihin oli varattu tietty aikamäärä, jonka osaston työntekijät olivat sisäistäneet. Kun potilaita on usein ylipaikoilla, raportit venyvät.

Nykyään psyykkistä vointia kuvattiin havainnollisesti kertomalla, mitä se kyseisen potilaan päivittäisessä toiminnassa tarkoittaa, miten se keskusteluissa on tullut ilmi, ja miten perheenjäsenet ovat asian tuoneet ilmi. Lisäksi usein kerrottiin, miten lääkärintapaaminen sujui, mitä asioita siellä tuli esille, ja mitä muutoksia tehtiin esimerkiksi lääkitykseen tai muihin hoitoon liittyviin asioihin.

Raportti oli siihen osallistuville hoitajille eräänlainen hengähdystauko ennen varsinaista työnteon aloittamista. Näin raporttien henki oli yleensä aika kevyt ja huumoripitoinen. Eniten töitä olikin raportin pitäjällä sekä vastaavalla hoitajalla, joka kirjasi itselleen kaiken oleellisen ylös. Tässäkin on huomattava, että tätä raportilla kirjattua muistiinpanoa pystyivät myös hyödyntämään muut vuorossa olevat hoitajat, eli kaikkien hoitajien ei tarvinnut kirjata itselleen omia muistiinpanoja vaan muistilappua pidettiin hoitajien kansliassa kaikkien saatavilla.

Raportoinnin havainnointi kertoo myös karua kieltään psykiatrisen akuuttihoiton nykytilasta. Koska hoitoajat ovat niin lyhyet, niin raportoinnin sisältö on vain psykiatrisen hoidon prosessin kuvausta. Tällaisilla raporteilla ei ole aikaa puhua tarkemmin esimerkiksi hoitosuhteiden sisällöstä tai pohtia muuten hoidon kulkua.

6.3 Raporttien sisältö havainnointien mukaan

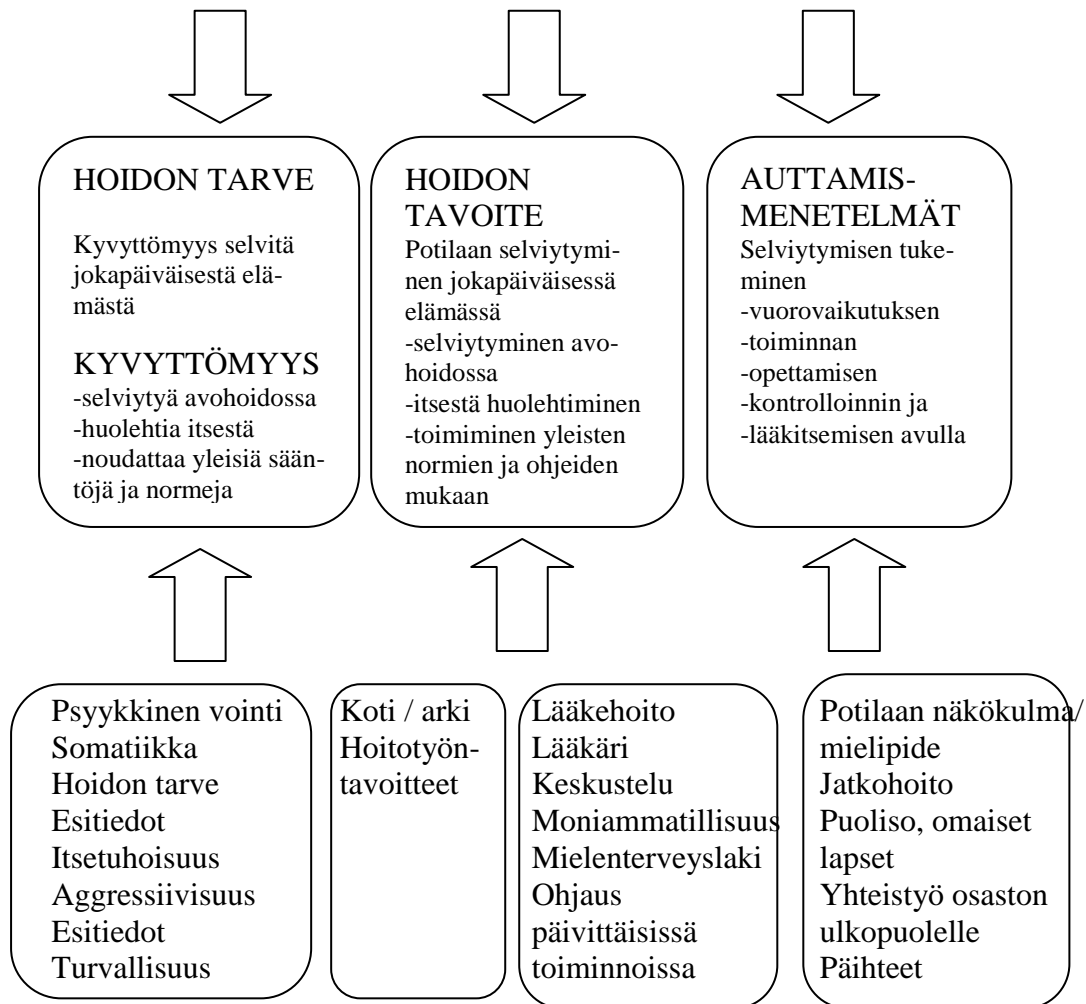
Olen muodostanut kuvion 12 mukaillen Latvala & Janhonen (1996) psykiatrisen hoitotyön perusprosessin mukaan (kuvio 11 sivulla 33). Olen yhdistänyt tähän prosessiin tutkimuksessa havainnoinnilla saamani tiedot. Kuvioit havainnollistavat kriisiosaston raportoinnilla esiin tulleet asiat, sen, mistä raportoidaan, mitä asioita raportilla kerrotaan.

Kun tähän kuvioon yhdistetään havainnoinnilla kerätty informaatio, kuvio muoutuu seuraavanlaiseksi. Hoidon tarvetta kuvataan mm. psyykkisen voinnin, esitietojen, somatiikan, aggressiivisuuden ja turvallisuuteen liittyvien asioiden kautta. Hoityön tavoitteet liittyvät potilaan selviytymiseen jokapäiväisessä elämässä – niitä kuvaa kotiin / arkeen liittyvät asita. Auttamismenetelminä on mm. lääkehoito, lääkäri, keskustelu, moniammatillisuus, ohjaus päivittäisissä toiminnoissa sekä mielenterveyslain mukaiset rajoitukset.

 YHTEISKUNTA: MIELENTERVEYSLAKI JA –ASETUS

 PSYKIATRISEN HOITO-OSASTON MONIAMMATILLINEN TIIMI

PSYKIATRISEN HOITOTYÖN AUTTAMISPROSESSI

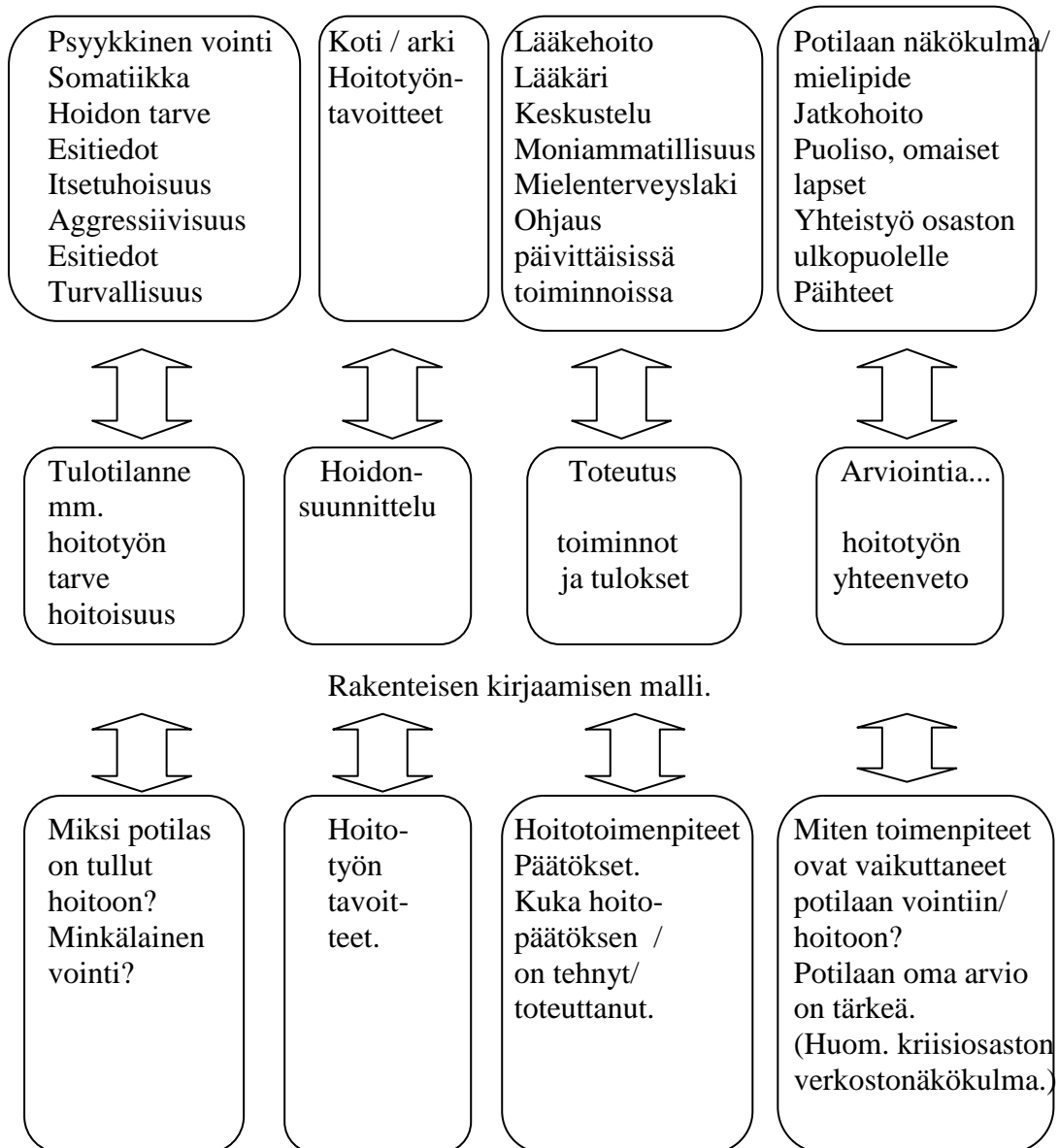


PSYKIATRISEN POTILAAN SELVIYTYMISEN TUKEMINEN

KUVIO 12. Kriisiosastolla yleisesti raportoitu tieto ja Latvalan & Janhosen (1996) psykiatrisen hoitotyön perusprosessi.

Seuraavaksi voidaan verrata osaston raportointia rakenteisen kirjaamisen malliin, sekä hiljaisen raportoinnin kehittämisessä esiin nousseisiin seikkoihin: Mitä raportoinnista / kirjaamisesta tulee selvitä.

KRIISIOSASTOLLA YLEISESTI RAPORTOITU TIETO



Kuvio 13. Kriisiosastolla yleisesti raportoitu tieto ja rakenteisen kirjaamisen pro-
sessimalli sekä hiljaisen raportoinnin kehittäminen Keskipohjanmaan keskussai-
raalassa. (Timonen 2005.)

Esimerkiksi kohta miksi potilas on tullut hoitoon kuvataan kriisiosastolla esitie-
doilla, hoidon suunnittelussa puhutaan hoitotyön tavoitteista, hoitotoimenpiteet ja
päätökset ovat esimerkiksi lääkärin tapaaminen ja lääkehoito, miten toimenpiteet
ovat vaikuttaneet, tätä kuvataan potilaan omalla mielipiteellä hoidosta.

6.4 Ryhmähaastattelut

Tutkimuksen tulokset käytiin läpi työpaikkakokouksissa, kahdesti 20.3.2009 ja 3.4.2009. Työpaikkakokouksiin osallistui osaston hoitohenkilökuntaa aamu- ja iltavuorosta (yhteensä noin 4-5 hoitajaa) sekä osaston erityistyöntekijöitä, lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi ja osastonhoitaja. Työpaikkakokous nauhoitettiin tutkimuksen esittämisen jälkeen, kun keskustelu raportoinnin kehittamisestä aloitettiin.

Nauhoittamisesta kerrottiin tiedotteessa, jonka olin antanut osastolle tutkimuksen alussa. Osallistuminen työpaikkakokouksiin on vapaaehtoista. Nauhat tuhoetaan, mutta aukikirjoitettu materiaali säilytetään tutkijalla opinnäytetyön tekemisen ajan.

Samanaikaisesti ryhmähaastattelun aikana tein muistiinpanoja ilmapiiristä, havainnoista sekä omista ajatuksistani. Nauhoitettu aineisto aukikirjoitettiin, aukikirjoitettu teksti analysoitiin sisällön analyysillä. Tekstissä käytetyt suorat lainaukset on muutettu yleiskielelle tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden anonymiteetin säilyttämiseksi. Tarkistin kirjoitetun ja nauhoitetun aineiston yhtäpitävyyden ennen varsinaista sisällönanalyysin aloittamista.

alkuperäinen ilmaisu	pelkistetty ilmaisu
Ei lääkäri x pysty enää hahmottamaan potilaan psyykkistä vointia Rakista (ra-keenteellinen kirjaaminen)	tietoa voinnista (psyykkinen vointi) kirjaamisen, kirjallisen raportoinnin häiriöt

Analyysin seuraava vaihe on ryhmittely. Ryhmittelyssä on kysymys pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Analyysiä jatketaan yhdistämällä saman sisältöiset kategoriat toisiinsa

muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategorioille annetaan nimi, joka kuvaa hyvin sen sisältöä eli niitä alakategorioita, joista se on muodostettu. Abstrahointia jatketaan yhdistämällä kategorioita niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 1-12.)

En eritellyt kahden ryhmähaastattelun tuotoksia, vaan käsittelin niitä yhtenä kokonaisuutena, koska erittely olisi haitannut kokonaisuuden hallintaa. Sanat ja sanaparit poimin aukikirjoitetusta tekstistä ja jaoin samankaltaisten sanaparien muodostamiin joukkoihin. Jatkoin pelkistämistä ja yhdistin samansisältöiset ja samankaltaiset yhtäläiset lausumat alakategorioihin.

pelkistetty ilmaisu	alakategoria
lääkäreillä kiire	raportoinnin häiriöt
koputtelut, puhelimeen vastaaminen	raportoinnin häiriöt

Pyrin analysoimaan aineistoa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä ja osoittaa yhteyttä aineiston ja tulosten välillä. En ole pyrkinyt analysoimaan piilossa olevia viestejä, vaan ilmitulevat, aukikirjoitettavat asiat. Tällä menetelmällä sain muodostettua useita, raportointiin liittyviä yläkategorioita, jotka yhdistin neljäksi pääkategoriaksi. Nimesin yhdistävät kategoriat käyttämällä induktiivista päättelyä niiden sisällön mukaan, pääkategorioiksi muodostui:

Neljä pääkategoriaa, tutkimustehtävä: raportoinnin kehittäminen:

Raportoinnin sisältöön liittyvät asiat	Hoitopäätöksiä moniammatillisessa tiimissä
Moniammatilliset tiimit	Kirjaaminen ja hiljainen raportointi

Nämä neljä pääluokkaa selostan auki tutkimustuloksissa. Esitän myös yleiskielelle muutettuja lainauksia aineistosta tutkimuksen luotettavuuden tueksi.

6.4.1 Raportin pitäjä priorisoi asioita

Ensimmäisessä ryhmähaastattelussa (20.3.2009) keskusteltiin: *”Raportin pito loppuviikosta puuduttaa, kun monet tietää asiat paremmin kuin raportin pitäjä”*. Raportointia siis pidetään eräänlaisena rutiinina, ja aamuraportilla joka aamu istuvat työntekijät ovat varsin hyvin perillä potilaiden asioista, kun taas vuorotöissä oleva sairaanhoitaja, esimerkiksi vapailta tullessaan, ei välttämättä tunne kaikkien potilaiden asioita niin hyvin. Tietoa koettiin siis tällä ryhmällä olevan. Toisaalta tiedonkulussa koettiin olevan katkoksia: *”Jossain määrin tieto katkeaa viikonlopun ja maanantain välillä. Että vaikka ois perjantaina joku potilas ollu aggressiivinen, niin maanantaina siitä ei puhuta enää mitään.”*

Raportin sisältöön oltiin pääosin tyytyväisiä. Toisaalta erityisesti aamuraporttia, mutta myös raportteja yleensäkin, haluttiin lyhyemmiksi. *”Vaatii raportin pitäjältä rohkeutta”* puhua vain sellaisia asioita, jotka ovat tärkeitä. Raportin pitäjän pitää siis priorisoida, puhua vain akuuteista asioista, eikä rutiinin omaisesta toistaa kaikista potilaista samoja asioita.

Keskustelussa tunnistettiin myös rutiinien tuoma turvallisuus: *”kun tulee lomilta tai vapailta, niin aina mennään iltapäiväraportille, mutta toisaalta yövuoroon tullaan hyvinkin lyhyellä raportilla.”* Toisaalta todettiin yövuorossa olevan enemmän aikaa tutustua potilaspapereihin.

Toisessa ryhmähaastattelussa (3.4.2009) esitetty kehittämissuositukseni oli, että vastaava hoitaja pitäisi kaikki raportit. Tämä ehdotus ei saanut kannatusta. Toisella psykiatrisella osastolla olevan tämän tyyppisen käytännön koettiin olevan huono: *”en lähtisi siihen. Se tuo arjen viikonloppuun.”* Viikonloppuisin omahoitajaraportoinnin koettiin olevan sujuvaa.

Raportoinnin kestoon otettiin myös kantaa, sekä raportteja haluttiin lyhyemmiksi. Aamuraportin ajankohtaa haluttiin aikaistaa, sen haluttiin alkavan kello 8. Raportilla taas keston koettiin vaihtelevan potilasaineuksen mukaan: *”niin että siitä potilaasta, josta on jotain tärkeätä asiaa, niin siitä puhutaan kauemmin.* Tämä kertoo siitä, että raportin pitäjä käy jatkuvaa arviointia erilaisten asioiden ja tarpeiden kanssa. Hän priorisoi jokaisen potilaan kohdalla olevia asioita siten, että kertoo kokemuksensa ja tietojensa perusteella vain niitä asioita, joita hänen mielestään on raporttia kuuntelevien hoitajien ja vastaavan sairaanhoitajan näistä potilaista syytä tietää. Kun kyseessä on akuuttipsykiatrisen osasto, voidaan siis ajatella kyseessä olevan vain akuuteimmat asiat.

6.4.2 Hoitopäätöksiä moniammatillisessa tiimissä

Ryhmähaastattelussa (3.4.2009) todettiin, että *”noin 70 prosenttia kommunikoinnista on suoraan lääkärille.”* Mietittiin minkälaisista asioista lääkärit ovat kiinnostuneita raportilla. Lääkärien todettiin tarvitsevan tietoa hoitopäätösten, tarkkailu, ja hoitoomääräämispäätösten tueksi.

Toisaalta aamuraportit koettiin tehokkaiksi. Lääkäreiltä saadaan suoraan kannanottoja asioihin, vapaakulkuihin ja lääkitykseen, joiden perusteella voidaan tehdä päätöksiä. Toisaalta tätä käytäntöä haluttaisiin tehokkaammaksi, siten että jo raportilla otettaisiin kantaa lääkitykseen ja mietittäisiin pitäisikö tarkkailu aloittaa. Mietittiin hoitajien osuutta hoitoa koskeviin päätöksiin. *”On ollut aikoja, jolloin hoitajat päättivät vapaakuluista. Toisaalta on ollut aikoja, jolloin hoitajat eivät saaneet päättää yhtään mistään.”*

Todettiin lääkäreillä olevan aina kiire. *”Lääkäreillä on niin pirun kiire. Se tekee sen raportin niin tiiviiks ja vaikeeks.”*

Nykyistä raportointikäytäntöä myös kritisoitiin: *”...mutta ei siellä raportilla mitään päätöksiä tehdä koskaan, tai ei ainakaan mitään isoja, jotain pieniä asioita,*

ehkä seuraavaan vuoroon liittyvää, työnjakoa tai jotain...” Tässä näkyy siis vaihtelua eri hoitajien kesken. Päivittäin pidettävät raportit, joissa moniammatillinen tiimi on mukana, on kuitenkin erittäin tehokas hoitopäätöksiin liittyvissä asioissa, koska jos joku asia pystytään heti jo raportilla päättämään, niin työntekijöiden aikaa säästyy, kun ei enää tarvitse tavoitella jotain tiettyä asiantuntijaa, ja käyttää työvuoron aikaa siihen.

Usein myös raportilla voidaan saada useamman eri ammattilaisen vahvistusta joihinkin vaikeisiin kysymyksiin, eri eräänlainen konsensuspäätös joihinkin asioihin. Tällainen asia voi olla esimerkiksi, kun mietitään suisidaalisen potilaan vapaakulkuja. Lääkäri voi miettiä omaa kantaansa ääneen, ja siihen yhtyvät esimerkiksi osaston psykologi ja sairaanhoitaja.

Joitain asioita voidaan myös sopia otettavaksi keskusteluun silloin, kun joku työryhmän jäsen tulee paikalle. Esimerkiksi voidaan sopia, että kun ylilääkäri tulee paikalle maanantain raportille, hän ottaa kantaa vaikka jonkun tietyn potilaan lääkitykseen. Tämän asian vastaava hoitaja vie eteenpäin koko viikon raporteilla, että sitten maanantaina asia tulee puheeksi.

6.4.3 Moniammatillisten tiimien uudelleen käynnistäminen

Ensimmäisessä ryhmähaastattelussa (20.3.2009) keskusteltiin, kun tiimejä ei enää ole. *”Tiimi sanoo ihmiset ehkä pelkää”*. Tiimien koettiin loppuneen, kun osasto on ollut niin kuormitettu, ettei ole ollut resursseja niitä pitää. *”Se oli sitä aikaa, kun oli sitä koppihoitoa, prikalla vietiin eristykseseen lääkkeitä ja lääkäri teki M-lausuntoja.”*

Toisessa ryhmähaastattelussa (3.4.2009) mietittiin, että tiistaisin voitaisiin aloittaa keskusteluraportin pitäminen. Muutettaisiin siis yksi raportti kokonaan tiimijaksiksi. Tällöin keskusteltaisiin vain muutamista potilaista. Raportilla myös moniammatillinen tiimi on valmiina paikalla. *”Tiimiä on vaikea saada uudestaan*

koottua aamuraportin jälkeen. ” Tällöin luotaisiin osaston linjoja sekä ”mentäisiin vähän pintaa syvemmälle.”

Tutkimukseni ja raporttien havainnointien pohjalta toin toisessa ryhmähaastattelussa (3.4.2009) esiin tarpeen perustaa tiimit uudelleen. Tutkimuksen aikana voitiinkin sopia, että yksi aamuraportti, tiistaina, muutettaisiin tiimiajaksi. Tällaisen käytännön ylläpitäminen ja käytäntöönpano vaatii osastonhenkilökunnalta erittäin suurta vastuuntuntoa ja ammattitaitoa. Osaston lääkärit vaihtelevat lähes puolen vuoden välein, ja he ovat erittäin kiireisiä. On erittäin helppoa luopua tavoitteesta pitää tiimejä, ja siirtyä vain jatkamaan vanhassa käytännössä.

Potilaslähtöisyyden ja potilaiden hyvän hoidon varmistajana tiimit kuitenkin ovat välttämättömiä. Olisi tärkeää, että tiimi ei olisi sellainen ylimääräinen lisä potilaan hoitoon, vaan jokaisen potilaan kohdalla, tiimi kuuluisi hoitoon. Tällöin voitaisiin arvioida hoitoa laajemmin moniammatillisesti, tehdä päätöksiä ja esimerkiksi suunnitella jatkohoitoa laajemmin.

Tiimin myötä voitaisiin saada kannanottoa esimerkiksi siihen tarvitaanko psykologin haastattelua tai sosiaalisen tilanteen laajempaa kartoitusta. Tällä voitaisiin myös ehkäistä ”pyöro-ovi –syndroomaa” eli tilannetta, jossa osastolle aina saapuu sama, tuttu potilas uudelleen, on lyhyen hoidon, ja kotiutuu samaan, hoitoa edeltäneeseen tilanteeseen.

6.4.4 Kirjaaminen ja hiljainen raportointi

Toisen ryhmähaastattelun (3.4.2009) perusteella nykyisen kirjaamisen tyylin koettiin olevan ”*narratiivinen*”, eli kuvaileva, kertova. Mietittiin, että omaa kirjaamista ehkä aliarvioidaan. Keskusteltiin hoitotyö-kaavakkeen / hoitotyö –lehden käytöstä. Jos sitä täytettäisiin paremmin, niin siitä olisi nopeasti luettavissa potilaista tiivistetty informaatio. Mitään tukipapereita ei silloin raportin tueksi tarvittaisi. Tällöin voitaisiin myös siirtyä sellaiseen käytäntöön, että jokainen hoitaja

lukisi työvuoroon tullessaan omista potilaistaan tiedot, eikä suullista raporttia tarvittaisi.

Hiljaisesta raportoinnista keskusteltiin. Koettiin nykyisen tietotulvan olevan valtavasti, kun koneelta suoraan päästään esimerkiksi sisätauti-sivuille, niin tätä myöskin raportilla hyödynnetään. Ennen ei tällaisia asioita raporteilla puhuttu.

Kaikki eivät kuitenkaan halunneet siirtyä hiljaiseen raportointiin. Koettiin, että raportilla kuullaan yleisesti osaston ilmapiiristä; ”mitä osastolla on kehittymässä, yleisilanne.” Raportit siis toimivat myös eräänlaisena yleistiedotus tilanteena, jossa myös osaston yleis-ilmapiiristä kerrottiin muille. Tällöin tiedotettiin myös sellaisista asioista, mitä psykiatrisessa hoitotyössä ei välttämättä ole kirjattu. On myös asioita, hiljaista tietoa, jota ei aina pysty kirjaamaan. Pitkään suljetulla osastolla työskennelleet hoitajat pystyvät aistimaan esimerkiksi osaston ilmapiiriä ja tunnelmaa. Jos osastolla on huonokuntoisia, psykoottisia potilaita, kokenut henkilökunta osaa tiedostaa nämä asiat, ennen kuin kukaan potilas esimerkiksi yrittää vahingoittaa itseään tai muita, ja hoitajat voivat yrittää ennaltaehkäistä tällaisia tilanteita esimerkiksi keskusteluilla tai esimerkiksi varaamalla vuoroon lisähenkilökuntaa. Kaikkia tällaisia asioita ei välttämättä voi kirjata tai kirjallisesti välittää toisille hoitajille.

6.4.5 Raporttien häiriöitä

Ensimmäisen ryhmähaastattelun (20.3.2009) perusteella kansliassa pidettävää raporttia häiritsevät ”puhelimet soi ja on sitä koputtajaa.” Toisaalta raporteja on pidetty kahvihuoneessakin. ”Me ite pilataan se juttu.” Kahvihuoneessa oli monenlaisia häiriöitä: ”yökkö panee television lämpenemään.” Koettiin että raportit tulisi pitää raporttihuoneessa. Raporttien sisältöä toivottiin pidettävän mahdollisimman järkevästi ja asiapitoisena.

6.5 Avoimet kysymykset

Raporttien havainnointilomakkeen liitteenä oli myös kyselylomake, johon kaikki havainnointia tehneet hoitajat vastasivat. Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, kuten muukin tässä tutkimuksessa kerätty materiaali. Avoimien kysymysten vastaukset olivat melko lyhyitä, ranskalaisin viivoin vastattuja. Toisaalta sellaiset vastaukset ovat myös napakoita, ja suoraan aiheeseen liittyviä, eikä varsinaista karsimista tehty niin paljon, kuin jos vastaukset olisivat olleet rönsyilevämpiä ja monisanaisempia.

6.5.1 Hoitajat hakevat tietoa myös raportin jälkeen

Raportin kestoksi muotoutui keskimäärin 40 minuuttia, ja käytetty aika vaihteli 20 minuutin ja 1 tunnin välillä. 85 prosenttia kysymykseen

”pystytkö raportin jälkeen ottamaan vastuun / toimimaan seuraavassa vuorossa” - vastanneista hoitajista pystyi toimimaan seuraavassa vuorossa raportin jälkeen. 15 % vastaajista ilmoitti, että ei pystynyt. 77 % kysymykseen ”Mitä tietoa jäit kaipaamaan” - vastanneista ei jäänyt kaipaamaan mitään lisätietoja raportin jälkeen. 23 % kysymykseen vastanneista kaipasi lisätietoja seuraavilta teema-alueilta: Vuorosuunnitelmat, lähiajan suunnitelmat sekä rakenteellista kirjausta kritisoitiin.

Raportilla ei havainnoijien mukaan yleisesti keskusteltu muista, kuin hoitoon liittyvistä asioista. Jos keskusteltiin, niin osaston yleisestä tilanteesta sekä rakenteellisesta kirjaamisesta, joka oli kokeiluna tutkimuksen teon aikana. Raportin jälkeen tietoja haettiin koneelta. Käytetty aika vaihteli viiden (5) ja 30 minuutin välillä. Keskimääräiseksi ajaksi muodostui 18 minuuttia. Hoitajat tekivät jatkuvasti lyhyitä hakuja sekä omat-, kontakti-, ja vuoropotilaat, joista haettiin lisätietoa.

Tietoa haettiin lisää lääkityksen, rajoitusten, sopimuksien ja suunnitelmien, somatiikan ja lääkärin osalta. Yleisesti tietoa haettiin omien potilaiden osalta. Jos näitä tietoja verrataan havainnointilomakkeen tietoihin, niin useimpia näistä asi-

oista käsiteltiin raportilla. Haettiin siis tarkennuksia ja lisätietoja jo käsiteltyihin asioihin. Toinen tärkeä seikka on, että lisätietoa haettiin lähinnä omien potilaiden kohdalta. Eli kun siis raportilla puhutaan pitkälti toistakymmenestä potilaasta, niin lisätietoa haetaan 4-5 potilaasta.

Raportoinnin kehittämiseen oli useita ideoita. 3/4 vastasi kehittämistä koskevaan kysymykseen. Ehdotettiin että vastaava hoitaja pitäisi kaikki raportit. Toivottiin, että raportit pidettäisiin raporttihuoneessa, ei kahvihuoneessa (häiriötekijät). Myös Meissnerin, Hasselhornin, Estry-Behar ym. (2007) tutkimuksen mukaan raporteilla koettiin olevan liikaa häiriöitä, ja häiriöiden koettiin vievän aikaa varsinaiselta raportoinnilta. (Meissner ym. 2007, 535-542.)

Raportille haluttiin selkeää kaavaa, todettiin että jokainen raportoiija pitää raportin omalla tavallaan. Miller (1998), esittää kolme suositusta, jolla raportointia voitaisiin kehittää. Raportointia tulisi tarkastella (arvioida) säännöllisesti, raporttien sisällöstä tulisi olla kirjalliset ohjeet sekä raporteissa tulisi käyttää ennalta valmistettuja tukilistoja (tarkoittanee dg-listan tapaista). (Miller 1998, 23-27.)

Raportteja toivottiin lyhyemmiksi, turhat keskustelut pois! Toisaalta todettiin raportoinnin olevan hyvää tällaisenaan.

7 POHDINTA

Pohdinnan lähtökohtana ovat tutkimuskysymykset ja niiden avulla kerätty tieto. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää sekä raporteilla kuluva työaika, että tutkia ja havainnoida raporttien sisältöä.

Aineistosta nousi esille tutkimuskohteen, psykiatrisen kriisiosaston raportoinnin formaalisuus. Raportointi oli selkeä, perinteinen tiedotustilaisuus. Toisaalta esille tuli pyrkimys tehokkuuteen ja aikarajoissa pysymiseen. Arvelen tämän johtuvan osaston pitkään jatkuneesta kuormittumisesta. Varmasti myös tästä syytä osastolla oltiin myös hyvin avoimia kaikelle raportoinnin kehittämiseksi.

Havainnoimalla ja haastatteluissa saatuja tuloksia tarkasteltaessa on myös huomattava psykiatristen hoitajien kyky reflektiiviseen keskusteluun. Psykiatriset hoitajat ovat tottuneita pohdiskelemaan, refleктоivaan keskusteluun. Lisäksi heillä on taito tiivistää keskustelussa oleellisia asioita lyhyeen muotoon.

7.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Lupa tutkimukseen haettiin normaalin käytännön mukaisesti hallintoylihoitajalta ja sen hyväksyi johtava ylilääkäri. Tutkimuslupaa varten esitettiin tutkimussuunnitelma, jonka tutkimuksen ohjaaja hyväksyi. Tutkimuksen ajan osastolla oli informaatiota tutkimuksesta sekä siihen liittyvistä työpaikkakokouksista. Informaatiota oli myös siitä, että käytävä ryhmäkeskustelu nauhoitetaan.

Tutkittavien anonymiteetti pyrittiin huomioimaan siten, että ryhmähaastatteluissa saatu aineisto muutettiin yleiskieltä vastaavaksi, jolloin puhujaa ei pystyisi tunnistamaan. Lisäksi tietoa hankittiin havainnoimalla sekä kyselyillä, jolloin tutkimukseen osallistujat pystyivät esimerkiksi vastaamaan avoimiin kysymyksiin, jos eivät halunneet kommentoida asioita ryhmähaastatteluissa tai eivät päässeet siihen osallistumaan.

Tutkimuksessa saatu aineisto, haastattelut ja kyselylomakkeet, säilytettiin lukkojen takana, eikä niitä ole tutkinut kukaan muu kuin tutkija. Aineistosta olen keskustellut vain ohjaajieni kanssa. Tarkoitukseni ei ole arvostella kenenkään toimintatapoja, vaan kuvata ilmiötä mahdollisimman objektiivisesti. Haluan painottaa sitä, että analyysi on kuvausta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä tutkimusaineiston perusteella.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuuden keskeisiä käsitteitä ovat reliabiliteetti eli luotettavuus ja validiteetti eli pätevyys. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei - sattumanvaraista tietoa tutkittavasta kohteesta, eli luotettavuus perustuu siihen että tutkimus on toistettavissa. (Hirsjärvi ym. 2002, 213-218.)

Brinkan (1991) ja Honkasalon (1994) mukaan havainnoimalla kerätyn aineiston luotettavuuteen vaikuttavat erityisesti tutkijan perehtyneisyys havainnoinnin kohteeseen, tutkijan ja havainnoitavien välille syntynyt suhde ja havainnointiin käytetty aika. (Nieminen 1997, 215-221.) Havainnoinnissa käytetty havainnointilukko pyrittiin tekemään erittäin yksinkertaiseksi ja selkeäksi. Sitä testattiin ennen tutkimuksen aloittamista kolmella (3) hoitajalla. Esitestauksen jälkeen lomakkeeseen tehtiin sellaisia muutoksia, jotka psykiatrisessa työskentelyssä olivat olennaisia. Havainnointia varten osastolla oli selkeät ohjeet havainnointilomakkeen käytöstä ja täytöstä, lisäksi olin paikalla useilla raporteilla ja neuvoin samalla havainnointilomakkeen täytössä, jos kysyttävää oli.

Latvalan ja Janhosen (1996, 224-232) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuus on sidoksissa aineiston laatuun, analyysiin ja tulosten esittämiseen. Analyysin luotettavuuteen vaikuttavat oleellisesti tutkijan tiedot, arvostukset ja oivalluskyky. Tulosten merkityksellisyys edellyttää niiden hahmottamista sairaalaympäristössä ja liittymistä johonkin erityistilanteeseen.

Kuviosta 12 (sivu 77), (jossa vertasin psykiatrisen hoito-osaston perusprosessia kriisiosaston vastaavaan), huomataan että kriisiosastolla on tullut yksi kokonainen potilaan selviytymisen auttamis ”kokonaisuus” lisää. johon kuuluu mm. verkostotyö ja potilaan mielipide, jatkohoito sekä yhteistyö osaston ulkopuolelle.

Näin siis suljettu, akuuttipsykiatrisen osasto on avautunut kommunikaatiolle ulospäin enemmän. Potilaan näkökulma sekä jatkohoito ovat informoituja, myös potilaan verkosto on otettu huomioon. Osasto ei siis enää ole suljettu, vaan kommunikaatio on lisääntynyt sekä osastolle että osastolta ulospäin. Mitä tämä tarkoittaa psykiatrisessa työssä, jossa koko työn perusajatuksena on vähentyneen kommunikoinnin lisääminen (eristäytyneisyyden vähentäminen). Voidaan siis nähdä hoito-osaston työn kehittyvän kohti niitä arvoja, joita työnantaja (Keski-pohjanmaan keskussairaala) omissa perusarvoissaan edustaa. Lisäksi on huomattava, että kriisiosaston raporteilla on huomioitu päihteet psyykkiseen vointiin vaikuttavana tekijänä, aihe, jota ei vielä aikaisemmin usein osattu käsitellä psykiatrisilla potilailla. Tähän varmasti vaikuttaa se, että osastolla on päihdepsykiatrisiin potilaisiin erikoistuneita hoitajia, sekä päihteisiin liittyvä hoitotyö on yksi osaston hoitajien vastuualueista.

Voidaan miettiä, onko Latvalan & Janhosen (1996) tutkimus vanhentunut. Onko psykiatrisen hoitoprosessi kehittynyt koko maassa avoimempaan suuntaan, eikä ole niin suljettua, kuin Latvalan & Janhosen tutkimus antaa ymmärtää. Ulla Iso-saari (2008) tutki terveydenhuollon organisaatioiden johtamista yliopistosairaloissa, erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa, ja tutkimuksen mukaan suljettuja organisaatioita (johtamisen ja kommunikoinnin suhteen) olivat edelleen juuri psykiatriset yksiköt. Kehittymistä varmasti on tapahtunut, ja Keski-Pohjanmaan keskussairaala on panostanut perhe- ja verkostotyön koulutukseen mm. kouluttamalla sosiaalityöntekijöitä ja psykiatrisia hoitajia huomioimaan lapset ja perhe sekä verkosto potilaan hoidossa. Myös Keski-Pohjanmaan keskussairaalan useilla lääkäreillä on perheterapia- koulutus.

Kuviossa 13, sivulla 78 vertasin kriisiosastolla yleisesti raportoitua tietoa rakenteisen kirjaamisen malliin ja Sari Timosen hiljaisen kirjaamisen kehittämiseen. Kuvio esittää tiivistetyssä muodossa sen huomion, että kriisiosaston raportoinnilla raportoidaan kaikki oleelliset asiat yleisesti. Raportointi on siis sisällöltään oikeanlaista, oikeista asioista raportoidaan. Raportointi vastaa yksilövastuisen hoitotyön prosessimallia, joka on rakenteisen kirjaamisen malli. Raportoinnista selviävät myös kaikki keskeiset asiat, jotka kirjaamisen perusteella tulee selvittää. Näiden asioiden lisäksi on kriisiosastolla selkeästi näkyvissä potilaan oman mielipiteen lisäksi potilaan omaisten huomiointi. Se näkyy verkostonäkökulmana. Eli hoitotyössä ollaan jo pidemmällä, kuin valtakunnallisten mallien vaatimus on.

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa havainnoinnin kohteena ovat yleisimmin hoitoyhteisöt, joihin tutkija on perehtynyt jo ammatillisen kokemuksensa perusteella. Yhteisön tuttuus on etu, mutta siitä saattaa aiheutua myös ongelmia tutkija etukäteisasenteiden vuoksi. Tutkijan tulee tehdä havainnoistaan muistiinpanoja ja kirjoittaa havainnointipäiväkirjaa. (Nieminen 1997, 152-164.)

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa osastolla tapahtuvasta raportoinnista, osaston kehittämistä varten. Tällöin tutkimus ei ole yleistettävissä muihin psykiatrisiin osastoihin, hoitolaitoksiin tai psykiatriseen hoitotyöhön. Tutkimuksessa käytettyä ja tutkimusta varten kehitettyä havainnointilomaketta voidaan toki käyttää muillakin osastoilla raportoinnin havainnoinnissa.

McKenna:n (1997) mukaan laadullisessa tutkimuksessa jäsennetään tutkittavaa todellisuutta tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta luokittelemalla tämän todellisuuden elementtejä ja prosesseja ja näin tuottamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä, käsitteiden välisiä suhteita eli teoriaa (Kylmä 2003, 24-26.)

Mays & Pope (1995), Munhall (2001), mukaan laadullisen tutkimukseen osallistujiksi valitaan ne henkilöt, jotka parhaiten tietävät tutkimuksen kohteena olevasta

ilmiöstä. Tämä on perusteltua, koska laadullisessa tutkimuksessa pyritään jäsentämään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Kylmä 2003, 24-26.)

Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden määrä on yleensä pieni. Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan aineiston laatua määrää enemmän, koska se keskittyy tutkittavan ilmiön kuvaukseen aineistosta käsin. Tavoitteena eivät ole tilastolliset yleistyksiset. (Kylmä 2003, 24-26.)

Tutkimuksen antama tieto on osaston nykytilan kuvaus. Sitä ei voi yleistää koskemaan laajempaa ajankohtaa. Tutkimus kertoo, mistä hoitotyön asioista pidettiin raporttia kriisiosastolla 15 helmikuussa 2009. Toisaalta tutkimuksen antama tieto on hyvin osaston tilannetta kuvaavaa. Se kuvaa hyvin tutkittua kohdetta.

Erilaisten tutkimusmenetelmien yhteiskäytöstä käytetään termiä triangulaatio. Keräämällä tutkittavalta alueelta erilaisia aineistoja pyritään asiasta saamaan monipuolisempi ja rikkaampi kuva. (Leino-Kilpi 1997, 222-232.) Tässä tutkimuksessa ensisijainen tutkimusote oli laadullinen, mutta aineistoa rikastutettiin kvantifioimalla aineisto.

Tässä tutkimuksessa korostuu tutkijan näkemys ja tulkinta aiheesta. Yksi tutkimuksen luotettavuus tekijöistä on se, että olen työskennellyt tutkimukseen osallistuneella psykiatrian osastolla noin neljä vuotta, ja kokemusta minulla on useista erilaisista psykiatrisista osastoista usean vuoden ajalta. Tämän toivon näkyvän tutkimusaiheen kuvauksessa ja tulkinnoissani, koska tutkittava ilmiö on minulle tuttu.

Ryhmähaastatteluissa ja raportoinnin havainnoinnissa oli tietenkin hyötyä siitä, että olin osaston työntekijä. Tällöin ei syntynyt sellaista tilannetta, että osaston käytäntöjä olisi jotenkin pyritty muuttamaan sillä hetkellä kun tutkija on läsnä. Toisaalta voidaan miettiä omaa kykyäni havainnoida omaa työpaikkaa ja raportointia, mutta toisaalta olen yrittänyt seurata sekä käytäntöjä että havainnoida keskustelua hyvin kriittisesti. Ryhmähaastatteluihin, eli kahteen työpaikkakokouk-

seen osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistujat valikoituivat niin, että perättäisiin kokouksiin ei tullut samoja osallistujia, vaan jokainen läsnäolija pyrki osallistumaan yhteen kokoukseen. Haastattelut nauhoitettiin, tästä oli tieto annettu osastolle tutkimuksesta kertovassa tiedotteessa.

Luotettavuuden kannalta oleellisinta on että tutkimusaineisto kerätään siellä missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy, eli tässä tapauksessa osaston raporteilla. Tutkimukseen osallistuminen pitää myös perustua vapaaehtoisuuteen. Oikean tutkimusmenetelmän valinta vaikuttaa aineistonkeruun onnistumiseen ja analyysitavan valinta tulosten luotettavuuteen. Toisaalta tulosten luotettavuuteen vaikuttavat myös tutkijan tiedot ja taidot tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä.

Tutkimuksen kohteena oleva tapahtuma, raportointi, on helposti tunnistettavissa, rajattavissa, ja se esiintyy useita kertoja päivässä. Raportoinnille osallistuvista henkilöistä osa täytti havainnointilomakkeen, lähes kaikki osaston vakituisen hoitajat. Lisäksi ryhmähaastatteluun osallistui kahdella kerralla osastolla sillä hetkellä työvuorossa ollut henkilökunta, jossa myös moniammatillinen tiimi oli edustettuna.

Psykiatrisille osastoille ei voida suoraan tuoda asioita esimerkiksi somaattisilta osastoilta. Tämä johtuu juuri esimerkiksi kirjaamisen tyylistä. Kun somaattisilla osastoilla paljolti kerrotaan erilaisista toimenpiteistä mitä on tehty, erilaisilla lyhenteillä, on psykiatrisessa työssä käytettävä kirjaamisen tyyli narratiivinen. Näistä syistä johtuen tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää vain muilla psykiatrisilla osastoilla.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimuksien kanssa. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on mainintoja raportoinnin aikaisista häiriöistä. Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa mainitaan myös raporttien rituaalinomaisuus ja formaalisuus. Mielestäni uusia ajatuksia tutkimuksen pohjalta on sen sijaan se, ettei kaikkea somaattisessa sairaanhoidossa hyväksi havaittua käytäntöä voi siirtää psykiatriseen hoitotyöhön.

Tutkimuksessa osoitan, kuinka tietyt osa-alueet ovat hyvin yleisiä kaikilla psykiatrisen osaston raporteilla. Ne ovat toistuvia elementtejä, ja niitä voitaisiin hyödyntää, kun esimerkiksi mietitään, mikä olisi osastolla minimikirjaamisen taso esimerkiksi sähköiseen, prosessimalliseen kirjaamiseen siirryttäessä. Toisaalta niitä voidaan hyödyntää, kun mietitään, mitä tietoja jokaisesta potilaasta pitäisi raportilla kertoa, ja voisiko niitä asioita myös siirtää toiselle esimerkiksi kirjallisessa muodossa.

7.3 Keskeiset kehittämiskohteet ja ehdotukset

Tässä työssä esitetyt kehittämiskohteet ja ehdotukset esitettiin työpaikkakokouksessa. Työpaikkakokouksessa päätettiin, että tiistain aamuraportti muutetaan tiimijaksiksi, jolloin pystyttäisiin paremmin hyödyntämään moniammatillista tiimiä. Jatkossa osastolla on tarkoitus arvioida raportointia ja kirjaamista säännöllisesti, jolloin tätä raporttia voidaan käyttää kehittämistyön pohjana.

Keskustelu jatkuu myös liittyen kirjalliseen raportointiin, joka on käytössä keskussairaalan osalla somaattisista osastoista. Keski-Pohjanmaa VII hoitotiedepäivillä Sari Timonen (2009) oli luennoimassa aiheesta, ja kävimme keskustelua psykiatristen osastonhoitajien kanssa aiheesta. Psykiatrian osastoilla on kokeiluikäntössä ollut PPCQ- hoitoisuusluokitus, joka on myös keskussairaalan somaattisilla osastoilla.

Hoitoisuusluokitusta harjoitellessa olemme huomanneet, että somaattisella puolella on helpompaa luokitella potilaita eri hoitoisuusluokkiin, kuin psykiatrisella puolella. Samalla lailla myös kirjaamisen ja raportoinnin kohdalla, psykiatrialla on erittäin vaikea esimerkiksi lyhentää tiettyjä asioita ja tehdä sellaisia merkintöjä potilaista, jotka olisivat niukkasanaaisia, tai merkintöjä, jotka tekstistä tulisivat helposti esille, jos verrataan somatiikan merkintöjä (esim. verenpaine, kuume, iv...).

Lisäksi on huomattava, että yleensä somatiikan osastoilla hoidetaan tiettyntyyppisiä sairauksia ja vaivoja. Psykiatrialla oireiden kirjo ja sairauksien erilaisuus on

niin laajaa, ettei selkeitä, yksittäisiä oireita tai vaivoja välttämättä kaikilla ole. Tietenkin tämän tutkimuksen pohjalta voidaan esittää tiettyjä asioita, mitä todennäköisesti raportilla potilaista puhutaan.

Koska osasto on ollut vuosia ylikuormitettu, osaston työntekijät ovat tottuneet pelkistämään raportteja, ja pyrkivät aina kertomaan potilaista vain heidän mielestään oleellisen tiedon. Potilaita ei ole jaettu moduuleihin, vaan kaikista potilaista kerrotaan samalla raportilla. Tällöin potilasta kohti ei jää montakaan minuuttia raportointiaikaa.

Havainnointi kertoo, kuinka osastolla on käytössä monia sellaisia elementtejä, joille raportoinnin kehittäminen jatkossa pystyy nojaamaan. Raportoinnista löydetään rakenteisen kirjaamisen mallin mukainen prosessi. Lisäksi raportoidaan kaikki sellaiset asiat, jotka ovat tarpeen hiljaiseen raportointiin siirryttäessä.

Taulukko 7. Ryhmähaastattelujen perusteella tehtävät kehittämissuhteet.

1. Aamuraportti muutetaan työnjakoraportiksi 2-3 aamuna viikossa. (Lääkärin, moniammatillisen tiimin työaikaa säästyy viikossa 2-3 tuntia.)
2. Tiistain ja torstain aamuraportti muutetaan tiimiajaksi
3. Iltapäiväraportilla jaetaan potilaslista, joka sisältää yleistiedot kaikista potilaista
4. Hoitotyö – lehdelle kirjoitetaan päivittäiset hoitotyön ohjeistukset kirjallisen hoitotyön suunnitelman mukaan.
5. Yöhoitajien raportilla kerrotaan vain muutokset ja tärkeät asiat. Kerrotaan vain asioista, jotka koskettavat yöhoitajia

Taulukko 8. Tutkimuksen tekijän kehittämisehdotukset.

1. Osaston potilaat jaetaan moduuleihin.
2. Keskitytään työnjakoraportteihin
3. Raportin sisältö muokataan rakenteisen kirjaamisen mallin mukaiseksi.
4. Raportointia arvioidaan säännöllisesti

Keskeisiksi kehittämiskohteiksi tulivat seuraavat asiat:

Koska raporteilla on läsnä lääkäri ja erityistyöntekijät (mm. psykologi, sosiaalityöntekijä, osastonhoitaja), tulisi miettiä raportoinnin kohderyhmää. Puhutaanko vain hoitajille, hoitajien kieltä, vai onko tarkoituksena informoida lääkäriä mahdollisimman tarkasti, lääkärille tärkeistä asioista. Aamuraportilla kulutetaan myös eniten lääkäriaikaa. Kehittämistyön pohjalta suosittelin, että aamuraportti muutettaisiin työnjakoraportiksi ainakin 2-3 kertaa viikossa. Keskustelussa, jota käytiin toisessa ryhmähaastattelussa 3. 4. 2009 päädyttiin siihen, että aamuraportti muutetaan tiimijaksi tiistaisin ja torstaisin, jolloin raportin sijasta hyödynnettäisiin koontuvaa moniammatillista tiimiä. Kehittämistyötä tehdessä havaittiin, että syvälliset keskustelut raporteilla ovat loppuneet. Raportit toimivat tiedonsiirron välineenä kuten pitääkin. Mutta silloin moniammatilliselle keskustelullekin pitää varata aika ja paikka Tämä asia kerrottiin useiden työntekijöiden suusta. Tällöin päätettiin siis kahden aamuraportin muuttamisesta tiimijajoiksi.

Avoimisen kysymysten vastauksista huomattiin, että hoitajat hakevat tietoa suullisen raportin jälkeen lähinnä vain omista potilaista. Tietoa siis haetaan niistä potilaista, joita vuorossa hoidetaan. Kehittämistyön pohjalta mietittiin, että voidaanko kokeilla jotain jaettavaa potilaslistaa, riittäisikö se yleistiedoksi muista potilaista. Keskustelussa (ryhmähaastattelu 3.4.2009) sovittiin, että hoitotyö lehdelle kirjoitettavat ohjeistukset päivitetään, ja tällöin niitä voidaan käyttää raportin apuna.

Ei oltu vielä valmiita siirtymään hiljaiseen raportointiin, mutta uudet ohjeistukset on jo saatu käytäntöön, ja hoitajat käyttävät hoitotyö lehteä kirjaamisen ja raportoinnin apuna. Tulevaisuudessa on siis helppo vähentää suulliseen raportointiin käytettävää aikaa.

Yöhoitajille kerrottavasta raportista olisi syytä jättää turhat rutiinit pois. Tarkoitin tällä sitä, että jokaisesta potilaasta ei luetella rutiinista samoja asioita, vain muutoksista tiedotetaan ja tärkeät asiat kerrotaan. Tärkeää on myös tiedostaa raportin luonne, eli kerrotaan vain asioista jotka koskevat yöhoitajia ja toisinpäin.

Tässä tutkimuksessa arvioitiin raportointia. Arviontia oli suoritettu aikaisemmin vuonna 2005 hoitotyön arviointiprojektin toimesta. Olisi kuitenkin tärkeää arvioida raportointia säännöllisesti. Silloin myös mahdolliset kehittämiskohteet ja henkilökunnan kehittämis-ideat tulisivat huomioiduksi.

Tutkimuksen tekijän mukaan raportoinnin sisällön kehittäminen on keskeinen keino kehittää psykiatrisen osaston raportointia. Raportointiin käytettävä aika ei ole liian suuri suhteessa saatuun hyötyyn. Lisäksi psykiatrisessa työssä tarvitaan työryhmää ja työryhmän tukea hoitopäätöksiin ja hoitamiseen.

Kun raportoinnin sisältöä ja siihen käytettävää aikaa tarkasteltiin, voitiin huomata, että potilaiden lisääntyessä myös raportointiin kuluva aika pitenee. Tällöin voitaisiin informaaation määrää ja raportointiin kuluva aikaa vähentää siten, että osaston potilaat jaettaisiin moduuleihin. Siten esimerkiksi kahdessa moduulissa olisi

vain 8-10 potilasta. Tämä helpottaisi myös vastaavan hoitajan työtaakkaa, kun hänellä olisi muistettavana vain oman moduulin potilaiden asiat.

Vastaavalla hoitajalla on siis erittäin haastava työnkuva, kun hänen huolehdittavanaan on parhaimmillaan, ja yleensä yli kaksikymmentä potilasta. Tämä tulisi paremmin huomioida ja siirtää vastuuta muille vuorossa oleville hoitajille. On huomattava, että vastaavan hoitajan toimenkuvaa tulisi päivittää ja tarkistaa, minkälainen työkokemus ja ohjeistus näihin töihin vaaditaan. Moduulijaolla pystyttäisiin tuntuvasti jakamaan tätä taakkaa.

Raportointia on tärkeä arvioida systemaattisesti ja säännöllisesti, muutaman vuoden välein. Raportoinnissa käytettävän kielen tulisi vastata sekä yksilövastuiseen hoitotyön arvoja, että kyseessä olevan instituution yleisesti hyväksytyjä arvoja. Raportointiin käytetään huomattava määrä työaikaa, joten ei ole samantekevää, mitä ja miten raportilla potilaista puhutaan. Kaikki sellainen raportointi joka ei liity potilaisiin, pitäisi raporteilta poistaa.

Lähteet

Alasuutari, Pertti. 1994. Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Jyväskylä.

Corin Kim, Kuutti Sirpa, Tiilikainen Ulla ja Vironen Ilkka. 2004. Kirjaamisen kehittyminen hoitotyön dokumentointi- projektin kuluessa Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Ensio, Anneli. 1998. Hoitotyön käsitteet ja kieli hoitotyön kirjallisissa suunnitelmissa. Teoksessa: Hallila Liisa (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Eriksson, Katie, Isola, Arja, Kyngäs, Helvi, Leino-Kilpi, Helena, Lindström, Unni Å, Paavilainen, Eija, Pietilä, Anna-Maija, Salanterä, Sanna, Vehviläinen-Julkunen, Katri, Åstedt-Kurki, Päivi. 2007. Hoitotiede. Helsinki. Wsoy.

Eriksson, Tina, Koivukoski, Sirpa & Riukka, Nina. 1999. Ajatuksia hoitotyön kirjaamisesta. Sairaanhoitajalehti 6, 27.

Field, Peggy Anne, Morse M. Janice. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Suomennos Eila Sandborg. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Hallila, Liisa. 1999. Hoitotyön kirjallisen suunnitelman lähtökohdat. Teoksessa: Hallila Liisa (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. 11-39. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Hallila, Liisa 2005. Potilas- tai terveystietomuksen ydintiedot. Teoksessa: Hallila Liisa (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. 61-69. Keuruu. Otava.

Hegyvary, Sue Thomas. 1987. Yksilövastuinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula. Tutki ja kirjoita. 6.-8. painos. Helsinki: Kirjayhtymä. Tummavuoren kirjapaino Oy, Vantaa 2002.

Hjerppe, Marjo. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro –gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Lääketieteen tiedekunta. Tampereen yliopisto.

HOI-loppuraportti 2003. (HOI-osaprojekti oli osa Keski-Pohjanmaan sairaanhoidopiirissä vuosina 2001-2003 toteutettua hoitotyön dokumentointiprojektia.) Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

Hoitotyön dokumentointiprojekti 2001-2003, alkukartoitus 2001. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

Hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-07 os. 15. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä. Kehittämisprojekti Kainuussa vuosina 2006–2007. Loppuraportti. Julkaisija: Kainuun maakunta –kuntayhtymä.

Hsieh Hsiu-Fang, Shannon, Sarah E. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, Vol. 15, No. 9, 1277-1288 (2005)

Ilveskivi, Paula. 1998. Potilasasiakirjoihin kirjaamisen oikeudellinen sääntely. Teoksessa: Liisa Hallila (toim.). *Hoitotyön kirjallinen suunnitelma*. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Isosaari, Ulla. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa: tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. *Sosiaali- ja terveyshallintotiede*. Vaasan yliopisto.

Junes Ritva & Solvin, Raakel. (1995). Vuoteenvierusraportointi potilaan kokemana. Hoitotieteen laitos, tutkielma. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kalასniemi, Maarit, Kuivalainen, Leena, Ryhänen, Arja. 2004. Tutkiva hoitotyö vol.2. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen erikoissairaanhoidossa potilaiden ja henkilökunnan arvioimana. 22-28.

Kalkas, Hertta, Sarvimäki, Anneli. 1995. Hoitotyön etiikan perusteet. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Helsinki.

Kerr, Micky P. 2002. A Qualitive Study of Shift Handover Practice and Function from Socio-Technical Perspective. Journal of Advanced Nursing, Vol 37, Number 2. 125-134.

Keskinen, Tuula. 1997. Kohtaamisen erityislaatu psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa: Riitta-Liisa Heikkinen, Timo Laine (toim.) 1997. Hoitava Kohtaaminen. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Keski-Pohjanmaan hoitotyön alueellinen strategia 2002-2008. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Hoitotyön arviointiprojekti 6.3.- 10.6.2005. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalueen toiminta-ajatus, missio ja visio vuoteen 2009. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

KPKS os 15 hoitotyön toimintasuunnitelma 2006-07. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

KPKS osasto15 hoitotyön toiminta- ja laadunhallintasuunnitelma 2007-2009. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

KPKS psykiatrian arvokeskustelut 2006. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

KPKS talousarvio ja –suunnitelma 2007-2009. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

Psykiatrinen osasto 15 toimintokertomus vuodelta 2008. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

Kilpeläinen, Lea.1992. Työvuorojen vaihtuessa pidettävien suullisten tiedotustilaisuuksien tehtävät terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla. Pro gradu tutkielma, Kuopion yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Kuopio.

Kokkonen, Marja, Rissanen, Sanna, Kylmä, Jari, Miettinen, Seija, Pelkonen, Marjaana. 2004. Toivottomuus ja omahoitajasuhde masentuneen potilaan arvioimana sairaalahoidon aikana. Hoitotiede – lehti 1 / 2004. Vol 16.

Korhonen, Anne, Kangasniemi, Mari. 2009. Yksilövastuinen hoitotyö – yksinäisyyttä vai yhteisöllisyyttä. Tutkiva hoitotyö. Vol. 7 (1), 2009. 24.

Koskinen, Liisa, Jokinen, Pirkko. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä - haastattelijoiden kokemuksia. Hoitotiede 13 (6). 301-309.

Krause, Kaisa, Kiikkala, Irma. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Kylmä, Jari. 2003. Millaista näyttöä saamme laadullisesta tutkimuksesta? Teoksessa: Hallila, Liisa. (toim.) Näytön paikka. Tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyössä. 24-26. Lahti. Sairaanhoidon tutkimuslaitos.

Kyngäs, Helvi. 1997. Hoitotieteellisen teorian kehittäminen; esimerkkinä teoreettisen mallin rakentaminen. *Hoitotiede –lehti* 3 /1997. Vol 9. 107-117.

Kyngäs, Helvi. & Vanhanen Liisa. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* vol. 11, no 1/99. 2-12.

Kärkkäinen, Jukka. 2004. Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriuudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. *Stakes. Tutkimuksia* 138. Gummerus. Saarijärvi.

Laaksonen, Hannele. 2001. Pienen dementiayksikön palvelun laadun monitahoarviointi. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa.

Laaksonen, Katriina. 1994. Erilaiset toimintamallit hoitotyön käytännössä. Teoksessa: Päivi Voutilainen & Katriina Laaksonen. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. 69-113. Kirjayhtymä. Helsinki.

Laaksonen, Katriina. 1996. ”Hoitotyön päämäärään pyrkiminen”. Vastuullisuuden käsitteen sisältö yksilövastuisessa hoitotyössä. Pro gradu-tutkimus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden koulutusohjelma.

Laaksonen, Timo. Potilaskeskeinen päivärapportti psykiatrisessa sairaalassa. 2002. Pro gradu-tutkimus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden koulutusohjelma

Latvala, Eila, Janhonen, Sirpa. 1996. Potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä - psykiatrisen hoitotyön perusprosessi. *Hoitotiede –lehti* 5 / 1996. Vol 8. 224-232.

Latvala, Eila, Visuri, Tuomo, Janhonen, Sirpa. Psykiatrinen hoitotyö. 1996.WSOY. Juva.

Latvala, Eila, Janhonen, Sirpa. 1997. Patient`s capable of managing – Basic process of Psychiatric Nursing in a Hospital Environment. Vård I Norden. 4 / 1997. Vol 17. No. 4. 30.

Latvala, Eila. (1998). Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulun yliopistopaino, Oulu.

Lauri, Sirkka, Eriksson, Elina & Hupli Maija. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi Helena, Lauri, Sirkka. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa: Lauri, Sirkka (toim.). Näyttöön perustuva hoitotyö. 7-20. Juva. Wsoy.

Leino-Kilpi Helena. 1990. Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintöhallituksen julkaisuja 163. Valtion painatuskeskus: Helsinki.

Leino-Kilpi Helena. 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus- yhdessä vai erikseen. Teoksessa: Paunonen Marita & Vehviläinen-Julkunen Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 222-232. WSOY.Juva.

Lindström, Unni. (1988) Psykiatrisen hoito-opin perusteet. SHKS. Karisto Oy.

Meisner, Anne, Hasselhorn, Hans-Martin, Estry-Behar, Madeleine, Nezet, Oliver, Pokorski, Janusz & Gould, Dinah 2007. Nurses´ Perception of Shift Handovers in Europe –Result from the European Nurses´ Early Exit Sudy. Journal of Advanced Nursing 57 (5), 535-542

Miller Carolyn. 1998. Ensuring continuing care: styles and efficiency of the handover process. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. 1998 Sep-Nov, 16(1), 23-27.

Munnukka, Terttu. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Vammalan kirjapaino. Vammala. Tampere.

Munnukka, Terttu, Halme, Seija, Kiikkala, Irma, Koponen, Päivikki & Vuotilainen, Päivi. 1999. Hoitotyön vuosikirja 1999. Dokumentointi hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Mäenpää, Tiina, Åstedt-Kurki, Päivi ja Paavilainen, Eija. 2002. Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede – lehti* 3 / 2002, Vol. 14. 121-122.

Mäki-Leppilampi, Anne. 2003. Tutkimusnäyttö osana evidenssiin perustuvaa hoitotyötä. Kartoitus Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen hoitotyöntekijöiden valmiuksista ja tiedonlähteistä sekä hoitotyön johtajan roolista tutkimusnäyttöön perustuvassa hoitotyössä. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Mölsä, Anneli, Krogerus-Therman, Iselin, Raatikainen, Ritva, Tolvanen, Sinikka. Hoitotyön (nursing) ammattisanasto. 1985. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Hämeenlinna: Karisto.

Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Pannonen Marita & Vehviläinen-Julkunen Katri. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 152 -221. WSOY. Juva.

Partanen, Pirjo. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Paunonen, Marita, Vehviläinen–Julkunen, Katri. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Perälä Marja - Leena.(toim.) 1997. Hoitotyön suuntastrategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Hoitotyön projektityöryhmä. Stakes. Gummerus, Jyväskylä.

Polit, Denise F, Hungler, Bernadette P. 1995. Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization. Third edition. J.B Lippincott Company. Philadelphia.

Pukuri, Tarja. 2002. Yksilövastuinen hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa: Munnukka t., Aalto, P. (toim.) Minun hoitajani – näkökulmia omahoitajuuteen. Tammi, Helsinki.

Puumalainen, Anne, Långstedt, Karin, Eriksson, Elina. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. Tutkiva hoitotyö Vol 1 (1). 4-9.

Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen. Keski-Pohjanmaan keskussairaala. Projektisuunnitelma 2008. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

Timonen, Sari: Kirjallinen raportointi Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. 2005. Lähde saatavilla Keski-Pohjanmaan keskussairaalan sisäisessä Intranetissa.

Timonen, Sari. Luento Keski-Pohjanmaan VII Hoitotiedepäivillä, 10 / 2009.

Riikola, Liisa.1990. Peruskartoitus suullisen potilastiedotuksen sisällöstä ja tiedotukseen käytetystä ajasta. Opinnäytetyötutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Rissanen, Tarja, Toivainen, Tiina & Miettinen, Seija. 2005.. Mitä työajan seuranta tutkimus kertoo psykiatrisesta hoitotyöstä? Tutkiva hoitotyö Vol 3.(3). 19-25.

Ristolainen, Maarit, Sarajärvi, Anneli. 2006. Sairaanhoidaja vol 79, 11/2006. Omahoitajamallia kehitettiin Myllypuron sairaalassa. 25-27.

Runne, Tiina 2000. Perioperatiivisen raportointipuheen diskurssit ja niiden funktiot. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Ruuskanen, Susanna 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen-kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro-gradu tutkimus. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Saarinen, Hanna 2001. Mikä auttaa –vai auttaako mikään?. Tutkimus psykiatrisen hoitoprosessin auttamismenetelmien merkityksestä. Pro-gradu tutkimus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu.

STM asetus 99/2001

Suonsivu, Kaija. 1993. Yksilövastuinen hoitotyö psykiatrisessa sairaalassa omahoitajien kokemuksellisenä toimintana. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Telaranta, Seija. (1997) Hoitotyön hallinto. Kirjayhtymä Oy. Helsinki. TammerPaino Oy, Tampere.

Tuomi, Jouni, Sarajärvi, Anneli. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi Oy. Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Tuomi, Paula. 1993. Hoitajien käsityksiä vuodeosastojen raportointitilaisuuksista. Pro gradu-tutkimus. Terveydenhuollon koulutusohjelma. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Ward, Martin. 1985. Psykiatrinen hoitosuunnitelma. Sairaanhoidajien koulutussäätiö.Helsinki.

Havainnoi kymmenestä potilaasta seuraavat kohdat.
Merkkaa + merkki niihin kohtiin, joita raportilla käsiteltiin.

Potilas 1			
Esitiedot,sairashist.	<input type="checkbox"/>	Oma-/vuorohoitaja keskustelu	<input type="checkbox"/>
Hoidon tarve	<input type="checkbox"/>	Lääkehoito	<input type="checkbox"/>
Hoitotyön tavoitteet	<input type="checkbox"/>	Lääkäri	<input type="checkbox"/>
Psyykkinen vointi	<input type="checkbox"/>	Moniammatillinen työ	<input type="checkbox"/>
Puoliso	<input type="checkbox"/>	Itsetuhoisuus, aggressiivisuus	<input type="checkbox"/>
Lapset	<input type="checkbox"/>	Yhteisöllisyys mm. ryhmät	<input type="checkbox"/>
Omaiset	<input type="checkbox"/>	Päivittäisissä toiminnoissa ohjaaminen	<input type="checkbox"/>
muu verkosto	<input type="checkbox"/>	Yhteistyö osaston ulkopuolelle	<input type="checkbox"/>
Muita asioita (lisää tähän):	_____		
Potilas 2			
Esitiedot,sairashist.	<input type="checkbox"/>	Oma-/vuorohoitaja keskustelu	<input type="checkbox"/>
Hoidon tarve	<input type="checkbox"/>	Lääkehoito	<input type="checkbox"/>
Hoitotyön tavoitteet	<input type="checkbox"/>	Lääkäri	<input type="checkbox"/>
Psyykkinen vointi	<input type="checkbox"/>	Moniammatillinen työ	<input type="checkbox"/>
Puoliso	<input type="checkbox"/>	Itsetuhoisuus, aggressiivisuus	<input type="checkbox"/>
Lapset	<input type="checkbox"/>	Yhteisöllisyys mm. ryhmät	<input type="checkbox"/>
Omaiset	<input type="checkbox"/>	Päivittäisissä toiminnoissa ohjaaminen	<input type="checkbox"/>
muu verkosto	<input type="checkbox"/>	Yhteistyö osaston ulkopuolelle	<input type="checkbox"/>
Muita asioita (lisää tähän):	_____		
Potilas 3			
Esitiedot,sairashist.	<input type="checkbox"/>	Oma-/vuorohoitaja keskustelu	<input type="checkbox"/>
Hoidon tarve	<input type="checkbox"/>	Lääkehoito	<input type="checkbox"/>
Hoitotyön tavoitteet	<input type="checkbox"/>	Lääkäri	<input type="checkbox"/>
Psyykkinen vointi	<input type="checkbox"/>	Moniammatillinen työ	<input type="checkbox"/>
Puoliso	<input type="checkbox"/>	Itsetuhoisuus, aggressiivisuus	<input type="checkbox"/>
Lapset	<input type="checkbox"/>	Yhteisöllisyys mm. ryhmät	<input type="checkbox"/>
Omaiset	<input type="checkbox"/>	Päivittäisissä toiminnoissa ohjaaminen	<input type="checkbox"/>
muu verkosto	<input type="checkbox"/>	Yhteistyö osaston ulkopuolelle	<input type="checkbox"/>
Muita asioita (lisää tähän):	_____		
Potilas 4			
Esitiedot,sairashist.	<input type="checkbox"/>	Oma-/vuorohoitaja keskustelu	<input type="checkbox"/>
Hoidon tarve	<input type="checkbox"/>	Lääkehoito	<input type="checkbox"/>
Hoitotyön tavoitteet	<input type="checkbox"/>	Lääkäri	<input type="checkbox"/>
Psyykkinen vointi	<input type="checkbox"/>	Moniammatillinen työ	<input type="checkbox"/>
Puoliso	<input type="checkbox"/>	Itsetuhoisuus, aggressiivisuus	<input type="checkbox"/>
Lapset	<input type="checkbox"/>	Yhteisöllisyys mm. ryhmät	<input type="checkbox"/>
Omaiset	<input type="checkbox"/>	Päivittäisissä toiminnoissa ohjaaminen	<input type="checkbox"/>
muu verkosto	<input type="checkbox"/>	Yhteistyö osaston ulkopuolelle	<input type="checkbox"/>
Muita asioita (lisää tähän):	_____		

LIITE 2. Avoimet kysymykset.

Raportin loppuksi vastaa vielä seuraaviin kysymyksiin:

Mikä raportti oli kyseessä? (Aamu-, ilta-, yöraportti)

Kauanko raportti kesti?

Pystytkö raportin jälkeen ottamaan vastuun / toimimaan seuraavassa vuorossa?

Mitä tietoa jäit kaipaamaan?

Keskusteltiinkö raportilla muista asioista, mistä?

Raportin jälkeen:

Kuinka kauan haet tietoa potilaista koneelta?

Millaista tietoa? (Yksittäinenkin asia käy vastaukseksi.)

Miten raportointia voitaisiin mielestäsi kehittää?

Muuta huomioitavaa:

Kiitos vastauksestasi!

