

Kati Luomala

Kehittämällä yhtenäisyyttä ja laatua hoitotyön kirjaamiseen

Toimintaympäristönä sairaala

Opinnäytetyö

Kevät 2018

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen ylempi AMK

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK

Tekijä: Kati Luomala

Työn nimi: Kehittämällä yhtenäisyyttä ja laatua hoitotyön kirjaamiseen: Toimintaympäristönä sairaala

Ohjaaja: Hemminki Arja, lehtori, YTT

Vuosi: 2018

Sivumäärä: 82

Liitteiden lukumäärä: 4

Tuleva sosiaali- ja terveyshuollon palvelurakenteen uudistus vaikuttaa potilastietojärjestelmien muutokseen, joilla pyritään yhtenäisiin, saumattomiin ja kansalaiskeskeisiin hoito- ja palveluketjuihin. Hyvä hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Työyksikön siirryttyä potilaskohtaiseen kirjalliseen vuoronvaihtoraportointiin eli ns. hiljaiseen raportointiin, on kirjaamisen tärkeys korostunut entisestään.

Kehittämistyönä tehdyn opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia sairaalan yhden osaston hoitotyön kirjaamista sekä yhdenmukaistaa kirjaamiskäytäntöjä ja laatia yhteiset toimintatavat, jotta turvataan hoidon jatkuvuus ja sujuvuus. Kehittämistyö oli tutkimuksellista kehittämistoimintaa, jossa oli piirteitä toimintatutkimuksen syklisyydestä.

Tutkimusmenetelminä käytettiin sekä määrällisiä että laadullisia osallistavia menetelmiä. Ensimmäisessä vaiheessa työyhteisön kehittämisaiheita kartoitettiin pyramidiharjoituksen (n=12) avulla ja kirjaamisen nykytilanteen alkukartoitus toteutettiin kirjaamisen arviointimittarilla (n=20). Toisessa vaiheessa arviointimittarin tulosten perusteella esiin nousseita kirjaamisen kehittämistarpeita käsiteltiin ja kartoitettiin Learning café -harjoituksella (n=13), itsearviointilomakkeella (n=29) sekä kolmella ryhmäkeskustelulla (n=6, n=5 ja n=5). Kirjaamisen sisällölliseen kehittämiseen mietittiin ratkaisuja keskittymällä asiakaslähtöisyyteen, tuplakirjaamiseen sekä hoitotyön yhteenvedon tekemiseen. Aineistoja analysoitiin sekä määrällisellä analyysillä että teemoittelulla, jossa oli piirteitä sisällönanalyysistä.

Kehittämistyön tulosten perusteella asiakaslähtöisyys tulee saada kirjaamisessa näkyviin sekä uudeksi ajattelumalliksi. Kirjaamisen rakenteisuus koettiin sekä uhkana että mahdollisuutena. Tuplakirjaamisen välttämiseksi ja hoitotyön yhteenvedon tekemiseksi kaivattiin yhteistä vastuuta, parempaa hoidon arvioinnin ja vaikuttavuuden kirjaamista sekä yhteisiä ohjeistuksia ja kirjaamisen käytäntöjä. Hiljainen raportointi auttoi tukemaan laadullisempaa kirjaamistapaa. Työyksikön kirjaamisen kehittämissuunnitelman avulla pyritään vakiinnuttamaan uusi kirjaamistapa ja ohjeistukset käytäntöön. Jatkossa myös kirjaamisen uudelleen arviointi on tarpeellinen.

Avainsanat: hoitotyön kirjaaminen, asiakaslähtöisyys, potilasturvallisuus, hiljainen raportointi

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master's Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Work

Author: Kati Luomala

Title of thesis: By Developing Unity and Quality in Nursing Recording: Hospital as an Operating Environment

Supervisor: Hemminki Arja, Senior Lecturer, PhD

Year: 2018

Number of pages: 82

Number of appendices:

The forthcoming social and health services reform will affect the change in patient information management systems aimed at unified, seamless and citizen-centred care and service chains. Good documentation is an important part of patient safety and continuity of care. After the work unit has moved into silent reporting, the importance of recording has become even more significant.

The aim of the thesis was to study the nursing recording of one ward in a hospital, to level the registration practices and to develop common practices to ensure the continuity and fluency of the care. The thesis was a design research with features of cyclical action research.

Both quantitative and qualitative participate methods were used as research methods. In the first phase, the development phases of the work community were mapped using the pyramid exercise (n = 12) and the current state of the recording was carried out with a structured nursing recording evaluation tool (n=20). In the second phase, the recognition development areas emerged on the basis of the results of the evaluation measurements that were processed and mapped with Learning Café (n = 13), self-assessment form (n = 29) and three group discussions (n = 6, n = 5 and n = 5). Solutions to content development of the documentation were considered by focusing on customer orientation, double entry and nursing summary. The materials were analyzed both by quantitative analysis and by theme, with features of content analysis.

The results highlight that patient orientation should be reflected in the documentation and as a new thinking model. The structure of the record was felt both as a threat and as an opportunity. There is a clear need to avoid duplication of records and to make nursing summary, common responsibility, better assessment of the care and effectiveness, and common guidelines and practices for recording. Silent reporting helped to support qualitative reporting. The development plan for registering of the ward aims at establishing a new record method and guidelines for practice. In the future, a re-evaluation of the documentation is also necessary.

Keywords: nursing documentation, patient orientation, patient safety, silent report

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo.....	6
1 JOHDANTO.....	7
2 KEHITTÄMISKYSYMYKSET JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	9
2.1 Kehittämiskysymykset.....	9
2.2 Toimintaympäristö.....	9
3 KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	11
3.1 Kirjaamista ohjaavat lait, normit ja eettiset velvoitteet.....	11
3.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen ja kirjatun tiedon laatu.....	12
3.2.1 Hoitoprosessi hoidon ja kirjaamisen jäsentäjänä.....	13
3.2.2 Hoitokertomuksen laatiminen.....	14
3.3 Asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden merkitys kirjaamisessa.....	19
3.4 Kirjaaminen osana potilasturvallisuutta.....	24
3.5 Hiljainen raportointi laadullisen kirjaamisen tukena.....	27
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	31
5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS JA PROSESSI.....	35
5.1 Kehittämistyön aiheen valinta.....	35
5.2 Kehittämistyön eteneminen.....	35
5.2.1 Pyramidiharjoitus kehittämisaiheen valinnan menetelmänä.....	38
5.2.2 Alkukartoitus hoitotyön kirjaamisen arviointimittarilla.....	41
5.2.3 Learning café – Hoitajien ajatuksia ja näkemyksiä hoitotyön kirjaamisesta.....	47
5.2.4 Itsearviointilomake hoitotyön kirjaamisen kehittämismenetelmänä.....	52
5.2.5 Ryhmäkeskustelut hoitotyön kirjaamisen kehittämisen apuna.....	56
5.2.6 Kirjaamisen kehittämissuunnitelmalla laatua ja yhtenäisyyttä hoitotyön kirjaamiseen.....	61
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	63
6.1 Tulosten tarkastelua.....	63

6.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	67
6.3 Kehittämistyön toteutuksen arviointia.....	69
LÄHTEET	73
LIITTEET.....	82

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo

Kuvio 1. Hoitotyön prosessi	13
Kuvio 2. Asiakaslähtöisyyden rakennuspuut.....	22
Kuvio 3. Työyhteisön kehittämisasiheet.....	40
Kuvio 4. Yhteenveto kirjaamisen arviointimittarin tuloksista.....	43
Kuvio 5. Hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin tulokset	45
Kuvio 6. Learning café -harjoituksen tulosten yhteenveto.....	50
Kuvio 7. Esimerkki Learning café -aineiston teemoittelusta.....	51
Kuvio 8. Yhteenveto kirjaamisen itsearviointilomakkeen tuloksista.....	54
Kuvio 9. Ryhmäkeskustelujen yhteenveto	59
Kuvio 10. Hoitotyön yhteenveto -aineiston teemoittelua	60
Taulukko 1. Päivittäisen kirjaamisen hoitotyön otsikot	15
Taulukko 2. FinCC -luokituskokonaisuuden SHTaL ja SHToL komponentit	17
Taulukko 3. Kehittämistyön eteneminen	36

1 JOHDANTO

Tuleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos vaikuttaa potilastietojärjestelmien muutokseen, joilla pyritään yhtenäisiin, saumattomiin ja kansalaiskeskeisiin hoito- ja palveluketjuihin (STM 2014, 4–5). Tavoitteena on yhtenäisen potilaskertomusrakenteen sekä reaaliaikaisten potilastietojen käytettävyys koko Suomessa organisaatiosta tai potilastietojärjestelmästä riippumatta. Tällä pyritään tehostamaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. (Hyppönen ym. 2014, 21.)

Potilaan ja asiakkaan omaan hoitoon osallistuminen kasvaa ja laadukkaan hoitotyön kirjaamisen merkitys korostuu entisestään. Kirjaaminen on jokapäiväistä tiedon välittämistä eri ammattiryhmien, yksiköiden ja organisaatioiden välillä. Yhtenäisellä hoitotyön kirjaamisella turvataan tiedonsaanti, varmistetaan hoidon toteutus ja seuranta sekä luodaan edellytykset hoidon jatkuvuudelle ja joustavalle etenemiselle (Tanttu & Rusi 2007, 113).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP) on laatinut hoitotyön toimintaohjelman vuosille 2014-2018, jonka tavoitteena on ennakoida tulevia sote -muutoksia. Toimintaohjelman keskeiset teemat ovat asiakaslähtöisyys, osaava ja sitoutunut henkilökunta, potilasturvallisuus, laatu ja tutkittu tieto. (Hoitotyön toimintaohjelma 2014-2018 Etelä-Pohjanmaalla, [viitattu 5.12.2016].)

Kirjaamisen kehittäminen ja yhtenäistäminen ovat jatkuvia prosesseja. Työyhteisössämme on alettu kiinnittää niihin erityistä huomioita raportointimenetelmän muuttuessa perinteisestä kansliaraportista potilaskohtaiseen kirjalliseen vuoronvaihtoportointiin eli ns. hiljaiseen raportointiin. Omat haasteensa kirjaamiselle asettavat lasten ja nuorten osaston laaja ikä- ja potilaskirjo sekä yhä enenevässä määrin lisääntyvä perhekeskeisyys.

Kehittämistyönä tehdyn opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää keskussairaalan lasten ja nuorten osaston hoitotyön kirjaamisen nykytila, haasteet ja kehittämiskohdeet. Tavoitteena oli yhdenmukaistaa kirjaamiskäytäntöjä ja laatia yhteiset toimintatavat, jotta turvataan hoidon jatkuvuus ja sujuvuus. Yhteinen käsitys kirjaamisesta tukee asiakaslähtöisen, turvallisen ja hyvän hoidon toteutumista. Kehittämistyö oli

tutkimuksellista kehittämistoimintaa, jossa oli piirteitä toimintatutkimuksen syklisyydestä. Tämä lähestymistapa mahdollisti yhdessä oppimisen ja kehittämisen. Aineistojen keruun toteutin sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä käyttäen ja aineistoja analysoitiin sekä määrällisellä analyysillä että teemoittelulla, jossa oli piirteitä sisällönanalyysistä.

Kehittämistyön tulosten perusteella laaditun kirjaamisen kehittämissuunnitelman avulla seurataan osaston kirjaamisen kehittymistä ja tasoa, joka on tarpeen arvioida myöhemmin uudelleen. Työ palvelee sekä omaa työyhteisöä, että EPSHP:n organisaatiota, sillä tavoitteena on ollut kirjaamisen kehittyminen työyksiköittäin ja yhdessä kehittämällä on päästy hyvään alkuun.

2 KEHITTÄMISKYSYMYKSET JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ

2.1 Kehittämiskysymykset

Kehittämistyön tavoitteena oli kirjaamisen laadun ja sen myötä hoitotyön laadun paraneminen, potilasturvallisuuden lisääntyminen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen sekä hoidon sujuvuus. Kehittämistyön päämääränä oli myös hoitotyön kirjaamisen kehittäminen yhdenmukaistamalla potilastietojen rakennetta ja sisältöä eli yhdenmukaistaa osaston kirjaamiskäytäntöjä. Kirjaamisen kehittäminen tapahtui yhdessä osaston hoitohenkilökunnan kanssa osallistavia menetelmiä käyttäen

Opinnäytetyön kehittämiskysymykset:

1. Miten tällä hetkellä hoitotyötä kirjataan lastenosastolla?
2. Miten hoitotyön kirjaamista tulisi sisällöllisesti kehittää?

2.2 Toimintaympäristö

Tein kehittämistyön omalle työpaikalleni keskussairaalan lasten ja nuortenosastolle, jossa kirjaaminen on sekä oman kokemukseni että yleisen mielipiteen mukaan pääsääntöisesti melko yksityiskohtaista ja tarkkaa. Omat haasteensa kirjaamiselle asettavat laaja ikä- ja potilaskirjo sekä yhä enenevässä määrin lisääntyvä perhekeskeisyys. Lasten ja nuorten osaston hyvän hoidon arvot ja periaatteet ovat ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeus sekä ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen.

Henkilökuntaan kuuluvat osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja, n.24 sairaanhoitajaa ja 7 lastenhoitajaa sekä lastentautien erikoislääkäri ja kaksi erikoistuvaa lääkärää. Lisäksi osastolla työskentelee osastonsihteeri ja neljä laitoshuoltajaa. Hoitohenkilökunnan työ on pääsääntöisesti kolmivuorotyötä. (Perehdytysopas uusille työntekijöille 2017, 8.)

Lasten ja nuorten osastolla hoidetaan ja kuntoutetaan osastohoitoa tai tutkimuksia vaativat 0-16 -vuotiaat lapset vastasyntyneitä lukuun ottamatta. Lapset ovat joko äkillisesti sairastuneita tai pitkäaikaissairaita ja he saapuvat joko kutsuttuna ajanvarauksen kautta tai päivystyksenä läheteellä. (Lasten ja nuorten osasto, [viitattu 5.3.2018].)

Sairaansijojen osastolla on 14. Osasto jakautuu infektiopuoleen ja ns. puhtaaseen puoleen. Yleisimpiä infektiopuolella hoidettavia syitä ovat astma ja lasten sairastamat infektiot. Puhtaalla puolella hoidetaan mm. pitkäaikaissairauksien (diabetes, epilepsia, reuma, syöpäsairaudet) akuuttivaiheet. Siellä selvitetään imeväisikäisten uni-, iho- ja syömisongelmia sekä lasten ja nuorten syömis- ja käyttäytymisongelmia, jotka vaativat moniammatillista lähestymistä. Lasten ja nuorten osastolla hoidetaan myös tapaturman, leikkauksen tai muun toimenpiteen jälkeen osastohoitoa vaativat kirurgiset ja korva-nenä-kurkkutautien lapsipotilaat. Kotiuttaminen pyritään toteuttamaan heti, kun lapsen vointi sallii ja se on jatkohoidon puolesta mahdollista. (Lasten ja nuorten osasto, [viitattu 5.3.2018].) Hoitajakset ovat yleensä melko lyhyitä (1–3vrk) ja potilaiden vaihtuvuus nopeaa.

Osastolla toteutetaan perhehoitotyötä, mikä tarkoittaa koko perheen mukaan ottamista hoitoprosessiin ja päätöksentekoon. Vanhempien mukanaolo on toivottavaa ja vanhemmalle pyritään järjestämään mahdollisuus yöpyä lapsen vierellä osastotilanne huomioiden. Osastolla tehdään moniammatillista yhteistyötä eri erikoisalojen, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, koulutoimen ja kodin kanssa sekä huolehditaan jatkohoidon järjestämisestä. Lasten ja nuorten osaston yhteydessä toimii myös lastentautien päivystys sekä kotisairaala, joka on vaihtoehtoinen hoitomuoto sairaalahoidolle. (Lasten ja nuorten osasto, [viitattu 5.3.2018].)

3 KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

3.1 Kirjaamista ohjaavat lait, normit ja eettiset velvoitteet

Terveystietolain mukaan erikoissairaanhoidon tulee mm. toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä (L30.12.2010/1326). Potilastietojen kirjaamisen ja tallentamisen tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus, saumattomuus ja hoitoa koskeva tiedon saanti sekä varmistaa hoidon toteutus ja seuranta (Syväoja & Äijälä 2009, 74). Kirjaamiskäytäntöjä ohjaavat lainsäädäntö, hoitajan eettiset velvoitteet ja erilaiset normit. Potilaan saama hoito kirjataan henkilökohtaiseen ja jatkuvaan aikajärjestyksessä etenevään sähköiseen potilaskertomukseen, minkä kirjaaminen perustuu lakiin. Terveystietolain ammattihenkilöllä on lain (L28.6.1994/559) mukaan velvollisuus laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (L17.8.1992/785) säädetään. Hyvä hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) on säädetty potilaskertomukseen kirjatavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä. Se velvoittaa, että niihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot.

KanTa eli Kansallinen terveystietokanta on sähköinen tietojärjestelmäpalvelu, jossa terveydenhuollon palveluntuottajat siirtävät tuottamansa potilastiedot ja sähköiset reseptit kansalliseen potilastietokantaan. Tiedot ovat kansalaisen käytössä Omakanta-palvelun kautta. (STM 2014, 8; Kanta 2017.) Potilaan täytyy antaa suostumuksensa (L159/2007, 10§), jotta potilastietoja voidaan luovuttaa eri terveydenhuollon yksiköihin KanTa -palvelun avulla. Sähköinen potilaskertomus mahdollistaa potilastietojen kirjaamisen ja sen käytön toiminnan ohjauksessa ja raportoinnissa, päätöksenteon-tuessa sekä rekisteri- ja tilastotoiminnassa. (Hyppönen ym. 2014, 21–22.) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kirjaamissovelluksena on Efficapotilastietojärjestelmä, kuumekurvasovellus sekä Efficapotilaskertomus. Hoitotyön arvioinnissa käytetään Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmän mittareita.

3.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen ja kirjatun tiedon laatu

Potilastiedon rakenteisuus on määritelty tiedoksi, joka kirjataan ja tallennetaan etukäteen sovitun rakenteen avulla. Rakenteinen tieto voi olla yhteisesti sovittujen otsikoiden alle kirjattua vapaata tekstiä tai tietyllä koodilla ja luokituksella kirjaamista. Kehittynyt potilastietojärjestelmä tukee erilaisia tapoja käyttää luokituksia ja koodistoja kirjaamiseen. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 25–26.) Rakenteisesta kirjaamisesta on hyötyä terveydenhuollon ammattihenkilöille, terveydenhuollon organisaatiolle, johdolle ja tietohallinnolle sekä itse potilaalle. Yhdenmukainen kirjaaminen mahdollistaa potilastiedon laadun paranemisen ja tiedon haku- ja käytömahdollisuuksien tehokkaamman käytön. Organisaatiotasolla rakenteinen kirjaaminen tehostaa palvelujen toteutumisen arviointia, organisaation toiminnanohjausta sekä seuranta- ja raportointia voidaan automatisoida. Kirjatun tiedon yhdenmukaisuus, kattavuus ja riittävä laatu helpottavat esim. lakiperustaisia valvonta- ja seurantatehtäviä. (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 27–28.)

Potilaan hoidon laadun odotetaan paranevan rakenteisen kirjaamisen myötä viidellä tavalla: 1) se ohjaa hoitosuosituksen noudattamiseen, 2) tukee hoidon jatkuvuutta, 3) yhteen toimivuus takaa ajantasaisen tiedon riippumatta hoitavasta organisaatiosta, mikä puolestaan lisää potilasturvallisuutta, 4) parantaa potilaan oikeusturvaa, koska tietoja voidaan seurata tarkemmin ja 5) tulkintaepäselvyydet potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä vähenevät yhteisen käsitteistön myötä. (Mäkelä-Bengs & Vuokko, 2014, 28.)

Sarannon ym. (2013) tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata hoitokertomuksissa ja hoitosuunnitelmissa käytettyjen rakenteiden vaikutuksia palvelujärjestelmän panoksiin, prosesseihin ja tuloksiin. Arvioitujen tutkimusten perusteella vakiintuneen termistön käyttö edistää hoito ja työprosessin etene mistä sekä tiedon uudelleen käyttöä ja rakenteet edistävät hoidon jatkuvuutta ja varmentaa siten hoitoturvallisuutta. Vaikka hoitajien asenteet vakiintunutta termistöä kohtaan ovat myönteisiä, tarvitsevat he silti enemmän koulutusta ja johdon tukea sen hyödyntämiseen. (Saranto ym. 2013; Saranto & Kinnunen 2014, 60 mukaan.) Suomessa potilastiedon rakenteistamisen vaikutuksia on tutkittu vähän eikä systemaattista laadun seuranta- ja raportointia sen suhteen ole tehty. Tarvitaan objektiivista tietoa siitä, mikä on rakenteisen kirjaamisen yhteys hoidon laatuun ja johtamiseen. (THL 2015.)

Rakenteiset potilaskertomuksen hoitotiedot antavat informaatiota hoitotyön tarpeesta ja toteutuksesta (Saranto & Ensio 2007, 136). Kinnusen (2013, 85) väitöskirjatutkimuksessa kehitettiin haavanhoidon kirjaamismalli ja arvioitiin sen soveltuvuutta kliiniseen hoitotyöhön. Tulosten mukaan haavahoidon rakenteinen kirjaaminen lisäsi täsmällisempää kirjaamista sekä lisäsi ymmärrystä ja tietoisuutta. Se lisäsi myös positiivista suhtautumista rakenteiseen kirjaamiseen. Kirjaukset eivät kuitenkaan olleet täysin yhdenmukaisia ja riittäviä. Analysoitujen tutkimusten mukaan potilaasta ja hoitotyön prosessin kulusta puuttui tärkeää tietoa.

Hoitohenkilökunnalle yhtenäinen potilastietojärjestelmä ja yhtenäinen kirjaaminen tuo helpotusta ja auttaa paremmin kartoittamaan potilaan sen hetkistä tilannetta ja mistä mahdollisesti parhaiten saisi apua. Samalla vältetään turhilta päällekkäisiltä tutkimuksilta ja tieto on reaaliaikaisena käytettävissä.

3.2.1 Hoitoprosessi hoidon ja kirjaamisen jäsentäjänä

Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen perustuu hoitotyön prosessin vaiheisiin (Kuvio 1). Potilaan hoitotietojen kirjaamisen tulee olla systemaattista eli on sovittu, mitä (sisältö) ja miten (rakenne) kirjataan. (Syväoja & Äijälä 2009, 86). Kirjaamisessa tulee korostua asiakas- ja potilaskeskeisyys, jossa potilas tai hänen läheisensä on otettu mukaan hoidon suunnitteluun (Hallila 2005, 7).



Kuvio 1. Hoitotyön prosessi

Hoitotyön prosessin vaiheet ovat hoidon tarpeen ja tavoitteen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus eli hoitotyön toiminnot ja hoidon tulosten arviointi. Hoitotyön kirjaaminen muodostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. (Saranto & Sonninen 2008, 13; Syväoja & Äijälä 2009, 86–87.) Hoitotyön ydintiedot (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto) ovat kansallisesti määritellyjä ja ne kirjataan

käyttämällä Finnish Care Classification eli FinCC – luokituskokonaisuutta. Luokitus muodostuu hoidon tarve (SHTaL)- ja toimintoluokituksesta (SHToL), joilla on yhteinen hierarkkinen rakenne (hoitokomponentti-, pääluokka- ja alaluokkataso) sekä hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTuL), jota arvioidaan kolmella eri vaihtoehdolla: tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt. FinCC:n SHTaL- ja SHToL -luokitusten taustalla on kansainvälinen Clinical Care Classification eli CCC -luokitus. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 9–10.) Luokitusten käytön joustavuus ja toimivuus riippuvat käytössä olevasta potilastietojärjestelmästä ja ne edellyttävät sähköistä hoitokertomusta. Efficapotilastietojärjestelmä ei ole rakenteisen kirjaamisen luokitusten osalta toiminut niin kuin on tarkoitettu ja se on aiheuttanut omat haasteensa rakenteisen kirjaamisen opettelulle ja sisäistämiseen.

Ydintiedot ovat keskeisiä ja tiivistettyjä tietoja, joiden avulla saadaan riittävä kokonaiskuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta (Syväoja & Äijälä 2009, 87). Jokaisessa työyksikössä kirjaaminen edellyttää kyseisen lääketieteen erikoisanalan tutkimus- ja hoitomenetelmien hallintaa ja sen oppiminen vie usein vuosia. Organisaatiouudistukset aiheuttavat osaamisen vähenemistä, vastuukysymysten epäselvyyttä, henkilökunnan väsymystä. Kirjaaminen edellyttää teoreettista tietoa, ammatin mukana tuomaa tietoa sekä usean muun tieteenalan tietoa. (Hallilla 2005, 7.)

3.2.2 Hoitokertomuksen laatiminen

Hoitohenkilökunta laatii jokaisesta potilaasta hoitajaksokohtaisen ja päivittäin täydennettävän hoitokertomuksen. Se sisältää hoitotyön kirjallisen suunnitelman sekä hoidon toteutuksen, seurannan ja arvioinnin kuvaukset. Kirjatun tiedon tulee olla läpinäkyvää ja perusteltavaa. Hoitokertomus auttaa kokonaisuhoiton järjestämisessä ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Kirjaaminen on todiste potilaan voinnista sekä suunnitellusta ja toteutuneesta hoidosta sekä arvioinnista. (Sonninen & Ikonen 2007, 76–77.)

Päivittäisessä kirjaamisessa työyksikössämme käytetään hoitotyön otsikoita eli komponentteja. Efficapotilastietojärjestelmässä käytetään otsikoina hoitotyön ydin-

tietoja ja hoitotyön toimintojen osalta vain toimintoluokitusten (SHToL) ylimmän tason komponenttien otsikkoja. Kirjaaminen tapahtuu pääosin vapaata tekstiä käyttäen. Seuraavassa taulukossa on kuvattu hoidon suunnittelussa käytetyt hoitotyön ydinotsikot ja niiden sisältö päivittäisessä kirjaamisessa (Taulukko 1).

Taulukko 1. Päivittäisen kirjaamisen hoitotyön otsikot (Mukaillen Virkkunen ym. 2015, 43–45, 111–112).

HOITOTYÖN YDINOTSIKOT	
Hoidon syy (tulosyy)	Hoitajan arvioima syy potilaan hoitoon hakeutumiselle.
Hoidon tarve	Yksi tai useampia potilaan terveydentilaan liittyviä jo olemassa olevia tai mahdollisesti tulevia ongelmia.
Hoidon tavoite	Potilaan kannalta oleellinen terveydentilaan liittyvä muutos, johon hoidolla pyritään. Tavoitteen toteutuminen tulee olla arvioitavissa.
Hoidon suunnitelma	Hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi valittuja keinoja ja menetelmiä, kuten tutkimukset, lääkehoito, hoitotyön toiminnot.
Hoitotyön toteutus	Potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimet, joilla pyritään potilaan terveyden edistämiseen ja ylläpitoon tai hänen terveydentilaansa koskevien ongelmien tutkimiseen, lievittämiseen tai poistamiseen.
Hoidon tulos	Potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset. Tuloksia arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin ja/tai toteutuneeseen hoitoon.
Hoitotyön yhteenveto	Osa palvelutapahtuman yhteenvetoa, johon kirjataan hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset sekä hoitoisuus kyseisten otsikoiden alle.

Hoitotyön suunnitelma sisältää potilaan hoidon tarpeiden arvioinnin, tavoitteiden asettamisen sekä keinojen ja toiminnan suunnittelun tavoitteiden saavuttamiseksi.

Hoidon tarpeet priorisoidaan potilaan tulotilanteessa potilaan ja läheisen kertomien esitietojen, haastattelun, hoitajan havainnoinnin ja erilaisten mittausten pohjalta. Hoidon tarve on hoitohenkilökunnan laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä jo olemassa olevista tai mahdollisesti tulevista ongelmista, joita pyritään poistamaan tai lievittämään eri hoitotoimintojen ja ohjauksen avulla. Hoidon tarve on perusta hoidon vaikuttavuuden arvioinnille. (Sonninen & Ikonen 2007, 113; Virkkunen ym. 2015, 43–44, 112.)

Hoidon tavoitteet määritellään suhteessa hoidon tarpeisiin ja niiden tulee olla arvioitavissa. Tavoitteet voidaan jakaa pää- ja osatavoitteisiin. Niiden tulee olla potilaslähtöisiä sekä realistisia suhteessa hoitoaikaan ja käytettävissä oleviin resursseihin. Hoidon suunnitelmaan valitaan ne keinot, auttamismenetelmät, tutkimukset, joilla pyritään saavuttamaan hoidon tavoitteet. (Sonninen & Ikonen 2007, 113; Virkkunen ym. 2015, 43–44, 112.)

Tutkimuksen, jossa kuvattiin sairaanhoitajien toimintaa lapsen tarpeen arvioinnissa päivystyspoliklinikalla, mukaan sairaanhoitajat käyttävät yleensä hoidon tarpeen arvioinnissa havainnointia sekä lapsen saattajalta saatua tietoa. Kouluikäisten kanssa kommunikointia käytetään tiedonlähteenä useammin kuin tätä nuorempien lasten arvioinnissa. Tutkimuksessa tuli esiin lapsen tulossyn ja sairaanhoitajan työkokemuksen pituuden vaikuttavan siihen, kuinka helpoksi arvioinnin teko koetaan. Hoidon tarpeen arvioinnissa käytetään erilaisia tiedonlähteitä ja elintoimintojen mittauksia ja niiden valintaan vaikuttavat lapsen tulosyys ja ikä, sekä elintoimintojen mittauksen osalta sairaanhoitajan työkokemus. Kokeneemmat sairaanhoitajat kokevat arvioinnin teon helpommaksi ja konsultoivat harvemmin kuin vähemmän työkokemusta omaavat sairaanhoitajat. Yhteiset arviointiohjeet parantaisivat arvioinnin laatua ja mahdollisesti lisäisivät potilasturvallisuutta. (Janhunen, Kvist & Kankkunen 2016, 182–183, 188–191.) Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaamisessa korostuu hoidon jatkuvuus. Jos kirjaaminen puuttuu jossain hoitoketjun osassa, saattaa hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus kärsiä, sillä seuraava toimii vaillinaisen tiedon varassa. (Syväoja & Äijälä 2009, 74.)

Hoidon suunnitelmaan kirjataan potilaan tutkimusta, hoitoa, kuntoutusta ja niiden järjestämistä käsittelevä suunnitelma. Siinä huomioidaan ja kirjataan potilaan ja/tai läheisen toiveet. Se käsittää hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi valittuja keinoja ja menetelmiä, kuten tutkimuksia, lääkehoitoa, hoitotyön toimintoja. Suunnitelma tehdään yleensä hoitjakson alussa potilaan tulotilanteen arvioinnin jälkeen ja sitä tarkennetaan hoidon edetessä. Se kirjataan kyseisen erikoisalnan näkymälle tai hoitokertomukseen joko vapaana tekstinä tai hoitotyön toimintoluokitusta käyttäen. (Virkkunen ym. 2015, 43.)

De Marinis ym. (2010) osoittivat, että vain 40 % havainnoiduista hoitotyön toiminnoista oli kirjattu hoitosuunnitelmaan (De Marinis 2010; Kinnunen 2013, 88 mukaan). Hoitosuunnitelmaa tulee päivittää, jotta hoidon arviointi, hyvä tiedonsaanti ja hoidon jatkuvuus onnistuvat. Tämä korostuu erityisesti työvuoron vaihdon ja lomaltapaluun jälkeen. (Sonninen & Ikonen 2007, 77.) Hoitotyön kirjaamisen tarkoituksena ei ole kopioida lääkärin kirjaamaa lääketieteelliseen näkökulmaan perustuvaa suunnitelmaa, vaan tunnistaa ja kuvailla potilaan yksilöllistä tilannetta ja terveysongelmia.

Hoitotyön toteutus/hoitotyön toiminnot käsittävät potilaan toteutuneen hoidon, jolla terveydenhuollon ammattihenkilö on vastannut potilaan hoidon tarpeisiin ja asetettuihin tavoitteisiin. Hoitotyön toiminnoilla pyritään hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ylläpitoon tai potilaan terveydentilaa koskevien ongelmien tutkimiseen, lievittämiseen tai poistamiseen ja sisältää myös potilasohjauksen. (Virkkunen ym. 2015, 44–45.) Toimintojen kirjaamiseen käytetään FinCC -luokituskomponentteja, jotka käsittävät eri hoitotyön sisältöjä (Taulukko 2).

Taulukko 2. FinCC -luokituskokonaisuuden SHTaL ja SHToL komponentit (Liljamo ym. 2012, 11).

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

Kinnunen (2013, 93) toteaa väitöskirjassaan, että hoitajat kirjaavat paljon, mutta enemmän kuin määrään, kirjaamisen laatuun tulee panostaa. Kirjaustapa ”haavasi-dos vaihdettu” ei kerro haavan tilanteesta mitään, mutta siitä ilmenee, että hoitaja on tehnyt työnsä. Virkkunen ym. (2015, 44–45) mukaan henkilökunnan työn tai työprosessin seurannan vuoksi tehtävät merkinnät, joilla ei ole merkitystä potilaan hoidon kannalta, eivät kuulu potilaskertomukseen, vaan niiden kirjaaminen tehdään muiden tilastointialustojen avulla

Hoidon tulokset ovat potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia sekä toteutuneen hoidon arvioimista suhteessa hoidon suunnittelussa asetettuihin hoidon tarpeiseen ja tavoitteisiin. Ne voivat olla potilaan yleistilan ja toimintakyvyn muutoksia, tehtyjen tutkimusten ja mittausten perusteella arvioituja muutoksia tai toteutettuihin hoitoihin (toimenpiteet, kuntoutus, lääkehoito ja muut hoitotoimet) liittyviä muutoksia. Arvioinnissa kysytään myös potilaan/läheisen mielipide toteutuneesta hoidosta. (Virkkunen ym. 2015, 45, 111.)

Rajasen ja Pölkin (2017, 3, 7–8) tutkimuksen mukaan lapsen kivun arvioinnissa ei fysiologisia tekijöitä, kuten sydämensyke, verenpaine, hapetus, ihon väri ja niissä tapahtuvat muutokset, ollut kirjattu lainkaan potilasasiakirjoihin. Kipumittarin käyttö oli myös vähäistä. Lapsen ikä ja tehty toimenpide vaikuttivat kivun arvioinnin kirjaamiseen. Lasten käyttäytymisestä ja yleisvoinnista oli tehty eniten kirjaamismerkintöjä ja yleisiä havaintoja ilman, että niitä oli liitetty kivun arviointiin. Joko ei ollut aikaa tai sitä ei ollut nähty tärkeänä. Tulos kivun arvioinnin puutteellisuudesta lasten hoitotyössä oli samanlainen kuin aiemmissakin tutkimuksissa.

Hoitotyön yhteenveto on terveydenhuollon ammattihenkilöiden kokoama palvelutapahtuman kuvaus, jossa keskeisimmät tiedot on kirjattu helposti luettavaan ja tiiviiseen jatkuvan kertomuksen muotoon. Apuna käytetään rakenteisia otsikoita: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulos sekä hoitoisuus ja se kirjataan samoin periaattein kuin lääkärin tekemä loppuarvio sekä aina tarvittaessa. Yhteenveto koostuu rakenteisista tiedoista sekä vapaasta tekstistä. Hoitoprosessin vaiheena on hoidon arviointi. Hoitotyön yhteenvedon tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus hoitovastuun siirtyessä hoitopaikasta toiseen. (Virkkunen ym. 2015, 92–93.)

Kuusiston, Asikaisen ja Sarannon (2014, 311) tutkimuksen mukaan tieto kulki luottavammin, nopeammin ja reaaliaikaisemmin ja yhteistyö oli sujuvampaa sekä asiakkaan kokonaistilanne otettiin paremmin huomioon niiden ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä, jotka olivat vastaanottaneet hoitotyön yhteenvetoja verrattuna yksiköihin, jotka eivät olleet niitä vastaanottaneet. He tekivät myös tutkimuksen (2015) hoitotyön yhteenvedon tietosisällöstä hoitotyöntekijöiden arvioimana. Tutkimustulosten mukaan hoitotyön sisältö, hoidon vaikuttavuus ja potilaskohtaisuus eivät juurikaan näkyneet yhteenvedoissa. Epikriisissä ja hoitotyön yhteenvedoissa oli

paljon päällekkäisyyksiä ja ristiriitaisuuksia. Potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen potilaan tarpeet, toiveet ja tavoitteet välittyivät huonosti hoitotyön yhteenvedon perusteella. Myöskään potilaan ja omaisten saamat hoito-ohjeet ja ohjaus eivät välittyneet. Tutkimuksen mukaan hoitotyön spesifisen tiedon, kuten potilaan saamat opetuksen ja ohjauksen, sekä hoidon vaikuttavuuden ja potilaan näkökulman esiintuomista tulee edistää kirjaamisessa. Hoitotyön kirjaamista tulisi kehittää yhtenäisen kielen ja termistön osalta. Sähköinen hoitokertomus ja hoitotyön yhteenvedo tulee olla rakenteiltaan yhdenmukaiset, jotta ne tukevat tiedonvälitystä. (Kuusisto, Asikainen ja Saranto 2015, 320–321.)

3.3 Asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden merkitys kirjaamisessa

Suomessa asiakaslähtöisyyden toteutumista on tuettu sekä lainsäädännön että monien valtakunnallisten kehittämisohjelmien avulla (KASTE-ohjelma, Tekesin Innovaatiot) (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 3). Asiakaslähtöisyys ilmestyi sosiaali- ja terveysalaa sääteleviin ohjelmiin ja laatusuositukseen 1990-luvulla ja antoi asiakkaalle paremman mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (Virtanen ym. 2011, 16; Koivunen 2017).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1992/785) potilas on määritelty terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai muuten niiden kohteena olevaksi henkilöksi sisältäen myös potilaan hoitoon osallistuvat perheenjäsenet. Potilaalla on lain mukaan oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon omien kykyjensä ja voimavarojensa mukaan. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli hän ei siihen kykene, on muilla keinoin pyrittävä selvittämään hänen toiveitaan (Holopainen ym. 2013, 27). Valtakunnallinen terveydenhuollon neuvottelukunta (ETENE) on laatinut terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet, joissa korostuu potilaan oikeus hyvään hoitoon ja kaikkien terveydenhuollon tasojen vastuu sen toteuttamiseen. Eettisissä ohjeissa korostetaan oikeudenmukaisuutta ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. (Näyttöön perustuva toiminta 2018.)

Asiakaslähtöisyyden kehittyminen on ollut hidasta, sillä esteinä ovat olleet palvelujen organisointi, henkilöstön asenteet ja yhteistyön puute kansalaisten kanssa, jota helpottamaan on saatu tieto- ja kommunikaatioteknologia (Tanttu 2007, 166). Asiakaslähtöisyys määritellään helposti palveluita tuottavan organisaation tarpeista ja intresseistä käsin, kun asiakkaan näkökulmasta kyse on palvelun vastaamisesta asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen ja saatuun palveluun liittyvistä kokemuksista (Virtanen ym. 2011, 11). Potilaan odotukset voivat liittyä hoidon saatavuuteen, vastuullisuuteen, ohjaukseen ja tietoon, päätöksentekoon, hoitoon osallistumisen mahdollisuuksiin sekä hoitohenkilökunnan herkkyyteen huomioida yksilölliset tarpeet (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 75).

Nykyhallituksen kärkihankkeena on palvelujen asiakaslähtöisyys ja asiakaslähtöisten palveluketjujen painottaminen yli hallinnonrajojen. Hankkeen tavoitteena on vahvistaa ihmisten osallisuutta ja mahdollisuutta omien valintojen tekemiseen. Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelmassa pyritään järjestämään lapsi- ja perhelähtöisiä palveluja. Sähköisiä palveluja pyritään tehostamaan ja hyödyntämään niitä myös omahoidossa ja neuvonnassa ja samalla tietosuojalainsäädäntöä uudistetaan moniammatillisen yhteistyön lisäämiseksi. Yksi sosiaali- ja terveystieteiden uudistamisen tavoite on ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeä palveluketjujen saumaton kokonaisuus. (Hallitusohjelma 2015, 28.)

Asiakaslähtöisyyden kehittämistä tapahtuu niin julkisella, yksityisellä kuin kolmannella sektorilla, mutta asiakaslähtöisyyden toteutuminen vaatii parempaa asiakkaiden tarpeiden, kykyjen ja ominaisuuksien ymmärtämistä sekä parempaa yhteistyötä eri sektoreiden välillä (Virtanen ym. 2011, 9–10; Koivunen 2017). EPSHP:n strategiassa asiakaslähtöisyys on määritelty yhdeksi toimintaa ohjaavaksi elementiksi (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, [viitattu 5.12.2016], 8). Potilaiden näkökulman esille tuominen myös hoitotyön kirjaamisessa on tärkeää ja haastavaa. Muun muassa koulutuksella pyritään kehittämään hoitotyön kirjaamista asiakaslähtöiseen suuntaan ja antamaan työkaluja sen arviointiin (Nurmela 2016).

Asiakaslähtöisyys on asiakkaan ja ammattilaisen tasa-arvoista vaikuttamista ja dialogia liittyen palvelun toteutumiseen ja päätöksentekoon (Koivunen 2017). Virtasen ym. (2011, 15) mukaan palvelujen käyttäjille on ollut useita eri käsitteitä, kuten asia-

kas, kuluttaja, palvelujen käyttäjä, osallinen, veronmaksaja tai kansalainen. Potilas-keskeisyydestä ja ihmisläheisestä hoitamisesta on puhuttu pitkään hoitotyössä. Ihmisläheinen hoito sisältää potilaan ihmisarvon, yksilöllisyyden ja itsemääräämisen kunnioittamisen ja on lähellä asiakas- ja potilaslähtöisyyden ajatusta (Leppänen ym. 1997; Töyry ym. 1998; Hyväri 2017, 33 mukaan).

Terveyspalveluissa asiakaslähtöisyys ja potilaslähtöisyys käsitteitä käytetään usein synonyymeina. Asiakaslähtöisyys näkökulmassa hoitotyön tavoitteena on palvella potilasta ja hänen omaisiaan ja sitä käytetään asiakkaiden tarpeiden ja hoidon laadun arvioinnissa. (Sarajärvi ym. 2011, 69.) Leväsluoto ja Kivisaari (2012, 29–30) toteavat, että potilaskäsitteen muuttaminen asiakkaaksi on yksi tärkeä välivaihe kohti asiakaslähtöisyyttä ja se vaatii asenteiden muutosta niin ammattilaisten kuin asiakkaiden ja potilaiden keskuudessa, jotta asiakkaat pystyvät ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan.

Asiakaslähtöisyys on toiminnan arvoperusta, joka perustuu ihmisarvoon. Asiakaslähtöisen hoitotyön toiminnan lähtökohtana ovat potilaan ja hänen omaistensa ilmaiset tarpeet, toiveet, odotukset ja omaan kokemukseen perustuva tieto, eikä niinkään hoitotyöntekijän tai organisaation tavoitteet. Potilas on aktiivinen, vastuullinen ja tasa-arvoinen osallistuja omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa eikä vain passiivinen palvelujen kohde. (Virtanen ym. 2011, 18–19.) Hoitotyö kohdistuu potilaan kokonaistilanteeseen eikä vain sairauteen ja ongelmaan (Sarajärvi ym. 2011, 71) ja organisaatorajat tulisi olla näkymättömiä potilaalle (Tanttu 2007, 166). Näyttöön perustuvassa asiakaslähtöisyydessä korostuvat osallisuus, avoin dialogisuus, jaettu päätöksenteko, yhteisymmärrys hoidon tavoitteista ja tarpeista sekä potilaan kunnioittaminen (Sarajärvi ym. 2011, 74; Koivunen 2017). Tulee myös huomioida, että vaikka potilas kohdataan omana yksilönä, hän on samalla osa perhettään, lähiyhteisöään ja ympäröivää yhteiskuntaa, jolloin puhutaan niin sanotusta laajasta asiakasnäkemyksestä (Kuvio 2) (Virtanen ym. 2011, 18).



Kuvio 2. Asiakaslähtöisyyden rakennuspuut (Virtanen ym. 2011, 19).

Joustava palvelukokonaisuus edellyttää organisaatorajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä, hoidon jatkuvuuden turvaamisen siirryttäessä hoitopaikasta toiseen, perusterveydenhuollon aseman vahvistamisen ja asiakkaan palvelu- ja hoitokokonaisuuden laadun paranemisen. Sujuvassa prosessissa toteutuu myös yhden kirjaamisen periaate, jolloin päällekkäiset toiminnot on karsittu. Kansallisesti sovitulla yhtenäisellä kirjaamistavalla on merkittäviä etuja terveydenhuollon kokonaistoiminnassa ja sujuvuudessa. Potilaan hoidon sujuvuus ja jatkuvuus tulee varmistaa ja hoitotietojen tulee olla reaaliaikaisena hoitohenkilökunnan käytettävissä. Tärkeää on myös se, että potilas voi luottaa omien perus-, sairaus-, lääkitys- ja riskitietojensa olevan ajantasaisesti hoitohenkilökunnan tiedossa erityisesti silloin, kun potilas ei voi itse kertoa näitä tietoja. Potilaan tietojen tulee päätyä vain hoitoon osallistuville ja vain niiltä osin, mikä on tarpeellista kulloisenkin asian kannalta. (Tanttu 2007, 167–168.)

Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeä arvioida potilaan motivaatio ja mahdollisuudet osallistua päätöksentekoon (STM 2009; Sarajärvi ym. 2011, 75). Lapsen osallistuminen omaa hoitoaan koskeviin päätöksentekoihin on rajallinen, mutta siitä huolimatta lapsille tulee antaa informaatioita ikätasonsa ja kehityksensä mukaisesti (Hallström ja Elander 2004; Hopia 2006, 22 mukaan). Hoitotyön suosituksen mukaan (2016, 5) vanhempia tulisi tukea lasten hoitoon osallistumisessa, sillä he osavat usein havaita lapsensa viestit hoitohenkilökuntaa herkemmin ja paremmin.

Maijalan ym. (2010, 174) tutkimuksessa, jonka tavoitteena oli tuottaa kaksi perheiden ja hoitavan henkilön välisen vuorovaikutuksen arviointimittaria tuli esiin, että lasten hoitotyössä onnistuneella vuorovaikutuksella perheen ja hoitavien henkilöiden välillä on suuri merkitys myönteisen kokemuksen saamiselle sairaalassaolajalta. Toimivan vuorovaikutuksen avulla tuetaan perheen hyvinvointia ja edistetään perheen terveyttä. Vuorenmaan ym. (2016, 83–92) tutkimuksessa kuvattiin hoitajien suhtautumista potilaan perheeseen ja suhtautumiseen yhteydessä oleviin tekijöihin. Tutkimustulosten mukaan hoitajien suhtautuminen perheisiin on pääosin myönteistä ja perheet koetaan voimavarana sekä keskustelukumppanina. Erityisesti lapsipotilaita hoitavissa yksiköissä suhtautuminen on myönteistä. Keskustelun avulla saadaan tärkeää tietoa potilaan hoitoon liittyen ja se säästää aikaa myöhemmissä hoidon vaiheissa. Tutkimuksessa puolet hoitajista kutsuivat perheenjäseniä keskustelemaan potilaan hoidosta ja sen suunnittelusta ja tähän tulisi kannustaa entistä enemmän.

Rantasen (2013) YAMK -haastattelututkimuksessa tutkittiin asiakaslähtöisyyttä lasten hoitoyksikössä perheiden kokemana hoitopolun eri vaiheissa. Perheet odottivat osallisuutta ja yksilöllisten tarpeiden huomioimista sekä perheen huomioimista kokonaisuutena. Myös tiedonkulku ja vuorovaikutus koettiin tärkeäksi asiakaslähtöisyyden tekijäksi. Hickeyn & Kippingin (1998) mukaan osallisuus tarkoittaa potilaan autonomiaa, itsehoitoa ja vaikuttamista omaan hoitoonsa. Se on jatkuvaa osallistumista ja myös perheen ja omaisten osallistumista. (Hickey & Kipping 1998; Sarajärvi ym. 2011, 71 mukaan.) Oman hoidon päätöksentekoon osallistuminen edistää hoitoon sitoutumista, jolloin yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteista, yhteisvastuu ja yhteinen päätöksenteko ohjaavat hoitotyötä. Osallisuudella on vaikutus asiakkaan odotuksiin, tarpeisiin ja hoidon tuloksiin. Hoitotyöntekijän vastuulla on taata potilaalle tämä mahdollisuus ja oikeus, mikä edistää potilastyytyväisyyttä. (Sarajärvi ym. 2011, 72.) Erikoissairaanhoidon vaativien potilaiden osallistumista tulisi ajatella potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena loppuun asti. Potilaan äänelle ja valinnanmahdollisuuksille annetaan mahdollisuus siinä mittakaavassa, kun asiakas sen kykenee ilmaisemaan. (Virtanen ym. 2011, 11.)

Pahimmillaan asiakkaan oikeat tarpeet eivät palvelutilanteessa tule lainkaan esiin tai hoidetaan lähinnä oiretta eikä syytä. Moniammatillinen yhteistyö saattaa huonimmillaan olla epätietoisuutta, loputtomia kokouksia ja asiakkaan tilanteen ajautumista umpikujaan. Asiakkaalle tärkeintä on saada kokea vuorovaikutuksen kautta varmuutta siitä, että häntä autetaan tai hoidetaan parhaalla mahdollisella käytettävissä olevalla tavalla. Palvelussa kohtaavat aina ensin ihmiset, sitten vasta asiat. (Virtanen ym. 2011, 31; Holopainen ym. 2013, 27.)

Työntekijät tarvitsevat ohjeistuksia ja työnohjausta asiakaslähtöisen kohtaamisen rakentamiseen ja vahvistamiseen. Verkostoituneen yhteistyön ja toiminnan kehittäminen edellyttää tietojen reaaliaikaista siirtoa eri toimintojen ja osapuolten välillä. Haittatapahtumia saattaa syntyä epäselvistä määräyksistä ja vääristä tulkinnoista ja tästä syystä esim. potilasasiakirjamerkintöjen merkitys on erittäin suuri. Tiedon vastaanottaja on velvollinen varmistumaan siitä, että on ymmärtänyt asian oikein. Erilliset tietojärjestelmät sekä luottamuksellisuuden vaatimus ovat sosiaali- ja terveyspuolella yhteistoiminnan haasteina. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen vaatii asennemuutosta, mikä alkaa usein käytännön toimintatapojen muutoksesta. Työntekijöiden oma-aloitteisuus, aktiivisuus ja vastuu asiakaslähtöisyyden kehittämisessä on merkittävä tekijä organisaation työ- ja palvelukulttuurin kehittämisessä asiakaslähtöisempään suuntaan eli miten työntekijät voivat osallistua ja millaiset mahdollisuudet heillä on vaikuttaa toimintatapoihin. Esimiehen tehtävänä on luoda mahdollisuudet ja suotuisat toimintaympäristöt asiakaslähtöiseen tekemiseen ja sen kehittämiseen. Lisäksi tarvitaan tiivistä kommunikaatiota eri näkökulmien esiin saamiseen. (Virtanen ym. 2011, 31, 47–48.) Johtamisen haasteena on löytää yhteistyökokeiluihin aikaa, resursseja ja ohjausta, jotta uudesta toimintatavasta tulee pysyvä toimintamalli ja ne alkavat tuottaa pysyviä tuloksia (Kontio 2010, 21).

3.4 Kirjaaminen osana potilasturvallisuutta

Potilasturvallisuus on yksi keskeisimmistä laadun ulottuvuuksista. Potilaan hyvä hoito tarkoittaa, että hänen yksilölliset tarpeet ja toiveet on otettu huomioon ja hoito etenee sujuvana ja turvallisena prosessina perustuen näyttöön tai hyviin hoitokäy-

täntöihin. Se edellyttää, että tiedonkulku ja yhteistyö hoitoon osallistuvien osapuolien välillä on saumatonta. Potilaan tulee saada riittävästi tietoa sairaudestaan osallistuakseen oman hoitosuunnitelman laadintaan ja kaikki hoitoon osallistuvat toimivat suunnitelman mukaisesti ja tavoitteellisesti. Hoitosuunnitelman lähtökohtana on potilaan kokema hoidon tarve ja asettama tavoite. Potilaan näkökulmasta hoidon sujuvuus merkitsee asianmukaisen hoidon saamista ilman tarpeettomia viivytyksiä, jotka voivat vaikuttaa hoidon tuloksellisuuteen, sekä ilman päällekkäisiä tutkimuksia ja toimenpiteitä. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 8–9, 13). Saumattoman palveluketjun toteutumiseen tarvitaan potilaskohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma sekä toimiva dokumentaatio ja tiedonsiirto, jota tietojärjestelmät tukevat (Potilasturvallisuusopas 2011, 32).

Potilas- ja asiakasturvallisuuden ja laadun edistäminen ovat osa riskienhallintaa (STM 2017, 12). Potilasturvallisuuskulttuurilla ymmärretään potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, sitä tukevaa johtamista sekä arvoja ja asenteita. Toimintatapa sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen. Erehtymisen mahdollisuus huomioidaan ja vaara- ja haittatapahtumista pyritään jatkuvasti oppimaan. (Potilasturvallisuusopas 2011, 13–14.) Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden sisältäen hoitomenetelmät, hoitotyön ja teknisen osaamisen sekä lääkitys- ja laite-turvallisuuden ja on osa hoidon laatua. Potilasturvallisuus tarkoittaa potilaan näkökulmasta sitä, että hän saa tarvitsemaansa ja oikeaa hoitoa, eikä siitä aiheudu haittaa. (Helovuori ym. 2011, 13.)

Rakenteiden, prosessien ja tiedonkulun jatkuva kehittäminen ovat keskeisiä keinoja vähentää turvallisuusriskejä ja erehtymisen mahdollisuutta. Turvallisuusriskejä liittyy erityisesti tiedonhallintaan ja muutosprosesseihin, kuten organisaatiouudistuksiin sekä uuden teknologian, digitalisaation, menettelytapojen ja uusien hoitokäytäntöjen käyttöönottoon. (STM 2017, 15.) Reaaliaikainen, virheetön ja potilaan oikeuksia kunnioittava kirjaaminen on tärkeää potilasturvallisuuden ja hoitotyöntekijän oman oikeusturvan kannalta (Hallila 2005, 5). Kun potilaan hoidon tarpeet, tavoitteet ja suunnitelma on kirjattu selkeästi, vältetään mahdollisesti samojen asioiden selvittely toistamiseen, jolloin myös työvuoro on helpompi aloittaa ja työaikaakin säästyy.

Hyvä hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (L 298/2009) velvoittaa, että niihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Kirjaamisella luodaan edellytykset hoidon jatkuvuudelle, turvataan hoitoa koskeva tiedonsaanti ja seuranta (Tanttu 2008, 129). Organisaatio- ja henkilökuntalähtöisen hoitamisen ja dokumentoinnin sijaan tulee kirjaamisessa keskittyä yksittäisen potilaan hoidon, voinnin ja voimavarojen kuvaamiseen sekä mahdollistaa potilaan osallistuminen omaan hoitoon. Tärkeää on myös arvioida hoitotyön vaikuttavuutta ja millaiseen tietoon päätökset perustuvat. (Suhonen 2005, 37–38.) Tarkka, huolellinen ja yhtenäinen kirjaaminen turvaa sekä potilaan että hoitotyön tekijän oikeuksia ja takaa hyvän hoidon jatkuvuuden.

STM:n tavoitteena on, että myös potilas, asiakas ja hänen läheisensä osallistuvat potilasturvallisuuden varmistamiseen ja kehittämiseen (STM 2017, 13). Sahlströmin, Partasen ja Turusen (2012, 11) tutkimuksessa, jossa selvitettiin potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen ilmeni, että potilaat haluavat osallistua enemmän omaa hoitoansa koskeviin pieniin päätöksiin kuin merkittäviin päätöksiin. Potilaita tulisi rohkaista ja tukea omaan hoitoon osallistumisessa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa.

Osallisuus on yksi potilasturvallisuusstrategian tavoite. Potilaan osallisuutta korostetaan terveydenhuollon kansallisissa kehittämissuunnitelmissa. Osallisuus syntyy osallistumisesta, toiminnasta ja vaikuttamisesta. Se käsittää tunteen tuesta ja arvostuksen kokemisesta. Hoitosuhteessa osallisuus edellyttää vuorovaikutusta, jossa kohdellaan tasavertaisena, otetaan huomioon mielipiteet ja otetaan mukaan päätöksentekoon. Tämä auttaa potilasta omaan hoitoon sitoutumisessa. (Kettunen & Gerlander 2013, 300.) Potilasturvallisuutta käsittelevässä artikkelissa Kaila, Niemi-Murola ja Kauppi (2014) toteavat hyvän vuorovaikutuksen olevan muutakin kuin tiedon siirtymistä. Hyvä hoito alkaa potilaan ensimmäisestä kohtaamisesta ja esitietojen kysymisestä ja jatkuu tutkimuksilla diagnoosin selvittämiseksi, joka on hoidon perusta.

Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Lasten ja nuorten osastolla hyvän hoidon toteuttamisen lähtökohtien tulee olla yhteisesti sovitut hoidon periaatteet, hoidon perustuminen tutkimusnäyttöön ja potilaslähtöisyys, mikä

sisältää aina myös perhekeskeisyyden. (Potilaan hyvä hoito 2009, 5.) Näyttöön perustuva toiminta on parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä potilaan hoidossa sekä hänen läheistensä huomioimisessa. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoitus on potilaan saama mahdollisimman hyvä ja vaikuttava hoito. (STM 2009; Näyttöön perustuva toiminta 2018.)

Dokumentaatiolla on tärkeä merkitys terveydenhoidon ammattiryhmien yhteistyössä. Jokaisen toimijan on pystyttävä luottamaan siihen, että potilasasiakirjoissa oleva tieto siirtyy ammattilaiselta toiselle reaaliaikaisesti, luotettavasti ja yhteisesti sovitulla tavalla. Tämä edellyttää, että jokainen ymmärtää ja saa selvää siitä, mitä toinen on tehnyt eikä tietoja jätetä merkitsemättä. Myös kirjaamisen vastuut tulee olla selkeästi ilmaistu. Jotta kirjaaminen on luotettavaa, se edellyttää tietojärjestelmien toimivuutta ja käyttöä. Lääkehoidon kirjaamisessa saattaa olla epäselvyyksiä siitä, minne kirjataan ja kuka kirjaa. On yksikkökohtaisia ja ammattiryhmittäisiä toimintamalleja, vaikka eri ammattiryhmille on määritelty omat vastuut. Potilasturvallisuuden kannalta työyhteisössä on tärkeä noudattaa yhteisesti sovittuja kirjaamiskäytäntöjä, yhteisiä termejä, kirjaamisrakenteita ja -malleja. Potilaiden liikkuvuus on suurta ja tiedonkulun kannalta kirjaamisen tärkeys korostuu potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. (Kettunen & Gerlander 2013, 312.) Henkilökunnan vaihtuvuuden ja lisääntyvän monikulttuurisuuden myötä organisaatioissa on huomioitava jatkuva opetus, oppiminen ja hoitotulosten seuranta (Kaila ym. 2014).

3.5 Hiljainen raportointi laadullisen kirjaamisen tukena

Työnteon tehokkuuden ja hoitotyön laadun paranemiseksi nostetaan esiin uusia toimintamalleja. Yhä useammassa organisaatiossa ja työyksikössä ollaan pikku hiljaa siirrytty perinteisestä suullisesta kansliaraportoinnista hiljaiseen raportointiin, mikä on ollut mahdollista kirjaamisen kehittymisen myötä. Raportin tarkoituksena on turvata hoidon jatkuvuus ja turvallisuus työvuorojen vaihdon yhteydessä. (Puumalainen ym. 2003, 4; Saranto & Ikonen 2007, 161.) Työyksikössämme siirryttiin hiljaiseen raportointiin syksyllä 2016 pilotoinnin myötä.

Suullisessa raportoinnissa tieto välitetään potilaspapereista ja potilastietojärjestelmästä sekä omista muistiinpanoista lukemalla (Pelander & Kirjonen 2011, 23), jolloin hoitotyötä toteutetaan muistinvaraiseen tietoon perustuen, mikä saattaa vaarantaa potilasturvallisuuden ja heikentää hoitohenkilökunnan oikeusturvaa (Salo 2005, 125). Vuoteenvierusraportin käyttö on myös lisääntynyt. Tällöin edellisen ja tulevan vuoron hoitajat keskustelevat potilaan kanssa hänen hoitoon liittyvistä asioista vuoteen vierellä ja yksityisyyden turvaaminen korostuu (Saranto & Ikonen 2007, 158). Tämä saattaa olla vaikea toteuttaa osastoilla, joissa useampi potilas on sijoitettuna samaan huoneeseen.

Hiljaisen raportoinnin tarkoitus on varmistaa hoidon jatkuvuus ja turvallisuus työvuoron vaihduttua. Hoitajat lukevat itsenäisesti potilasasiakirjoista potilasta koskevat tiedot hoitotyön kirjaamisen perusteella. Raportointi edellyttää huolellista hoitotyön kirjaamista, jossa tulee näkyä potilaan hoidon kannalta olennaiset asiat niin sairauskertomuksessa kuin hoitosuunnitelmassa. (ks. Puumalainen ym. 2003, 4–5; Stroppe & Ottani 2006, 197–204; Saranto & Ikonen 2007, 161.) Hoitotyön kirjaamisella hoitaja tekee työnsä näkyväksi ja luo edellytykset kokonaisvaltaisen hoidon etenemiselle ja hoidon jatkuvuudelle (Hallila 2005, 32-33). Suullisessa raportoinnissa tiedottaminen on osittain päällekkäistä kirjatun tiedon kanssa ja siihen kuluu huomattavasti työaikaa. Se on nähty kuitenkin tärkeänä sosiaalisena tapahtumana, jolla on työyhteisöä lujittava vaikutus (Puumalainen ym. 2003, 4–5).

Tutkimusten mukaan kirjaamisen sisältö on parantunut, hoitajien vastuu omasta työstään, omatoiminen tiedonhankinta sekä itsenäiset päätöksenteot ovat lisääntyneet hiljaisen raportoinnin myötä. Myös neuvottelua potilaan hoidosta potilaiden ja läheisten kanssa on esiintynyt enemmän. Hiljainen raportointi on myös vähentänyt työn kiireellisyyttä ja ylitöiden tekemistä. Aikaa on jäänyt enemmän varsinaiseen potilastyöhön. Se antaa myös mahdollisuuden toteuttaa ergonomisia työvuoroja sekä henkilöstöressurssien paremman käytön. (vrt. Puumalainen ym. 2003, 6–7; Turtiainen 2005, 128–130; Nelson & Massey 2010; Pelander & Kirjonen 2011, 27; Laukkanen ym. 2012, 13–14.) Muun muassa Dufaultin ym. (2010, 63) ja Laukkasen ym. (2012, 25) tutkimusten perusteella hiljaisessa raportissa hoitaja muodostaa itse

omat käsitykset ja ajatukset potilaasta lukiessaan raporttia potilastietojärjestelmästä, joten hoitajien omat tulkinnot, asenteet ja ennakkoluulot potilasta kohtaan jäävät pois. Tieto on tällöin luotettavampaa kuin suullisesti välitettynä.

Vaikka hiljaisesta raportista on paljon hyviä kokemuksia, on sillä todettu olevan haitallisiakin puolia. Sairaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin tutustumiseen kuluu enemmän aikaa ja on ollut vaikeuksia löytää olennainen tieto. Myös kirjaamaton tieto jää näkymättömäksi. Suullista raporttia on kaivattu tilanteissa, joissa potilaan hoitoisuus on ollut suuri tai hoitajat ovat tulleet pitkiltä vapailta työvuoroon. Hiljaisen raportoinnin haittana on pidetty sosiaalisen kanssakäymisen vähentymistä sekä uusien hoitajien ja opiskelijoiden oppimisen heikentymistä. (vrt. Puumalainen ym. 2003, 8; Turtiainen 2005, 131; Pelander & Kirjonen 2011, 27; Laukkanen ym. 2012, 26.) Esimiehen tehtävänä onkin turvata vuorovaikutuksen ja vertaistuen toteutuminen uudella tavalla (Laukkanen ym. 2012).

Ongelmia saattaa aiheuttaa myös tietojen katoaminen ja potilastietojärjestelmien toimimattomuus ja kommunikointi keskenään (Strople & Ottani 2006, 197–204; Laukkanen ym. 2012, 27). Hoidon jatkuvuutta ja tietojen reaaliaikaista käyttöä hankaloittaa myös se, että lääkäri ei välttämättä kirjaa käyntitietoja suoraan potilaskertomukseen, vaan sanelee tiedot, jotka sihteerin kirjaa myöhemmin. (Syväoja & Äijälä 2009, 75). Hiljainen raportointi ei kuitenkaan estä keskustelua ja tietojen tarkentamista edellisen vuoron hoitajien kanssa.

Kähkönen (2010, 36–43) kehitti YAMK -tutkimuksessaan hiljaista raporttikäytäntöä Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla. Tutkimustulosten perusteella kirjaamisen tulee olla yhtenäistä, hyvää ja ymmärrettävää, jotta hoitotyötä pystyy jatkamaan kirjatun tiedon perusteella. Hiljaisen raportoinnin tuoma ajansäästö antaa mahdollisuuden myös ajatusten vaihtoon ja tarkentaviin keskusteluihin edellisen vuoron hoitajan kanssa. Puutteellinen perehdytys ja koulutus rakenteelliseen kirjaamiseen, raportointiympäristön rauhattomuus ja puutteellinen työn hallinta johtivat kuitenkin epäonnistuneeseen hiljaiseen raportointiin. Työkokemuksen ja hiljaisen tiedon merkitys korostui hiljaisen raporttikäytännön omaksumisessa.

Laitilan (2016, 33) tutkimus käsitti neljän eri sairaanhoitopiirin vuodeosastojen henkilökunnan käsityksiä hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytyksistä. Tulosten mukaan hiljainen raportointi edellyttää muun muassa kirjaamiskäytäntöjen kehittämistä, rakenteellisesti ja määrällisesti oikeita henkilöstöresursseja sekä muutosvalmiutta.

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa Kullberg ym. (2017) vertasivat hiljaista raportointia ja potilaan osallisuutta tukevaa vuoteenvierusraporttia potilastyytyväisyyden suhteen syöpäosastolla. Tutkimustulosten perusteella näillä vuorovaihtoraporteilla ei ollut merkittäviä eroja potilastyytyväisyyteen. Potilastyytyväisyys on moniulotteista ja siihen vaikuttavat monet tekijät. Potilaskeskeinen vuorovaihtoraportti lisäsi hoitajien välistä tiedonkulkua, mutta sillä ei ollut vaikutusta potilaan tyytyväisyyden muutoksiin.

Kuutsan (2010) YAMK -opinnäytetyö käsitteli hoitotyön raportointikäytännön muutosta suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointimalliin Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla. Muutos oli aiheuttanut vastarintaa ja kirjaaminen oli koettu vajavaiseksi. Koettiin, että vasta kirjaamisen laadun kehittämisen jälkeen hiljainen raportointi voi vakiintua käytänteeksi, kun taas Aaltosen (2015) tutkimuksen mukaan kaikki halusivat ottaa hiljaisen raportoinnin käyttöön sisätauti-osastolla, jossa kokeiltiin hiljaista raportointia. Potilastyöhön jäi enemmän aikaa, työn kiireellisyys ja ylityöt vähenivät. Kirjaaminen lisääntyi, mutta parani kokeilun aikana. Suullista tiedonantoa pidettiin kuitenkin tärkeänä pitkiltä vapailta tullessa sekä perehdytettäessä opiskelijoita ja uusia työntekijöitä. Onnistumisen edellytys on hyvä kirjaaminen, rauhalliset työskentelytilat ja tietokoneiden riittävyys. Hiljainen raportti on koettu kuitenkin myönteisenä eikä siitä enää haluta luopua (Puumalainen ym. 2003, 7; Turtiainen 2005, 131).

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa yhdistyvät kehittämistoiminta ja tutkimuksellinen lähestymistapa. Siinä näkyvät kehitysprojektille tyypilliset tavoitteen määrittely, etenevä prosessi ja tulosten arviointi. Kehittämistyön tutkimuksellisuuteen kuuluu olennaisena osana prosessin eri vaiheiden, tavoitteiden sekä tulosten analysointi ja arviointi koko prosessin ajan. Prosessi ja lopputulos dokumentoidaan tarkasti, johtopäätökset perustellaan ja huolehditaan tiedon jakamisesta. Tieteellisessä tutkimuksessa ilmiöistä tuotetaan uutta teoriaa ja todetaan asiantila, kun taas tutkimuksellisessa kehittämistyössä halutaan saada aikaan konkreettinen muutos luomalla uusia käytäntöjä, tuotteita tai palveluja. Kehittämistyö on teorian ja käytännön vuoropuhelua ja kehittämisen olisi hyvä tapahtua siinä ympäristössä, jossa tutkittava ja kehitettävä toiminta tapahtuu. (Toikko & Rantanen 2009, 22–23, 156–157.)

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta voi saada alkunsa muutoshalukkuudesta tai organisaation kehittämistarpeista. Työelämästä nousevia käytännön ongelmia pyritään havaitsemaan, ratkaisemaan sekä kehittämään ja samalla tuotetaan uutta perusteltua tietoa, josta voidaan keskustella yleisellä tasolla ja jota voidaan myös testata uusissa ympäristöissä. Tulosten hyödyllisyys riippuu siitä, miten ne saadaan siirrettyä käytäntöön ja kuinka kehitettyjä ideoita toteutetaan eli implementoidaan. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 19–20.)

Toimintatutkimus on ajallisesti rajattu, käytännönläheinen ja vuorovaikutuksellinen tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa tutkitaan sosiaalista toimintaa. Sen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa käytännön kehittämiseksi sekä suunnitella ja kokeilla uusia toimintatapoja joko yksilö-, ryhmä- tai organisaatiotasolla ja tavoitella käytännön hyötyä. Toimintatutkimuksessa toiminta, tutkimus ja muutos toteutuvat samanaikaisesti syklimäisesti edeten. (ks. Heikkinen 2008, 15–19; Holloway & Wheeler 2010, 237–239.)

Kriittinen näkökulma ja kyseenalaistaminen ovat olennaisia tutkimukselliselle ja osallistavalle kehittämistoiminnalle, sillä tieto on aina jostain tietystä näkökulmasta tuotettua ja ylläpidettyä. Toimintatutkimuksessa toimintaa pyritään kehittämään reflektiivisen ajattelun avulla, jolloin pohditaan, mihin totutut toiminta- ja ajattelutavat perustuvat ja arvioidaan olemassa olevia toimintatapoja sekä pyritään rakenteiden

ja toimintatapojen muutokseen. Reflektion ja kriittisen kehittämisen tarkoitus on nähdä oma toiminta uudesta näkökulmasta sekä tuoda esiin uutta tietoa toiminnasta. (Toikko & Rantanen 2009, 163–164.)

Toimintatutkimuksessa korostuvat osallisuus ja dialogisuus, jossa tavoitteena on yhdessä toimijoiden kanssa ratkaista käytännön ongelmia ja saada aikaan toiminnan muutosta, jota arvioidaan kehittämisprosessin aikana (Toikko & Rantanen 2009, 97–98; Holloway & Wheeler 2010, 234, 238). Asioiden tiedostaminen johtaa yleensä motivaatioon ja motivaatio toimintaan. Osallistava tutkimus on yhteisöä rakentava ja muuttava voima ja sen sanotaan vähentävän muutosvastarintaa. (Toikko & Rantanen 2009, 157, 164.) Kehittämistyöni on tutkimuksellista kehittämistoimintaa ja se sisältää toimintatutkimukselle ominaisia piirteitä. Siinä näkyy toimintatutkimuksen syklisyys ja spiraalimaisuus. Kehittämistyö etenee spiraalin tavoin prosessivaiheesta toiseen vaiheiden seuraten toisiaan aina uudelleen, jolloin kehittämis-toiminta on jatkuva prosessi.

Kehittämisellä tavoitellaan muutosta ja keskeistä onkin, kenen intressiä kehittäminen palvelee ja mihin tarkoitukseen tietoa tuotetaan. Jürgen Habermas (1972) on erottanut tiedon intresseiksi teknisen, praktisen ja emansipatorisen lähestymistavan, jotka Carr ja Kemmis (1986) ovat kuvailleet kolmeksi eri kasvatustieteelliseksi toimintatutkimukseksi pohjautuen tiedonintressiteoriaan. Teknisessä intressissä ongelmat pyritään ratkaisemaan valmiin mallin, teorian tai menetelmän avulla. Siinä painottuu ulkopuolisen tutkijan asiantuntijuus ja toiminta suunnitellaan valmiiksi jo organisointivaiheessa. Praktisessa lähestymistavassa korostuvat vuorovaikutus, vastavuoroisuus ja toiminnan prosessimaisuus. Tutkija ja kohdeyhteisö määrittelevät yhdessä ongelmat sekä toimenpiteet niiden ratkaisemiseksi. Tutkijan rooli on rohkaista osallistujia osallistumaan ja refleктоimaan omaa toimintaansa. Päämääränä on toimijoiden parempi itseymmärrys ja uudenlaisen tietoisuuden kehittyminen. Emansipatorisen eli tietoisuutta lisäävän intressin päämääränä on kohdeyhteisön voimaannuttaminen ja valtauttaminen (empowering) toimimaan omien asioiden ratkaisemiseksi. Tutkijan tehtävänä on olla osallistuja, joka jakaa vastuun yhdessä muiden toimijoiden kanssa ja koordinoi yhteistoimintaa. (Carr & Kemmis 1986, 202–203; Toikko & Rantanen 2009, 44–46.) Tässä kehittämisessä tiedonintressi on

praktinen, jossa prosessimaisen etenemisen kautta yhdessä osallistujien kanssa pyritään kehittämään toimintaa ja tiedon tuottaminen hyödytti eniten työyhteisöä.

Menetelmien valinta. Yleensä tutkimuksessa pyritään vastaamaan tutkimuskysymyksiin eri tutkimusmenetelmiä käyttäen, jossa tiedon kriteerinä pidetään tutkimusmenetelmien ja tutkimusprosessin luotettavuutta. Kehittämistoiminnassa pyritään kehittämään jotain tuotetta, palvelua, organisaatioita ja siinä kokemustieto voi olla tasavertaista tieteellisen tiedon kanssa. (Toikko & Rantanen 2009, 156.) Työntekijöiden aktiivinen osallistuminen kehittämistyöhön sekä erilaiset menetelmät, jossa hyödynnetään vuorovaikutusta ja aktiivista osallistumista, kuuluvat olennaisena osana toimintatutkimukseen (Ojasalo ym. 2014, 37). Menetelmien avulla saadaan erilaista tietoa ja monenlaisia näkökulmia kehittämistyön tueksi, jolloin ne täydentävät toisiaan. Menetelmän valintaa ohjaa se millaista tietoa tarvitaan, keneltä ja mistä sitä etsitään sekä mihin tarkoitukseen sitä aiotaan käyttää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 179; Ojasalo ym. 2014, 40.)

Yleensä tutkimusmenetelmät on jaettu määrällisiin eli kvantitatiivisiin ja laadullisiin eli kvalitatiivisiin menetelmiin. Määrällinen menetelmä on usein lomakekysely tai strukturoitu lomakehaastattelu, joilla testataan, pitääkö jokin teoria paikkansa. Kysely sopii hyvin lähtötilanteen selvittämiseen tai tulosten arviointiin. Kyselyllä kerätty materiaali analysoidaan tilastollisin menetelmin ja sen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin ja validiteetin eli mittarin luotettavuuden ja tarkkuuden avulla. Yleensä tutkija toimii tutkittavista erillään. (Ojasalo ym. 2014, 104-105.)

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ilmiötä paremmin ja kokonaisvaltaisemmin ja aineisto kootaan todellisissa tilanteissa. Tutkimuksen kohdejoukko on tarkoituksenmukainen ja tutkija osallistuu tutkittavien toimintaan yhdessä heidän kanssaan. Laadullisissa menetelmissä tutkittavia on vähemmän, mutta analysoitavaa aineistoa voi olla runsaasti. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan menetelmiä, joissa osallistujien näkökulmat pääsevät esille, kuten teema-, avoin ja ryhmähaastattelu, osallistuva havainnointi sekä erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. (Hirsjärvi ym. 2007, 158–160.) Tutkija voi tehdä ilmiöistä omia perusteltuja tulkintojaan. Luotettavuus näkyy tutkimusprosessin tarkassa kuvauksessa sekä tulkintojen perustelussa. Triangulaatiolla eli tutkimalla ilmiötä useista eri näkökulmista, voidaan lisätä tulosten luotettavuutta. Tähän voidaan käyttää useita eri

aineistoja ja tiedonkeruumenetelmiä. (Ojasalo ym. 2014, 105.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ongelma ja tutkimussuunnitelma saattavat muuttua olosuhteiden mukaisesti tutkimuksen edetessä (Hirsjärvi ym. 2007, 122), kuten tapahtui tämänkin kehittämissuunnitelman kohdalla.

Tässä kehittämistyössä käytettiin sekä määrällisiä että toimintatutkimukselle tyypillisiä osallistavia menetelmiä. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus ovat toisiaan täydentäviä lähestymistapoja, sillä niitä on vaikea tarkasti erottaa toisistaan. Kvantitatiivisella tutkimuksella kerätään määrällistä tietoa ja siitä saatua tietoa voidaan jalostaa kvalitatiivisella tutkimuksella, joita ovat haastattelut, havainnoinnit tai jokin muu taustaselvitys. Kvalitatiivinen tutkimus ikään kuin lisää kvantitatiivisen tutkimuksen ymmärtämistä. (Kananen 2008, 119.) Menetelmällisten ratkaisujen tulisi edistää organisaation tuntemisen lisäksi työyhteisöjen tiedon jakamista ja yhteisiä tiedontuottamistapoja, kuten keskusteluja. (Ojasalo ym. 2014, 25).

Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset ovat tutkimuksen ydinasioita. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoja saattaa olla useampia, joten analyysiä tehdään koko tutkimusprosessin ajan. Analysoiduista tuloksista pyritään laatimaan synteesejä, jotka kokoavat pääasiat ja antavat vastaukset tutkimusongelmiin eli puhutaan abstrahoinnista. (Hirsjärvi ym. 2007, 216–218, 225.) Aineistojen analyysit tein joko määrällisellä analyysillä tai teemoittelun avulla, jossa oli piirteitä sisällön analyysistä. Analyysit on kuvattu kunkin menetelmän kohdalla niitä käsittelevissä kappaleissa.

5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS JA PROSESSI

5.1 Kehittämistyön aiheen valinta

Kehittämistyöni **ensimmäinen sykli** alkoi lokakuussa 2016, kun teetin osalle hoitohenkilökunnasta pyramidiharjoituksen, jolla kartoitin kehittämistyöni aiheita (Kuvio 3) kysymyksellä mitä haluaisit kehittää työssäsi tai työyhteisössäsi. Valitsin aiheeksi kolmanneksi tärkeimmäksi nousseen hoitotyön kirjaamisen kehittämisen, sillä olimme lokakuussa 2016 juuri siirtyneet pilotoinnin myötä hiljaiseen raportointiin ja raportointimenetelmän muututtua osastollamme oli tarkoitus kiinnittää erityistä huomioita hoitotyön kirjaamiseen. Pidin kehittämisaihetta ajankohtaisena, sillä yleinen kokemus oli, että osastollamme ei ollut selkeää yhtenäistä kirjaamistapaa eikä aina ollut tietoa, mihin mitään asioita kirjataan. Halusin selvittää hoitotyön kirjaamista seuraavilla kehittämiskysymyksillä:

- Miten tällä hetkellä hoitotyötä kirjataan lastenosastolla?
- Miten hoitotyön kirjaamista tulisi sisällöllisesti kehittää?

Hain vastauksia siihen, tukeeko hiljainen raportointi rakenteisen kirjaamisen sisällön kehittymistä, vastaako kirjaaminen annettuja ohjeita, osaako henkilökunta havainnoida hoitotyön näkökulmasta, näkyykö kirjaamisessa potilaan vai hoitajan näkökulma ja miten rakenteista kirjaamista tulisi kehittää. Kirjaamisen kehittäminen ja yhtenäistäminen ovat jatkuvia prosesseja ja laadullinen kirjaaminen on lähtökohta potilasturvallisuudelle. Se takaa hyvän tiedonkulun, hoidon jatkuvuuden ja antaa hoitotyöntekijälle myös oikeusturvan. Ilman hyvää hoitotyön kirjaamista ei hiljainen raportointikaan onnistu.

5.2 Kehittämistyön eteneminen

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 3) on kuvattu kehittämistyön eteneminen, kehittämiskysymykset sekä käytetyt määrälliset ja osallistavat menetelmät aiheineen. Alaluvuissa käyn läpi jokaisen menetelmän teorian, toteutuksen, analysoinnin sekä tutkimustulokset.

Taulukko 3. Kehittämistyön eteneminen

AJANKOHTA	MENETELMÄT JA AIHEET	TOIMENPITEET
ENSIMMÄINEN SYKLI		
Lokakuu 2016	Pyramidiharjoitukset (n=12) <ul style="list-style-type: none"> Kehittämisasiheet työssä/työyhteisössä 	Kehittämistyön aiheen valinta <ul style="list-style-type: none"> Mitä tulisi kehittää?
Huhti-toukokuu 2017	Hoitotyön kirjaamisen arviointimittari (Kaila & Kuivalainen) (n= 20) <ul style="list-style-type: none"> Minimilaatutaso Tavoitteellinen kirjaaminen Yksilöllinen kirjaaminen 	Kirjaamisen nykytilan alkukartoitusta, suunnan näyttäjä. Tiedon kerääminen seuraavaa menetelmää varten. <ul style="list-style-type: none"> Miten osastolla tällä hetkellä kirjataan?
TOINEN SYKLI		
Toukokuun alku 2017	Learning café (n= 13) <ul style="list-style-type: none"> Rakenteinen kirjaaminen Asiakaslähtöinen kirjaaminen "Hiljaisen raportoinnin" vaikutus kirjaamiseen 	Hoitohenkilökunnan ajatuksia kirjaamisesta, kehittämistyön aiheen rajausta. <ul style="list-style-type: none"> Mitä kehittämistarpeita?
Toukokuu 2017	Hoitotyön kirjaamisen itsearviointilomake (n= 29) <ul style="list-style-type: none"> Kirjaamisen lähtökohta Rakenteinen kirjaaminen ja hoitotyön prosessi Asiakaslähtöisyys 	Hoitohenkilökunnan arviointia omasta kirjaamisestaan. <p>Aineistojen kerääminen kirjaamisen tilasta kehittämistä varten.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mitä kehittämistarpeita?
Toukokuun loppu 2017	Ryhmäkeskustelut (n= 6, n=5, n=5) <ul style="list-style-type: none"> Asiakaslähtöinen hoidon tarve ja tavoite Tuplakirjaaminen Hoitotyön yhteenveto 	Kirjaamisen sisällön kehittämistä, aiheiden pohtimista. <ul style="list-style-type: none"> Miten kirjaamista tulisi sisällöllisesti kehittää?
KOLMAS SYKLI		
Syksy 2017	Tiedote henkilökunnalle menetelmien tuloksista ja kehittämisalueista + osastotunti	Muutoksia kirjaamiseen, ideointia.
Kevät 2018	Uuden toimintatavan vakiinnuttaminen. Kehittämisprosessin jatkuminen.	Kirjaamisen kehittämissuunnitelman laatiminen. <ul style="list-style-type: none"> Miten kirjaamisen toimintatapa vakiinnutetaan?

Kehittämistyön ensimmäisen osallistavan menetelmän pyramidiharjoituksen ja aiheen valinnan jälkeen tein kirjaamisen nykytilanteen alkukartoituksen. Tähän käytin Kailan ja Kuivalaisen (2013) kehittämää kirjaamisen arviointimittaria, jolla pystyin objektiivisesti potilasasiakirjoja tarkastelemalla selvittämään hoitotyön kirjaamisen hetkisen tilan. Arviointimittarin tuloksilla hain vastausta ensimmäiseen kehittämiskysymykseen eli miten hoitotyötä tällä hetkellä kirjataan lastenosastolla. Analysoin potilasasiakirja-aineiston kvantitatiivista menetelmää käyttäen. Tähän päättyi myös ensimmäinen sykli, sillä kirjaamisen arviointimittarin tulokset johdattelivat minua seuraavaan vaiheeseen ja suunnittelin hoitotyön kirjaamisen itsearviointilomakkeen (Liite 1) osittain arviointimittarin pohjalta. Toukokuussa aikataulu oli melko tiukka, sillä tiedossa oli kaksi saman sisältöistä toiminnansuunnitteluiltaapäivää, johon minulle oli varattu aikaa 1,5 tuntia kehittämistyötä varten ja halusin lomakkeen olevan käytössä jo ensimmäisessä tapaamisessa, sillä hoitohenkilökuntaa oli hyvin läsnä. Tästä alkoi kehittämistyön toinen sykli.

Koska halusin myös hoitohenkilökunnan näkökulman ja osallisuuden siihen, mitä kehittämistarpeita kirjaamisessa on sekä ajatuksia kirjaamisen nykytilasta, keräsin seuraavaksi tietoa osallistavalla Learning café -menetelmällä, joka on helppo toteuttaa isolle ryhmälle. Tällä menetelmällä sain mahdollisimman monen äänen kuuluviin ja keskustelua aikaiseksi sekä mahdollisuuden tuottaa tietoa yhdessä. Hoitotyön kirjaamisen itsearviointilomakkeella kartoitin hoitajien näkemyksiä omasta ja osaston kirjaamisesta.

Tämän jälkeen analysoin ja reflektoin aineistoja käyttäen sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista analyysitapaa. Kirjaamisen arviointimittarin, Learning café -harjoituksen sekä kirjaamisen itsearviointilomakkeen tulosten perusteella nousseita aiheita käsitelimme ryhmäkeskusteluilla, joissa pohdimme asiakaslähtöistä kirjaamista hoidon tarpeen ja tavoitteen näkökulmasta, tuplakirjaamista sekä hoitotyön yhteenvedon kehittämistä. Ryhmäkeskustelulla hain vastausta toiseen kehittämiskysymykseen eli miten hoitotyön kirjaamista tulisi sisällöllisesti kehittää.

Kesän 2017 aikana perehdyin aineistoihin ja kokosin tuloksia yhteen. Kolmas sykli alkoi syyskuussa 2017, kun tein hoitohenkilökunnalle tiedotteen sekä koosteen saaduista tuloksista ja kirjaamisen kehittämisalueista. Viimeisessä vaiheessa tavoitteena on yhteisten kirjaamisohjeiden ja -käytäntöjen vakiinnuttaminen kirjaamisen

kehittämissuunnitelman avulla. Kehittämisprosessin etenemisessä ja aiheiden muodostumisessa näkyi toimintatutkimuksen kaltainen syklimäinen eteneminen, jossa havainnoidaan ja reflektoidaan toimintaa ja tutkimusta. Seuraavissa alaluvuissa käyn läpi kunkin käytetyn menetelmän teorian, toteutuksen, analysoinnin sekä tulokset.

5.2.1 Pyramidiharjoitus kehittämisasiheen valinnan menetelmänä

Tässä alaluvussa Kehittämistyön **ensimmäinen sykli** alkoi, kun pidin lokakuussa 2016 kahdella eri osastotunnilla pyramidiharjoituksen (Kuvio 3). Pyramidiharjoitus toimi aineistonkeruumenetelmänä, jolla pyrin selvittämään kehittämistyön aihetta teemalla mitä haluaisit kehittää työssäsi tai työyhteisössäsi. Pyramidiharjoitus on yhteisöllinen ja yhteistoiminnallinen harjoitus, jonka avulla voidaan luoda opintoryhmän tai tiimin yhteiset pelisäännöt, arvot ja periaatteet sekä nostaa asioiden ydinkohdat esille. Sen avulla voidaan kerätä myös palautetta eri koulutuksista. (Kyrönlahti & Hemminki 2016.)

Pyramidiharjoitukseen käytettävä aika oli molemmilla kerroilla n.1,5 tuntia. Osastotunneille osallistuivat iltavuoroon tulijat, joita oli molemmilla kerroilla kuusi hoitajaa. Ensimmäiseen harjoitukseen osallistui neljä sairaanhoitajaa ja kaksi lastenhoitajaa, toiseen viisi sairaanhoitajaa ja yksi lastenhoitaja (n=12). Mukana molemmilla kerroilla oli myös kaksi perusvaiheen sairaanhoitajaopiskelijaa, jotka saivat osallistua harjoitukseen tekemällä oman pyramidin, jota en kuitenkaan ottanut huomioon analyysivaiheessa, sillä heidän kokemuksensa lastenosastojaksolta oli hyvin vähäinen.

Kuten pyramidiharjoitukseen kuuluu, aloitin harjoituksen kertomalla pohdittavan teeman, harjoituksen tarkoituksen ja toteutuksen. Kerroin, että pyrkimykseni on tehdä kehittämistyö työelämä- ja työntekijälähtöisesti toivoen, että kaikki osallistuisivat työn ja työpaikan kehittämiseen. Kyrönlahden ja Hemmingin (2016) mukaan pyramidiharjoituksen alussa jokainen miettii itsekseen ja kirjaa pyramidiin kuusi tärkeintä asiaa kyseisestä aiheesta siten, että ylimmäiseksi sijoitetaan tärkeimmäksi koettu asia. Pyramidin seuraavalle tasolle kirjataan kaksi toiseksi tärkeintä asiaa ja kolmannelle tasolle kolme kolmanneksi tärkeintä asiaa.

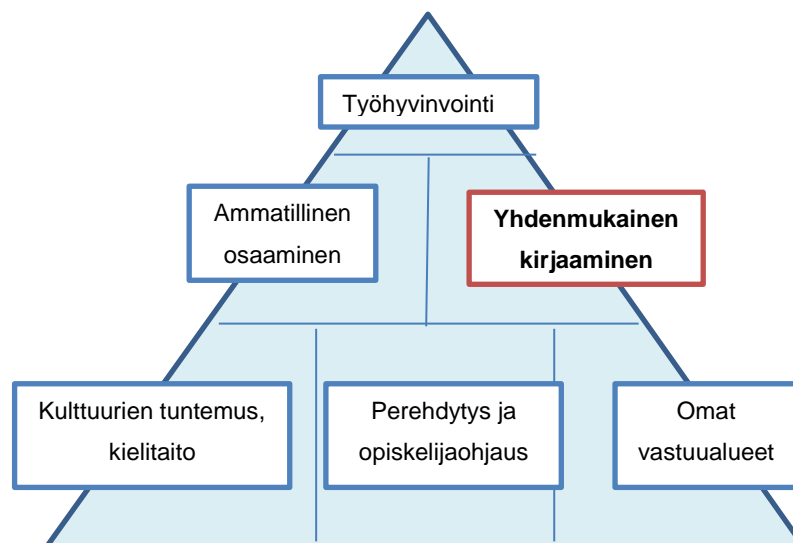
Aluksi ajatusta hieman vastustettiin ja ilmassa oli pientä turhautumista, sillä harjoitusmenetelmä oli monelle vieras. Teema koettiin hieman hankalaksi ja osa olisikin halunnut heti keskustella aiheesta. Kehotin kuitenkin ensin kirjaamaan pyramidiin mieleen nousseita ajatuksia ja kehittämisasihteita. Tehtävässä eteenpäin pääseminen koettiin alkuun vaikeaksi, joten ehdotin asioita, joiden pohjalta he pystyivät miettiä kehittämistä, kuten omaa ammatillisuutta, työtapaa, työhyvinvointia, työyhteisön vuorovaikutusta ja ilmapiiriä, esimiestyötä. Lopulta henkilökunta pääsi vauhtiin ja pyramidit alkoivat täyttyä. Osastotunnilla pidettäviä harjoituksia keskeyttivät molemmilla kerroilla puhelut ja soittokellot ja kaksi joutui välillä poistumaan, palaten kuitenkin takaisin harjoituksen pariin.

Pyramidiharjoituksen toisessa vaiheessa teemaa pohditaan parin kanssa ja kirjaataan uuteen pyramidiin yhteinen näkemys tärkeimmistä kehittämisasihteista aina kuudenneksi tärkeimpään aiheeseen. Sen jälkeen kaksi paria muodostavat neljän hengen ryhmän, jossa he keskustellen laativat yhteisen mielipiteen tärkeimmistä asioista ja kirjaavat aiheet jälleen uuteen pyramidiin. Koska osallistujia oli kuusi, kolmannessa vaiheessa muodostettiin kaksi kolmen hengen ryhmää. Yleensä harjoituksessa pyramidit kiinnitetään seinälle kaikkien nähtäville, mutta tilan puutteen ja vähäisen osallistujamäärän vuoksi pyramidit jätettiin pöydälle, josta kaikki näkivät vastaukset ja ne käytiin yhdessä läpi. Tavallisesti jokaiselle annetaan viisi ääntä, jotka hän saa tukkimiehenkirjanpidon mukaisesti antaa tärkeimmäksi pitämilleen asioille, mutta tässä harjoituksessa kehittämisasihteet saatiin vilkkaalla ja aktiivisella keskustelulla melko nopeasti tärkeysjärjestykseen ja mielestäni jokainen sai äänensä kuuluviin. (Kyrölahti & Hemminki 2016.) Jokaisessa vaiheessa aikaa oli n.15 minuuttia yhtä pyramidia kohti. Itse pysyin tarkkailijan roolissa, annoin ohjeita, jos heillä oli kysyttävää ja pidin huolta aikataulusta. Ensimmäisellä harjoituskerralla koin epävarmuutta siitä, kuinka ohjeet tehtävää varten tulisi antaa. Toisella kerralla osasin ohjata ja kuljettaa harjoituksen sujuvammin.

Laadullisessa sisällönanalyysissä aineiston tiivistämisellä pyritään selkeyttämään aineistoa ja tuottamaan siitä uutta tietoa. Aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja samankaltaisuuksia sekä eroja ja moninaisuutta luokittelemalla, teemoittelemalla tai tyypittelemällä. (Eskola & Suoranta 2005, 137–139). Analysoitavat dokumentit voi-

vat olla muun muassa päiväkirjoja, muistioita, haastatteluja, keskusteluja ja ne pyritään järjestämään ja jäsentämään kirjalliseen muotoon (Ojasalo ym. 2014, 136). Pyramidiharjoituksen aineiston analyysimenetelmänä sovelsin teemoittelua, jossa sovelsin sisällönanalyysiä. Teemojen luokittelu on päättelyä tutkijan tulkintojen pohjalta. Siinä tarkastellaan aineistosta nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä kehittämistyöhön osallistuneille (Hirsjärvi & Hurme 2008, 173). Pyramidiharjoituksella aiheen rajaaminen tapahtuu osittain itsestään.

Pyramidiharjoituksessa aineistoksi saatiin kaksi ryhmien laatimaa pyramidia, joissa kehittämisasiheita oli yhteensä 12. Luin vastausruudut läpi ja kirjasin ne kaikki ylös. Aiheita oli kuvattu muutamalla sanalla ja niitä oli saatettu kuvailla ranskalaisilla viivoilla. Sama kehittämisasihe toistui vastauspapereissa, mutta saattoi olla eri kohdassa pyramidia, joten hieman eri asioita nostettiin tärkeimmäksi. Vertailin eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Tein yhteenvedon pyramidiharjoituksen vastauksista laittamalla ne numeerisesti tärkeysjärjestykseen. Analyysivaiheessa samaa tarkoittavat asiat yhdistetään samaan luokkaan (Hirsjärvi & Hurme 2008, 173), joten ryhmitelin samaan aihealueeseen kuuluvat vastaukset teemoiksi, joiden alle kokosin samaa asiaa tarkoittavat sanat ja asiat. Aiheista nousi kuusi teemaa (Kuvio 3), jotka nimesin niiden sisältöä kuvaaviksi. Esimerkiksi ”yhteistä tekemistä vapaa-ajalla” ja ”tyhy -toiminta” nimesin Työhyvinvointi -teemaksi ja puolestaan ”yhdenmukainen kirjaaminen” ja ”hiljaisen raportoinnin kehittäminen” nimesin Yhdenmukainen kirjaaminen -teemaksi (Kuvio 3).



Kuvio 3. Työyhteisön kehittämisasiheet

Tulokset. Tärkeimpänä teemana pidettiin työhyvinvoinnin lisäämistä, ammatillisen osaamisen kehittämistä ja yhdenmukaisen kirjaamisen kehittämistä. Muita teemoja olivat kulttuurien kohtaaminen ja kielitaito, perehdytys ja opiskelijaohjaus ja omien vastuualueiden saaminen. Myös pienempiä kehittämisaiheita nousi useampi, mutta kehittämistyön kannalta päädyin lopulta kolmanneksi tärkeimpään teemaan eli hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen sen ajankohtaisuuden vuoksi. Valintaani vaikuttivat aiemmin alkanut hiljainen raportointi ja yleinen kokemus siitä, että kirjaaminen osastollamme ei ollut yhtenäistä, mikä luonnollisesti vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen ja potilasturvallisuuteen. Sairaanhoidopiirin kliinisen toimintaohjelman painopistealueita ovat asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus, näyttöön perustuvat toimintatavat sekä toimivat ja vaikuttavat hoito- ja palveluketjut, joilla pyritään hyvään laatutasoon ja potilasturvallisuuteen. Kliinisen toimintaohjelman mukaan sairaanhoidopiirissä tarkastellaan myös kirjausten Efficahojien mukaisuutta auditoimalla sähköisen sairauskertomuksen prosessia. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri 2014, 5, 11–12.) Nurmela (2016) tutki pro gradu -työssään hoitotyön rakenteisen kirjaamisen nykytilaa keskussairaalan viidellä vuodeosastolla, mikä osaltaan vaikutti tämän aiheen valintaan, sillä se herätti mielenkiinnon tutkia ja kehittää oman työyksikköni kirjaamista. Pyramidiharjoituksen tulokset kävin läpi hoitohenkilökunnan kanssa toukuussa 2017 toiminnansuunnitteluiltapäivissä. Tuloksista oltiin hyvin yksimielisiä. Kukaan ei myöskään kommentoinut kehittämisaiheen valintaa, joten siihen oltiin mitä ilmeisimmin tyytyväisiä.

5.2.2 Alkukartoitus hoitotyön kirjaamisen arviointimittarilla

Kirjaamisen arvioinnin tavoite on tuottaa tietoa hoidon laadusta, sujuvuudesta, resurssoinnista tai tuloksista. Se on myös hoitoprosessin ja toiminnan arviointia: miten hoidolle asetetut tavoitteet on saavutettu ja kuinka ne ovat vaikuttaneet potilaan terveydentilaan. Arvioinnilla tuotetaan tietoa hoitotyön kehittämiseen ja perusteita toiminnan muutokseen. Puutteellinen kirjaamisen sisältö altistaa hoitovirheille ja vaikeuttaa hoitamista. Siksi tarvitaankin yhtenäisiä kirjaamisohjeita potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden edistämiseksi. (Saranto & Ensio 2007, 123–125.)

Kvantitatiivisella menetelmällä aineiston keruussa käytetään yleensä valmiita standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Siinä selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Tulokset kuvataan numeerisilla suureilla ja havainnollistetaan taulukoilla ja kuvioilla. (Heikkilä 2005, 16–17.) Kirjaamisen alkukartoitukseen käytin yhtenä menetelmänä valmista Suomessa kehitettyä Kailan & Kuivalaisen hoitotyön kirjaamisen arviointimittaria, joka on saanut nykyisen muotonsa vuonna 2012 sisältäen 15 arviointikohtaa. Arviointimittari on koottu kolmesta erilaisesta aineistosta ja niistä saatuja kriteerejä on verrattu kansainvälisiin mittareihin. Asiantuntijaryhmä on arvioinut useilla mittauksilla arviointimittarin luotettavuutta sen kehittämisvaiheessa ja rinnakkaismittauksilla on testattu mittarin vastaavuutta. (Kaila 2014.) Arviointimittarin käyttöön on EPSHP:llä käyttöluupa ja sain organisaation kirjaamisvastaavalta sähköpostitse käyttöni valmiin arviointimittarin Excel-pohjan ja arviointiohjeet. Arviointimittarin avulla pystyin objektiivisesti potilasasiakirjoja tarkastelemalla selvittämään hoitotyön kirjaamisen sen hetkisen tilan.

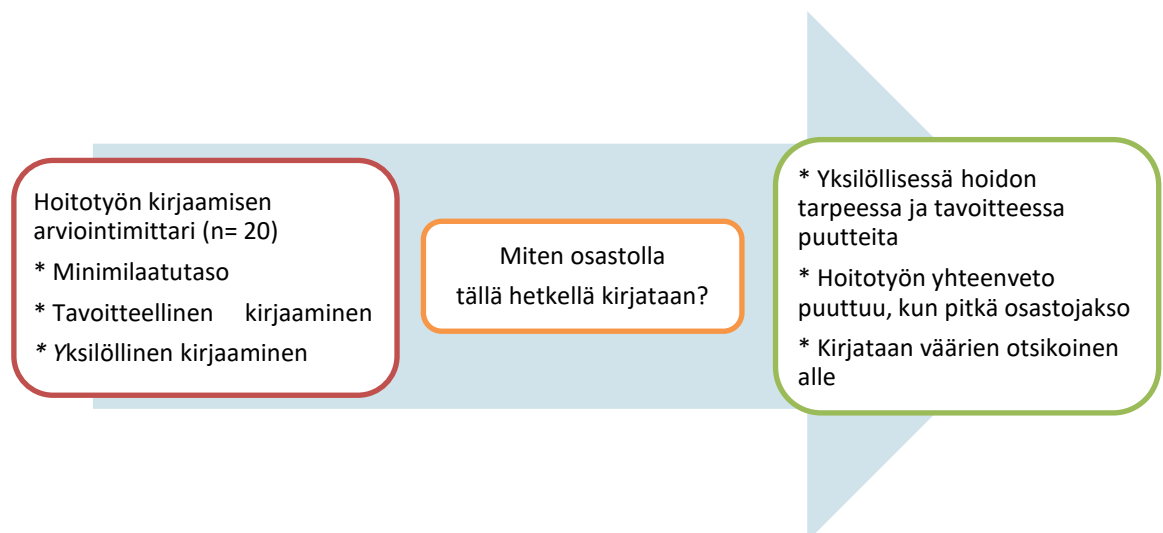
Arviointimittarin käyttöä varten tarvitsin hoitotyönkertomuksia ja yhteenvetoja, jotka sain Efficapotilastietojärjestelmästä tietohallinnon kautta 15.3.–15.4.2017 väliseltä ajalta. Päättäneitä hoitajaksoja eli otoksia valitsin yhteensä 20. Koska osastolla on hoidettavana monia eri potilasryhmiä, valitsin hoitotyönkertomuksista otannan siten, että 10 oli infektiopuolella hoidettavana olleiden hoitokertomuksia ja 10 puhtaalla puolella olleita, joista kolme oli kirurgista ja kaksi korvatautien potilasta. Lasten päivytyksen ja kotisairaalan kirjaamisen jätin tarkastamatta, koska niissä kirjaaminen on lähtökohtaisesti erilaista.

EPSHP:n tietohallinnon tietojärjestelmäasiantuntija valitsi hoitotyönkertomukset kyseiseltä ajanjaksolta antamillani kriteereillä ja lähetti potilaiden henkilöturvattunnukset ja jokaisen potilaan yhden päättäneen osastojaksoajankohdan tietokoneen H-asemalle, johon vain minulla on pääsy omilla tunnuksillani. Kävin potilasasiakirjoista läpi jokaisen valitun osastojakson hoitotyön kirjaamiset, kopion tiedot Wordiin H-asemalle, jolloin myös henkilöturvattunnus hävisi sekä poistin teksteistä potilaiden ja potilasta hoitavien henkilöiden nimet, jolloin potilastietoja oli turvallisempi käsitellä

ja he pysyivät anonyymeinä. Numeroin hoitokertomukset ja yhteenvedot, jotta minun oli helpompi palata aineistoon myöhemmin (ks. Nummenmaa 2009).

Kirjaamisen arviointimittarin avulla pyritään selvittämään kirjatun hoitotyön laatua arvioimalla kirjaamisen minimilaatutaso (osiot 1-5), tavoitteellinen kirjaaminen (osiot 6-10), yksilöllinen kirjaaminen (osiot 11-15) sekä kirjaamisen kokonaistaso. Yksi arviointikohde on aina yhden potilaan hoitotyön suunnitelma eli päättynyt hoitajakso/hoitotyön yhteenvedo tai poliklinikkakäynti. Arviointimittari sopi hyvin kirjaamisen lähtötason selvittämiseen (Ojasalo ym. 2014, 104). Arviointilomakkeen täyttäminen tapahtui Kailan ja Kuivalaisen tekemän hoitotyön kirjaamisen arviointiohjeen perusteella, jossa Kyllä-vastaus =1 ja Ei-vastaus =0 pistettä (0= ei kriteerit täyttävä kirjaus ja 1=kriteerit täyttävä kirjaus). (Kaila & Kuivalainen 2012.)

Mittarin etuna on helppokäyttöisyys, mutta sen käyttöön tarvitaan käyttökoulutusta (Kaila 2014, 122), jota sainkin osallistumalla huhti - toukokuussa 2017 sairaalan henkilökunnalle järjestettävään Hoitotyön rakenteellinen kirjaaminen ja sen laadun valvonta -koulutukseen (2x 4h). Koulutuksessa käsiteltiin kirjaamisen asiakaslähtöisyyttä, kirjaamisen arviointimittaria ja sen käyttöä sekä teimme harjoitustehtäviä. Kouluttajina toimivat organisaation kirjaamisvastaavat. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 4) on kirjaamisen arviointimittarin tulosten yhteenvedo.



Kuvio 4. Yhteenvedo kirjaamisen arviointimittarin tuloksista

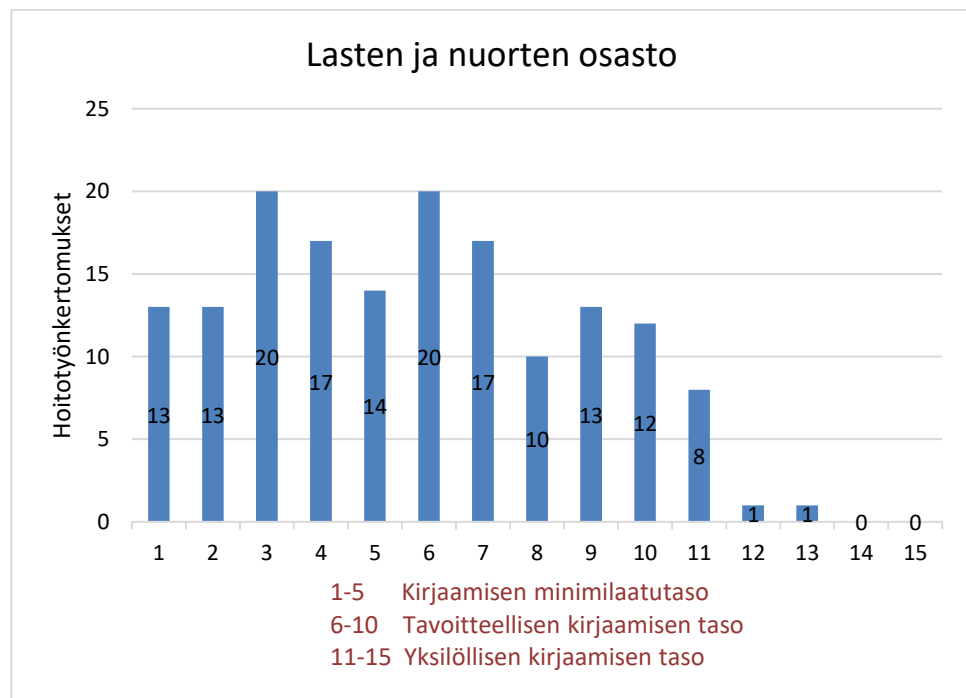
Arviointivaiheessa luin toistuvasti arviointiohjeen samoin kuin kävin tarkistaen läpi jokaisen hoitotyönkertomuksen useaan kertaan, että kaikki oleellinen tuli huomioituksi ja merkitsin ylös ongelmalliset kohdat. Toinen organisaation kirjaamisvastavasta teki kesäkuussa 2017 kirjaamisen vertaisarvioinnin ja kävimme yhdessä arviointitulokset läpi keskustellen eriävistä tuloksista saaden näin yhteneväisen linjan arviointikriteereihin ja tuloksiin. Huomasin, että itse olin ollut paljon kriittisempi tuloksia arvioidessa ja jotkin kohdat vaativat keskustelua asian ymmärtämiseksi. Todennäköisesti katsoin oman yksikön kirjaamista suurennuslasin läpi ja noudatin hyvin tarkasti arviointiohjetta. Hankalia olivat ns. rajatapaukset, joissa myös tulkinnalle jäi tilaa. Siksi olisikin hyvä, että arvioinnin tekee henkilö, joka työskentelee kyseisessä yksikössä, mutta vertaisarvioijan on hyvä olla ulkopuolinen asiantuntija. Vertaisarviointi on samaan ammattiryhmään kuuluvien, samanlaisten työyksiköiden tai saman ongelman parissa työskentelevien kesken tapahtuvaa työn kehittämistä. Arviointi perustuu ennalta sovittuihin kriteereihin ja kokeneen kollegan ammattitaitoon. Keskeistä on oman toiminnan näkyväksi tekeminen muille. Vertaisarvioinnissa korostuvat dialogisuus, vastavuoroisuus, kokemusten jakaminen ja palautteen saaminen saman kokemusmaailman omaavan kanssa. Se voi olla sisäistä tai ulkoista, kahdenkeskistä tai verkostomaista yhteistyötä. (Hellstén, Outinen & Holma 2004, 12; Sarajärvi ym. 2011, 61.)

Määrällisellä analyysillä selvitetään muuttujien välisiä riippuvuuksia, keskiarvojen tilastollisia merkitsevyyksiä. Näitä voidaan selvittää muun muassa ristiintaulukoinnin, järjestyskorrelaatiokertoimen ja keskiarvotestin avulla. (Heikkilä 2005, 183.) Aineiston analysoinnissa käytin määrällistä analyysitapaa, sillä se tapahtui tilastollisin menetelmin valmiin Excel-taulukon avulla. Numerot 1 tai 0 laitettiin Excel-pohjaan, joka laski jokaisen alueen keskiarvon sekä kirjaamisen kokonaiskeskiarvotuloksen. Kirjaamisen toteutumista analysoin jokaisen arvioitavan kohteen (n=15) osalta (Kaavio 1). Hoitotyön yhteenvedon osalta toteutin arvioinnin siten, että jos osastojakso oli kestänyt vuorokauden, silloin hoitotyön yhteenveto oli tarpeeton ja katsottiin ns. poliiniseksi käynniksi, mutta yli vuorokauden kestävilta osastojaksoilta odotettiin löytyvän hoitotyön yhteenveto. Arvioitavien kertomusten eri osa-alueiden tasoja ja siinä tapahtuvia muutoksia voidaan tarkastella tarkemmin frekvenssien, prosenttijaumien, mediaanien ja kvartiilien avulla (Kaila & Kuivalainen 2012). Arviointimittari

oli kuitenkin vain yksi menetelmä muiden joukossa hoitotyön kirjaamisen nykytilanteen kartoittamisessa, joten päädyin käsittelemään tulokset lukumäärinä ja prosentiosuuksina sekä keskiarvotuloksina, joiden avulla osastomme kirjaamisen tila tuli selkeästi esiin.

Tulokset. Kirjaamisen kokonaistasot ovat ei hyväksyttävä taso (0,00-4,99), heikko taso (5,00-8,30), hyvä taso (8,31-11,60) sekä kiitettävä taso (11,61-15,00) ja tuloksen perusteella ilmenee, onko tarpeiden, tavoitteiden, toteutuksen, arvioinnin tai yhteenvedojen kirjaamisessa kehitettävää (Kaila & Kuivalainen 31.3.2012). Arviointimittarilla saatu kirjaamisen kokonaiskeskiarvo oli 7,9, mikä jäi heikolle tasolle. Hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin tulokset ovat seuraavassa kaaviossa (Kuvio 5).

Kuvio 5. Hoitotyön kirjaamisen arviointimittarin tulokset



1. Hoidon tarve 2. Hoidon tavoitteet 3. Hoitotyön toteutus 4. Hoidon tulos 5. Hoitotyön yhteenvedo
6. Suunnitellut toiminnot 7. Suunniteltujen toimintojen vaikutus 8. Tarve => Tavoite 9. Tavoite => Toteutus 10. Tavoite => Arviointi 11. Potilaan yksilöllinen tarve 12. Tavoite suhteessa yksilölliseen tarpeeseen 13. Toteutus suhteessa yksilölliseen tavoitteeseen 14. Tulos suhteessa yksilölliseen tavoitteeseen 15. Yksilöllisyys ja loogisuus

Kirjaamisen minimilaatutasossa (osiot 1-5) hoidon tarve (osio 1) oli kirjattu seitsemässä (7) hoitokertomuksessa muuna kuin hoitotyön tarpeena ja myös tavoitteet (osio 2) puuttuivat tai eivät olleet hoitotyön tavoitteita osasta kirjauksia. Hoidon tarpeeksi oli määriteltä lääketieteellinen diagnoosi, esimerkiksi pneumonia (keuhko-kuume), laryngiitti (kurkunpääntulehdus), VTI (virtsatieinfektio) ja tavoitteeksi esim.

toimenpiteen onnistuminen, anestesiasta toipuminen. Hoitotyön toiminnot (osio 3) oli kirjattu ohjeiden mukaisesti jokaisessa ja hoidon arviointi eli tulokset (osio 4) lähes jokaisessa hoitokertomuksessa. Hoitotyön yhteenveto oli tehty yli puolessa hoitokertomuksessa.

Hoidon tarpeen tulee kuvata potilaan vointia tai tilannetta, johon voidaan vastata hoitotyön toiminnoin. Lapsen, nuoren ja perheen kanssa keskustellessa hoitajan on tärkeä havainnoida, mitkä ovat potilaan hoidon todelliset ja tämänhetkiset tarpeet, oireet, ongelmat, kuten hengitysvaikeus, korkea kuume, vatsakipu, joiden perusteella tehdään yksilölliset hoidon tavoitteet.

Tavoitteellisen kirjaamisen tasossa suunnitellut toiminnot eli auttamismenetelmät (osio 6) oli kirjattu jokaiseen hoitokertomukseen, mutta niiden vaikutusten (osio 7) kirjaaminen ei näkynyt kolmessa hoitokertomuksessa esim. lääkkeen vaikutuksen osalta. *Puolessa kirjauksista ei näkynyt tarpeen ja tavoitteen yhteyttä* (osio 8). Myös tavoitteen ja toteutuksen välinen yhteys (osio 9) sekä tavoitteen ja tuloksen välinen yhteys (osio 10) puuttui kolmasosasta hoitotyön kertomuksista.

Yksilöllinen kirjaaminen jäi heikoimmalle tasolle. Yksilöllinen hoidon tarve (osio 11) oli kirjattu alle puoleen hoitokertomuksista eli hoidon tarvetta ei ollut ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, vaikeutena, ongelmana, heikkoutena. Yhdessä hoitokertomuksessa oli kirjattu yksilölliset tavoitteet suhteessa yksilöllisiin tarpeeseen (osio 12) sekä yksilöllinen toteutus suhteessa yksilöllisiin tavoitteisiin (osio 13). Hoitotyön tulosten kirjaaminen yksilöllisesti suhteessa yksilölliseen tarpeeseen ja tavoitteeseen (osio 14) jäi nolllatasolle, kuten myös kirjaamisen loogisuus (osio 15).

Tuloksista tuli esiin, että kirjaamisen rakenne on pääosin hallinnassa, mutta hoitotyön yksilöllisen tarpeen ja tavoitteen kirjaamista tulee kehittää. Hoitotyön kertomuksissa pisteet jakaantuivat välillä 3-11, joista 10 hoitokertomusta olivat hyvällä tasolla, kahdeksan (8) heikolla tasolla ja kaksi (2) ei hyväksyttävällä tasolla. Hoitotyön yhteenvedoissa oli hyvin kuvattuna potilaan hoidon tarve ja tavoitteet, mitkä saattoivat puuttua aiemmin kirjaamisesta kokonaan eli oikeita oireita ja syitä hoidetaan ja se tapahtuu yksilöllisesti, mutta sitä ei saada kirjaamisella näkyviin. Selkeä huomio oli, että osastolla *kirjataan väärrien otsikoiden alle*, jolloin asia hukkuu tekstiin eikä ko-

konaisuus välity. Yhden vuorokauden osastolla olleita oli 14, joista kaksi oli päiväkirurgisia potilaita ja kaksi korvapotilaita. Näistä kolmelle (3) oli tehty hoitotyön yhteenveto, vaikka osastojakso oli lyhyt. Useamman vuorokauden osastolla olleita oli kuusi (6), joista kahdelle (2) oli tehty hoitotyön yhteenveto. Vuorokauden tai vähemmän aikaa osastolla olleita oli 14, joten tämä saattoi vaikuttaa positiivisesti hoitotyön yhteenvedon tulokseen, koska hoitotyön yhteenvetoa ei vuorokauden pituiselta hoitajaksolta vaadittu.

Kailan (2014, 121–122) mukaan kirjatun hoitotyön laadun arviointimittari on hyvä apuväline hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä. Sitä voidaan käyttää hoitotyön johtamisen apuvälineenä kirjaamisen määrän ja laadun yleiseksi arvioimiseksi. Mittari ei kuitenkaan arvioi, mitä hoitajat tekevät, vaan mitä he kirjaavat, eikä sillä voida arvioida sisällöllistä kirjaamista. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi on yksi osa hoitotyön laadun arviointia.

Seuraavaksi tutkin, mitkä olivat hoitohenkilökunnan näkemykset hoitotyön rakenteesta ja asiakaslähtöisestä kirjaamisesta sekä hiljaisen raportoinnin vaikutuksesta hoitotyön kirjaamiseen ja se ohjasi seuraavan vaiheen suunnittelua ja toteutusta.

5.2.3 Learning café – Hoitajien ajatuksia ja näkemyksiä hoitotyön kirjaamisesta

Kirjaamisen arviointimittarilla mitaten lastenosaston hoitotyön kirjaaminen jäi heikolle tasolle. Hoidon yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden kirjaamisessa sekä kirjaamisessa oikeiden otsikoiden alle oli kehitettävää. Tämä toimi pohjana seuraavalle ensimmäiselle osallistavalle Learning café -harjoitukselle (Kuvio 6), jonka pidin osaston toiminnansuunnittelupäivässä, josta alkoi toinen sykli. Learning café -harjoituksen aiheeksi valitsin rakenteisen kirjaamisen, asiakaslähtöisyyden sekä hiljaisen raportoinnin vaikutuksen kirjaamiseen. Käsittelen tässä alaluvussa Learning café -harjoitusta kokonaisuutena eli käyn läpi teorian, toteutuksen, analysoinnin ja tulokset.

Juanita Brown on luonut World Café -menetelmän, joka tunnetaan Suomessa nimellä Learning Café tai oppimiskahvila. Menetelmää on sovellettu laadullisten tutkimusten, osallistavien- ja toimintatutkimusten aineistonkeruumenetelmänä. Learning café -menetelmän tarkoituksena on muuttaa tehokkaasti yksilöllinen tieto kollektiiviseksi ymmärrykseksi eli maksimoida tiedon jakaminen suuressakin ryhmässä. Learning café edustaa yhteistoiminnallista oppimista ja on dialogiin perustuva prosessi. Sen tavoite on edistää avointa tiedon jakamista, kuuntelemista tuomitsematta sekä erilaisten mielipiteiden hyväksymistä. Tämä onnistuu parhaiten ympäristössä, jossa vallitsee keskinäinen luottamus osallistujien välillä. Tällä menetelmällä voidaan tavoitella reflektiivistä ja uudistavaa oppimista, jossa korostuvat tutkiminen, tiedon rakentaminen ja ongelmanratkaisu. Yhteistoiminnalliset, aktivoivat opetusmenetelmät edistävät ongelmanratkaisukyvyyn kehittymistä sekä kriittisen ajattelun ja analysoinnin taitoa. Menetelmän tarkoituksena on synnyttää uusia ideoita ja jalostaa niitä, kiteyttää ajatuksia, luoda yhteinen näkemys, levittää tietämystä ja synnyttää uutta ajattelua ja osaamista. (Laaksonen, Koskinen & Salminen 2011, 38–39, 42, 47).

Learning café -menetelmä vaatii vähintään 12 osallistujaa, jolloin muodostuu kolmen neljän hengen ryhmää kahvilatyypisessä asetettujen pöytien ympärille. Jokainen ryhmä valitsee joukostaan puheenjohtajan. Ryhmille jaetaan aiheet tai kysymykset, joista ryhmät keskustelevat. Joka ryhmässä keskustellaan eri näkökulmasta teemaan liittyen ja ideat kirjoitetaan paperiseen pöytäliinaan tai isolle paperille. Sovitun ajan (noin 20–30 minuuttia) kuluttua osallistajat vaihtavat ryhmää ja näkökulmaa, mutta ryhmien puheenjohtajat jäävät alkuperäisiin pöytiin. Uudessa pöydässä puheenjohtaja kertoo uudelle ryhmälle lyhyesti yhteenvedon edellisen ryhmän keskustelusta, jonka pohjalta uusi ryhmä jatkaa aiheen ideointia. Viimeisellä kierroksella osallistajat voivat palata alkuperäiseen pöytään tai jatkaa uusissa pöydissä, myös puheenjohtajan voi vaihtaa. Lopuksi ryhmät tiivistävät tuotoksensa paperille ja ryhmien vetäjät kertovat kaikille osallistujille yhteenvedot ja keskustelua jatketaan koko ryhmänä. (Laaksonen ym. 2011, 40–41; Ojasalo ym. 2014, 162.)

Paikkana oli työyksikkömme ulkopuolella oleva kokoustila. Osallistujista osa tuli kotoa päin ja osa heti aamuvuoron jälkeen. Toiminnansuunnitteluiltapäivän Learning café -harjoitukseen osallistui 10 sairaanhoitajaa ja 3 lastenhoitajaa. Suurin osa oli

vakihenkilökuntaa ja jokainen osallistuja on työskennellyt usean vuoden ajan lastenosastolla. Osastonhoitaja ja minä jäimme harjoituksen ulkopuolelle, sillä oma roolini oli toimia ohjaajana ryhmiin siirtymisissä sekä keskustelun virittäjänä ja ylläpitäjänä ja samalla tuli huolehtia myös aikataulusta.

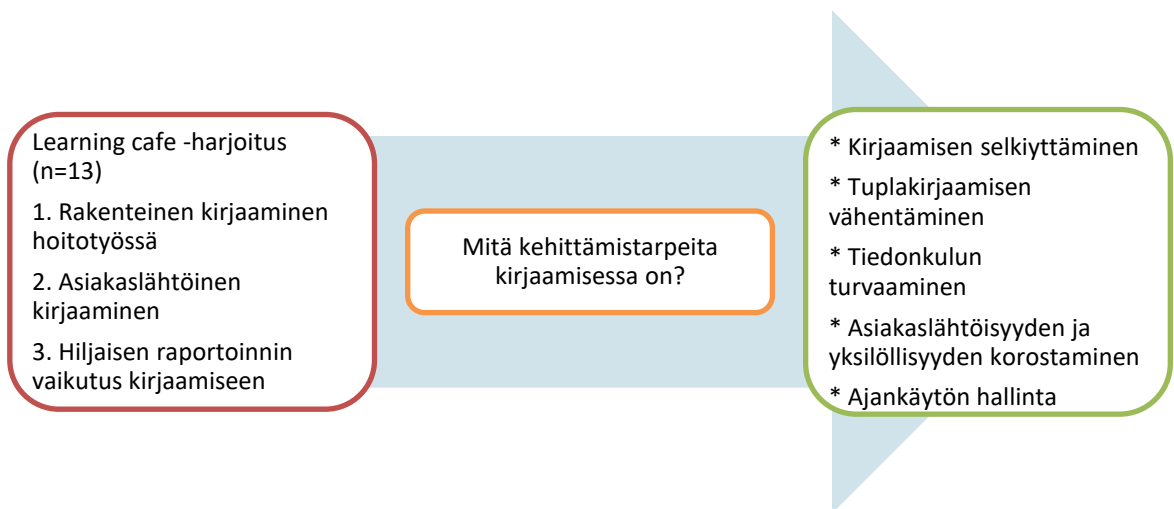
Aikaa minulle oli varattuna 1,5 tuntia. Alustin kirjaamisaihetta diaesityksellä kertomalla pyramidiharjoituksen tuloksen ja miksi päädyin kirjaamisen kehittämiseen. Kerroin, Learning café -harjoituksella kartoittavani hoitohenkilökunnan ajatuksia, mielipiteitä ja kehittämisasihteita kirjaamisesta ja menetelmä olikin kaikille ennestään tuttu. Toin esiin harjoituksen vapaaehtoisuuden, mutta kannustin jokaista osallistumaan, eikä kukaan jäänyt sivuun.

Kävin läpi kolme Learning café -keskusteluaihetta ja heijastin kysymykset videotykillä valkokankaalle kaikkien nähtäväksi. Jaoin osallistujat kolmeen ryhmään jako kolmeen tyylillä ja jokaisen ryhmän ensimmäisestä tuli puheenjohtaja. Ensimmäisessä ryhmässä oli viisi (5) osallistujaa, muissa neljä (4). Kaksi ryhmää sijoituivat pitkän pöydän eri päihin ja yksi ryhmä työskenteli tilavassa eteisaulassa. Jaoin pöytiin isot aiheittain numeroidut ja otsikoidut A2-kokoiset paperit ja merkinnät tehtiin tussilla. Keskusteluun ja kirjaamiseen varasin aikaa joka kierrokselle 10-15min. Sen jälkeen muut vaihtoivat ryhmää, mutta puheenjohtaja jäi paikalleen kertomaan seuraavalle ryhmälle, mistä edellinen ryhmä oli keskustellut ja he jatkoivat pohtimista ja kirjaamista kyseisestä aiheesta. Seuraavalla kierroksella myös puheenjohtajat vaihtoivat ryhmää, että myös he pääsivät keskustelemaan kaikista aiheista eli harjoituksessa oli myös näyttelykävelyn piirteitä. Aluksi hieman jännitin, miten saan kaikki innostumaan ja osallistumaan, mutta huoli oli turha. Osassa ryhmistä keskustelu kävi vilkkaana, vaikka ajautuikin välillä sivuraiteille palaten melko nopeasti takaisin aiheeseen.

Aikataulu piti ja 10 minuuttia riitti hyvin yhden aiheen käsittelyyn, mutta sekaannusta aiheutti ryhmien vaihtaminen, sillä osa olisi halunnut kulkea saman ryhmän mukana, mutta jaoin aina ryhmän kahtia, jotka menivät taas eri ryhmiin. Näin ajatusten vaihtoa tapahtui muidenkin kuin vain oman ryhmäläisten kanssa. Yhdellä puheenjohtajalla taisi jäädä yksi ryhmä käymättä enkä ollut lopulta täysin varma olivatko kaikki

käyneet jokaisessa ryhmässä. Ryhmäkeskustelujen jälkeen oli mahdollisuus kahvitaukoon, jonka aikana osa jatkoi keskustelua aiheesta. Tauon jälkeen oli vaikea saada ketään enää innostumaan aiheiden pohtimisesta, joten siirryimme yhteenvedon tekemiseen. Kunkin ryhmän puheenjohtaja kertoi vuorollaan, mitä aiheesta oli keskusteltu ja jokaisen esityksen jälkeen oli vielä mahdollisuus kommentoida asiaa. Keskustelua heräsi vielä siinäkin vaiheessa vilkkaasti.

Kaiken kaikkiaan olisi ollut parempi, että vain puheenjohtaja olisi liikkunut pöydästä toiseen edellisen ryhmän aihepaperin kanssa ja kahvittelu olisi pitänyt olla joko ennen tai jälkeen harjoituksen, jotta olisi välttytty keskeytyksiltä. Muuten aiheet tuntuivat olevan selkeitä eikä keskustelun virittämiseen tarvittu juurikaan minun apuani. Pyysin palautetta heti Learning café -harjoituksen jälkeen ja moni koki menetelmän hyvänä puolena sen, että tulee vaihdettua ajatuksia ja huomaa muiden ajattelevan asioista hyvin samalla lailla kuin itse. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 6) on yhteenveto Learning café -harjoituksesta.



Kuvio 6. Learning café -harjoituksen tulosten yhteenveto

Jokainen ryhmä sai vapaasti valita kirjaamistyylin. Ensimmäiseen aiheeseen rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä oli kirjattu seitsemän (7) muutaman sanan lausetta ranskalaisilla viivoilla merkittynä. Asiakaslähtöiseen kirjaamiseen kolme (3) lausetta. Kolmas keskusteluaihe oli hiljaisen raportoinnin vaikutus kirjaamiseen ja siihen oli kirjattuna neljä plus (+) sekä kolme miinus (-) vastausta. Laadullinen aineisto analysoidaan tavalla, jolla saadaan parhaiten vastaus tutkimuskysymykseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 219–220.) Tarkastelin ja luin aineiston läpi ja analysoin rakenteisen

kirjaamisen ja hiljaisen raportoinnin tuotokset teemoittelun avulla. Asiakaslähtöisyyden ilmauksia oli vain muutama, joten sitä ei ollut tarpeen analysoida. Teemoittelun avulla aineistosta pyritään nostamaan esiin tutkimusongelmaa valaisevia teemoja (Eskola & Suoranta 2005, 174). Teemoittelu ja luokittelu ovat päättelyä. Kun halutaan tehdä päätelmiä laajemmista kokonaisuuksista, on tiedostoja yhdistettävä teema-alueittain (Hirsjärvi & Hurme 2008, 142, 147). Ryhmittelin alkuperäisiä ilmauksia yhdistämällä aina samansisältöiset ilmaukset samaan kategoriaan Word-ohjelman avulla. Sen jälkeen pelkistin alkuperäiset ilmaukset yksinkertaisempaan muotoon ja pelkistetyistä ilmauksista muodostin niitä yhdistäviä teemoja kuitenkin kadottamatta niiden sisältöä. (Eskola & Suoranta 2005, 137–139.) Teemoittelun avulla tarkastellaan aineistosta nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä usealle vastajalle, tässä tapauksessa vastauksille (Hirsjärvi & Hurme 2008, 173). Kuviossa 7 on kuvattu esimerkkejä teemojen nimeämisestä Learning café- aineiston pohjalta.

Kuvio 7. Esimerkki Learning café -aineiston teemoittelusta

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	TEEMA
Kirjaaminen hidastuu, vaikeutuu Vie enemmän aikaa	Vie aikaa	AJANKÄYTTÖ
Kirjaamisessa tulee usein kiire, esim. ennen raportin alkamista	Kiire	
Jääkö jotain oleellista kirjaamatta, kun asiat pilkkotaan eri osaluokkien alle	Tärkeä tieto jää kirjaamatta	RISKI TIEDONKULUSSA
Arkaluontoisten asioiden kirjaaminen vaikeaa	Epäselvyyttä, miten kirjaetaan	
Kronologinen kirjaaminen haasteellista		
Tuplakirjaaminen vältettävä	Ylimääräistä kirjaamista	TUPLAKIRJAAMINEN
Nestelistä paperisena, siirtyykö sähköiseen muotoon?		
HILJAINEN RAPORTOINTI		
Kirjaaminen on tarkentunut Kirjaaminen on kuvailevampaa	Kirjaaminen tarkempaa, kuvailevampaa, yhdenmukaisempaa	PARANTAA KIRJAAMISEN TASOA
Se yhdenmukaistaa ja selkeyttää raportointia ja kirjaamista		
Hoidon arviointi -> tulokset parantunut esim. lääkkeen vaikutuksen kirjaamisen osalta		

Tulokset. Rakenteisen kirjaamisen koettiin helpottaneen tiedon hakemista potilaspapereista, mutta myös kirjaamisen hidastuneen ja vaikeutuneen, sillä kirjaaminen vie aikaa. Kronologinen kirjaaminen ja kirjaamisen pilkkominen eri hoitotyön otsikoiden alle koettiin haasteelliseksi sekä huoli siitä, jääkö sen vuoksi jotain oleellista kirjaamatta ja aiheuttaa riskin tiedonkulussa. Tuplakirjaaminen eli samojen asioiden

useampaan paikkaan kirjoittaminen ja merkitseminen koettiin asiaksi, jota tulisi välttää siten, että esim. vain kuumekurvalla näkyisi arvot, kuten lämpö, happisaturaatio, kivun arviointi (Ipö, SpO2, VAS) ja itse tekstissä olisi arvioiva ote. Nestehoidon seurantaan tarkoitettu paperinen nestelista koettiin puutteelliseksi tai sen täyttäminen jää vajavaiseksi ja sen osalta kaivattiin mahdollisuutta hyödyntää myös kuumekurva. Lastenosastolla on käytössä eri kuumekurva-alusta kuin esimerkiksi aikuispuolen osastoilla. *Kirjaamiseen käytettävä aika, tuplakirjaamisen vähentäminen ja tiedonkulun turvaaminen kirjaamista selkiyttämällä* nousivat rakenteisen kirjaamisen osalta kehitettäviksi aiheiksi. Asiakaslähtöinen kirjaaminen tulee olla *potilaan ja perheen tarpeet huomioivaa* sekä potilaasta/perheestä lähtöisin olevaa ja kirjaamisessa tulee näkyä hoidon vaikuttavuus.

Kolmas teema hiljaisen raportoinnin vaikutus kirjaamiseen tuotti eniten vastauksia. Vastauksissa korostuivat *tiedonkulku ja ajankäytön hallinta*. Hiljainen raportointi on yhdenmukaistanut ja selkeyttänyt raportointia ja kirjaamista ja se on näkynyt tarkempana ja kuvailevampana kirjaamisena. Myös hoidon arviointi eli hoidon tulokset on parantunut esimerkiksi lääkkeen vaikutuksen kirjaamisen osalta, joten hiljaisen raportoinnin koettiin *parantavan kirjaamista*. Hiljaisen raportoinnin osalta tulee kiinnittää huomiota siihen, kuinka saada arkaluontoiset ja tärkeät hoitoon liittyvät asiat, joita ei voi kirjata potilasasiakirjoihin, välitettyä eteenpäin. Hiljaisen raportoinnin koettiin vievän enemmän aikaa ja kirjaamisessa tulee usein kiire ennen seuraavan työvuoron alkamista.

Learning cafe -menetelmä mahdollisti osallistujien realistisen ja ajankohtaisen tiedon saamisen heidän ajatuksistaan, sai keskustelua aikaan sekä mahdollisimman monen äänen kuuluviin. Tavoitteena oli saada aikaan yhdessä oppimista ja lähtökohdat kehittämistyön tekemiselle yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa.

5.2.4 Itsearviointilomake hoitotyön kirjaamisen kehittämismenetelmänä

Hoitotyön kirjaamisen itsearvioinnilla tutkin hoitajien henkilökohtaisia näkemyksiä kirjaamisen nykytilasta sekä kirjaamisen kehittämistarpeista. Lomakekyselyllä (n=29) selvitin kirjaamisen lähtökohtaa eli kirjaamisen ohjeistusta, tiedonkulkua ja

raportointia, rakenteista kirjaamista hoitotyön prosessin mukaan sekä asiakaslähtöisyyttä toistaen samoja teemoja kuin muissakin menetelmissä. Lomakekysely oli perusteltua, koska aineistonkeruun kohderyhmä oli suuri ja kyselylomakeaineistoa voi kerätä isolta ryhmältä tutkijan ollessa paikalla. Yleensä vastausprosentti on korkea, sillä tällaisessa tilanteessa vastaajilla on mahdollisuus kysyä tutkijalta tarkentavia kysymyksiä, jos he eivät ymmärrä kysymystä oikein tai sitten he jättävät vastaamatta. (Valli 2010, 108.)

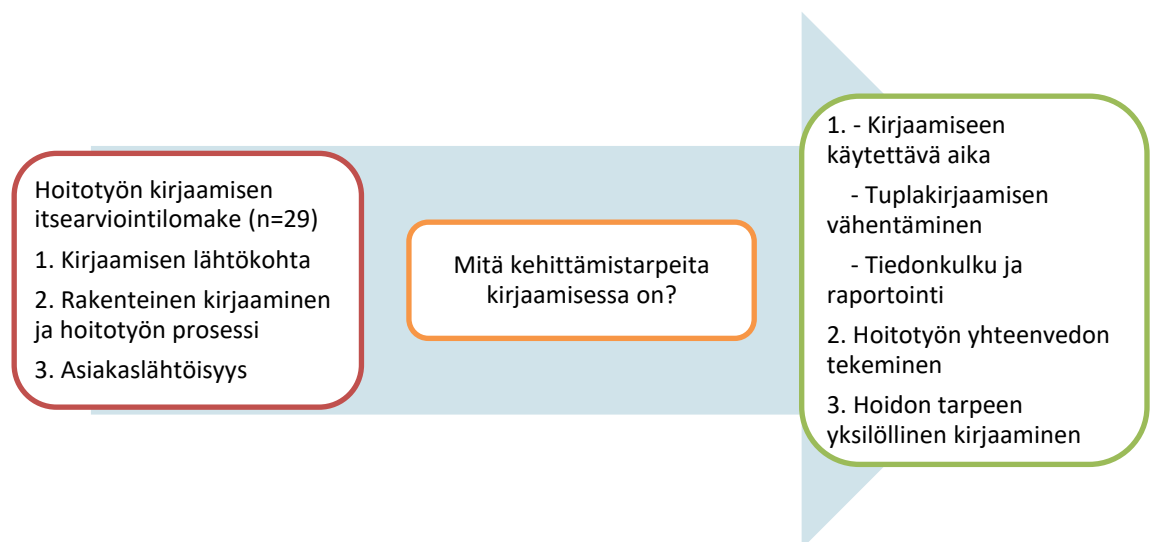
Määrällisellä menetelmällä vastataan muun muassa kysymyksiin ”Paljonko?” ja ”Kuinka usein?” Ilmiö kuvataan numeerisesti ja sen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Yleensä käytetään standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. (Heikkilä 2005, 16–17.) Kyselylomaketutkimuksessa keskeisten käsitteiden avulla mitataan tutkittavaa asiaa (Vilka 2005, 81). Itsearviointilomakkeena käytin Kyrönlahden (2017) lomakkeesta soveltaamani hoitotyön kirjaamisen itsearviointilomaketta käyttäen osittain apuna arviointimittarin teemoja. Itsearviointilomakkeen avulla sain määrällisesti helpoiten vastauksia, kuin ehkä muilla menetelmillä olisin saanut. Aikataulu oli tiukka itsearviointilomakkeen laatimiseen ja kysymysten ymmärrettävyyden tarkistutin henkilöllä, joka ei työskentele hoitoalalla. Se on perusteltua, sillä ellei hän ymmärrä jotain, eivät välttämättä vastaajatkaan. (Valli 2010, 108–109).

Lomakkeessa (Liite 1) oli kolme arvioitavaa teemaa, joissa väittämiä oli 4–12 per osio. Ensimmäisessä osiossa arvioitiin kirjaamisen lähtökohtaa osastolla eli kirjaamisen ohjeistusta, potilasasioiden tiedonkulkua ja raportointia. Toisessa osiossa puolestaan arvioitiin omaa rakenteellista kirjaamista hoitotyön prosessin mukaan ja kolmannessa osiossa arvioitiin omaa asiakaslähtöistä/yksilöllistä lähestymistapaa kirjaamisessa. Asenteiden tai mielipiteiden mittaamisessa käytetään usein 4- tai 5-portaista Likertin asteikkoa, jossa toisena ääripäänä on täysin samaa mieltä ja toisena täysin eri mieltä. Vastaaja valitsee parhaiten omaa käsitystään vastaavan vaihtoehdon. (Valli 2010, 118). Asteikkokysymysten vahvuutena on saada paljon tietoa vähään tilaan, mutta toisaalta vastauksista voi olla vaikea päätellä, minkä painoarvon vastaaja kysymykselle antaa. (Heikkilä 2005, 52.)

Itsearviointilomakkeet jaoin kahden toiminnansuunnitteluiltaapäivän päätteeksi kaikille osallistujille, joista jokainen (n=29) täytti lomakkeen nimettömänä. Lomakkeen

etuna on, että vastaaja jää tuntemattomaksi (Vilkkä 2005, 74). Itse en vastannut kyselyyn, jotta se ei vaikuttaisi tulokseen. Arviointiin kului aikaa 5–10 min. Vaikutti siltä, että kysymykset olivat ymmärrettäviä ja helposti vastattavasti, sillä vain yksi teki tarkentavan kysymyksen koskien kysymystä yksilöllisestä hoidon tarpeesta.

Kysymyksiin vastattiin rasti ruutuun periaatteella vastausvaihtoehtoina asteikko 1-4 (1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä). Vastauksiin kaivattiin vaihtoehtoa osittain samaa mieltä, mutta olin jättänyt sen tietoisesti pois, sillä jos mukana on vaihtoehto, joka ei pakota valitsemaan annetuista mielipiteistä, useat valitsevat vaihtoehdon 'ei mielipidettä' (Valli 2010, 119). Vastaus olisi tällöin jäänyt melko neutraaliksi ja halusin kuitenkin, että se kääntyy joko positiiviseen tai negatiiviseen suuntaan ja jättäisi keskiverto 3 vastaukset väliin. Osaltaan vastausten ymmärtämiseen saattoi ainakin ensimmäisen ryhmän osalta vaikuttaa se, että olimme toiminnansuunnitteluiltapäivässä keskustelleet ja pohtineet Learning café -menetelmällä kirjaamisen rakenteisuutta, asiakaslähtöisyyttä ja hiljaisen raportoinnin vaikutuksia. Alla on kuvattu yhteenveto itsearviointilomakkeen tuloksista (Kuvio 8).



Kuvio 8. Yhteenveto kirjaamisen itsearviointilomakkeen tuloksista

Määrällisellä analyysillä selvitetään muuttujien välisiä riippuvuuksia, keskiarvojen tilastollisia merkitsevyyksiä. Näitä voidaan selvittää muun muassa ristiintaulukoinnin, järjestyskorrelaatiokertoimen ja keskiarvotestin avulla. (Heikkilä 2005, 183.) Tulosten analysoinnissa käytin kvantitatiivista eli määrällistä analyysitapaa. Kvantitatiivi-

sen tutkimusaineiston analyysissä aineisto kuvataan ja tulkitaan tilastojen ja numeroiden avulla. Sillä pyritään selvittämään ilmiöiden syy-seuraussuhteita, niiden välisiä yhteyksiä tai yleisyyttä eri numeroiden ja tilastojen avulla. (Määrällinen analyysi 2015.)

Analysoin itsearviointilomakkeen numeerisia vastauksia tiivistämällä aineistoa. Tutkin yhtä muuttujaa kerrallaan ja pyrin saamaan tietoa sen muuttujan jakaumasta aineistossa. Summasin vastaukset yhteen kunkin väittämän kohdalla. Tämän jälkeen laskin tuloksista keskiarvot, jotka antoivat väittämille numeeriset arvot. (ks. Vilka 2005, 90–92.) Jokainen olisi voinut itse laskea omat pisteensä vastaustensa perusteella, mutta päätin jo etukäteen pisteyttää ne itse ajan säästämiseksi. Vertailemalla tuloksia selvitin, tapahtuiko numeerista muutosta suuntaan tai toiseen. Pidin kirjanpitoa Word-ohjelmalla ja laskin jokaisen kysymyksen kohdalla montako kuttakin 1-4 vastausta oli vastattu ja niiden perusteella poimin merkittävät huomiot. Käytin tuloksia (Liite 2) myös seuraavan aineistonkeruun pohjana.

Tulokset. Kirjaamisen lähtökohtaa tarkastellessa kirjaamishojeet koettiin pääsääntöisesti selkeiksi ja riittäviksi ja valmiita fraasipohjia käytetään (n=27) kirjaamisen apuna. Lähes kolme neljäsosaa oli samaa mieltä siitä, että kirjaaminen on yhteistä (n=21), mutta kirjaamiseen *ei ole riittävästi aikaa* (n=21). Yli neljännes koki tarvitsevansa kirjaamisen koulutusta (n=12). Tähän kysymykseen kolme jätti vastaamatta. Tiedonkulkua ja raportointia koskevissa kysymyksissä koettiin, että etsittävä tieto löytyy helposti potilaspapereista. Yli kolme neljäsosaa oli sitä mieltä, että *sama tieto kirjataan useampaan paikkaan* potilaspapereissa (n=24). Yksi neljäsosa vastaajista koki sisällön ymmärtämisessä tulevan väärinkäsityksiä (n=10) ja oli sitä mieltä, että hoitoisuusluokituksen tekeminen ei onnistu hyvin toisen hoitajan kirjaamisen perusteella (n=12). Lähes jokainen koki *tarkentavat kysymykset edellisen vuoron hoitajalta tarpeellisiksi* (n=26).

Rakenteinen kirjaaminen ja hoitotyön prosessi osiossa samanmielisyyttä koettiin hoidon tarpeen (n=28) ja tavoitteen (n=26) kirjaamisessa suhteessa toisiinsa ja niitä arvioitiin myös tarkastettavan hoidon edetessä (n=25). Suurin osa arvioi kirjaavansa hoitotyön auttamismenetelmät tavoitteiden mukaan (n=23), tähän kaksi oli jättänyt vastaamatta. Lähes kaikki arvioivat kirjaavansa hoitotyön toteutusta ja hoitotyön toimintoja (n=28). Myös ohjaustilanteet ja keskustelut arvioitiin kirjatun ylös (n=26).

Hoidon tulokset suhteessa hoidon tavoitteisiin arvioi kirjaavansa yli kolme neljäsosaa vastanneista. Kolme neljäsosaa arvioi, että *hoitotyön yhteenveto osastojakson päätyttyä jää tekemättä* (n=20).

Yli kolme neljäsosaa arvioi *kirjaamistapansa olevan asiakaslähtöinen* (n=24). Lähes puolet *eivät kirjanneet hoidon tarvetta yksilöllisesti* (n=15). Yksilöllisen tavoitteen (n=21) arvioi kirjaavansa lähes kolme neljäsosaa ja hoidon arvioinnin yksilöllisesti suhteessa hoidon tavoitteeseen ja tarpeeseen arvioi kirjaavansa kolme neljäsosaa (n= 22).

Kaiken kaikkiaan keskiarvollisesti (ka välillä 1-4) kirjaamisen lähtökohta sisältäen kirjaamisen ohjeistuksen sekä tiedonkulun ja raportoinnin (ka 2,7) jäi hieman heikolle tasolle. Erikseen arvioituna kirjaamisen ohjeistus nousi paremmalle tasolle (ka 3,0), kun taas tiedonkulku ja raportointi (ka 2,4) koettiin heikoksi. Rakenteinen kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaan (ka 3,0) sekä asiakaslähtöisyys (ka 2,8) arviointiin toteutuvaksi hyvin melko saman mielisesti.

Itsearviointin tulokset olivat hyvin yhteneväisiä aiempien menetelmien tulosten kanssa. Ristiriitaisuuksia esiintyi asiakaslähtöisessä kirjaamisessa, minkä itsearviointin perusteella kerrottiin olevan parempaa kuin kirjaamisen arviointimittarin tulosten perusteella. Kirjaamisohjeet koettiin selkeiksi ja yhteneväisiksi, mutta vaikeuksia oli tehdä hoitoisuusluokitus toisen kirjaamisen perusteella. Tiedonkulun turvaaminen, tuplakirjaamisen vähentäminen, hoitotyönyhteenvedon kehittäminen sekä asiakaslähtöisyyden huomioiminen nousivat itsearviointin perusteella kirjaamisen kehitettäviksi alueiksi, jotka nousivat esiin myös aiemmin mainituista tuloksista.

5.2.5 Ryhmäkeskustelut hoitotyön kirjaamisen kehittämisen apuna

Ryhmäkeskustelujen teemat nousivat kirjaamisen arvioinnin, edellisen Learning café -harjoituksen sekä kirjaamisen itsearviointilomakkeen vastausten perusteella tehdyistä löydöistä, joita olivat hoidon yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden kirjaamisen, tuplakirjaamisen sekä hoitotyön yhteenvedon kehittämistarpeet. Tarkoituksena

oli syventää edellisillä menetelmillä saatuja tuloksia sekä saada toiseen tutkimuskysymykseen vastauksia, miten kirjaamista tulisi sisällöllisesti kehittää.

Toinen toiminnansuunnitteluiltapäivä oli samassa tilassa kuin ensimmäinenkin ja tässäkin harjoituksessa ajatuksena oli ensin käyttää Learning café -menetelmää, mutta harjoituksen edetessä ja hoitajien toiveesta se muuttui ryhmäkeskusteluiksi. Jollekin keskustelukumppanin vaihtuminen nopeaan tahtiin voi olla henkisesti kuormittavaa tai liian nopea tempo dialogin syntymiseksi (Laaksonen, Koskinen & Salminen 2011, 46). Dialogi syntyy ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta ja antaa työntekijöille mahdollisuuden edistää keskinäistä viestintää ja ymmärtämystä. Se on tapa ajatella ja miettiä yhdessä. Dialogin avulla eri näkemyksistä voidaan keskustella turvallisesti ja rakentavasti ja se innostaa oppimaan yhdessä ja toisilta. (Isaacs 2001, 30–33; Syvänen ym. 2015, 35.) Sengen (2008) mukaan dialogin tavoitteena ei ole johonkin lopputuloksen pääseminen, vaan pyrkimys ymmärtää ja nähdä uusia useita vaihtoehtoja ja tehdä valintoja niiden joukosta (Senge 2008; Syvänen ym. 2015, 35 mukaan). Dialogisessa tutkimuskäytännössä tutkija osallistuu aktiivisesti keskusteluun ja sitä ohjaa kuuntelu–puhe -malli. Dialogissa tutkija voi tehdä myös keskustelualoitteen, sillä ilman kommunikaatiosuhdetta dialogia ei voi syntyä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 79.)

Iltapäivien välillä oli reilu kaksi viikkoa aikaa ja tähän iltapäivään osallistui eri henkilöt kuin ensimmäiseen iltapäivään. Minun ja osastonhoitajan lisäksi osallistujia oli 16 henkilöä, joista 11 sairaanhoitajaa, 4 lastenhoitajaa sekä apulaisosastonhoitaja. Ohjelman runko oli saman sisältöinen, joten samalla tavoin kerroin myös tälle ryhmälle kehittämistehtävän taustaa ja tavoitetta sekä pidin lyhyen diaesityksen, jonka avulla näytin myös seuraavan harjoituksen keskusteluaiheet. Muodostin jälleen kolme ryhmää jako kolmeen periaatteella, joten yhteen ryhmään tuli 6 osallistujaa ja kahteen 5. Kaksi ryhmää työskenteli ulkoterassilla yhden ryhmän jäädessä sisätiloihin. Jaoin jokaiseen pöytään keskusteluaiheet ja tarvittavat apukysymykset ja kerroin aikaa olevan 15 minuuttia per aihe. Itse olin ”kuulolla”, jos aiheiden käsittelyssä tarvittiin apua. Aiheiden kirjaamiseen ja käsittelyyn annoin vapaat kädet. Käytössä oli A2-paperiarkkeja, eri värisiä tusseja ja post it -lappuja. Kiertelin pöydästä ja ryhmästä toiseen ja keskustelu kävikin vilkkaana. Ajoittain oli vaikeuksia ehtiä olla jokaisen ryhmän tukena tasapuolisesti. Siinä vaiheessa, kun oli ryhmien vaihtamisen vuoro,

osallistujat halusivatkin jatkaa omien aiheidensa parissa ja totesin sen olevan hedelmällisempää, jos kaikilla on riittävästi aikaa syventyä haastavien teemojen ympärille. Näin harjoituksesta tulikin ryhmäkeskustelua kolmessa eri ryhmässä, johon kului aikaa n. 45min. Keskusteluaiheiden purku vei aikaa noin 30min., huomattavasti enemmän kuin ensimmäisellä kerralla, sillä keskustelua ja mielipiteiden vaihtoa oli runsaasti. Valmiit ryhmäkeskustelujen aineistot talletin puhelimen kameraan.

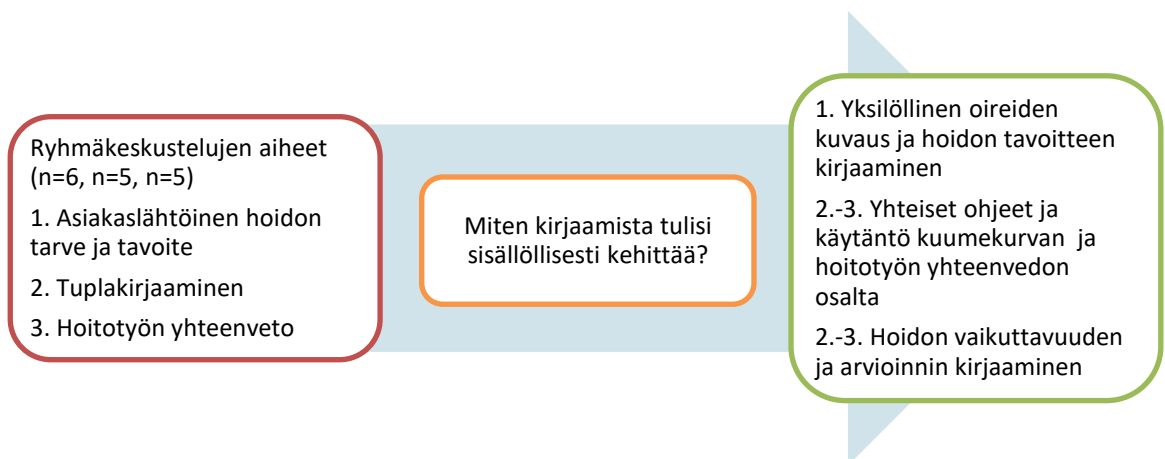
Ensimmäisen ryhmän (n= 6) pohdittava aihe oli asiakaslähtöisen ja yksilöllisen hoidon tarpeen ja tavoitteen kehittäminen. Asiakaslähtöistä kirjaamista ryhmän jäsenet pohtivat arvioimistani hoitotyönkertomuksista otettujen esimerkkien pohjalta ja kirjassivat ylös, mikä on potilaan yksilöllinen hoidon tarve ja mitkä ovat yksilölliset tavoitteet suhteessa hoidon tarpeeseen (Liite 2). Tämän aineiston analysointia en nähnyt tarpeelliseksi, sillä keskustelun tarkoitus oli saada aikaan dialogia sekä harjoitella asiakaslähtöistä ja yksilöllistä kirjaamista.

Hoidon tarve oli usein kirjattu diagnoosina kuten pneumonia (keuhkokuume), laryngiitti (kurkunpääntulehdus), VTI (virtsatieinfektio) ja ryhmä mietti yksilöllistä tarpeen määrittelyä potilaassa näkyvänä muutoksena, heikkoutena, vaikeutena tai ongelmana. Tarpeen määrittelyssä voi käyttää myös kuvailevia sanoja, kuten oksentaa runsaasti kaaressa, päänsärky ponnistuksen yhteydessä. Samoin hoidon tarpeena voi miettiä, miksi potilas on tulossa operaation ja mikä tai miten asia on vaurioitunut. Potilaspapereissa saattoi olla hoidon tarve kirjattuna vasta hoitotyön yhteenvedossa. Arvioitavissa hoitotyönkertomuksissa alun perin kirjattu tavoite oli usein itsestään selvä asia ja oli enemmän hoitajan tavoite kuin potilaan, kuten toimenpiteen onnistuminen, oireiden helpottaminen, voinnin koheneminen tai saada verensokerit ja ketoaineet laskemaan. Tavoitteet voivat olla konkreettisempia, kuten hf 30-40 (hengitysfrekvenssi), SpO2 yli 94 (saturaatioarvo) ja niitä tulisi peilata hoidon tarpeeseen. Tavoite saattoi löytyä väärän otsikon alta tai vasta hoitotyön yhteenvedosta. Arvioivan kirjaamisen osalta hoidon tuloksiin oli kirjattu huomiointia ja arviointia potilaan oireista ja voinnista.

Asiakaslähtöisyys ja sen kirjaaminen herättivät voimakasta keskustelua. Taitoa kirjaamiseen on, mutta asiakaslähtöinen kirjaaminen vaatii ajatustavan muuttamista, mikä ei ole helppoa ja vie aikaa ennen kuin sen oppii ja sisäistää. Ryhmätyössä potilaan oireita osattiin kuvata hyvin ja sen pohjalta myös tavoitteiden kirjaaminen

onnistui. Aihe herätti paljon keskustelua ja näkemyserojakin oli. Osittain koettiin turhaksi kirjata hoitajalle selkeitä ja ilmiselviä sairauden oireita, mutta oleellista onkin, että tarpeena näkyisi nimenomaan potilaan eikä hoitajan kokema hoidon tarve.

Toisen ryhmän (n=5) teemana, mikä nousi edellisestä Learning café -harjoituksesta sekä itsearviointien tulosten perusteella, oli tuplakirjaaminen. Kolmannen ryhmän (n=5) teema oli hoitotyön yhteenvedon kehittäminen, jonka aihe nousi itsearviointien tuloksista sekä kirjaamisen arviointimittarin tulosten perusteella. Näiden kahden ryhmän osallistujat käsittelivät aihetta Mind Map -menetelmällä käyttäen eri värisiä post-it-lappuja ja tusseja ajatusten esiintuomiseksi. Mind Map -menetelmää voidaan käyttää ideoiden kehittämiseen, havainnollistamiseen ja jäsentämiseen sekä ongelmanratkaisun apuna. Sen avulla voidaan tunnistaa muun muassa tutkittavaan aiheeseen liittyviä käytäntöjä. Ideat esitetään moniulotteisesti ja graafisesti. (Mind Map [viitattu 4.4.2018].) Tuplakirjaamisessa käytettiin apukysymyksiä mitä tuplakirjataan, miksi tuplakirjataan ja mitkä olisivat ratkaisuehdotuksia. Hoitotyön yhteenvedo -aiheen apukysymyksinä olivat 1) mitä syitä tekemättä jättämiselle, 2) mikä helpottaisi sen tekemistä ja 3) mitä ratkaisuja ja ehdotuksia näihin ongelmiin. Kuviossa 9 on esitelty ryhmäkeskusteluista saatujen aineistojen yhteenvedo.



Kuvio 9. Ryhmäkeskustelujen yhteenvedo

Analysoin molempien ryhmien aineistot teemoittelun periaatetta käyttäen luokitellen vastaukset kolmeen ryhmään apukysymysten perusteella aina alkuperäisestä ilmauksesta pelkistettyyn ilmaukseen. Hain samaa tarkoittavia ilmauksia ja nimesin yhteneväisille asioille teeman. Hoitotyön yhteenvedoa käsittelevän aineiston teemoittelua olen kuvannut kuviossa 10.

Kuvio 10. Esimerkki hoitotyön yhteenveto -aineiston teemoittelusta

1.	ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	TEEMA
	Asennevamma Liian itsekriittistä	Oma asenne vaikuttaa	Vastuullisuus
	Puutteelliset ohjeet Yhtenäinen sopimus ja käytäntö puuttuvat	Yhteisten ohjeiden puute	Yhtenäiset ohjeet
	Rutiini puuttuu	Kokemuksen puute	Koulutus ja kokemus
	Pitkä osastojakso Potilas vain yhden vrk:n osastolla	Osastojakson pituus vaikuttaa	Hoitojakson pituus
	Kiire	Kiire	Ajanpuute

2.	Vain tärkeimmät lyhyesti Tarkennettu fraasi Tulotilanteen ja hoidon tarpeen erot?	Lyhyesti, ytimekkäästi, selkeästi	Selkeä ohjeistus
	Esimerkkejä ”meidän” potilaista	Omat esimerkit	Yhteinen ohje
	Aloitetaan tekemään jo ennen hoitojakson loppua	Aloitetaan ajoissa, ennakointi	Työn priorisointi

3.	Yhteinen vastuu asiasta Vastuu kaikilla lasta hoitaneilla	Kaikki tekee	Yhteinen vastuu
	Voi tehdä myöhemminkin, kun rauhallista	Tekee, kun ehtii	Työn priorisointi
	Tekeminen toistoja	Vaatii käyttöä	Kokemus ja koulutus
	Hyvä kirjaaminen hoidon tuloksiin helpottaa tekemistä	Arvioiva kirjaaminen	Hoidon arviointi ja vaikuttavuus

Tulokset. Tuplakirjaamisen osalta useaan paikkaan kirjattavia asioita löytyy usean hoitotyön komponentin alta, kuten erittäminen (virtsaaminen, ulosteet, lima, oksennus), ravitsemus (rintamaitomäärä), nestehoito, lääkitys, aistitoiminto (kipu), verenkierto ja hengitys (vitaalielintoiminnot). Tähän vaikuttaa, ettei osata hyödyntää kuumekurvaa, on jäänyt tavaksi kirjata useaan paikkaan sekä yhtenäinen sopimus ja käytäntö puuttuvat. Ratkaisuksi tuplakirjaamisen välttämiseksi ehdotettiin kuumekurvan kehittämistä ja sen käytön selkeytymistä yhteisillä ohjeistuksilla sekä arvioivaa kirjaamista lastenhoitotyölehdelle (LASHOI). Kuumekurva on yksilöllisesti muokattavissa oleva työkalu, jonka avulla voidaan seurata potilaan voinnin muutoksia. Kuumekurvan hyödyntäminen ja kehittäminen jatkuvat kehittämisprosessin edetessä. Hoitotyön yhteenvetoon tekemättä jättämisen syyt ovat ajanpuute ja vastuun välttäminen, mikä näkyy siinä, että hoitotyön yhteenveto jää tekemättä, kun potilaalla on pitkä osastojakso. Yhtenäiset ja selkeät ohjeet puuttuvat eikä ole tullut rutiinia ja kokemusta sen tekemiseen. Kaivataan tarkempaa fraasia ja selkeää ohjetta tai mallia sen tekemiseen. Hoitotyön yhteenvetoon tulee kirjata vain tärkeimmät

asiat ja sen tekeminen voidaan aloittaa jo ennen potilaan hoitojakson loppua, jolloin sen laatiminen onnistuisi myös kiireisempänä aikana. Jotta hoitotyön yhteenveto tulee tehtyä, tarvitsemme selkeät yhtenäiset ohjeet kirjaamiseen sekä ennakointia ja oman työn priorisointia. Ratkaisuna nähtiin yhteisen vastuun ja oman työn priorisoinnin lisäksi hoidon arvioinnin ja vaikuttavuuden kirjaaminen Hoidon tulokset - ydinotsikon alle, josta on apua hoitotyön yhteenvedon koostamiseen.

5.2.6 Kirjaamisen kehittämissuunnitelmalla laatua ja yhtenäisyyttä hoitotyön kirjaamiseen

Kolmannen syklin voi katsoa alkaneeksi syyskuussa 2017, kun tein hoitohenkilökunnalle tiedotteen sekä koosteen saaduista tuloksista ja kirjaamisen kehittämisalueista. Lähetin koosteen kaikille sähköpostitse sekä tulostin luettavaksi taukokuoneen seinälle. Lokakuussa esittelin tulokset osastotunnilla, jolloin aiheista käytiin keskustelua. Paikalla oli 13 henkilöä, joista viisi ei ollut aiemmin osallistunut tähän kehittämistyöhön. Osallistujat olivat samaa mieltä kehitettävistä aiheista ja ongelmista. Tulosten perusteella kehittämisen painopistealueiksi nousi kuusi asiaa, joita olivat: 1) asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys 2) yhteinen kirjaamiskäytäntö ja ohjeistukset, 3) hoidon arviointi, 4) hoitotyön yhteenveto, 5) kuumekurvan käytön kehittäminen sekä 6) hiljaisen raportoinnin mahdollistaminen. Näihin kehittämistarpeisiin kohdistettujen toimenpiteiden avulla laaditaan tavoitteet jokaiselle osa-alueelle ja käytämme apuna lasten ja nuorten osastolle laatimaani kirjaamisen kehittämissuunnitelmaa (Liite 4). Tällä tavoin pyritään vakiinnuttamaan uusi kirjaamistapa ja ohjeistukset käytäntöön ja saada yhtenäisyyttä sekä laatua kirjaamiseen. Tavoitteet ovat eri tasoisia ja kohdistuvat muun muassa uuden näkökulman oppimiseen, käytäntöihin ja tapoihin, potilastietojärjestelmän hyödyntämiseen. Kehittämissuunnitelma ei ole tämän raportointityön päätyttyä vielä lopullinen ja sitä on mahdollisuus muokata tarpeiden mukaan.

Yhteiset toiminnot ja yhdessä tehdyt päätökset mahdollistavat muutokseen sitoutumisen ja se edellyttää keskustelua. Parhaimmillaan muutos on yhdessä oppimista. Muutoksessa tulee luoda yhteys vanhan ja uuden välille sekä selventää päämäärä ja suunta. Kirjallinen muutos- ja arviointisuunnitelma selkeyttävät muutosprosessia

ja väliarviointi mahdollistaa etenemisen arvioinnin ja tavoitteiden tarkistamisen sekä auttaa näkemään pienet edistysaskeleet. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 150–153.)

Joiltakin osin kirjaamisen muutos voi tapahtua nopeasti, toiset taas vievät enemmän aikaa eikä muutokselle välttämättä aina nähdä tarvetta. Muutoksessa vanhasta toimintatavasta luopuminen on vaikeaa ja entistä tapaa saatetaan pitää itsestäänselvyytenä eikä sitä osata kyseenalaistaa. Muutos tuleekin saada siirtymään kulttuurin syvärakenteisiin ja perusolettamuksiin, muutoin se saattaa jäädä pintatason muutokseksi ja ensimmäisten vaikeuksien jälkeen palataan entiseen toimintamalliin. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 147) Kirjaamisen kehittyminen vie aikaa ja sen muuttuminen on hidasta, sillä kehitysinterventiot kestävät jopa 1-3 vuotta. Tulokset alkavat näkyä vasta 1-1,5 vuoden kuluttua harjoittelun myötä. (Salmela, Ritvanen & Ylönen 2011, 16-18.)

Kehittämistyön tulosten mukaan kirjaamisessa tarvitaan asennemuutosta ja yhteistä vastuuta. Muutos edellyttää tietoisuutta ja asenteen muodostumista. Tulee tehdä päätös kokeilusta ja toiminnan jatkamisesta kokeilun jälkeen (Mäkisalo-Ropponen 2012, 149). Toikon ja Rantasen (2009, 21–22) mukaan uusi tutkimisen vaihe alkaa, kun uusia tapoja kokeillaan käytännössä ja arvioidaan. Välillä voidaan palata takaisin johonkin vanhaan ja muutetaan sellaista, mikä ei toimi toimintatutkimuksen spiraalimaisuuden ja syklisyyden tapaan. Tutkiminen ja kehittäminen kulkevat välillä rinnakkain ja välillä peräkkäin. Kokeilun jälkeen tulee varsinainen toteutus ja kun muutos on siirtynyt syvärakenteiden tasolle, voidaan puhua muutoksen vahvistumisesta. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 149). Kirjaamisen kehittyminen vaatii myös esimiehen ja johdon tukea (vrt. Kuutsa 2010; Kähkönen 2010; Saranto 2013; Saranto & Kinnunen 2014). Johtamisen haasteena on löytää yhteistyökokeiluihin aikaa, resursseja ja ohjausta, jotta uudesta toimintatavasta tulee pysyvä toimintamalli ja ne alkavat tuottaa pysyviä tuloksia (Kontio 2010, 21).

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten tarkastelua

Hoitotyön kirjaamista on tutkittu vuosien varrella paljon. Määrämuotoisen kirjaamisen on todettu parantavan tiedon yhteneväisyyttä ja yhtenäisen potilastiedon merkitys korostuu valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden ja sote -uudistuksen myötä. Tietojärjestelmien toimivuus edellyttääkin yhdenmukaista kirjaamista. (THL 2015.) Rakenteiden, prosessien ja tiedonkulun jatkuva kehittäminen ovat keskeisiä keinoja vähentää turvallisuusriskejä, jotka liittyvät erityisesti tiedonhallintaan ja muutosprosesseihin (STM 2017, 15).

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli tutkia keskussairaalan lasten ja nuorten osaston hoitotyön kirjaamisen nykytilaa ja kirjaamisen kehittämistarpeita sekä miten kirjaamista voi sisällöllisesti kehittää. Kirjaamisen lähtötasoa tutkittiin määrällisellä menetelmällä potilasasiakirjoja tarkastelemalla ja niistä saatuja tuloksia työstettiin laadullisilla osallistavilla menetelmillä yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Tulosten perusteella hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden edistämiseksi tulee kehittää asiakaslähtöisyyttä, yhteisiä kirjaamiskäytäntöjä ja ohjeistuksia, hoidon arviointia, hoitotyön yhteenvetoa, kuumekurvan sekä hiljaisen raportoinnin käyttöä.

Kehittämistyön tulokset osoittivat yhteisten kirjaamiskäytäntöjen ja ohjeistusten puutteen. Kun tiedot potilaan voinnista ja hoidosta ovat ajan tasalla ja välittyvät turvallisesti työntekijältä toiselle, taataan sillä hoidon jatkuvuus ja varmistetaan potilasturvallisuus (ks. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 8-9). Hyvän kirjaamisen ja ajan tasaisen tiedon avulla potilaan hoitoa voidaan järjestää suunnitellusti ja tehokkaasti. Kirjaamisen ohjeet, säännöt ja käytännöt tulisivat olla hyvin yhdenmukaisia koko organisaatiossa, jotta potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus eivät kärsi esimerkiksi henkilökunnan vaihtuvuudesta ja liikkuvuudesta. Kirjaamisessa tulee ottaa huomioon myös osastojen erityisosaaminen. Yhteistä ohjeistusta ja kirjaamiskäytäntöä tarvitaan niin tämän kehittämistyön kuin muidenkin tutkimusten perusteella, sillä niiden puute aiheuttaa epäselvyyttä kirjaamisessa ja on riski tiedonkululle (vrt. Kinnunen 2013; Kettunen & Gerlander 2013; Kuusisto ym. 2015). Janhusen ym. (2016,

91) mukaan yhteiset toimintamallit ja ohjeistukset mahdollistaisivat myös tasalaatuisen arvioinnin.

Rakenteisuuden osalta kirjaaminen ei tulosten mukaan täysin vastannut organisaation kirjaamisohjeita. Kirjaamista tapahtui väärin otsikoiden alle ja koettiin, että tieto hukkuu tekstipaljouteen. Usein tieto kirjataan hoitotoimien jälkeen välittömästi Efficaan, ettei se unohdu ja näin informaatiota kerääntyy. Koska tehtyä hoitotyötä arvioidaan myös kirjausten perusteella, tarkoittaa se sitä, että kirjaamaton työ voidaan tulkita jääneen tekemättä. Rakenteisen kirjaamisen toteutuminen on paljolti kiinni potilastietojärjestelmästä ja nykyinen potilastietojärjestelmä antaa mahdollisuuden sooloiluun. Yhteisillä ohjeistuksilla voidaan helpottaa tiedon löytymistä. Rakenteinen kirjaaminen kuitenkin edistää hoitoprosessien noudattamista ja hoidon jatkuvuutta (THL 2015). Kirjaamisella katsotaan olevan suora yhteys myös hoitokäytäntöihin. Hoitotyön tulisi olla näyttöön perustuvaa toimintaa ja kirjaamisessa tulisi näkyä millaiseen tietoon päätökset perustuvat ja mikä vaikuttavuus hoitotyön eri keinoilla on. (Hallila 2005, 12.) Kliinisen päätöksenteon tulee pohjautua kattaviin ja ajantasaisiin tietoihin, joita saadaan KanTa-palveluista ja potilastietojärjestelmistä (STM 2014, 15).

Kirjaamisessa tulee korostua asiakas- ja potilaskeskeisyys, jossa potilas tai hänen läheisensä on otettu mukaan hoidon suunnitteluun (Hallila 2005, 7). Tulosten perusteella lapsen ja nuoren hoidon tarpeiden ja tavoitteiden kirjaamisessa ei näkynyt yksilöllinen potilaan kokema hoidon tarve eikä potilaan näkökulmasta asetettu tavoite, mikä tulisi olla hoitosuunnitelman lähtökohtana. (vrt. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 8-9). Oma kirjaaminen kuitenkin koettiin asiakaslähtöiseksi. Onko niin kuin Virtanen ym. (2011, 46) toteaa, että asiakas- ja potilaslähtöisyyttä pidetään usein itseisarvona? Vaikka oma työskentelytapa olisi asiakaslähtöinen, lapsen ja perheen osallisuuden mahdollistava, se ei takaa asiakaslähtöisyyden näkymistä kirjaamisessa. Asiakaslähtöinen ajattelu ja yksilöllisten tarpeiden kirjaaminen ohjaavat hoitotoimintojen valinnoissa, mahdollistaa hoitotyön merkityksen ja näkyväksi saamisen ja on siinä mielessä tärkeää. Hoitotyön kirjauksia tarkastellessa huomio kiinnittyi siihen, että potilaan hoidon tarvetta ei juuri päivitetty osastojakson aikana ja hoidon tavoite oli harvoin yhteydessä tarpeeseen. Janhusen ym. (2016, 183, 191)

tutkimuksen mukaan kokeneemmat sairaanhoitajat kokevat hoidon tarpeen arvioinnin teon helpommaksi. Siksi olisi perusteltua, että myös kirjaamisessa näkyisi hoitajien kokemus yksilöllisen tarpeen, hoitosuunnitelman päivittämisen ja hoidon arvioinnin osalta, jolloin se ohjaisi myös vähemmän työkokemusta omaavia kollegoja hoitotyön auttamismenetelmien valinnoissa. Samalla kokemuksen tuoma hiljainen tieto tuotaisiin näkyviin. Tiedon päivittämisellä on merkitystä hoidon jatkuvuuteen, tiedonkulkuun ja potilasturvallisuuteen (Syväoja & Äijälä 2009, 74).

Tulosten perusteella asiakaslähtöisyyden näkökulma on vaikea kirjata ja kirjaaminen tapahtuu hoitajan näkökulmasta käsin. Kuusiston ym. (2015) hoitotyön yhteenvetojen sisältöä koskevassa tutkimuksessa puuttui myös potilaan näkökulma ja hoidon vaikuttavuus. Lääketieteellisestä ja hoitajalähtöisestä ajattelusta pois pääseminen ei ole helppoa ja on juurtunut syvälle ajatteluun. Asiakaslähtöisen kehittämisen toimintamalleissa tulee korostaa kaikkien osallistumista, sillä hiljainen tieto tavoitetaan osallistavilla menetelmillä (Virtanen ym. 2011, 55). Kiire ja resurssien vähyys ovat Leväsluodon ja Kivisaaren (2012, 11, 24) mukaan asiakaslähtöisen kehittämisen haasteita ja asiakaslähtöinen ajattelu vaatii asennemuutosta. Virtanen ym. (2011, 46-47) mainitsevat, että asenteiden muuttamiseen tarvitaan johtajien ja esimiesten esimerkkiä. Asenteiden muuttaminen ei tapahdu hetkessä ja vaatii harjoittelua ja toistoja sekä asiakaslähtöisten työskentelytapojen systemaattista nostamista osaksi päivittäistä työntekoa.

Kehittämistyön tulokset osoittivat, että hoitotyön yhteenveto jää kiireen vuoksi usein tekemättä ja tietojen kokoaminen on hankalaa johtuen epäyhtenäisestä ja runsaasta kirjaamisesta. Ideaalista olisi, että hoitotyön yhteenvetoa voisi valmistella pitkin hoitajaksoa, joka muodostuisi automaattisesti potilastietojärjestelmässä ja olisi eri hoito-organisaatioiden ja potilaan hyödynnettävissä (ks. Kuusisto ym. 2015, 321). Hoitotyön yhteenveto antaa tärkeää tietoa jatkohoidon kannalta ja on dokumenttina potilaalle hoitotyön vaikuttavuudesta sekä luettavissa KanTa -arkistossa. Näin koko hoitoprosessi tarpeen määrittelystä jatkohoitoon on jälkikäteen nähtävissä. Yhteisillä ohjeistuksilla nopeutamme ja selkeytämme hoitotyön yhteenvedon tekemistä, jotta sen pystyisi antamaan lapsen ja perheen mukaan mahdollisesti jo kotiutusvaiheessa (vrt. Kuusisto ym. 2015, 321).

Kehittämistyön tulosten perusteella hiljainen raportointi on parantanut kirjaamista ja edesauttaa laadukkaampaa kirjaamista, mikä on todettu useissa muissakin tutkimuksissa (vrt. Puumalainen ym. 2003; Turtiainen 2005; Pelander & Kirjonen 2011; Laukkanen ym. 2012). Tarvitaan kuitenkin enemmän aikaa niin potilastietojen kirjaamiseen kuin lukemiseen. Kirjaamista ja hoitotyön suunnittelua tulee osata priorisoida ja siten tehostaa ajankäytön hallintaa. Hiljaisen raportoinnin koettiin parantavan erityisesti arvioivaa hoitotyön kirjaamista. Arviointia toivottiin näkyvän kirjauksessa vielä enemmän, mikä helpottaisi seuraavaa työvuoroon tulijaa parantaen hoidon jatkuvuutta ja hoitotyön yhteenvedon tekemistä. Kehittämistyössä oli havaittavissa saman suuntaisia tuloksia kuin Rajasen ja Pölkin (2017, 3) tutkimuksessa, jossa todettiin, että hoidon arvioinnin sijaan keskitytään potilaan käyttäytymisen ja yleisvoinnin kirjaamiseen.

Itsearviointinnissa tiedonkulku ja raportointi jäi huonoimmalle tasolle. Tulokseen saattoi vaikuttaa se, että lähes kaikki olivat vastanneet kysyvänsä tarkentavia kysymyksiä edellisen vuoron hoitajalta, mikä lomakkeessa vei vastauksen negatiiviseen suuntaa. Asia ei kuitenkaan ole huono, sillä se kertoo, että osastolla keskustellaan ja vaihdetaan ajatuksia potilaiden hoidosta ja turvataan siten hoidon jatkuvuus. Myös Aaltosen (2015) tutkimuksessa suullinen tiedonanto oli tärkeää hiljaisesta raportoinnista huolimatta, kirjaaminen lisääntyi, mutta laatu parani. Tämänkin kehittämistyön perusteella voidaan katsoa, että hiljainen raportointi auttaa kirjaamisen sisällön kehittymistä ja hyvällä kirjaamisella se tulee varmasti onnistumaan jatkossakin. Vaikka potilastietojen kirjaaminen ja lukeminen vie enemmän aikaa, hiljaisesta raportoinnista ei haluta luopua.

Keskussairaalassa oli saatu vastaavia kirjaamisen tuloksia jo aiemmin (vrt. Nurmela 2016), mutta ne eivät olleet saaneet vielä muutoksia aikaan omassa työyksikössä. Kirjaamiskäytännöt ovat erilaisia eri yksiköissä, joten oman sisäisen kirjaamisen auditoinnin avulla tulokset olivat silmiä avaavia, mutta eivät yksistään olisi välttämättä johtaneet muutokseen. Tavoitteena oli työelämälähtöinen, konkreettinen ja toteuttamiskelpoinen kehittämistyö. Osallistavien menetelmien avulla tuotiin esiin konkreettisia muutostarpeita ja niitä nousi hyvin esiin.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti toteutettu tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia. Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyön eri vaiheissa ovat hyviä tieteellisen käytännön periaatteita. (TENK 2012, 6.) Kehittämistyössäni noudatetaan tutkimustyötä koskevaa lainsäädäntöä ja eettisiä periaatteita, joiden lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Tavoitteena on tutkittavien itsemääräämisoikeuden, yksityisyyden ja vahingoittumattomuuden turvaaminen. Tutkimukseen osallistuvia tulee informoida riittävästi tutkimuksen tarkoituksesta ja osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen. (Hirsjärvi ym. 2007, 25; Kuula 2011, 61.) Pidin alustuksia ennen toiminnallisia harjoituksia ja tiedotin työyhteisöä tuloksista ja kehittämistyön etenemisestä. Asioista myös keskusteltiin työajalla. Informointi oli haastavaa niiden osalta, jotka eivät olleet mukana aineiston tuottamisessa tai tulivat työyhteisöön myöhemmin.

Eettisiin kysymyksiin liittyy aineistonhankinnan juridiikkaan, anonymisointiin ja arkistointiin liittyvät asiat (Hirsjärvi ym. 2007, 27; Kuula 2011, 64). Kehittämisen oletetaan kuuluvan työyhteisön tehtäviin eikä siinä mielessä tarvita suostumusta toimintojen kehittämiseen. Kehittämistyö tapahtui työajalla ja siihen annettiin myös mahdollisuus olla osallistumatta. (vrt. Kuula 2011, 61–62.) Potilasasiakirjojen tarkastelua varten hain tutkimusluvan kehittämistyöni tekemiseen ja aineiston keräämiseen huhtikuussa 2017 ja sain sen keskussairaalan johtavalta ylilääkäriltä. Tutkimuseettisten periaatteiden mukaan noudatin huolellisuutta potilasasiakirjojen käsittelyssä ja anonymiteetin säilymisessä. Potilasasiakirjoista poistin potilaiden henkilötunnukset ja nimet sekä hoitajien nimet asiakirjamerkintöjen perästä ennen niiden analysointia, joten niistä ei voinut tunnistaa yksittäistä henkilöä. Kehittämistyön valmistamisen jälkeen hävitän aineistot. Osallistavien menetelmien osalta aineistot olivat ryhmätöitä ja itsearviointilomakkeet palautettiin nimettöminä, joten niistä ei tunnista yksittäistä työntekijää tai kenenkään näkökulmaa, mikä vaikutti olevan osallistujille tärkeää. (Vrt. TENK 2009, 8–10.)

Kehittämistutkimuksen luotettavuustarkastelussa luotettavuutta arvioidaan niiden menetelmien avulla, joita käytetään. Reliabiliteetti ja validiteetti mittaavat tutkimuksen luotettavuutta ja laatua. Validiteetilla tarkoitetaan kuvausten, johtopäätösten, selitysten ja tulkintojen luotettavuutta ja paikkansapitävyyttä, mutta myös oikeiden

asioiden tutkimista. Validiteetissa on kyse tulosten yleistettävyydestä muihin tilanteisiin sekä tulkinnan ja käsitteiden virheettömyydestä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetti merkitsee tulosten pysyvyyttä eli toistettavuutta. Aineisto on reliabeeli, kun se ei sisällä ristiriitaisuuksia. Kehittämistutkimuksessa pyritään muutokseen, jossa muutos on seurausta käytetystä interventtiosta. Validiteetti ja reliabiliteetti eivät sellaisenaan sovellut laadullisen tutkimuksen luotettavuuden perusteiksi, sillä tutkijan oma kokemus ja näkemys ilmiöstä vaikuttavat tutkimustuloksiin. (Kananen 2008, 112–113, 123.) Laadullisessa tutkimuksessa myöskään uusintamittaus ei takaa reliabiliteettia, sillä ilmiö voi muuttua ajan kuluessa eikä siinä ole toistettavuutta (Kananen 2015, 119). Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa on kyse tutkimusprosessin luotettavuudesta. Kun taas kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuudella tarkoitetaan mittauksen luotettavuutta eikä tutkijan muiden toimenpiteiden osuvuutta arvioida. (Eskola & Suoranta 2005, 210–211.)

Kehittämistoiminnassa luotettavuudella tarkoitetaan tiedon todenmukaisuutta ja hyödyllisyyttä (Toikko & Rantanen 2009, 121). Luotettavuus edellyttää riittävää dokumentaatiota. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston analyysivaihe ja luotettavuuden arviointi nivoutuvat toisiinsa. (Eskola & Suoranta 2005, 208; Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Kehittämistoiminnassa tulosten toistettavuuteen vaikuttavat ryhmän sosiaaliset eli yksilölliset, kulttuurilliset ja yhteisölliset tekijät, joten samanlaisen ryhmäprosessin toteutuminen on vaikeaa (Toikko & Rantanen 2009, 123). Tässä kehittämistyössä ryhmien kokoonpanot olivat erilaisia ja vaikuttivat jo itsessään tuloksiin, eivätkä aineistojen tulokset ole suoraan yleistettävissä.

Laadullisessa tutkimuksessa korostuvat myös aineiston riittävyys eli saturaatio ja useamman menetelmän käyttö eli triangulaatio, joilla voidaan parantaa kehittämistyön luotettavuutta. (Kananen 2008, 125–126.) Kehittämistehtävässä käytettiin sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen menetelmiä ja tulokset olivat vastauksiin ja omaan tulkintaani perustuvia. Kehittämistyöllä pyrittiin muutokseen, joten sama tulos ei ole jatkossa toivottava. Siinä mielessä perinteinen validiteetin ja reliabiliteetin käyttökelpoisuus arvioitaessa ei ole kovin hyvä.

Osallistavat menetelmät mahdollistivat keskustelun, alustamisen ja pystyin ohjeistamaan tehtävänantoja. Kehittämisen kysymykset toimivat aineiston käsittelyn pohjana. Aineistot ovat työyhteisön kuvauksia ja ajatuksia kehitettävästä asiasta, joten

kehittämistyötä voi siltä osin pitää luotettavana. Kehittämistulokset julkaisin työyhteisölle avoimesti. Tutkimustyössä noudatin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa.

6.3 Kehittämistyön toteutuksen arviointia

Opinnäytetyö oli tutkimuksellista kehittämistoimintaa, jossa oli piirteitä toimintatutkimukselle tyypillisestä syklisyydestä. Työyhteisön osallistuminen kehittämistoimintaan on tärkeää ja tutkimuksellisen kehittämistoiminnan avulla se oli mahdollista. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa käytännön ongelmat ja kysymykset ohjaavat tiedontuotantoa ja kehittämisprosessilla tavoitellaan konkreettista muutosta (Toikko & Rantanen 2009, 22–23).

Kehittämistyön ensimmäinen sykli alkoi kehittämistyön aiheen kartoituksella. Aiheen valinnassa tulee perustella, miksi kehittämistyö toteutetaan ja kenen ehdoilla aihe valitaan (Ojasalo ym. 2014, 49). Aihe nousi osallistavan pyramidiharjoituksen pohjalta sekä sen ajankohtaisuuden vuoksi. Aiheen valintaan vaikutti myös oma mielenkiintoni aihetta kohtaan. Pyramidiharjoituksessa suurempi osallistujamäärä olisi mahdollistanut useampien mielipiteiden huomioimisen, mutta tyydyin saamiini vastauksiin, että pääsin kehittämistyön alkuun. Ensimmäisen syklin toinen vaihe oli selvittää osaston hoitotyön kirjaamisen nykytila määrällisen arviointimittarin avulla. Sen avulla sai tehtyä osaston kirjaamisen sisäisen auditoinnin, jonka tekeminen on EPSHP:n yleisenä tavoitteena. Arviointimittarin otos vastasi yleistystä koko lasten ja nuorten osaston potilasryhmästä. Mittari oli valtakunnallisesti paljon käytetty ja tulosten arvioinnissa käytin vertaisarviointia. Mittarilla ei selvitetty iän, työkokemuksen, ammatin vaikutusta, jotka olisivat saattaneet vaikuttaa tulokseen. (ks. Kananen 2015, 117.) Mittarin tulokset toimivat lähtökohtana kirjaamisen kehittämiseksi ja osallistaville menetelmille.

Oman roolin löytäminen kehittäjä–työntekijänä oli ajoittain haasteellista, sillä kuuluin tiiviisti työyhteisöön ja kehittäminen tapahtui työn ohessa (ks. Toikko & Rantanen 2009, 91). Normaalissa työarjessa aikaa kehittämiselle on vähän. Osastolla oli myös

toinen hanke menossa samanaikaisesti, mikä osaltaan vaikutti myös tämän prosessin aikatauluttamiseen. Lisäksi kehittämistyöprosessin onnistuminen vaati oman mielenkiintoni ja ajan lisäksi työyhteisön osallistumista. Sain esimiehen ja työyhteisön tuen sekä toimintavapauden kehittämistyön suunnitteluun ja toteutukseen ajan ja resurssien puitteissa. Koin tärkeäksi kuulla myös hoitohenkilökunnan ajatuksia kirjaamisesta ja sen mahdollisista kehittämisestä. Osallisuuden avulla on mahdollista arvioida ja kehittää toimintaa ja löytää uusia käytäntöjä ja toimintatapoja (Toikko & Rantanen 2009, 97–98; Ojasalo ym. 2014, 37, 58).

Toisessa syklissä selvitettiin kirjaamisen kehittämistarpeita ja -kohteita sekä määrällisellä että laadullisilla menetelmillä. Learning café -harjoitus ja ryhmäkeskustelut sujuivat hyvin ja osallistujat olivat aktiivisesti mukana sekä osallistuivat vilkkaasti keskusteluihin. Eriäviä mielipiteitä uskallettiin tuoda esiin, vaikka ryhmätilanteet voivat myös estää kielteisten asioiden esiin tulon (Hirsjärvi ym. 2007, 206). Harjoituksen tulokset olisi voinut lähettää kommentoitaviksi myös poissaolleille, jotta he olisivat saaneet myös osallistua ideointiin. Osallistujajoukko tuli kuitenkin rajata, joten se koostui toiminnansuunnittelupäiviin osallistujista. He olivat kaikki vakinaisia tai pidempään osastolla työskennelleitä hoitajia, nuorempaa ja vanhempaa ikäpolvea. Osallistaville harjoituksille oli varattu 1,5 tuntia, mikä jäi hieman lyhyeksi, sillä aikaa meni myös alustuksiin ja siirtymisiin. Aiheeseen orientoitumiseen saattoi vaikuttaa joko suoraan työvuorosta tai kotoapäin tuleminen. Ylimääräiset keskeytykset jäivät kuitenkin pois paikan ollessa osaston ulkopuolella. Osallistavat menetelmät olivat hedelmällisiä ja toivat kehittämistyöhön osallistuvien omakohtaisia ajatuksia esiin. Laadullisilla menetelmillä sai tuotettua lisäarvoa ensimmäiselle määrälliselle aineistolle ja siten lisäsi kehittämistyön luotettavuutta.

Asiakaslähtöinen kirjaaminen teemaan syntyi niukasti vastauksia ja ne olivat hyvin suurpiirteisiä. Asiakaslähtöisyys on hyvin laaja käsite ja aiheen käsittely potilaan näkökulmana tai osallisuutena olisi voinut toimia paremmin. Itsearviointilomakkeessa joitakin vastausruutuja oli jätetty tyhjäksi. Kysymykset saattoivat olla vaikeita, koska niihin ei vastattu, mutta mahdollisuutta kysymysten tarkentamiseen ei kuitenkaan hyödynnetty. Yleisesti vastaamattomuus ei ollut ongelma, koska lomake jaettiin kaikille samassa tilanteessa ja jokainen vastasi siihen saman tien. Arviointimittarilla ja itsearviointilomakkeella saaduissa tuloksissa oli sekä yhteneväisyyttä että ristiriitaa

ja niiden avulla pystyi syventämään osallistavien harjoitusten aineiston sisältöä. Learning café -harjoituksen ja itsearviointilomakkeen kautta esiin nousevat teemat toimivat pohjana ryhmäkeskusteluille, joissa käsiteltiin asiakaslähtöisyyttä sekä pohdittiin ja mietittiin tuplakirjaamisen ja hoitotyön yhteenvedon ongelmia ja kehittämisideoita. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston keruun menetelmät tukivat toisiaan ja aineistoista nousevat tulokset nivoutuivat toisiinsa (ks. Kananen 2008, 119). Kehittämissuunnitelma muuttui työn edetessä ja kehittämisvaiheiden mukaisesti.

Pelkkä arviointimittarin käyttö ei olisi tuonut kaikkia näitä kehittämistarpeita esiin. Osallistavien menetelmien avulla työyhteisö mietti kirjaamista ja toimintatapaa syvällisemmin. Menetelmiä, näkökulmia ja tuloksia peilasitiin teoriakäsitteisiin, jotka toimivat aineiston pohjana ja sain vastaukset kehittämiskysymyksiin. Toiminnansuunnittelupäivät osallistavine harjoituksineen olivat lähellä toisiaan, mikä vaikutti siihen, että edellisten aineistojen analysointiin ei ollut riittävästi aikaa ja asetti omat haasteensa aina seuraavaan vaiheeseen valmistautumiseen. Triangulaatio johti aineiston riittävyteen ja osittain myös päällekkäisyyteen, sillä tulokset alkoivat toistua. Osa aineistoista jäi hieman pintapuolisiksi, kuten Learning café:n asiakaslähtöinen kirjaaminen. Vastaavia menetelmiä voi käyttää jatkossa niin arviointimittarin kuin osallistavien menetelmien osalta. Itsearviointin uudelleen teko ei ole mielekäästä, sillä kaikki lomakkeen täyttäneet eivät ole tällä hetkellä työyksikössä töissä eikä alkuperäisiä itsearviointituloksia jäänyt kenellekään itselle, jotta jokainen voisi verrata tulostaan edelliseen.

Kehittämistyön aikana pidin tutkimuspäiväkirjaa, josta oli hyötyä kesällä aloittamani kirjoitusprosessin ja aineistojen analysoinnin edetessä. Tuloksista ja kehittämistarpeista tehty tiedote ja kuviokooste oli kaikkien luettavana sekä sähköpostitse että taukuhuoneen seinällä syksyllä. Osastotunneilla käytiin keskustelua kirjaamisesta ja tehtiin muutoksia fraaseihin. Arviointia käytiin lähinnä keskustelujen avulla ja kysymällä menetelmien jälkeen palautetta. Menetelmät koettiin hyvinä, ne tuottivat hyvää keskustelua ja innostuneisuutta. Ajatusten vaihtaminen kollegoiden kanssa koettiin antoisina. Kehittämisprosessi toi esiin työyhteisön yhteen hiileen puhaltamisen ja ajatusten esiin tuomisen, kun siihen annetaan aikaa ja mahdollisuuksia. Ryhmätyöskentely ja osallistavat menetelmät olivat sopiva tapa kirjaamisen kehittämisessä ja niitä tulee hyödyntää myös muissa kehittämistilanteissa.

Toimintatutkimuksen syklimäisyys näkyi enemmän tutkimuksen aineiston keräämisessä ja analysoinnissa, kuin uusien toimintatapojen toteutuksessa ja reflektoinnissa. (ks. Heikkinen 2008, 35). Kehittämisessä muutokset eivät välttämättä tapahdu hetkessä, vaan se on usein pitkäjänteistä puurtamista. Kehittämistyön kolmas sykli käsitti joitakin muutoksia kirjaamiseen ja fraaseihin sekä ideointia yhteisten ohjeiden suunnitteluun sekä alustavan kirjaamisen kehittämissuunnitelman tekemisen. Koska uuden toimintatavan vakiinnuttamisen prosessi sekä yhteisten ohjeiden työstäminen ovat aluillaan, selkeitä kehittämistyön näkyviä muutoksia esimerkiksi tiedonkulun osalta on nähtävissä vasta tulevaisuudessa. Kirjaamisen uudelleen arviointi myöhemmin on tarpeellinen, kun käytäntö on vakiintunut. Silloin nähdään, missä vaiheessa kehittämissuunnitelmaa mennään ja onko muutoksilla ollut vaikutusta kirjaamiseen.

Kehittämistyö hyödytti eniten omaa työyhteisöä, sillä kirjaamisen kehittämistä edesauttaa, jos tuntee osaston käytännöt ja millaisia potilaita siellä hoidetaan. Tutkimustuloksen on hyvä olla läheltä ja omakohtaisesti tuotettua, jotta se saa aikaan muutosta. Osallistavat menetelmät luovat yhteenkuuluvuuden tunnetta ja yhdessä tekemisen meininkiä. Kehittämistyöhön tarvitaan ennen kaikkea esimiehen tukea ja ajankäytön mahdollistamista. Jatkossa kirjaamisen kehittämisessä tulee kiinnittää huomiota potilasohjaukseen ja sen vaikuttavuuteen, mitä ei potilasasiakirjoissa juurikaan näkynyt. Mielenkiintoista olisi myös tutkia, onko hoitotyön yhteenvedon sisältö perheille ja yhteistyötahoille ymmärrettävä ja tarkoituksenmukainen.

Kehittämistyön prosessi oli mielenkiintoinen matka, joka vaati ajoittain paljon voimavaroja opiskelun, perheen ja työn yhteensovittamisessa. Kokonaisuudessaan prosessi tuki omaa osaamistani ja kehittymistäni ja ymmärrys kehittämistyöstä ja hoitotyön kirjaamisesta lisääntyi.

LÄHTEET

- Aaltonen, H. 2015. Hiljaisen raportoinnin käyttöönotto sisätautiosastolla. Turun ammattikorkeakoulu. Terveysala, sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ja johtaminen. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.
- Carr, W. & Kemmis, S. 1986. *Becoming critical. Education, Knowledge and Action Research*. Geelong: Deakin University.
- Dufault, M., Duquette, C., Ehmann, J., Hehl, R., Lavin, M., Martin, V., Moore, M., Sargent, S., Stout, P. & Willey, C. 2010. Translating an evidence-based protocol for nurse-to-nurse shift handoffs. *Worldviews on evidence-based nursing* 7(2), 59- 75. Saatavana: PubMed-tietokanta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 7.p. Tampere: Vastapaino.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Ei päivystä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2013-2020. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 5.12.2016]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/6270/Etela-Pohjanmaan_sairaanhoitopiirin_strategia_2013-2020.pdf
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 13.10.2014. Kliininen toimintaohjelma 2014 – 2017. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 7.4.2017]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/9622/Kliininen_toimintaohjelma_2014_-_2017.pdf
- Hallila, L. (toim.) 2005. *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi.
- Hallitusohjelma. 2015. *Ratkaisujen Suomi: Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015*. [Verkkajulkaisu]. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Valtioneuvoston kanslia. [Viitattu 28.2.2018]. Saatavana: <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>
- Heikkilä, T. 2005. *Tilastollinen tutkimus*. 5.-6. p. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Heikkinen, Hannu L. T. 2008. *Toimintatutkimuksen lähtökohdat*. Teoksessa: Heikkinen, Hannu L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. 3. korj. p. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16-38.
- Hellstén, K., Outinen, M. & Holma, T. 2004. *Kehittävä vertaiskäynti – työvälaine laadunhallintaan*. Aiheita 31/2004. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Stakes. [Viitattu 15.8.2017]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77962/Aiheita31-2004.pdf?sequence=1>

- Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännöllisesti. Helsinki: Fioca.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uud.p. Helsinki: Tammi.
- Hoitotyön suositus. 13.1.2016. Leikki-ikäisen emotionaalinen tuki päiväkirurgiassa hoitotyössä. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. [Viitattu 9.2.2018]. Saatavana: http://www.hotus.fi/system/files/HOITOSUOSITUS_Leikki_ik%C3%A4isen_emotionaalinen_tuki.pdf
- Hoitotyön toimintaohjelma 2014-2018 Etelä-Pohjanmaalla. Ei päivystä. [Verkkajulkaisu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 5.12.2016]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/6876/hoitotyön_toimintaohjelma_EP.pdf
- Holloway, I. & Wheeler, S. 2010. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. 3rd ed. Chichester, West Sussex; Ames, Iowa: Wiley-Blackwell.
- Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca.
- Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen: toimintatutkimus lastenosastolla. Acta Universitatis Tamperensis 1151. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.
- Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. (toim.) 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen: Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Raportti 31/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hyväri, S. 2017. Asiakslähtöisyyden periaatteet ja toteutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Teoksessa: Helminen, J. (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Edita, 32-45.
- Isaacs, W. & Tillman, M. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito: Uraauurtava lähestyminen liike-elämän viestintään. Helsinki: Kauppakaari.
- Janhunen, K., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2016. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede 28 (3), 182-192.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 31.3.2012. Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje 2008-versio. Koulutusmateriaali. EPSHP.

- Kaila, A. (toim.) 2014. Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008 – 2013. [Verkkojulkaisu]. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 20/2014. Laatutyö. [Viitattu 13.4.2017]. Saatavana: http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/julkaisutoiminta_julkaisuluettelo.html
- Kaila, M., Niemi-Murola, L., Kauppi, P. 2014. Näyttöön ja osaamisen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta. [Verkkoartikkeli]. Duodecim 130 (17), 1739. [Viitattu 12.2.2018]. Saatavana: Medic-tietokanta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kanta. 2017. [Verkkosivusto]. Kansallinen Terveysarkisto. [Viitattu 25.1.2018]. Saatavana: <http://www.kanta.fi/>
- Kettunen, T. & Gerlander, M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. 1.p. Helsinki: Duodecim, 293-314.
- Kinnunen, U. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. [Verkkojulkaisu]. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 14.6.2017]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1209-1>
- Koivunen, K. 2017. Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. [Verkkojulkaisu]. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 6. [Viitattu 28.2.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8>
- Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. [Verkkojulkaisu]. Oulu: TUKEVA-hanke. [Viitattu 11.4.2017]. Saatavana: <http://oulu.ouka.fi/seutu/tukeva/Moniammatillinen-julkaisu.pdf>
- Kullberg, A., Sharp, L., Johansson, H. Brandberg, Y. & Bergermar, M. 2017. Patient satisfaction after implementation of person-centered handover in oncological inpatient care - cross-sectional study. PLoS ONE 12(4), e0175397. Saatavana: PubMed-tietokanta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uud. p. Tampere. Vastapaino.

- Kuusisto, A., Asikainen, P. & Saranto, K. 2014. Hoitotyön yhteenvedo potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. *Hoitotiede* 26(4), 310-321.
- Kuusisto, A., Asikainen, P. & Saranto, K. 2015. Hoitotyön yhteenvedon tietosisältö hoitotyöntekijöiden arvioimana. *Hoitotiede* 27(4), 311-323.
- Kuutsa, H. 2010. Hoitotyön raportointimallin kehittäminen ja hoitotyöntekijöiden kokemuksia raportointikäytännön muutoksesta. Savonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja hoitotyön kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.
- Kyrönlahti, E. & Hemminki, A. 2016. Pyramidimalli. Luentomateriaali.
- Kyrönlahti, E. 2017. Työyhteisön itsearviointi ja niiden kehittäminen -lomake. Luentomateriaali.
- Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raporttikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. [Verkkosivu]. [Viitattu 30.11.2016]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. [Verkkosivu]. [Viitattu 30.11.2016]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- L 9.2.2007/159. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. [Verkkosivu]. [Viitattu 30.11.2016]. Saatavana: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>
- L30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. [Verkkosivu]. [Viitattu 30.11.2016]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Laaksonen, S., Koskinen, S. & Salminen, L. 2011. Monien mahdollisuuksien learning café. Teoksessa: Junnila, R., Koskinen, S. & Salminen L. (toim.) Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Turun yliopisto. Julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A62, 38-49.
- Laitila, M., Leikkola, P., Immonen, E & Pitkänen, A. 2016. Hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytykset erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla: hoitohenkilökunnan näkemyksiä. *Tutkiva Hoitotyö* 14 (2), 33-39.
- Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. [Verkkójulkaisu]. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja A, nro 11.

- Turku. [Viitattu 12.2.2018]. Saatavana: <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/A-nro-11-2012.pdf>
- Lasten ja nuorten osasto. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 24.3.2017]. Saatavana: http://www.epshp.fi/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/lastentaudit/lasten_ja_nuorten_osasto/toiminnan_luonne
- Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. [Verkkojulkaisu]. Espoo: VTT Technology 62. [Viitattu 28.2.2018]. Saatavana: http://soteli.metropolia.fi/jk/kohti_asiakaslahtoisia_sote_palvelumalleja.pdf
- Liljamo, P., Kinnunen, U. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. [Verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). [Viitattu 15.3. 2017]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5>
- Maijala, H., Helminen, M., Heino-Tolonen, T. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Äkillisesti sairaan lapsen perheen ja hoitavien henkilöiden välinen vuorovaikutus – substansiivisesta teoriasta mittareiden kehittämiseen. *Hoitotiede* 22 (3), 163-183.
- Mind Map. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Opetushallitus. [Viitattu 4.4.2018]. Saatavana: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/mind_map
- Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2014. Potilaskertomuksen rakenteistamisen menetelmät Suomessa. Teoksessa: Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. (toim.) Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Raportti 21/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 26-29.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: SanomaPro.
- Määrällinen analyysi. 10.4.2015. [Verkkosivu]. Jyväskylän yliopisto: Koppa. [Viitattu 3.4.2018]. Saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>
- Nelson, B.A. & Massey, R. 2010. Implementing an Electronic Change-of-Shift Report Using Transforming Care at the Bedside Processes and Methods. *The Journal of Nursing Administration* 40 (4), 162–8. Saatavana: PubMed-tietokanta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Tammi: Helsinki.

- Nurmela, E-P. 2016. Koulutusintervention vaikutus hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatuun. [Verkkojulkaisu]. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 20.2.2017]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBM:fi:uta-201606021738>
- Näyttöön perustuva toiminta. 13.2.2018. [Verkkosivu]. Hoitotyön tutkimussäätiö. [Viitattu 15.2.2018]. Saatavana: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uud. p. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Pelander, T. & Kirjonen, S. 2011. Raportoinnin kehittäminen. Teoksessa: von Schantz, M. v., Toivonen, H. & Lind, K. (toim.) Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla. [Verkkojulkaisu]. Turun ammattikorkeakoulu. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 104, 22-32. [Viitattu 15.3.2018]. Saatavana: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf>
- Perehdytysopas uusille työntekijöille. 2017. Lasten ja nuorten osasto B21. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Osasto-opas.
- Potilaan hyvä hoito. 2.3.2009. Potilaan hyvä hoito Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä: Ihmisen terveyden tähden. [Verkkojulkaisu]. Eteläpohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 30.11.2016]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/1202/Potilaan_hyva_hoito.pdf
- Potilasturvallisuusopas 2011. Ei päiväystä. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). [Viitattu 20.1.2018]. Saatavana: <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>
- Puumalainen, A.; Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. Tutkiva hoitotyö 1(1), 4-9.
- Rajanen, T. & Pölkki, T. 2017. Lapsen kivun arvioinnin kirjaaminen päiväkirurgisella osastolla: retrospektiivinen tutkimus potilasasiakirjoista. Tutkiva hoitotyö 15(1), 3-9.
- Rantanen, M. 2013. Asiakslähtöisyys lasten hoitoyksikössä perheiden kokemana hoitopolun eri vaiheissa. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Johtaminen ja kehittäminen. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.
- Sahlström, M., Partanen, P. & Turunen, H. 2012. Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. Tutkiva Hoitotyö 10 (4), 4-13.

- Salmela, M, Ritvanen, J. & Ylönen, M. 2011. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Teoksessa: Schantz, M. v., Toivonen, H. & Lind, K. (toim.) Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla. [Verkkójulkaisu]. Turun ammattikorkeakoulu. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 104, 12-21. [Viitattu 15.3.2018]. Saatavana: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf>
- Salo, R. 2005. Saumattomat palveluketjut. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki. Tammi, 120-125.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta -Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Saranto, K & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa: Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 123-136.
- Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudist. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 156-165.
- Saranto, K. & Kinnunen, U-M. 2014. Tulokset hoitotyön näkökulmasta. Teoksessa: Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-bengs, P. (toim.) Sähköisen potilas kertomuksen rakenteistaminen: Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Raportti 31/2014. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, 51-60.
- Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uud. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 12-16.
- Sonninen, A-L. & Ikonen, H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A-L., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 75-79.
- STM. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. [Verkkosivu]. [Viitattu 30.11.2016]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- STM. 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena - Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. [Verkkójulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 6.2.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8>
- STM. 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. [Verkkójulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2017:9. [Viitattu 5.2.2018]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>

- Strople, B. & Ottani, P. 2006. Can Technology Improve Intershoft Report? What the Research Reveals. *Journal of Professional Nursing*. Vol. 22, No 3/2006, 197-204. Saatavana: PubMed-tietokanta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Suhonen, R. 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Hallilla, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 36-50.
- Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela K., Tappura, S., Kasvio, A. & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy
- Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki. Tammi.
- Tanttu, K. 2007. Tiedon jatkuvuus hoito- ja palvelukokonaisuudessa. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 166-171.
- Tanttu, K. 2008. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidon jatkuvuus. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 128-134.
- Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa: Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 113-122.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Kuntaliitto. [Viitattu 20.1.2018]. Saatavana: <http://docplayer.fi/1852367-Terveystieteiden-tutkimuskeskus-2011-Verkkójulkaisu.html>
- THL. 8.1.2015. Potilastietojen kirjaaminen yhdenmukaisella tavalla parantaa tietojen käyttökelpoisuutta. [Verkkójulkaisu]. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 7.2.2018]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/-/potilastietojen-kirjaaminen-yhdenmukaisella-tavalla-parantaa-tietojen-kayttokelpoisuutta>
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.
- Turtiainen, T. 2005. Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa. Teoksessa: Hallilla, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 126-131.

- TENK. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. [Verkkójulkaisu]. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 7.4.2018]. Saatavana: <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkójulkaisu]. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 7.4.2018]. Saatavana: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uud. ja täyd. p. Jyväskylä: PS-Kustannus, 103-140.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi
- Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.) 2015. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas: Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Ohjaus 2/2015. [Verkkójulkaisu]. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. [Viitattu 3.5.2017]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiseen. [Verkkójulkaisu]. Tekesin katsaus 281. Helsinki: Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus. [Viitattu 10.4.2017]. Saatavana: <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>
- Vuorenmaa, M., Palonen, M., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Hoitajien suhtautuminen potilaan perheeseen sairaalassa ja suhtautumista arvioivan FINC-NA -mittarin luotettavuuden arviointi. Hoitotiede 28 (2), 83-96.

LIITTEET

Liite 1. Hoitotyön kirjaamisen itsearviointilomake

Liite 2. Hoitotyön kirjaamisen itsearvioinnin tulokset

Liite 3. Asiakaslähtöinen kirjaaminen – ryhmäkeskustelun tulokset

Liite 4. Kirjaamisen kehittämissuunnitelma

LIITE 1 Hoitotyön kirjaamisen itsearviointilomake

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ITSEARVIOINTI

Arvioi hoitotyön kirjaamistasi kolmella eri osa-alueella.

Käytä arvioinnissa asteikkoa 1-4 (1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä).

1 KIRJAAMISEN LÄHTÖKOHTA		1	2	3	4
1.1 Kirjaamisen ohjeistus	Hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli on minulle tuttu ja osaan käyttää sitä.				
	Osaston kirjaamisohjeet ovat selkeät.				
	Osaston kirjaamisohjeet ovat riittävät.				
	Osaston kirjaaminen on yhtenäistä.				
	Kirjaamiseen on riittävästi aikaa.				
	Käytän valmiita fraasipohjia.				
	Koen tarvitsevani kirjaamisen koulutusta.				
1.2 Tiedonkulku ja raportointi	Etsimäni tieto löytyy helposti potilaspapereista.				
	Kirjaan saman tiedon useampaan paikkaan potilaspapereissa.				
	Kirjatun tiedon sisällön ymmärtämisessä tulee väärinkäsityksiä.				
	Kysyn tarkentavia kysymyksiä edellisen vuoron hoitajalta.				
	Hoitaisuusluokituksen tekeminen onnistuu hyvin toisen hoitajan kirjaamisen perusteella.				



2 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN JA HOITOTYÖN PROSESSI		1	2	3	4
2.1 Hoidon tarve	Kirjaan potilaan hoidon kannalta merkittävät tarpeet (potilaan/läheisen kertomat, itse havainnoimat, erilaisten mittausten perusteella saadut)				
2.2 Hoidon tavoitteet	Kirjaan hoidon tavoitteet suhteessa hoidon tarpeisiin.				
	Tarkistan hoidon edetessä hoidon tarpeen ja tavoitteet ja muutan niitä tarvittaessa.				
2.3 Hoitotyön suunnittelu/suunnitelma	Kirjaan potilaan/läheisen toiveet sekä hoitotyön auttamismenetelmät tavoitteiden mukaan.				
	Tarkistan suunnitelman päivittäin ja teen siihen muutokset.				
2.4 Hoitotyön toteutus eli hoitotyön toiminnot	Kirjaan hoitotyön toiminnot, hoitotoimet ja auttamiskeinot.				
	Kirjaan potilaan ohjaustilanteet sekä keskustelut.				
2.5 Hoidon tulokset	Arvioin potilaan hoitoa suhteessa hoidon tavoitteisiin.				
2.6 Hoitotyön yhteenveto	Teen hoitotyön yhteenvedon osastojakson päätyttyä.				

3 ASIAKASLÄHTÖISYYS		1	2	3	4
3.1 Asiakaslähtöisyys	Kirjaamistapani on asiakaslähtöinen.				
3.2 Yksilöllinen hoidon tarve	Kirjaan hoidon tarpeen yksilöllisesti esim. potilaan riskinä, vaikeutena, heikkoutena (ei diagnoosia).				
3.3 Yksilöllinen tavoite	Kirjaan hoidon tavoitteen konkreettisenä tekemisenä, kuten mitä potilas osaa, ymmärtää, hallitsee.				
3.4 Hoidon arviointi	Kirjaan hoidon tuloksen yksilöllisesti suhteessa tavoitteeseen ja tarpeeseen ja se on arvioivaa (myös potilaan omaa arviota).				

YHTEENVETO	Keskiarvo
1 KIRJAAMISEN LÄHTÖKOHTA	
1.1 Kirjaamisen ohjeistus	
1.2 Tiedonkulku ja raportointi	
2 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN JA HOITOTYÖN PROSESSI	
3 ASIAKASLÄHTÖISYYS	
Keskiarvot yhteensä	

LIITE 2. Hoitotyön kirjaamisen itsearviointin tulokset

1 KIRJAAMISEN LÄHTÖKOHTA		1	2	3	4	keski-arvo	ka 2,73
1.1 Kirjaamisen ohjeistus	Hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli on minulle tuttu ja osaan käyttää sitä.			14	15	3,52	osio 1.1 2,98
	Osaston kirjaamisohjeet ovat selkeät.		2	22	5	3,10	
	Osaston kirjaamisohjeet ovat riittävät.		4	20	5	3,03	
	Osaston kirjaaminen on yhtenäistä.		8	19	2	2,79	
	Kirjaamiseen on riittävästi aikaa. *	1	20	7		2,21	
	Käytän valmiita fraasipohjia. *		1	11	16	3,54	
	Koen tarvitsevani kirjaamisen koulutusta. ***		11	12	3	2,69	
1.2 Tiedonkulkua ja raportointia	Etsimäni tieto löytyy helposti potilaspapereista.	1	4	24		2,73	osio 1.2 2,37
	Kirjaan saman tiedon useampaan paikkaan potilaspapereissa.	5	19	5		2,00	
	Kirjatun tiedon sisällön ymmärtämisessä tulee väärinkäsityksiä.		10	17	2	2,72	
	Kysyn tarkentavia kysymyksiä edellisen vuoron hoitajalta.	8	18	3		1,83	
	Hoitaisuusluokituksen tekeminen onnistuu hyvin toisen hoitajan kirjaamisen perusteella.	1	11	17		2,55	
2 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN JA HOITOTYÖN PROSESSI							ka 3,05
2.1 Hoidon tarve	Kirjaan potilaan hoidon kannalta merkittävät tarpeet *		2	17	9	3,25	
2.2 Hoidon tavoitteet	Kirjaan hoidon tavoitteet suhteessa hoidon tarpeisiin.		3	21	5	3,07	
	Tarkistan hoidon edetessä hoidon tarpeen ja tavoitteet ja muutan niitä tarvittaessa.		4	19	6	3,07	
2.3 Hoitotyön suunnittelu/suunnitelma	Kirjaan potilaan/läheisen toiveet sekä hoitotyön auttamismenetelmät tavoitteiden mukaan. **		4	19	4	3,0	
	Tarkistan suunnitelman päivittäin ja teen siihen muutokset.			13	16	3,55	
2.4 Hoitotyön toteutus eli hoitotyön toiminnot	Kirjaan hoitotyön toiminnot, hoitotoimet ja auttamiskeinot.		1	17	11	3,34	
	Kirjaan potilaan ohjaustilanteet sekä keskustelut.		3	17	9	3,2	
2.5 Hoidon tulokset	Arvioin potilaan hoitoa suhteessa hoidon tavoitteisiin. *		6	19	3	2,89	
2.6 Hoitotyön yhteenveto	Teen hoitotyön yhteenvedon osastojakson päätyttyä. *	5	15	8		2,1	
3 ASIAKASLÄHTÖISYYS							ka 2,93
3.1 Asiakaslähtöisyys	Kirjaamistapani on asiakaslähtöinen.		5	18	6	3,03	
3.2 Yksilöllinen hoidon tarve	Kirjaan hoidon tarpeen yksilöllisesti esim. potilaan riskinä, vaikeutena, heikkoutena (ei diagnoosia).		13	14	1	2,57	
3.3 Yksilöllinen tavoite	Kirjaan hoidon tavoitteen konkreettisenä tekemisenä, kuten mitä potilas osaa, ymmärtää, hallitsee.		8	17	4	2,86	
3.4 Hoidon arviointi	Kirjaan hoidon tuloksen yksilöllisesti suhteessa tavoitteeseen ja tarpeeseen ja se on arvioiva (myös potilaan omaa arviota).		7	19	3	2,86	

n=29

*=jätetty vastaamatta

Osio	ka
1	2,73
1.1	2,98
1.2	2,37
2	3,05
3	2,93

LIITE 3. Asiakaslähtöinen kirjaaminen – ryhmäkeskustelun tulokset

Alkuperäinen hoidon tarve potilasasiakirjassa	Asiakaslähtöinen hoidon tarve	Alkuperäinen hoidon tavoite potilasasiakirjassa	Asiakaslähtöinen hoidon tavoite	Huomioitavaa
Pneumonia (suom. keuhkokuume)	Yskä, kuume, limaisuus, sahaava lämpö, yleistilan lasku, väsynyt, huono ruokahalu, kipu	Hengityksen helpottaminen	Yskän poistuminen, hengityksen helpottuminen, kuumeen laskeminen, limaisuuden väheneminen, yleistilan kohentuminen, ruokahalun parantuminen	Diagnoosi ei ole hoitotyön tarve. Tavoitteen ei tule olla hoitajan tavoite. HOIYHT:ssa oli kirjattuna hoidon tarpeena flunssa ja kuume 40C, mutta ei aiemmin.
VTI (suom. virtsatieinfektio)	Korkea kuume, käsittelyarkuus, itkuisuus, syömättömyys, pissamisessa poikkeavuutta (harvoin, haju, kipu)	Oireiden helpottaminen	Kuumeen laskeminen, yleistilan normalisoituminen, syömis-sen sujuminen, ongelmaton pissaaminen	Tärkeää olisi hyvä oireiden kuvaus, joiden perusteella myös hoidon tavoite konkretisoituu.
Gastro-enteriitti (suom. maha-suolitulehdus, yleisimmin ripuli)	Oksentelu, ripulointi, kuume, yleistilan lasku, huono syöminen/juominen, vatsakivut	Voinnin kohentuminen	Yleisvoinnin kohentuminen, elintoimintojen normalisoituminen, ruokahalun palautuminen	Alun perin kirjattu tavoite on itsestään selvä asia. Hoidon tuloksiin oli kirjattu huomioita ja arviointia potilaan oireista ja voinnista.
Adenotomia ja tympanostomia (suom. kitarisan poisto ja korvien putkitus)	Kuorsaaminen, toistuvat infektiot, hengityskatkokset, väsymys Operaation jälkiseuranta	Anestesiasta toipuminen	Toimenpiteestä toipuminen, syömis-sen sujuminen, kivuttomuus, yönunen normalisoituminen	Hoidon tarpeena voi miettiä, miksi potilas on tulossa operaatioon ja mikä on vaivannut/miten on vaivannut?
Tuore DM (suom. vasta todettu diabetes)	Yleistilan lasku, väsymys, painon lasku, janoisuus, kuivuma, tiheä virtsaisuus, vetämättömyys, ei jaksa herätä kouluun, korkea verensokeri	Saada verensokerit ja ketoaineet laskemaan	Yleistilan kohentuminen, elintoimintojen normalisoituminen, verensokerin tasapainottuminen, lapsen ja perheen sopeutuminen	Alun perin kirjattu tavoite on enemmän hoitajan tavoite. Hoidon edetessä konkreettisia tavoitteita. Perheen huomioiminen tärkeää.
Gastroskopia (suom. mahalaukun tähyystys)	Vatsavaivat, löysät veriset ulosteet, pelokas lapsi	Toimenpiteen onnistuminen	Vatsavaivojen syyn selviäminen, toimenpiteestä toipuminen, lapsen valmistelu toimenpiteeseen	Alun perin kirjattu tavoite ei ole hoitotyön tavoite.

LIITE 4. Kirjaamisen kehittämissuunnitelma

Lasten ja nuorten osaston kirjaamisen kehittämissuunnitelma 2018

Kehittämisaalueet - MITÄ	Toimenpiteet - MITEN	Tavoitteet – MIHIN PYRITÄÄN
Asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan näkökulma, oire, vaiva, ongelma. • Tavoite konkreettinen ja arvioitavissa • Päivitetään hoidon tarve ja tavoite hoidon edetessä lapsen voinnin mukaan • Hoitosuunnitelman päivittäminen • Kirjataan Lapsen ja perheen ohjaus näkyviin • Tarvitaanko koulutusta? 	
Yhteinen kirjaamiskäytäntö ja ohjeistus	<ul style="list-style-type: none"> • Sovitaan, mitä mihinkin kirjataan • Riittääkö EPSHP:n taskuopas • FCG-hoitoisuus ohjeiden, kuten apusanojen hyödyntäminen kirjaamisessa • Kaipaako rapsalappu muutoksia? 	
Hoidon arviointi	<ul style="list-style-type: none"> • LASHOI:lle enemmän arvioivaa kirjaamista • Kirjataan sen hoitotyön otsikon alle, mitä asia koskee • Hoidon tuloksiin kooste lapsen voinnista ja hoidon vaikuttavuudesta työvuoron jälkeen 	
Hoitotyön yhteenveto	<ul style="list-style-type: none"> • Osaston oma kirjaamismalli, kuka tekee? • Hyödynnetään hoidon tuloksia • Aloitetaan teko jo osastojakson aikana • Muutoksen lapsen voinnissa, potilaan/perheen näkökulma • Ohjaukset näkyviin 	
Kuumekurva	<ul style="list-style-type: none"> • Sovitaan yhteiset käytännöt • SpO2, VAS, VM, RM, tutkimukset, nestelista 	
Hiljainen raportointi	<ul style="list-style-type: none"> • Muistetaan lomilta ja pitkiltä vapailta tulevat, opiskelijat, uudet työntekijät, HYVÄ KIRJAAMINEN • Ovatko lukuohjeet riittävät? • Lukurauhan järjestäminen ja huomioiminen 	