

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tampere University of Applied Sciences

# HOITAJIEN KÄSITYKSIÄ OMAHOITAJUUDESTA, KIRJAAMISESTA JA RAPORTOINNISTA

Hanna Kauppinen  
Saija Kulmala  
Heikki Lepo

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2010  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KAUPPINEN, HANNA, KULMALA, SAIJA & LEPO, HEIKKI:  
Hoitajien käsityksiä omahoitajuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista

Opinnäytetyö 64 s., liitteet 5 s.  
Maaliskuu 2010

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien käsityksiä omahoitajuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että osastot ja poliklinikat voivat hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omahoitajakäytännön, kirjaamisen ja raportoinnin kehittämiseksi.

Opinnäytetyössä käytettiin määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla, johon hoitajat (N=131) vastasivat kirjallisesti kahden viikon aikana lokakuussa 2009. Numeraaliset vastaukset analysoitiin SPSS-ohjelman avulla ja avoimet kysymykset sisällön erittelyn avulla.

Hoitajien mielestä yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa yksilöllistä vastuuta päätöksenteossa, omahoitajuutta, yksilöllistä ja kokonaisvaltaista potilaan hoitoa. Suurin osa kertoi kirjaavansa sähköisesti omapotilaansa hoitoa koskevia hoitotyön päätöksiä. Puolet hoitajista toivoi lisää yhteistä aikaa oman potilaan kanssa.

Lähes kaikkien hoitajien kirjaamista ohjasivat potilastietojärjestelmä Mirandan otsikot. Hoitajien toteuttama kirjaaminen oli potilaslähtöistä ja myös läheiset huomioitiin kirjaamisessa. Lähes puolet koki, ettei työnantaja ollut tarjonnut riittävästi koulutusta tietotekniikan ja tietojärjestelmien oppimiseksi, mutta puolelle vastaajista sähköisen kirjaamisen oppiminen ei ollut ollut vaikeaa.

Hoitajat kokivat saavansa hyvin tietoa potilaastaan sekä suullisen että hiljaisen raportoinnin kautta. Suullisen raportin kestoa pidettiin sopivana. Lähes puolet koki saavansa suullisella raportilla ajankohtaisempaa tietoa kuin sähköisestä potilaskertomuksesta. Hyötynä hiljaisesta raportoinnista hoitajat kokivat ajan säästön, haittana tai esteenä kirjaamisessa olevat puutteet.

Opinnäytetyön tulosten perusteella yksilövastuista hoitotyötä voitaisiin kehittää erityisesti työyksikkötasolla. Kirjaamista tulisi kehittää tarjoamalla lisää koulutusta tietotekniikasta ja potilastietojärjestelmästä. Kirjaamisen tasoa kehittämällä voitaisiin myös kehittää hiljaista raportointia.

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

KAUPPINEN, HANNA, KULMALA, SAIJA & LEPO, HEIKKI:  
Nurses' conceptions of primary nursing, documentation and reporting

Bachelor's thesis 64 pages, appendices 5 pages  
March 2010

---

The purpose of this thesis is to collect information on nurses' conceptions of primary nursing, documentation and reporting. The aim of this study is that the units and outpatient clinics could utilize the results of the study to perfect the quality of primary nursing, documentation and reporting.

The method of this study was quantitative. The data were collected from the nursing staff with a semi-structured questionnaire that the nurses responded in writing during two weeks in October 2009. A total of 209 questionnaires were distributed and 131 nurses responded to them, the response rate thus being 63 %. The numerical responses were analyzed using an SPSS computer software and quantitative content analysis was used for the open questions.

According to the results the nurses perceived primary nursing as individual responsibility in decision making as well as individualistic and comprehensive patient care. Half of the nurses hoped for more time with their own patient.

The documentation carried out by the nurses originates from the patients and attention was paid also on the family. Nearly half of the nurses experienced that the employer had not offered enough education concerning technology and information systems but for half of the interviewees it had not been difficult to learn electronic documentation.

The nurses felt that they were receiving enough information about their patient through both oral and quiet reporting. Nearly half of the respondents experienced that they were getting more current patient information from the oral reports than from electronic documentations. The nurses experienced saving of time as the benefit of quiet reporting and the shortcomings in documentation as a drawback or obstacle for quiet reporting.

As suggestions for further development we present perfecting primary nursing, as well as providing further education in documentation and quiet reporting.

---

Keywords: primary nursing, documentation, reporting.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE .....	6
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
3.1 Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus .....	7
3.1.1 Yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajuuden määrittely .....	8
3.1.2 Yksilövastuisen hoitotyön peruspiirteet .....	10
3.2 Kirjaaminen .....	11
3.2.1 Kirjaamista koskeva lainsäädäntö .....	12
3.2.2 Hoitotyön periaatteet ja kirjaaminen .....	12
3.2.3 Hoitotyön prosessi ja kirjaaminen .....	13
3.2.4 Sähköinen kirjaaminen .....	14
3.3 Raportointi .....	16
3.3.1 Suullinen raportointi .....	17
3.3.2 Hiljainen raportointi .....	18
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	19
4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	19
4.2 Aineiston keruumenetelmä .....	19
4.3 Aineiston analyysimenetelmä .....	21
5 TULOKSET .....	22
5.1 Taustamuuttajat .....	22
5.2 Omahoitajuus .....	24
5.3 Kirjaaminen .....	30
5.4 Raportointi .....	39
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	48
6.1 Eettisyys ja luotettavuus .....	48
6.2 Tulosten tarkastelu .....	50
6.2.1 Omahoitajuus .....	50
6.2.2 Kirjaaminen .....	51
6.2.3 Raportointi .....	53
6.3 Kehittämisehdotukset .....	55
LÄHTEET .....	57
LIITTEET .....	60

## 1 JOHDANTO

Hoitotyön keskeisiä periaatteita ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, hoidon jatkuvuus ja turvallisuus (Ensio & Saranto 2004, 9). Omahoitajuus, kirjaaminen ja raportointi ovat kaikki tärkeitä työvälineitä näiden periaatteiden toteutumisessa.

Omahoitajajärjestelmä on vähitellen tullut käyttöön 1980-luvulta lähtien ja siitä on nykyään paljon kokemuksia ja tutkittua tietoa (Laaksonen 1994, 76; Voutilainen & Laaksonen 1994, 8). Kirjaaminen on kokenut monia muutoksia viimeisten vuosien aikana, uusi yhtenäisen rakenteen kirjaamisen malli on kehitetty ja tavoitteena olisi ottaa se valtakunnallisesti käyttöön lähivuosien aikana (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23). Raportoinnin suhteen on keskusteltu mahdollisuudesta siirtyä hiljaiseen raportointiin, jolloin suulliset raportoinnit jäisivät pois ja hoitajat hakisivat omapotilaistaan tiedot sähköisestä tietojärjestelmästä. Hiljaisessa raportoinnissa yhdistyvät kaikki kolme käytäntöä vaati erityisesti sähköisen kirjaamisen osalta hoitajilta tarkkuutta ja huolellisuutta. (Telaranta 1997, 225.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien käsityksiä omahoitajuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista. Pyyntö kyselyn ja opinnäytetyön tekemiseen on tullut työelämän taholta. Kiinnostuimme aiheesta sen ajankohtaisuuden takia. Sairaanhoidajan työssä omahoitajuus, kirjaaminen ja raportointi ovat tärkeä osa päivittäistä potilaan hoitoa.

Kyselylomake on luotu ja kysely aiemmin toteutettu Pirkanmaan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyönä yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoitotyön eri alueiden kanssa (Järvi, Kulla, Liljeberg, Metsänsalo ja Tirkkonen 2009). Tässä opinnäytetyössä kyselylomake muokattiin kyselyyn osallistuville hoitajille soveltuvaksi ja toteutettiin työelämän kanssa sovitulla osastoilla ja poliklinikoilla. Tulevaisuudessa osastot ja poliklinikat voivat hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omahoitajakäytännön, kirjaamisen ja raportoinnin kehittämiseksi.

## 2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

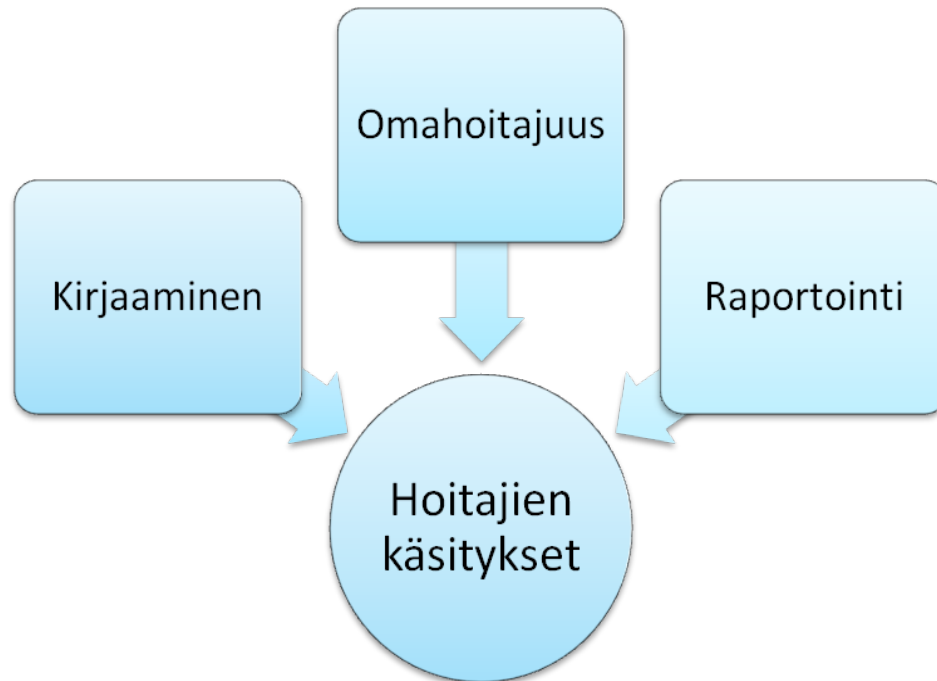
Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien käsityksiä omahoitajuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista.

Opinnäytetyön ongelmia ovat:

1. Miten hoitajat kokevat omahoitajuuden?
2. Miten hoitajat kokevat kirjaamisen?
3. Miten hoitajat kokevat raportoinnin?

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa hoitajien kokemuksista omahoitajuuteen, kirjaamiseen ja raportointiin liittyen, jotta osastot ja poliklinikat voivat hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tarvittaessa kehittää omahoitajakäytäntöä, kirjaamista ja raportointia.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT



KUVIO 1. Hoitajien käsityksiä omahoitajuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista

#### 3.1 Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus

Laki oikeuttaa potilaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) Alkuaikoina hoitotyötä ohjasi kokemuksen kautta muodostettu tieto ja taito sekä kristilliseen maailmankuvaan perustuva kutsumus. Sotien jälkeinen nopeasti teknistyvä yhteiskunta ja terveydenhuolto ohjasivat muutosta kohti lääketieteellistä tietoperustaa. Osaamisvaatimuksia olivat kirurginen ja leikkaussalin sairaanhoito, sisätautien sairaanhoito, silmätautien hoito, lasten sairaanhoito, infektioautien hoito, naistentautien sairaanhoito ja muut erikoisalat. Kapeasta tehtäväkeskeisestä työotteesta siirryttiin 1980-luvulla kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön, jolloin omahoitajuus, potilaslähtöiset hoitotyön suunnitelmat ja potilaan mukaan tulo oman

hoitonsa subjektiksi loivat perustaa sairaanhoitajan työlle. (Lukkarinen & Vuokila-Oikkonen 2005, 4.)

### 3.1.1 Yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajuuden määrittely

Yksilövastuisella hoitotyöllä tarkoitetaan potilaan ja omahoitajan, kahden yhdenvertaisen ihmisen, yhteistyösuhdetta, jossa molemmat työskentelevät potilaan sen hetkisen terveyden edistämiseksi (Munnukka 1993, 99). Potilas elää ainutlaatuista elämäntilannettaan ja omahoitaja tuo yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön oman henkilökohtaisen ammatillisuutensa. Munnukka (1993, 117) on tutkimuksensa tuloksena laatinut potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhdetta kuvaavan mallin, jonka mukaan yhteistyösuhteen lähtökohtana on se, mitä potilas ajattelee, sanoo ja miten hän toimii. Yhteistyösuhteeseen sisältyy käsitys ihmisen hoitamisesta. Sen pohjana ei ole ongelmien määrittely tai ammatillinen osaaminen, vaan ihmisen ainutkertaiset ja yksilölliset mahdollisuudet. Munnukan (1993) mukaan yhteistyösuhteen sisältö muodostuu yksilövastuisessa hoitotyössä turvautumisesta, läheisyydestä, ajallaan autetuksi tulemisesta, oman elämän hallinnasta ja mahdollisuuksien näkemisestä. (Munnukka 1993, 88.)

Hegyvaryn (1991) mukaan yksilövastuinen hoitotyö (primary nursing) on sekä hoitotyön filosofia että organisatorinen malli. Siinä ei pelkästään sovita sairaanhoitaja potilaalle, vaan se on lähinnä näkemys hoitotyöstä professionaalisenä, potilaskeskeisenä käytäntönä. Perusajatus on yksinkertainen: yksittäisen potilaan hoitotyö on koko ajan saman sairaanhoitajan valvonnassa sairaalaan saapumisesta kotiin pääsyyn saakka. (Hegyvary 1991, 17.)

Yksilövastuinen hoitotyö voidaan ymmärtää työnjakomuodoksi, jolloin tarkastellaan omahoitajan tehtäväksi sovittuja erilaisia työalueita potilaan hoitotyössä. Ymmärrettäessä yksilövastuinen hoitotyö hoitofilosofiana Pukurin (1997) mukaan

silloin painotetaan sellaisia hoidon laatuvaatimuksia ja periaatteita, jotka voivat toteutua omahoitajatyöskentelyn avulla ja jotka ilmentyvät hoitosuhteen vuorovaikutuksen sisällössä. Nimenomaan yksilöllisyyden periaate voi toteutua ainoastaan yksilövastuisten hoitotyön avulla. Yhteistyösuhteessa potilas ja omahoitaja oppivat tuntemaan toisensa. Näin voi syntyä kokemus ihmisen ainutkertaisuudesta ja siitä, että ihminen toteuttaa elämässään jotakin tarkoitusta ja tulee elämänsä kuluessa yhä yksilöllisemmäksi ja erilaisemmaksi kuin toiset ihmiset. (Pukuri 1997, 6.)

Paavilainen, Pukuri, ja Åstedt-Kurki (2007) tarkastelevat yksilövastuista hoitotyötä suhteessa perhekeskeiseen hoitotyöhön. Yksilövastuisten hoitotyön tekijästä käytetään nimitystä omahoitaja, tällöin on kyse yksilöllisesti vastuussa olevasta hoitajasta, joka tekee yhteistyösuhteeseen perustuvaa hoitotyötä potilaan kanssa. Yhteistyösuhteessa potilas ja omahoitaja oppivat tuntemaan toisensa, ja näin voi syntyä kokemus siitä, että potilaan ainutlaatuinen elämäntilanne ja hänen terveytensä toteutuvat yhteisenä päämääränä. Potilaan kanssa toimiessaan omahoitaja huolehtii myös, että potilaan läheiset ovat yhteistyössä hoitoprosessissa. Omahoitaja on aktiivinen suhteessa potilaan läheisiin. (Paavilainen ym. 2007, 31–33.)

Hildén, Paasovaara ja Tiikkajan (2008) artikkelissa selvitettiin Hyvinkään terveyskeskussairaalan yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtymisen prosessia, joka alkoi syksyllä 2002. Vuonna 2006 toisessa kyselyssä tutkittiin, miten yksilövastuinen hoitotyö toteutui käytännössä. Tutkimuksen mukaan yksilövastuinen hoitotyö oli juurtunut melko hyvin työskentelytavaksi kaikilla Hyvinkään terveyskeskussairaalan neljällä vuodeosastolla. Hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö sujui paremmin kuin ensimmäisessä kyselyssä 2004. Omahoitajan eri tehtävät potilaan hoidossa, kuntoutuksessa sekä jatkohoitoyhteistyössä saivat eniten kiitosta. Pulmina pidettiin korvaavan hoitajan puutetta sekä uuden potilaan vastaanottamiseen liittyviä pulmia (Hildén ym. 2008, 19–22.)

### 3.1.2 Yksilövastuisen hoitotyön peruspiirteet

Yksilövastuisen hoitotyön peruspiirteitä ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi, kattavuus (Hegyvary 1991, 17) ja jatkuvuus (Laaksonen 1994, 76). Pukurin (1997, 14) mukaan myönteinen innostunut asenne yksilövastuiseen hoitotyöhön on yksilövastuisen hoitotyön toteuttamisen lähtökohta.

Hoitotyössä vastuullisuus tarkoittaa sitä, että yksi sairaanhoitaja on vastuussa potilaan hoidosta vuorokauden ympäri koko potilaan sairaalassaoloajan. Sairanhoitaja on vastuussa potilaalle ja hänen perheelleen, virkatovereilleen ja hänet palkanneelle laitokselle. Lisäksi hän on vastuussa siitä, että noudattaa lainsäädäntöä. (Hegyvary 1991, 18.) Nymanin (2006, 4) mukaan omahoitaja vastaa potilaan ympärivuorokautisesta hoidosta tekemällä hoitotyön suunnitelman, joka noudattaa hoitotyön prosessimallia. Se sisältää hoidon tarpeet, tavoitteet, keinot, toteutuksen ja arvioinnin.

Hoitotyössä autonomia eli itsemääräämisoikeus tarkoittaa, että potilaan omahoitajalla on valtuudet tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä ammatin itsemääräämisoikeuden rajoissa (Hegyvary 1991, 18). Pukurin (1997) mukaan hoitaja suunnittelee yhdessä potilaan kanssa hoitotyötä, jonka toteuttaminen siirtyy korvaavalle hoitajalle omahoitajan työvuoron vaihtuessa. Tässä kollegiaalisuus tulee osaksi omahoitajan toimintaa. (Pukuri 1997, 17.)

Omahoitaja koordinoi potilaan hoitotyötä ja kokonaishoitoa. Hän tuntee omaiset ja he ovat mukana potilaan hoitamisessa niin paljon kuin sovitaan. Omahoitajat suunnittelevat yhdessä potilaiden ja omaisten kanssa jatkohoidon järjestelyjä. Omahoitaja toimii yhteistyössä muiden hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kanssa ja toimii tulkkina eri ammattialoilta saadun tiedon suhteuttamisessa potilaan elämään ja terveyteen. Koordinointi edellyttää taitoa yhteistyöhön joskus hyvinkin erilaisten ajattelutapojen ja näkemysten vallitessa. Päämääränä on kuitenkin potilaan terveyden edistäminen. (Pukuri 1997, 20.)

Kattavuudella hoitotyössä tarkoitetaan sitä, että jokainen hoitotyöntekijä huolehtii potilaan kaikista tarvittavista hoitotoimista määräaikana, esimerkiksi työvuoron aikana. Hegyvaryn (1991, 17) mukaan kattavuuden kriteeriä nimitetään joskus potilaan kokonaishoidoksi.

Yksi yksilövastuisen hoitotyön keskeisistä piirteistä on hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Hoitajakson aikana se merkitsee tarvittavan tiedon välittymistä muuttumattomana henkilöltä toiselle, työvuorosta ja yksiköstä toiseen. Potilaan kanssa tehtyjä sopimuksia, hoitosuunnitelmaa ja sen osana hoitotyön suunnitelmaa noudatetaan, ja potilas ymmärtää, mitä hänelle milloinkin tulee tapahtumaan. (Laaksonen 1994, 80.)

Pukurin (1997) mukaan on tärkeää, että potilas on jatkuvasti tietoinen omasta tilanteestaan, jotta hän voi vaikuttaa ratkaisuihin oman elämänsä ja terveytensä kannalta mielekkäästi. Tieto auttaa myös pelon ja epätoivon tunteiden hallintaa silloin, kun se on mahdollista. (Pukuri 1997, 19.) Kaikkia näitä peruspiirteitä ei aina käytännössä saavuteta täydellisesti, mutta ne ovat tavoitteina yksilövastuista hoitotyötä suunniteltaessa ja määriteltäessä. (Hegyvary, 1991, 18–19.)

### 3.2 Kirjaaminen

Kirjaaminen ei ole itse tarkoitus, vaan tärkeä työväline hyvässä hoitotyössä (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 55). Pitkään kirjaaminen on toteutettu niin kutsuttuna manuaalisena kirjaamisena, toisin sanoen kirjaus on tehty käsin paperille, mutta enenevässä määrin tämä käytäntö on jäämässä historiaan. Nykyajan hoitotyössä, tietotekniikan kehittymisen ansiosta, kirjaaminen tapahtuu yhä enemmän sähköisesti. (Ensio & Saranto 2004, 13, 31-32.)

### 3.2.1 Kirjaamista koskeva lainsäädäntö

Lainsäädäntö rakentaa perustan kirjaamiselle hoitotyössä. Ohjeita hoitotyön kirjaamiselle antavat muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009). Hoitotyön kirjaaminen tehdään potilasasiakirjoihin.

Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. Potilaan hoitoon osallistuvat saavat käsitellä näitä asiakirjoja vain siinä laajuudessa, mitä heidän työtehtävänsä edellyttää. Potilaan ollessa osastohoidossa, hänestä tulee aikajärjestyksessä riittävän usein kirjata tietoja toteutetusta hoidosta, tilassa tapahtuneista muutoksista ja hänelle tehdyistä tutkimuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

### 3.2.2 Hoitotyön periaatteet ja kirjaaminen

Kirjaamisessa kaikki hoitotyön periaatteet tulisi nivoutua yhteen. Hoitotyön keskeisiä periaatteita ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, hoidon jatkuvuus ja turvallisuus. Näiden rinnalle, tietotekniikan käytön lisääntyessä, on noussut moniammatillinen toimintatapa. (Ensio & Saranto 2004, 9). Näiden periaatteiden tulee näkyä sairaanhoitajan työssä, jonka yksi osa-alue potilastietojen kirjaaminen on. Potilaslähtöinen kirjaaminen toteutuu käytettäessä potilaslähtöistä kirjaamisrakennetta, jonka lähtökohtana on, että potilaalla on oikeus saada kirjatuksi se, mitä hän pitää tärkeänä ja miten hän haluaa tulla hoidetuksi, sekä

oikeus siihen, että kirjaaminen perustuu hänen yksilölliseen tilanteeseensa (Kärkkäinen 2007, 89). Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta tehdään merkintä potilaskertomukseen. Tämä on myös laissa määrättyä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Kirjaaminen lisää tiedonvälitystä potilaan terveydentilasta ja hänen saamastaan hoidosta (Kassara ym. 2006, 55). Hoitotyö on myös turvallista, kun potilasasiakirjoihin on kirjattu selkeästi kaikki potilaan hoitotyö ja se on kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien nähtävissä. Tavoitteena on, että hoitotyössä kirjattujen tietojen tulisi olla helposti saatavilla, helposti käytettävissä, laadultaan asianmukaisia, täsmällisiä, selkeitä ja yksiselitteisiä. Hyvä hoitotyön kirjaaminen edistää potilaslähtöistä hoitotyötä, hoitotyön suunnitelmallisuutta ja tavoitteellisuutta sekä juridista oikeellisuutta. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 314.)

Potilaan perheenjäsenten ottaminen mukaan hoitotyöhön on myös eräs keino toteuttaa yksilöllistä potilaan hoitotyötä. Perhekeskeisyys on kuitenkin usein jäänyt taka-alalle hoitotyön kirjaamisessa: omaiset otetaan mukaan hoitotyön toteuttamiseen, mutta kirjauksessa läheiset mainitaan harvasanaisesti. Potilasasiakirjojen lainsäädäntö ei tähän tilanteeseen anna paljoa tukea. Lainsäädäntö ei kerro suoraan, mitä tai minkälaisia tietoja potilaiden omaisista tulisi potilasasiakirjoihin kirjata. Kuitenkin laadukas hoitotyö edellyttää, että potilaalle merkitykselliset läheiset huomioidaan hoidon aikana ja heidän kanssaan tehty työ ja sen vaikuttavuuden arviointi kirjataan. (Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 97-100.)

### 3.2.3 Hoitotyön prosessi ja kirjaaminen

Eräs tapa jäsentää hoitotyön kirjaamista on hoitotyön prosessi, joka saapui Suomeen WHO:n hoitotyön mallina 1970-luvulla. Hoitotyön prosessi, toiselta nimeltään päätöksenteon prosessimalli, on vaiheistettu viiteen - kuuteen osaan ulkomailta, kun taas Suomessa on käytetty prosessin neljää vaihetta: potilaan tilanteen ja hoitotyön tarpeen arviointi, tavoitteiden asettaminen, hoitotyön toteutus

ja hoitotyön arviointi. (Hopia & Koponen 2007, 6.) Potilaalle tehtävä hoitosuunnitelma tulisi perustua potilaan tarpeisiin ja edetä hoitoprosessin mukaisesti (Mäkilä 2007, 36). ”Hoidon tarve on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla.” (Iivanainen & Syväoja 2009, 651.) Hoidon tavoitteiden asettaminen pohjautuu potilaan tarpeisiin, odotettuihin muutoksiin potilaan tilassa ja potilaan omiin odotuksiin. Hoitotyön toimintojen valintaan ja toteutukseen vaikuttavat asetetut tavoitteet, hoitotyön auttamiskeinot, hoitotyön periaatteet, käytössä olevat resurssit sekä itse hoitajan luovuus. Hoitotyön arviointia tulisi tapahtua koko prosessin ajan potilaan tilasta riippuen, nopeasti muuttuvissa tilanteissa lyhyin väliajoin, pitkäaikaispotilaan hoidossa harvemmin. Arvioinnin perusteella voidaan päätellä onko potilaan tilassa tapahtunut muutoksia ja olisiko potilaalla vielä muita tarpeita, joita ottaa huomioon hoitotyössä. Vielä lisävaiheena on hoitotyön yhteenveto, joka tehdään silloin, kun potilaan hoitajakso päättyy. Siinä arvioidaan potilaan senhetkistä tilaa ja verrataan potilaan lähtötilannetta tulotilanteeseen. (Iivanainen & Syväoja 2009, 651-654.) Uudessa vuoteen 2011 kansallisesti käyttöön otettavassa kirjaamismallissa on myös hyödynnetty hoitotyön prosessin vaiheita. Jotta hoitohenkilökunnan olisi helpompi omaksua malli, hoitoprosessi ja hoidontarve on hyvä läpikäydä uudestaan. (Hyvärinen 2009, 28.)

### 3.2.4 Sähköinen kirjaaminen

Nykyajan hoitotyössä kirjaaminen tapahtuu yhä enemmän sähköisesti. Osa tiedoista kirjataan vielä myös paperille niin kutsuttuna manuaalisena kirjaamisena, mutta enenevässä määrin tämä käytäntö on jäämässä historiaan. Suomen terveydenhuolto aloitti tietotekniikan hyödyntämisen jo 1960-luvulla ensimmäisten ”sähköisten aivojen” tullessa markkinoille. Tampereen Keskussairaala teki pioneerityötä ottaen vuonna 1968 käyttöön yleistietokoneen laatien sille potilashallinto- ja laboratoriojärjestelmän. (Mäkelä 2006, 14–15.) Näistä

alkuasetelmista tietotekniikka on kehittynyt runsaasti, tuoden mukanaan sekä helpotuksia että ongelmia työntekoon.

Sähköisellä kirjaamisella on paljon hyötyjä, kuten fyysisten esteiden poistuminen, hoitotyön nopeutuminen ja moniammatillisen työryhmän viestinnän helpottuminen. Sähköinen työskentely voi myös tuottaa vaikeuksia, etenkin henkilöille, joilla on ennakkoluuloja ja pelkoja tietotekniikkaa kohtaan. (Ensio & Saranto 2004, 13–15.) Tietotekniikan ja sähköisen kirjaamisen käyttöönotto hoitotyössä on koettu haasteelliseksi ja työlääksi, mutta samalla antoisaksi ja tärkeäksi. Sen on koettu edesauttavan tavoitteellisuuden toteutumista, mutta myös vievän paljon työaika. Elektronisen kirjaamisen koulutus on hyvin tärkeää hoitohenkilökunnan tietoteknisten taitojen ollessa puutteellisia. (Saari 1995; Virolainen 2006.) Huomioitavaa on, että vaikka nämä kaksi pro gradu – tutkielmaa on toteutettu kymmenen vuotta toisistaan, molempien tutkimusten mukaan sähköisen kirjaamisen oppiminen on tuottanut hankaluuksia ja sen käyttö on vaatinut koulutusta. Myös Honkimaa-Salmen (2006) pro gradu – tutkielma tuo esille hoitajien positiivisia ja negatiivisia kokemuksia sähköisen potilastietojärjestelmän tulosta terveydenhuoltoon. Hoitajat olivat kuitenkin kokeneet sen pääsääntöisesti positiivisena ja nykyaikaisena uudistuksena. (Honkimaa-Salmi 2006.)

Vuonna 2007 voimaan tulleella lailla edellytetään yhtenäistä sähköistä potilastietojen kirjaamista ja käsittelyä (159/2007). Lain avulla tavoitteena olisi siirtyä valtakunnallisesti yhtenäisen rakenteen mukaiseen kirjaamiseen vuoteen 2011 mennessä (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23). Hoitotyön kirjaamista on jo ennen tämän lain voimaantuloa kehitetty runsaasti, mutta se on tapahtunut ammattikunnittain ja työyhteisöittäin. Tämän johdosta kirjaamiskäytännöt ovat olleet erilaisia eri hoitopaikoissa, tietojen jakaminen on ollut vaikeaa ja hoitotyön jatkuvuus on kärsinyt. Uuden lain avulla halutaan siirtyä yhtenäiseen, rakenteiseen kirjaamiseen koko terveydenhuollossa. Tämän mahdollistaa tietotekniikka ja sähköinen kirjaaminen, tuoden tullessaan standardoidut otsikot, luokitukset ja termit. (Hopia & Koponen 2007, 5-6.)

Hankkeita kirjaamiskäytännön uudistamiselle on ollut käynnissä jo useamman vuoden. Vuosina 2005–2008 toteutettiin HoiDok-hanke, jonka avulla suomalaisille sairaanhoitajille kehitettiin yhtenäinen hoitotyön systemaattisen kirjaamisen malli. Tuloksena syntyi Finnish Care Classification -luokituskokonaisuus (FinCC), jonka avulla hoitotyön ydintiedot (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja hoitotyön yhteenveto) kirjataan. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hankkeen (HoiData) avulla toteutettiin mallin käyttöön tarvittavaa osaamista ja käytäntöön juurruttamista aikavälillä 2007-4/2009. Ammattikorkeakouluissa vastaavaan pyritään eNNI-hankkeen avulla vuosina 2008–2012. Hankkeessa on mukana 14 hoitotyön koulutusohjelmaa toteuttavaa ammattikorkeakoulua, jotka toimivat yhteistyössä terveydenhuollon organisaatioiden kanssa. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23–24.) Malli on jo saanut kansainvälistäkin tunnustusta voittaen kolmannen sijan IT @ 2009 Trophy –kilpailussa. Kehittämisylihoitaja Kaarina Tanttu vastaanotti palkinnon ja arvelee sen edesauttavan mallin käyttöönottoa Suomessa ja jopa EU:n tasolla. (Hyvärinen 2009, 28).

Vaikka kirjaamiskäytännöt yhdistyvät, potilastietojärjestelmiä on edelleen hyvin monenlaisia. Useissa sairaaloissa on käytössä potilastietojärjestelmä Miranda, jonka otsikoiden avulla hoitajat voivat kirjata potilaan hoitoon liittyviä asioita. Mirandan kehittäjä on MediciData, nykyään yritys kulkee nimellä Logica. Logican tuottamat potilastietojärjestelmät kattavat yli kolmen miljoonan suomalaisen potilastiedot. Erikoissairaanhoidon käyttöön tuotetun Uranus ratkaisukokonaisuuteen kuuluu Miranda-potilaskertomusjärjestelmä ja Oberon toiminnanohjausjärjestelmä. Logican (2009) tietojen mukaan Mirandan rakenteinen tietosisältö ja toiminnallisuus sekä Oberonin prosessilähtöinen ratkaisu tukevat suomalaisen terveydenhuollon toimintamallia ja rakenteita. (Logica 2009.)

### 3.3 Raportointi

Raportoinnilla tarkoitetaan potilaan hoitoon liittyvien tietojen siirtämistä hoitajalta toiselle joko työvuorojen vaihtuessa tai potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Raportoinnin tarkoituksena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus siirtämällä hoitoon

liittyvää tietoa eteenpäin samalla siirtäen vastuun työvuoroon tuleville tai toisen hoitoyksikön hoitajille. Raportointitapoja on kaksi, joista tavallisin on suullinen raportointi, ja toinen hiljaiseksi raportoinniksi kutsuttu raportointi, jossa tarvittava tieto siirtyy kirjallisesti potilasasiakirjojen välityksellä. Riippumatta raportointityylistä, tärkeintä on, että työvuoroon tulevat hoitajat saavat tietoonsa kunkin potilaan tilasta sekä suoritettavat tutkimukset ja hoidot. (Kassara ym. 2006, 63; Saranto 2007, 158.)

### 3.3.1 Suullinen raportointi

Tavallisin tapa tiedottaa potilaan tilasta ja hoitoon liittyvistä asioista on suullinen raportointi osaston kansliassa, toimistossa, potilaan vuoteen vierellä tai muussa sovitussa paikassa. Kansliassa pidettävässä raportissa vuoron vastuuhoitaja tai potilaan omahoitaja kertovat potilaan tärkeät tiedot työvuoroon tuleville hoitajille. Suullinen raportti voidaan antaa myös potilaan luona. Tätä kutsutaan potilaanvierusraportoinniksi ja siinä tieto välittyy hoitajien lisäksi potilaalle itselleen. (Kassara ym. 2006, 63; Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4.)

Osastoilla raportteja pidetään aamulla, päivällä ja illalla. Aamuraportissa yövuorossa ollut hoitaja tiedottaa vuoronsa päätteeksi aamuvuoroon tulijoille niiden potilaiden tilasta, joiden voinnissa on yön aikana tapahtunut muutoksia. Tarvittaessa aamuvuorolaiset voivat vielä tämän jälkeen pitää oman raportoinnin ja sopia työnjaosta. Päiväraportti pidetään iltavuoroon tuleville työntekijöille ja iltaraportti yövuoroon tuleville. Usein suullisen raportin jälkeen vuoroon tulleet hoitajat etsivät potilaasta lisätietoa potilaskertomuksista ja kiertävät potilashuoneet saadakseen paremman kuvan potilaista. (Iivanainen, Jauhiainen & Korkiakoski 1995, 59.)

### 3.3.2 Hiljainen raportointi

Työvuoron vaihtuessa työvuoroon tulevat hoitajat lukevat kirjalliset raportit ja saavat siten itselleen riittävän tiedon edellisten työvuorojen tapahtumista. Tätä menetelmää kutsutaan hiljaiseksi raportoinniksi. Kirjallisessa tiedonsiirrossa tieto on samalla tavalla kaikkien ammattihenkilöiden luettavissa ja hyödynnettävissä. Hoitotyön kirjaamisen kehittyminen ja sähköinen kirjaaminen ovat mahdollistaneet sen, että suullisia raportteja on voitu vähentää. Kirjalliselle eli hiljaiselle raportoinnille on vaatimuksena huolellinen, looginen ja hyvin suunniteltu kirjaaminen. (Salo 2005, 125; Telaranta 1997, 225.)

Huolellisen kirjauksen avulla vuoroon tulevat hoitajat voivat suoraan tietokoneelta ja sähköisestä potilaskertomuksesta lukea viimeisimmät merkinnät joko yksittäisistä potilaista, esimerkiksi omapotilaista, tai koko osaston potilaista. Jos tietokoneita on riittävästi osastolla, kansliassa ja mahdollisesti potilashuoneissakin, suullista raporttia ei periaatteessa tarvitse käyttää lainkaan. Potilaan yksityisyyden suojaaminen on tärkeää huomioida hiljaisessa raportoinnissa. Tätä voidaan varmistaa rajoitetuilla työtehtävien ja toimintayksiköiden mukaisilla käyttäjäoikeuksilla ja hoitoyksiköiden ohjeistuksilla. (Kassara ym. 2006, 62.)

Sähköisen kirjaamisen yleistymisen myötä myös hiljainen raportointi on lisääntynyt. Tämä raportointikäytäntö vaatii hyviä taloudellisia resursseja riittävän ja hyvin toimivan tietokonekannan turvaamiseksi, hyvin suunniteltua rakennetta potilastietojen kirjaamiseksi sekä informatiivista kirjaamista. Hiljainen raportointi herättää hoitajissa erilaisia mielipiteitä puolesta ja vastaan. Kirjallista raportointia voidaan pitää persoonattomana ja hoitajien vuorovaikutusta vähentävänä. Hyvinä puolina pidetään raportoinnin selkeyttä ja asiallisuutta, potilaan tiedot ovat kaikkien ammattihenkilöiden luettavissa ja sitä, että raportointiin kuluu vähemmän aikaa. (Telaranta 1997, 225.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä on tutkimustapa, jossa tietoa tarkastellaan numeerisesti ja joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Tutkimustiedon tutkija saa numeroina tai hän ryhmittelee laadullisen aineiston numeeriseen muotoon. Tulokset tutkija esittää numeroina, ja tulkitsee ja selittää olennaisen numerotiedon sanallisesti kuvaten, millä tavalla eri asiat liittyvät toisiinsa tai eroavat toisistaan. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä pyritään objektiiviseen tutkimustulokseen, joka on tutkijasta riippumaton. Tutkimusmenetelmälle on suositeltavaa, että vastaajien määrä on suuri, jotta pystytään tekemään tarvittavia päätelmiä tulosten pohjalta. (Vilkkä 2007, 13–17.)

Määrällisen tutkimusmenetelmän prosessin vaiheet ovat tutkimusongelman määrittäminen, aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perehtyminen sekä tutkimussuunnitelman laatiminen, mahdollisten hypoteesien eli väittämien laadinta, tarvittaessa tiedonkeruuvälineen rakentaminen, tietojen kerääminen, tietojen käsittely ja analysointi, tulosten raportointi sekä johtopäätösten teko ja tulosten hyödyntäminen. (Heikkilä 2001, 18–27.)

### 4.2 Aineiston keruumenetelmä

Kvantitatiivisen tutkimuksen erilaisia tiedonkeruumenetelmiä ovat postikysely, puhelin- tai käyntihaastattelu sekä informoitu kysely, jossa tutkimuksen tekijä toimittaa ja noutaa kyselylomakkeet. Tiedonkeruumenetelmäksi tutkija valitsee parhaiten sopivan vaihtoehdon. (Heikkilä 2001, 18–27.) Opinnäytetyössämme tiedonkeruumenetelmänä käytimme kyselyä.

Kysely toteutettiin lokakuussa 2009 kahden viikon aikana hoitajille toimitetuilla kyselylomakkeilla, jotka sisälsivät avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä ja sekamuotoisia kysymyksiä. Kyselylomakkeen rungon saimme valmiina aiemmin toteutetusta opinnäytetyönä tehdystä kyselystä, mutta muokkasimme kyselyä yhteistyössä työelämän kanssa. Kyselyyn osallistujat työskentelivät kirurgian, syöpähoidon ja gastroenterologian osastoilla ja poliklinikoilla. Kyselyitä jaettiin osastoille ja poliklinikoille yhteensä 209 kappaletta, joista palautui 131 kappaletta. Kyselyiden palautusprosentti oli 63 (KUVIO 2).

Kyselyyn sisältyivät kolme osa-aluetta, jotka ovat tässä opinnäytetyössä teoreettisina lähtökohtina: omahoitajuus, sähköinen kirjaaminen ja raportointi. Omahoitajuudesta kysyttiin yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta tällä hetkellä, omapotilaan tietojen kirjaamisesta ja muutosehdotuksista omahoitajakäytännöissä. Kirjaamisesta kysyttiin nykyisistä kirjaamiskäytännöistä ja sähköisen kirjaamisen sisäistämisestä. Raportoinnista kysyttiin siihen käytettävästä ajasta, suullisesta ja hiljaisesta raportoinnista.

	gas1/ kir2	gas2	gas3	kir1	rs1	rs2	Kir pkl	Gas pkl	Syöpät. pkl	<b>Yhteen sä</b>
Jaetut kyselyt	31	36	30	27	25	22	8	14	16	<b>209</b>
Palautu- neet kyselyt	20	19	20	9	13	16	8	14	11	<b>131</b>
Osuus jaetuista	65%	53%	67%	65%	52%	73%	100%	100%	68%	<b>63%</b>

KUVIO 2. Jaetut ja palautetut kyselyt toimipisteittäin

### 4.3 Aineiston analyysimenetelmä

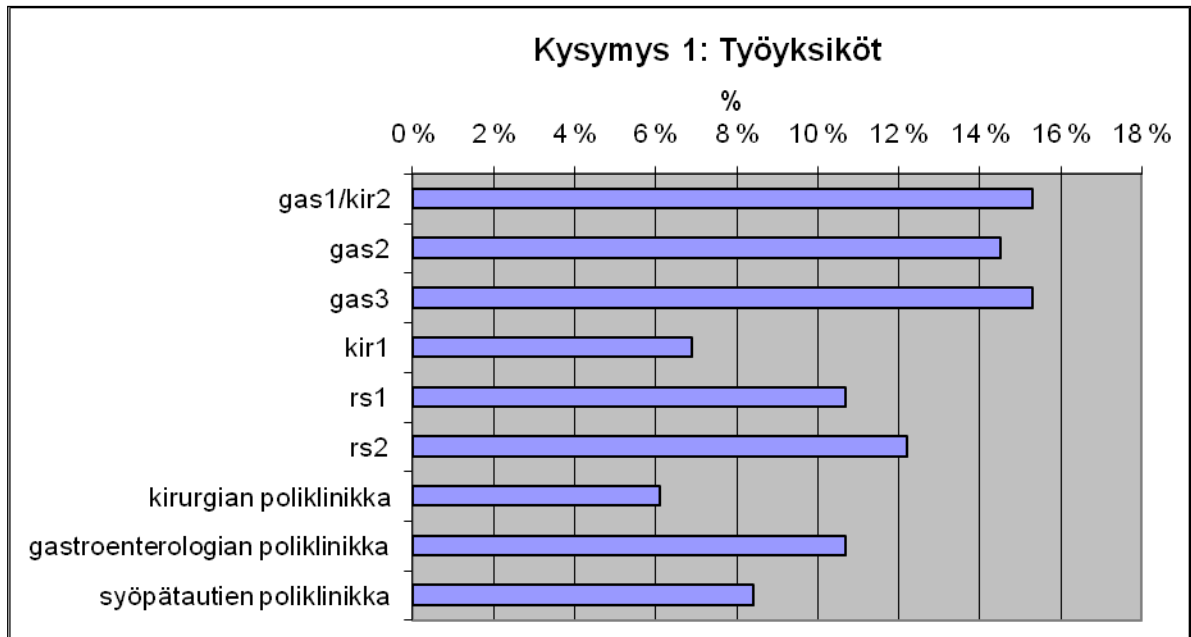
Analyysimenetelmäksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa valitaan aina sellainen menetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Tutkimusta suunniteltaessa pyritään ennakoimalla valitsemaan tutkimusongelmaan ja kysymyksiin sopiva analyysimenetelmä. Yleensä tutkimukselle sopiva analyysimenetelmä löytyy vain siten, että tutkija kokeilee kyseiselle muuttujalle soveltuvia menetelmiä. Se, tutkitaanko yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta tai muuttujien vaikutusta toisiinsa, vaikuttaa analyysitavan valintaan. (Vilkkä 2007, 119–129)

Hoitajien vastattua kyselyihin numeroimme palautuneet kyselyt osastojärjestyksessä ja veimme numeeriset vastausarvot SPSS- ohjelmaan analysointia varten. Numeerisen aineiston analysoimme SPSS- tilasto-ohjelmaa käyttäen. Ohjelman avulla saimme vastauksista lukumäärät ja prosentit, ja teimme ristiintaulukointia, jonka avulla pystyimme tarkastelemaan kahden tai useamman muuttujan välisiä riippuvuuksia ja tekemään tulkintoja kyselystä saadun aineiston pohjalta. Ristiintaulukoimme hoitajien vastaukset taustamuuttujien kanssa ja opinnäytetyöhön valitsimme tulokset, jotka olivat merkitseviä tai melkein merkitseviä. Avoimissa vastauksissa käytimme analyysimenetelmänä sisällön erittelyä, jonka avulla saimme niistä kvantitatiivisen tuloksen.

Ongelmaksi kyselyn analysoinnissa nousivat väärin numeroidut kysymykset kyselylomakkeen lopussa. Kyselyn tulosten analysoinnissa tuli myös huomioida se, että poliklinikoilla ei ole käytössä raportointia. Työelämätahon kanssa sovimme, että jätämme raportointia koskevat kysymykset poliklinikoiden osalta analysoimatta.

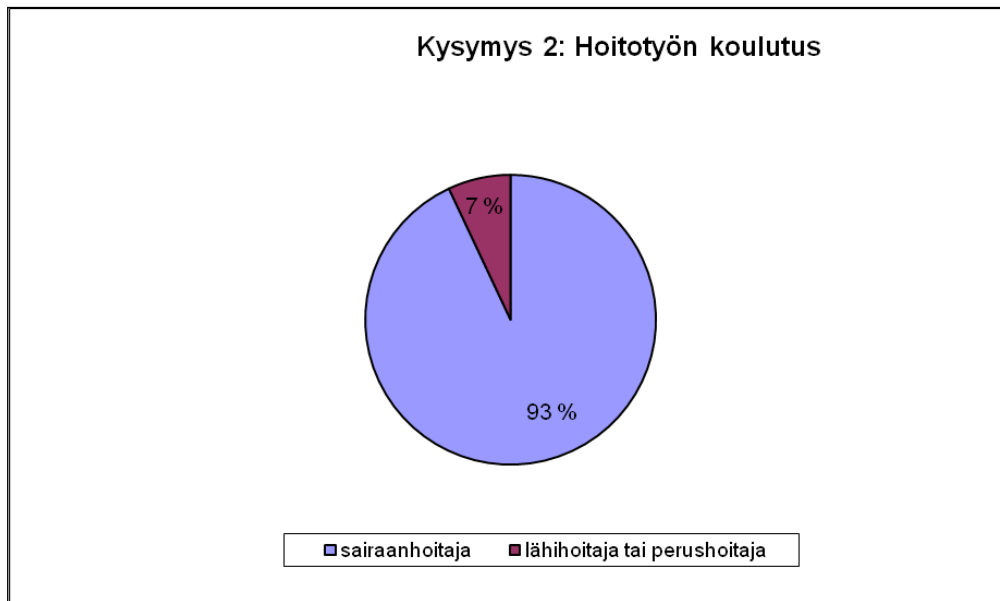
## 5 TULOKSET

### 5.1 Taustamuuttujat



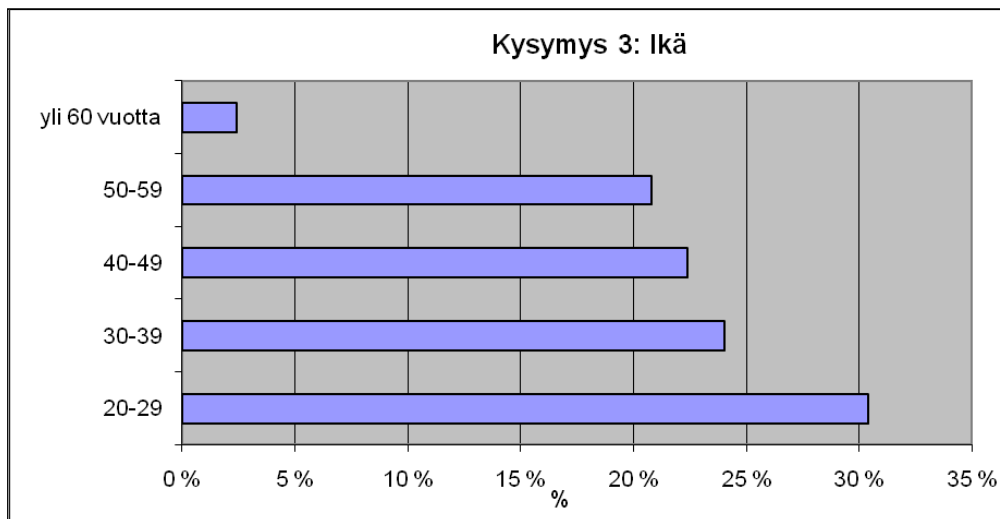
KUVIO 3. Osuudet vastanneista työyksiköittäin

Gastroenterologian vuodeosasto yhden/kirurgian vuodeosasto kahden osuus vastanneista oli 15 % (N=20), gastroenterologian vuodeosasto kahden osuus 15 % (N=19), gastroenterologian vuodeosasto kolmen osuus 15 % (N=20), kirurgian vuodeosaston yhden osuus 7 % (N=9), syöpätautien vuodeosasto yhden osuus 11 % (N=14), syöpätautien vuodeosasto kahden osuus 12 % (N=16), kirurgian poliklinikan osuus 6 % (N=8), gastroenterologian poliklinikan osuus 11 % (N=14), ja syöpätautien poliklinikan osuus vastanneista oli 8 % (N=11).



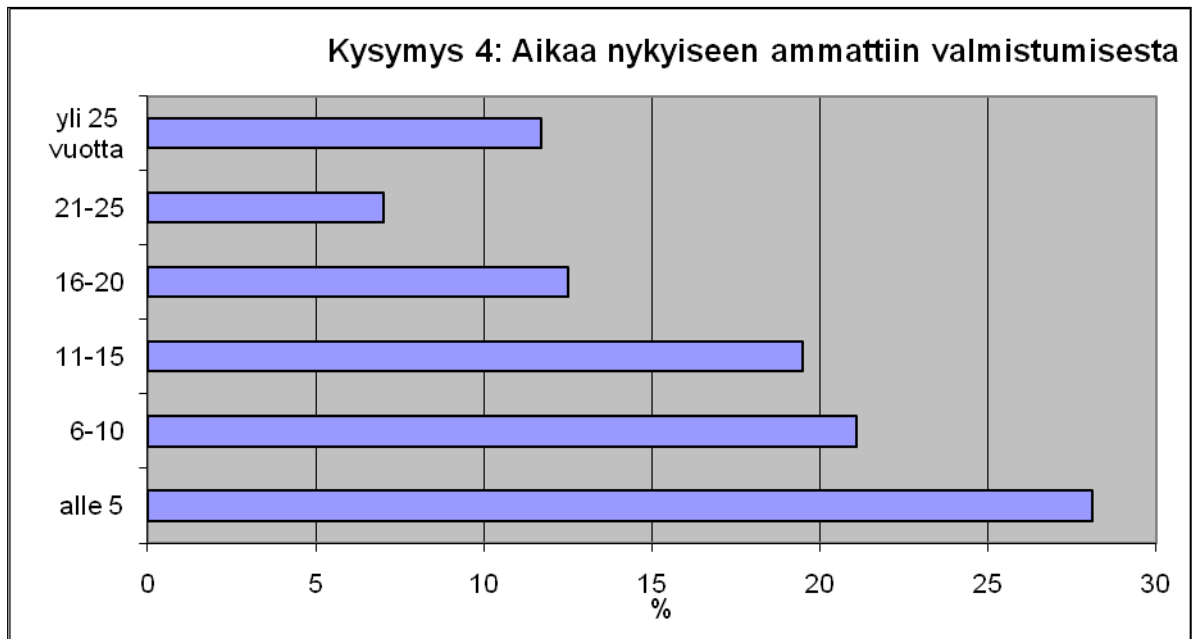
KUVIO 4. Kyselyyn vastanneiden koulutusjakauma

Sairaanhoitajia oli 93 % (N=120) ja perus- tai lähihoitajia 7 % (N=9) vastaajista. Kaksi vastaajaa oli jättänyt koulutuksensa merkitsemättä.



KUVIO 5. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma

20- 29 -vuotiaita oli 29 % (N=38), 30- 39-vuotiaita 23 % (N=30), 40- 49-vuotiaita 22 % (N=28), 50- 59-vuotiaita 20 % (N=26) ja yli 60-vuotiaita 2 % (N=3) kyselyyn vastanneista. Kuusi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.



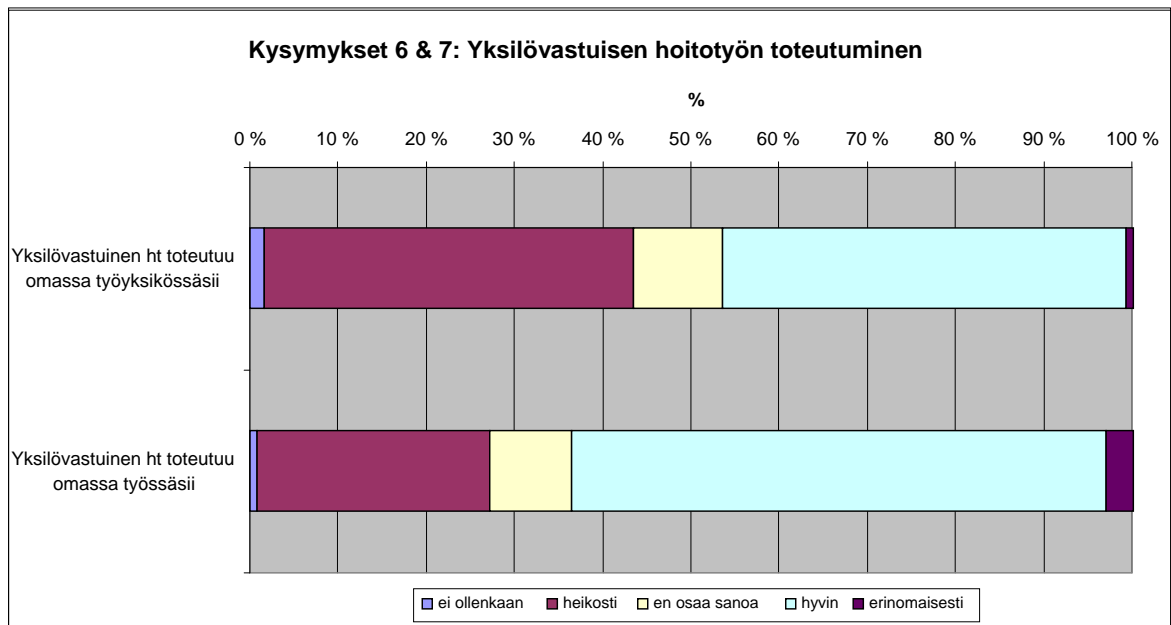
KUVIO 6. Aika nykyiseen ammattiin valmistumisesta

Kyselyyn vastanneista 28 %:lla (N=36) oli ammattiin valmistumisesta aikaa alle 5 vuotta. 5- 10 vuotta aikaa valmistumisesta oli 21 %:lla (N=27), 11- 15 vuotta 19 %:lla (N=25), 12 %:lla (N=16) 16–20 vuotta, 7 %:lla (N=9) 21-25 vuotta ja enemmän kuin 25 vuotta 12 %:lla (N=15) vastaajista.

## 5.2 Omahoitajuus

Kysyimme avoimessa kysymyksessä viisi hoitajien mielipiteitä siitä, mitä yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa. Kysymykseen oli vastannut 82 % (N=108) hoitajista. Yleisin vastaus (N=50) oli, että yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa yksilöllistä vastuuta päätöksenteossa eli omahoitaja tai yksi hoitaja vastaa omista potilaistaan ja koordinoi potilaan hoitoa, omahoitaja suunnittelee hoidon ollen yhteistyössä muiden ammattilaisten, omaisten ja potilaan kanssa. Osa hoitajista (N=22) mielsi yksilövastuisen hoitotyön olevan omahoitajuutta, yhden ja saman hoitajan toteuttamaa omien potilaiden hoitoa. Se nähtiin myös tarkoittavan potilaan yksilöllistä hoitoa (N=20), kokonaisvaltaista hoitoa (N=11), edesauttavan hoidon

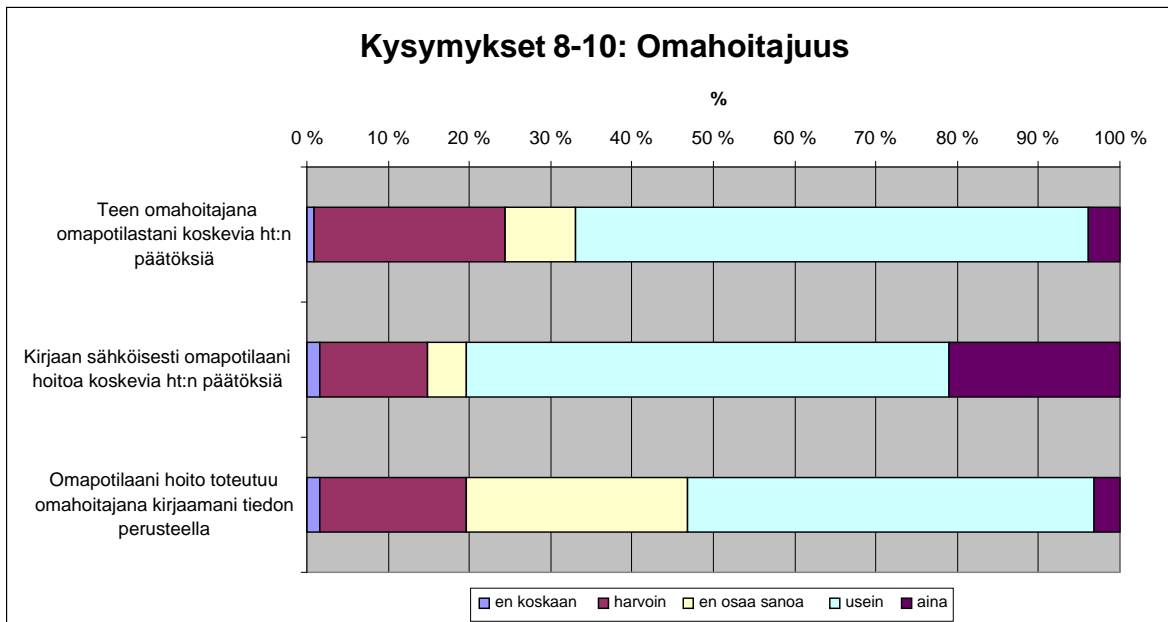
jatkuvuutta (N=2) ja hyvää hoitoa (N=2). Yksi oli sitä mieltä, että yksilövastuinen hoitotyö toteutuu vain osalla.



KUVIO 7. Hoitajien kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta.

Yksilövastuinen hoitotyö toteutuu omassa työyksikössä 46 % (N=59) vastaajista mielestä hyvin ja 1 % (N=1) mielestä erinomaisesti. Heikosti yksilövastuinen hoitotyö toteutuu 42 % (N=59) vastaajista mielestä ja 2 % (N=2) se ei toteudu ollenkaan. 10 % (N=13) ei osannut sanoa.

Yksilövastuinen hoitotyö omassa työssä toteutuu hoitajista 61 % (N=78) mielestä hyvin. 3 %:n (N=4) mielestä se toteutuu erinomaisesti. 26 %:n (N=34) mielestä se toteutuu heikosti ja 1 %:n (N=1) mielestä ei ollenkaan. 9 % (N=12) vastaajista ei osannut sanoa miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu omassa työssä.

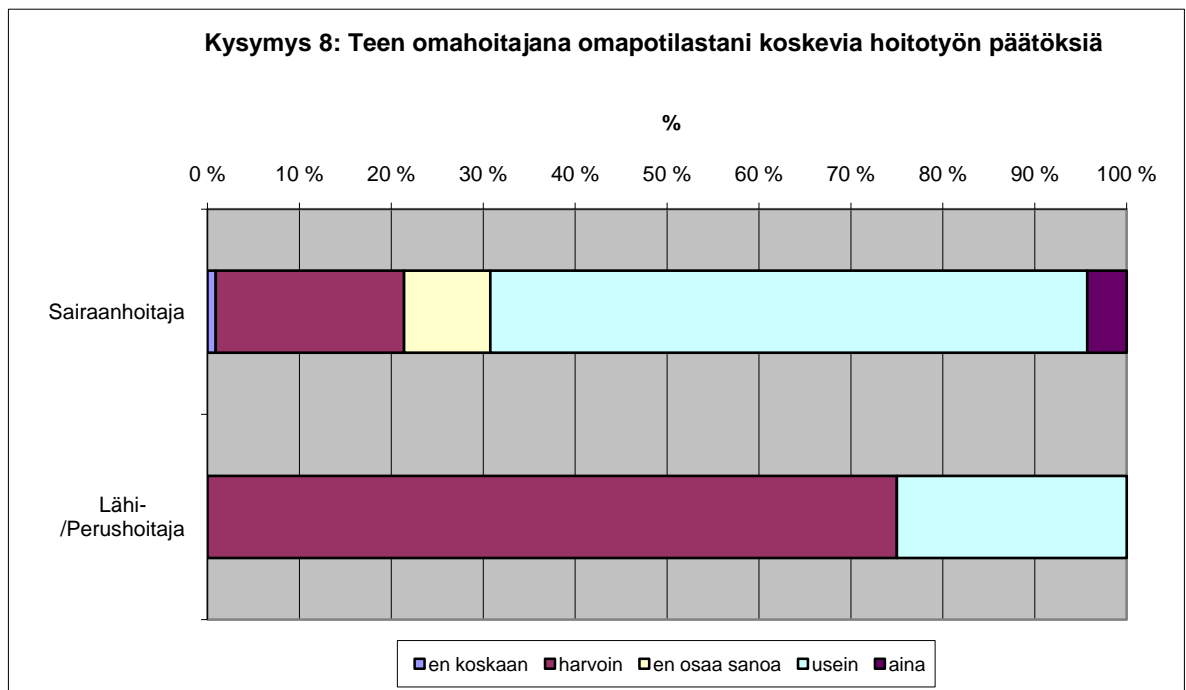


KUVIO 8. Hoitajien käsityksiä omahoitajuudesta.

63 % (N=80) hoitajista koki tekevnsä omahoitajana omapotilastaan koskevia hoitotyön päätöksiä usein. 4 % (N=5) koki tekevnsä aina päätöksiä. Harvoin päätöksiä koki tekevnsä 24 % (N=30) ja 1 % (N=1) hoitajista ei kokenut tekevnsä päätöksiä lainkaan. 8 % (N=11) ei osannut sanoa.

59 % (N=76) hoitajista kertoi kirjaavansa usein sähköisesti omapotilaansa hoitoa koskevia hoitotyön päätöksiä. 21 % (N=27) kertoi kirjaavansa päätöksiä aina. Harvoin päätöksiä koki kirjaavansa 13 % (N=17) hoitajista ja 2 % (N=2) oli sitä mieltä, ettei kirjaa päätöksiä ollenkaan. Hoitajista 5 % (N=6) ei osannut sanoa.

50 % (N=64) hoitajista kertoi omapotilaansa hoidon toteutuvan kirjaamansa tiedon perusteella usein. 3 % (N=4) kertoi hoidon toteutuvan aina kirjaamansa perusteella. Hoitajista 18 % (N=23) kertoi hoidon toteutuvan harvoin kirjaamansa perusteella. 2 % (N=2) kertoi, ettei hoito koskaan toteudu kirjaamansa tiedon perusteella. 27 % (N=35) ei osannut sanoa.

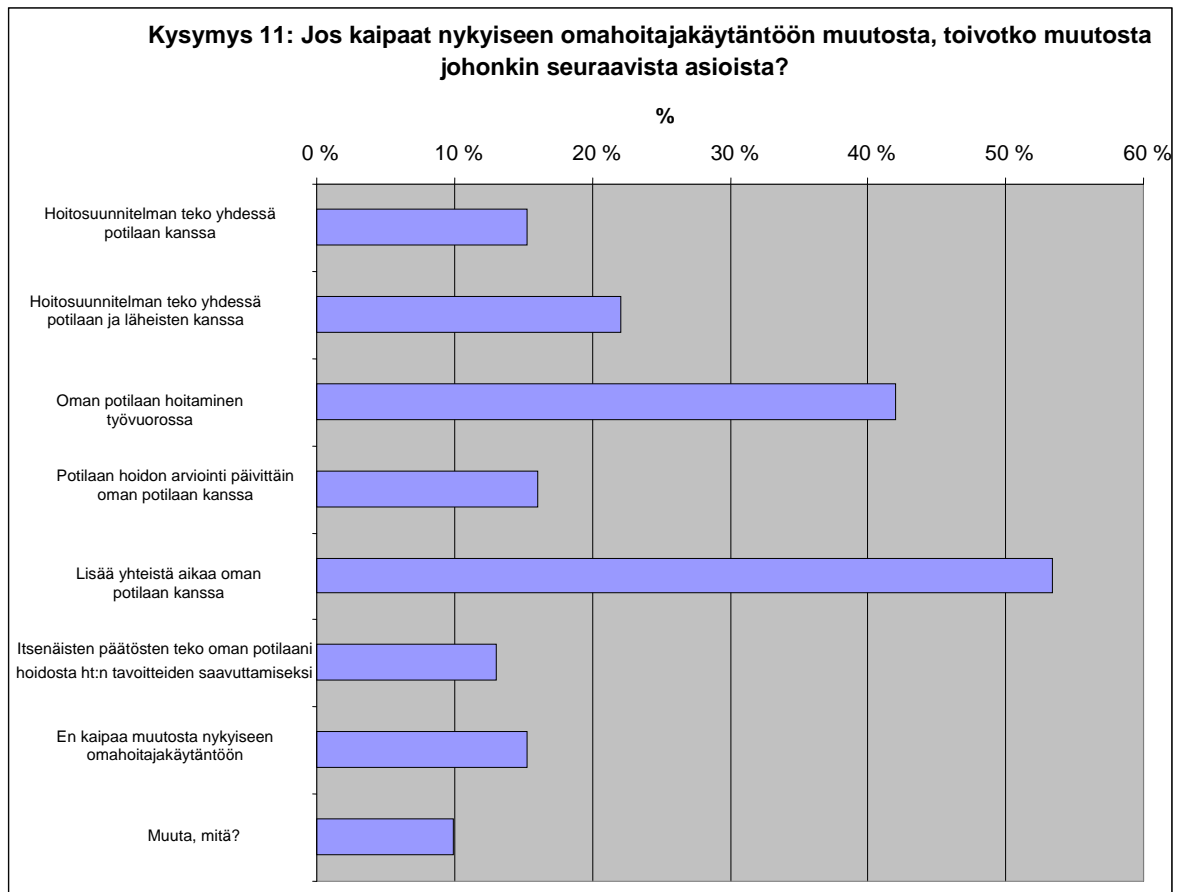


KUVIO 9. Omapotilasta koskevat hoitotyön päätökset

Omahoitajana omapotilasta koskevien hoitotyön päätösten teko osoittautui ristiintaulukoituna melkein merkitseväksi ( $p=0,015$ ) hoitotyön koulutuksen kanssa.

Sairaanhoitajista 65 % (N=76) koki tekevänsä omahoitajana omapotilastaan koskevia hoitotyön päätöksiä usein ja 4 % (N=5) aina. Harvoin päätöksiä koki tekevänsä 21 (N=24) % sairaanhoitajista. 1 % (N=1) ei kokenut tekevänsä päätöksiä koskaan ja 9 % (N=11) ei osannut vastata kysymykseen.

Lähi- ja perushoitajista 75 % (N=6) koki tekevänsä omahoitajana omapotilastaan koskevia hoitotyön päätöksiä harvoin ja 25 % (N=2) koki tekevänsä niitä usein.



KUVIO 10. Hoitajien toiveet omahoitajakäytännön muutoksista

Kysymyksessä 11 hoitajat saivat valita useampia vaihtoehtoja. Erilaisia valintoja kysymykseen tuli yhteensä 245. 15 % (N=20) 131 vastanneesta hoitajasta toivoi hoitosuunnitelman tekoa potilaan kanssa, 22 % (N=29) hoitosuunnitelman tekoa potilaan ja läheisten kanssa, 42 % (N=55) oman potilaan hoitamista työvuorossa, 16 % (N=21) potilaan hoidon arviointia päivittäin oman potilaan kanssa, 53 % (N=70) lisää yhteistä aikaa oman potilaan kanssa, 13 % (N=17) itsenäisten päätösten tekoa oman potilaan hoidosta hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi ja 15 % (N=20) hoitajista eivät kaivanneet muutosta nykyiseen omahoitajakäytäntöön.

10 % (N=13) valitsi vaihtoehdoksi muuta, mitä? Vastauksina tähän tulivat työkierron poistaminen ja pysyvä henkilökunta (N=5), enemmän omien potilaiden hoitoa (N=3), hoitosuunnitelman teko lääkärin kanssa (N=1), lisää hoitajia (N=1), potilaalle lisää ohjausaikaa (N=1) sekä työparikäytäntöä omahoitajuuteen (N=1).

Yhdessä vastauksessa huomioitiin omahoitajuuden toteutuvan poliklinikalla eri tavalla kuin osastolla.

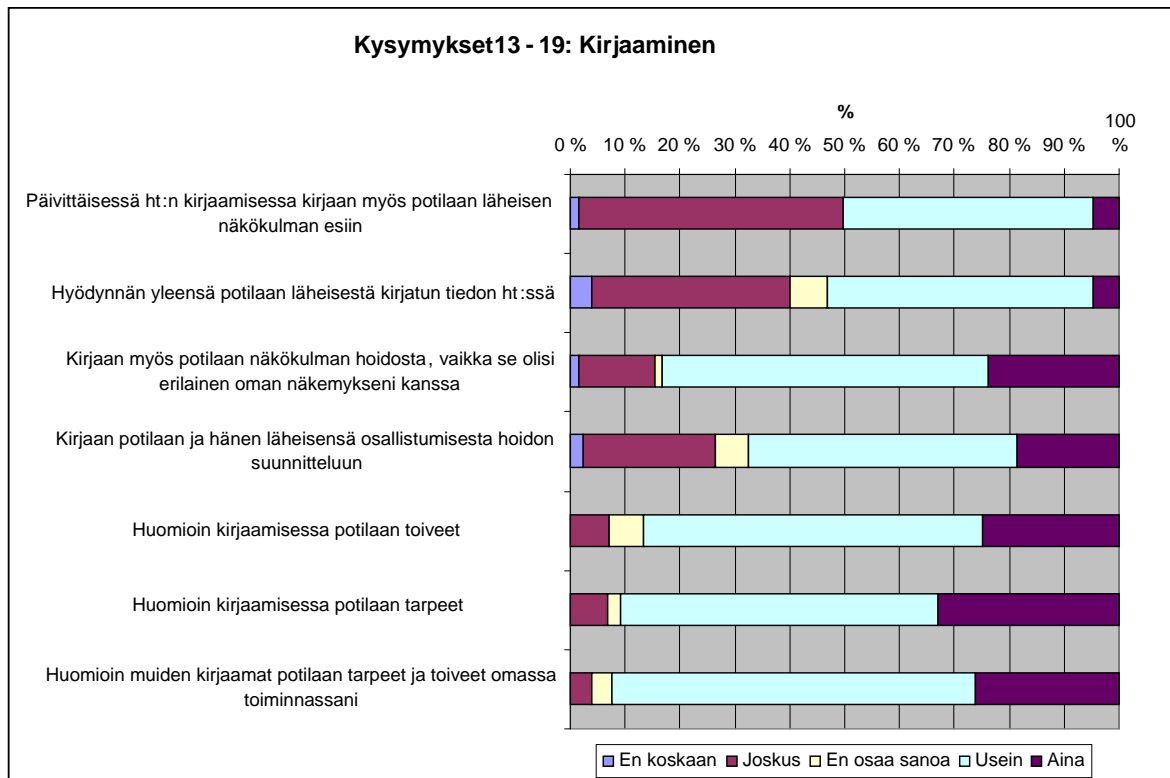


KUVIO 11. Kirjaamista ohjaavat toimintamallit

Kysymyksessä 12 kysyttiin mitkä toiminta mallit ohjaavat hoitajien kirjaamista. Hoitajat saivat valita useampia vaihtoehtoja. Erilaisia valintoja kysymykseen tuli yhteensä 172. 89 % (N=116) 131 vastanneesta hoitajasta kertoi Mirandan otsikoiden ohjaavan kirjaamistaan ja 28 % (N=37) hoitotyön prosessimallin ohjaavan kirjaamistaan.

15 % (N=19) valitsi vaihtoehdoksi muuta, mitä? Vastauksina tähän tulivat potilaslähtöisyys (N=8), rutiini (N=4), tehty hoitotyö (N=2), perhekeskeinen toimintamalli (N=1), kirjaamiseen käytettävä aika (N=1), etiikka/äidinkieli (N=1) sekä potilaslaki (N=1). Yksi vastaaja vastasi, ettei suunnitelmalle ole Mirandassa kohtaa.

### 5.3 Kirjaaminen



KUVIO 12. Hoitajien käsityksiä kirjaamisesta

Päivittäisessä hoitotyön kirjaamisessa hoitajat kertoivat kirjaavansa läheisen näkökulman joskus 48 % (N=62), usein 46 % (N=59), aina 5 % (N=6) ja ei koskaan 1 % (N=2).

Potilaan läheisestä kirjattua tietoa hoitotyössä kertoi hyödyntävänsä aina 5 % (N=6), usein 48 % (N=63), joskus 36 % (N=47) ja ei koskaan 4 % (N=5). Hoitajista 7 % (N=9) ei osannut sanoa.

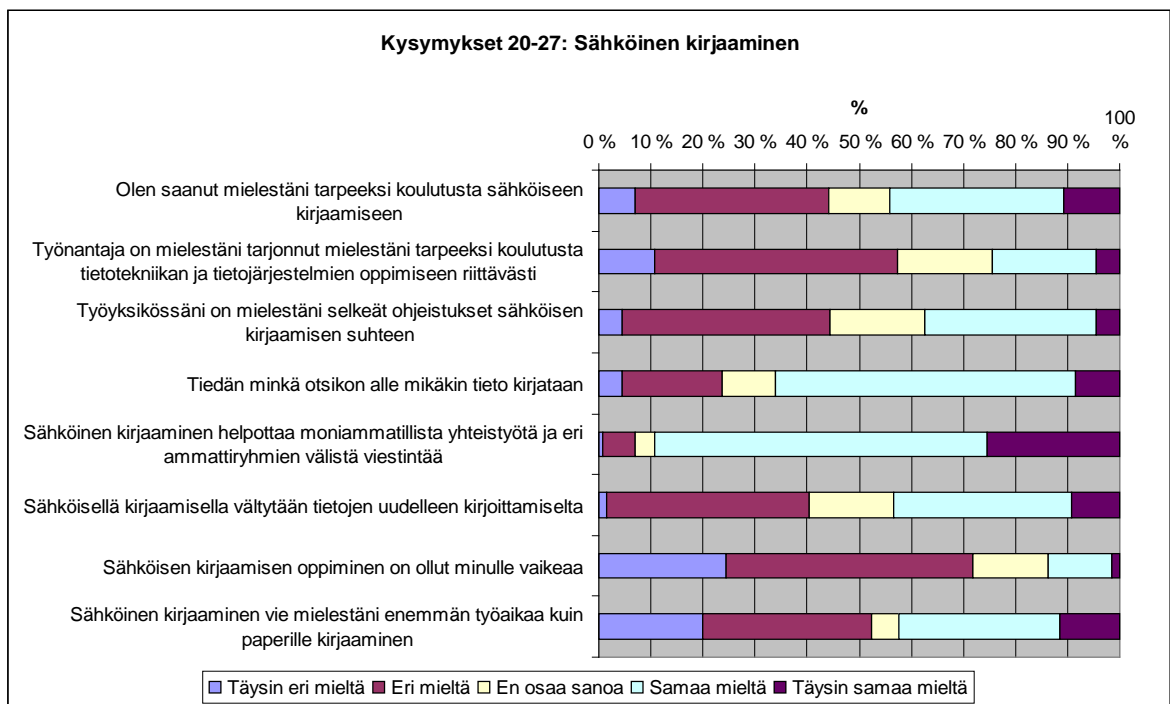
Potilaan näkökulman hoidosta kertoi kirjaavansa usein 59 % (N=77), aina 23 % (N=31), joskus 14 % (N=18) ja 2 % (N=2) ei koskaan, vaikka se olisi ristiriidassa oman näkemyksen kanssa. 2 % (N=2) ei osannut sanoa, kirjaako hän potilaan näkemyksestä.

Potilaan ja hänen läheisensä osallistumisesta hoidon suunnitteluun vastasi kirjaavansa aina 19 % (N=24), usein 49 % (N=63), joskus 24 % (N=31) ja ei koskaan 2 % (N=3). Hoitajista 6 % (N=8) ei osannut sanoa.

Potilaan toiveet huomioivat kirjaamisessaan 62 % (N=79) usein, 25 % (N=32) aina ja joskus 7 % (N=9) hoitajista. 6 % (N=6) hoitajista ei osannut sanoa.

Potilaan tarpeet huomioivat kirjaamisessaan usein 58 % (N=75), aina 33 % (N=43) ja joskus 7 % (N=9) hoitajista. Vastausta ei osannut antaa 2 % (N=3) hoitajista.

Muiden kirjaamat potilaan tarpeet ja toiveet kertoivat huomioivansa aina 26 % (N=34), usein 66 % (N=86) ja joskus 4 % (N=5) hoitajista. Kysymykseen ei osannut vastata 4 % (N=5).



KUVIO 13. Hoitajien käsityksiä sähköisestä kirjaamisesta

Sähköisen kirjaamisen koulutuksesta kysyttiin hoitajien näkemystä ovatko he saaneet mielestään tarpeeksi koulutusta sähköiseen kirjaamiseen. Vastaajista eri mieltä oli 37 % (N=49) ja täysin eri mieltä oli 7 % (N=9) vastaajista. Vastaajista

samaa mieltä oli 34 % (N=44) ja täysin samaa mieltä oli 10 % (N=14). Vastaajista 12 % (N=15) vastasi, ettei osaa sanoa.

Sähköisestä kirjaamisesta kysyttiin myös, onko työnantaja tarjonnut riittävästi koulutusta työntekijöille tietotekniikan ja tietojärjestelmien oppimiseen. Vastaajista eri mieltä oli 46 % (N=61) ja täysin eri mieltä oli 11 % (N=14) vastaajista. Vastaajista samaa mieltä oli 20 % (N=26) ja täysin samaa mieltä oli 5 % (N=6). Vastaajista 18 % (N=24) vastasi, ettei osaa sanoa.

Kysyttäessä hoitajilta onko heidän mielestään työyksikön ohjeistukset sähköisen kirjaamisen suhteen selkeät. Vastaajista samaa mieltä oli 33 % (N=43), täysin samaa mieltä 5 % (N=6), eri mieltä 39 % (N=52) ja täysin eri mieltä 5 % (N=6). 18 % (N=24) vastasi, ettei osaa sanoa.

Hoitajilta kysyttiin tietävätkö he, mikä tieto kirjataan minkin otsikon alle. Vastaajista 58 % (N=75) oli samaa mieltä väitteen kanssa, 8 % (N=11) oli täysin samaa mieltä, 19 % (N=25) eri mieltä ja 5 % (N=6) täysin eri mieltä. 10 % (N=13) ei osannut vastata kysymykseen.

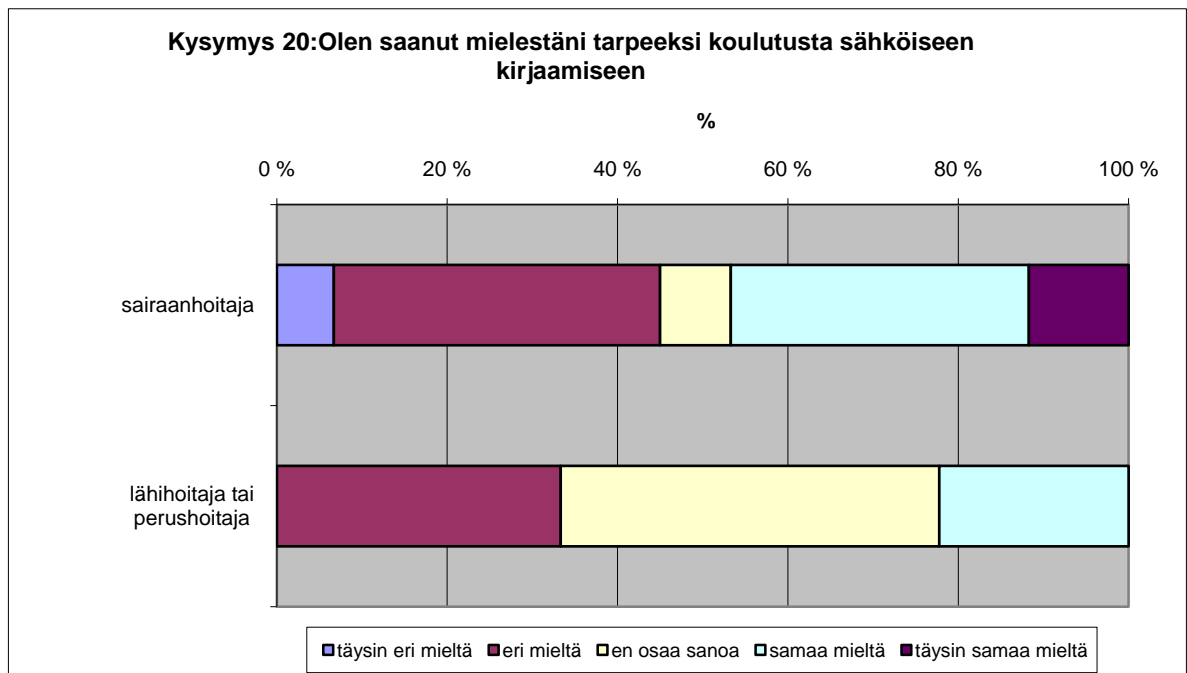
Kysyttäessä hoitajilta helpottaako sähköinen kirjaaminen moniammatillista yhteistyötä ja eri ammattiryhmien välistä viestintää. Väitteen kanssa vastaajista samaa mieltä oli 64 % (N=88) täysin samaa mieltä 25 % (N=33), eri mieltä 6 % (N=8) ja täysin eri mieltä 1 % (N=1). Vastaajista 4 % (N=5) vastasi, ettei osaa sanoa.

Sähköisestä kirjaamisesta kysyttiin väitteessä, jossa sanottiin että sähköisellä kirjaamisella vältetään tietojen uudelleen kirjaamiselta. 34 % (N=44) vastaajista oli eri mieltä ja 2 % (N=2) täysin eri mieltä. Samaa mieltä oli 34 % (N=44) ja täysin samaa mieltä oli 9 % (N=12). 16 % (N=21) ei osannut sanoa.

Sähköisen kirjaamisen oppimisesta kysyttiin, onko se ollut vaikeaa. 47 % (N=62) vastaajista oli eri mieltä väitteen kanssa ja 24 % (N=32) oli täysin eri mieltä. Samaa

mieltä oli 12 % (N=16) ja täysin samaa mieltä 2 % (N=2). Kysymykseen ei osannut vastata 15 % (N=19).

Sähköisen kirjaamisen haitoista kysyttiin väittämällä, että sähköinen kirjaaminen vie enemmän aikaa, kuin paperille kirjaaminen. Vastaajista väitteen kanssa eri mieltä oli 32 % (N=42) ja täysin eri mieltä 20 % (N=26). Samaa mieltä väitteen kanssa oli 31 % (N=40) ja täysin samaa mieltä 12 % (N=15) vastaajista. 5 % (N=7) ei osannut sanoa.

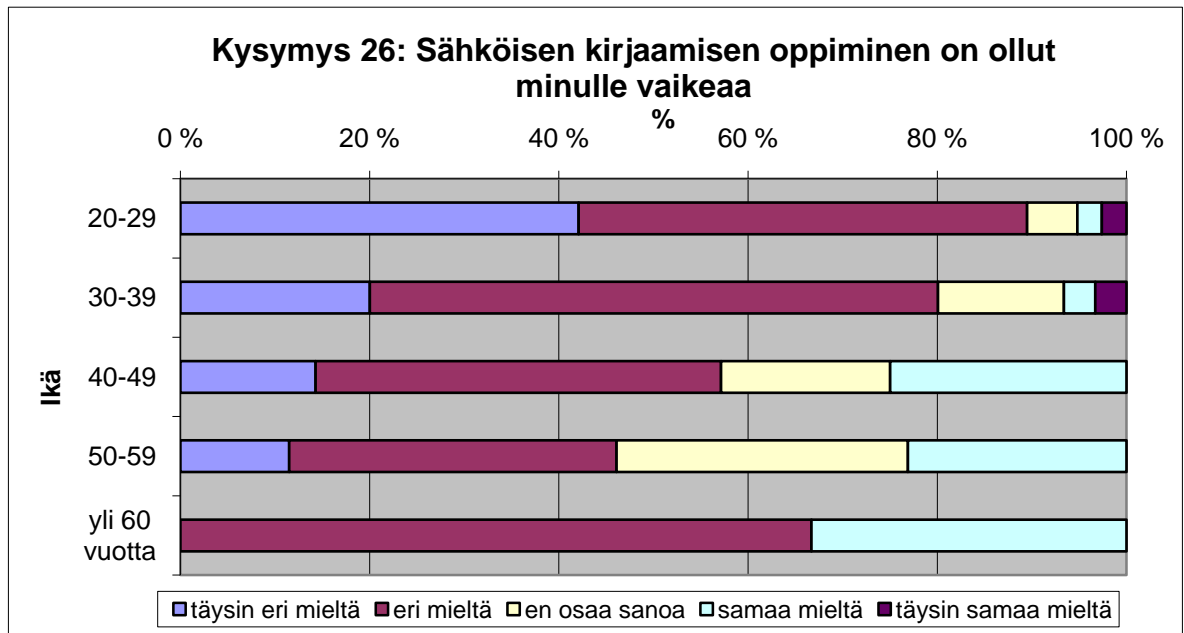


KUVIO 14. Kokemus koulutuksen riittävyydestä sähköiseen kirjaamiseen liittyen

Kysymys 20 osoittautui melkein merkitseväksi ( $p=0,016$ ) ristiintaulukoituna hoitotyön koulutuksen kanssa.

Kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista väitteen kanssa samaa mieltä oli 35 % (N=42) ja täysin samaa mieltä 12 % (N=14). Eri mieltä oli 38 % (N=46) ja täysin eri mieltä 7 % (N=8). Sairaanhoitajista 8 % (N=10) ei osannut sanoa.

Lähi- ja perushoitajista väitteen kanssa eri mieltä oli 33 % (N=3) ja samaa mieltä 22 % (N=2) vastaajista. 45 % (N=4) ei osannut vastata kysymykseen.



KUVIO 15. Sähköisen kirjaamisen oppimisen vaikeus iän kanssa ristiintaulukoituna

Kokemus sähköisen kirjaamisen oppimisen vaikeudesta osoittautui merkitseväksi ( $p=0,010$ ) ristiintaulukoituna vastaajan iän kanssa.

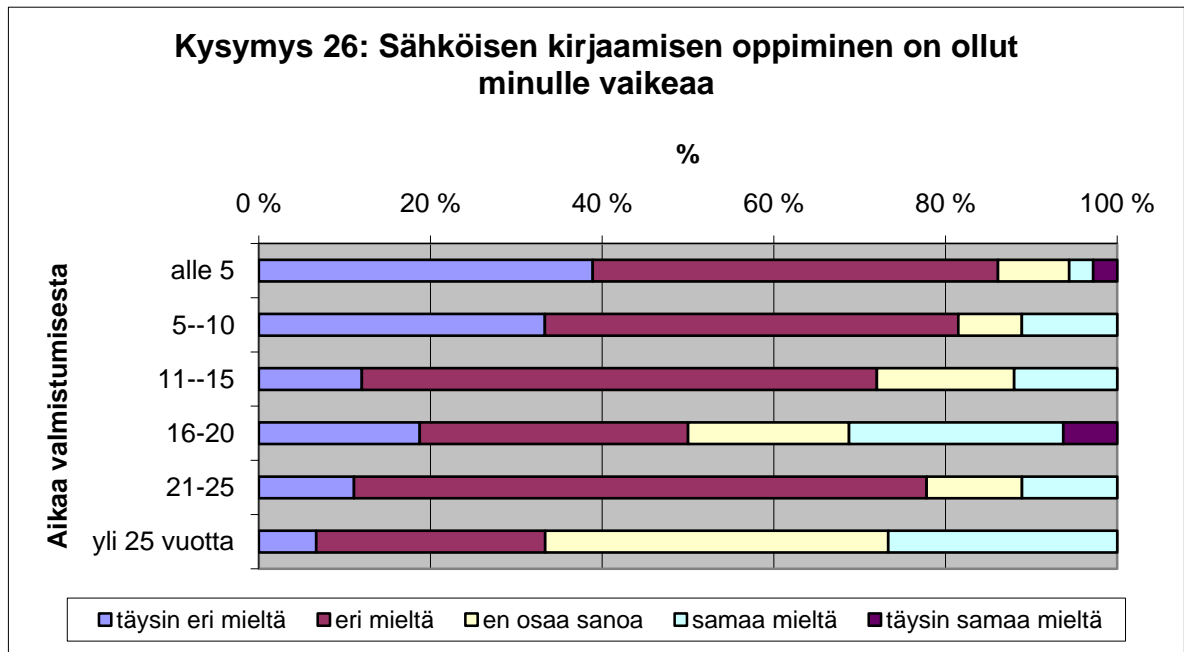
20–29 –vuotiaista väitteen kanssa täysin eri mieltä oli 42 % (N=16) ja eri mieltä 47 % (N=18). Samaa mieltä oli 3 % (N=1) ja täysin samaa mieltä 3 % (N=1). 5 % (N=2) ei osannut sanoa.

30–39 –vuotiaista väitteen kanssa eri mieltä oli 60 % (N=18) ja täysin eri mieltä 20 % (N=6). Samaa mieltä oli 3 % (N=1) ja täysin samaa mieltä 3 % (N=1). 14 % (N=4) ei osannut sanoa.

40–49 –vuotiaista väitteen kanssa oli eri mieltä 43 % (N=12) ja täysin eri mieltä 14 % (N=4) Samaa mieltä oli 25 % (N=7) ja 18 % (N=5) ei osannut sanoa.

50–59 –vuotiaista eri mieltä oli 35 % (N=9) ja täysin erimieltä 12 % (N=3). Samaa mieltä oli 23 % (N=6) ja 30 % (N=8) ei osannut sanoa.

Yli 60-vuotiaista vastaajista väitteen kanssa eri mieltä oli 67 % (N=2) ja samaa mieltä 33 % (N=1).



KUVIO 16. Sähköisen kirjaamisen oppimisen vaikeus ristiintaulukoituna aikaa valmistumisesta kanssa

Kokemus sähköisen kirjaamisen vaikeudesta osoittautui melkein merkitseväksi ( $p=0,044$ ) ristiin taulukoituna vastaajan valmistumisesta kuluneeseen aikaan.

Vastaajista joilla valmistumisesta oli alle 5 vuotta, väitteen kanssa eri mieltä oli 47 % (N=17) ja täysin eri mieltä 39 % (N=14). Samaa mieltä oli 3 % (N=1) ja täysin samaa 3 % (N=1). Vastaajista 8 % (N=3) ei osannut vastata kysymykseen.

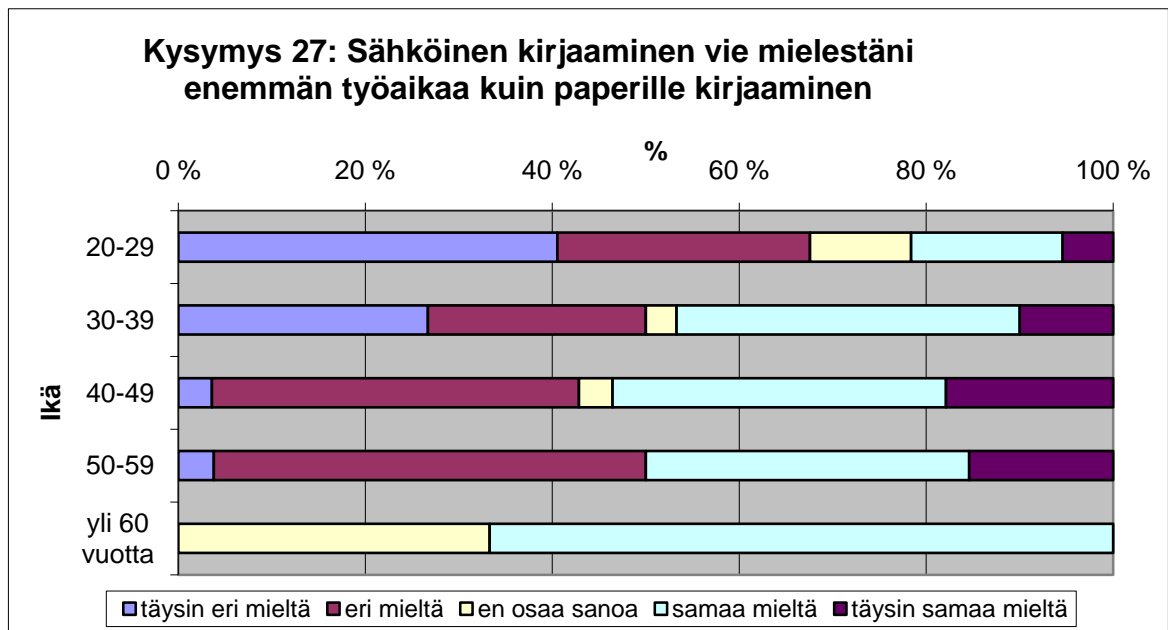
5-10 vuotta sitten valmistuneista väitteen kanssa eri mieltä oli 48 % (N=13) ja täysin eri mieltä 33 % (N=9). Samaa mieltä oli 11 % (N=3) ja 8 % (N=2) ei osannut vastata kysymykseen.

11–15 vuotta sitten valmistuneista eri mieltä väitteen kanssa oli 60 % (N= 15) ja täysin eri mieltä 12 % (N=3). Samaa mieltä oli 12 % (N=3) vastaajista ja 16 % (N=4) ei osannut vastata kysymykseen.

16–20 vuotta sitten valmistuneista vastaajista väitteen kanssa oli eri mieltä 31 % (N=5) ja täysin eri mieltä oli 19 % (N=3). Samaa mieltä väitteen kanssa oli 25 % (N=4) ja täysin samaa 6 % (N=1). 19 % (N=3) ei osannut vastata.

21–25 vuotta sitten valmistuneista väitteen kanssa eri mieltä oli 67 % (N=6) ja täysin eri mieltä 11 % (N=1). Samaa mieltä väitteen kanssa oli 11 % (N=1). Kysymykseen ei osannut vastata 11 % (N=1) vastaajista.

Yli 25 vuotta sitten valmistuneista väitteen kanssa eri mieltä oli 27 % (N=4) ja täysin eri mieltä 6 % (N=1). Samaa mieltä oli 27 % (N=4). Vastaajista 40 % (N=6) ei osannut sanoa.



KUVIO 17. Hoitajien kokemukset sähköiseen kirjaamiseen kuluva työajasta suhteessa vastaajan ikään

Kokemus sähköiseen kirjaamiseen kuluva työajasta osoittautui melkein merkitseväksi ( $p=0,004$ ) ristiintaulukoituna vastaajan iän kanssa. Kysymyksessä kysyttiin, viekö sähköinen kirjaaminen vastaajien mielestä enemmän työaika kuin paperille kirjaaminen.

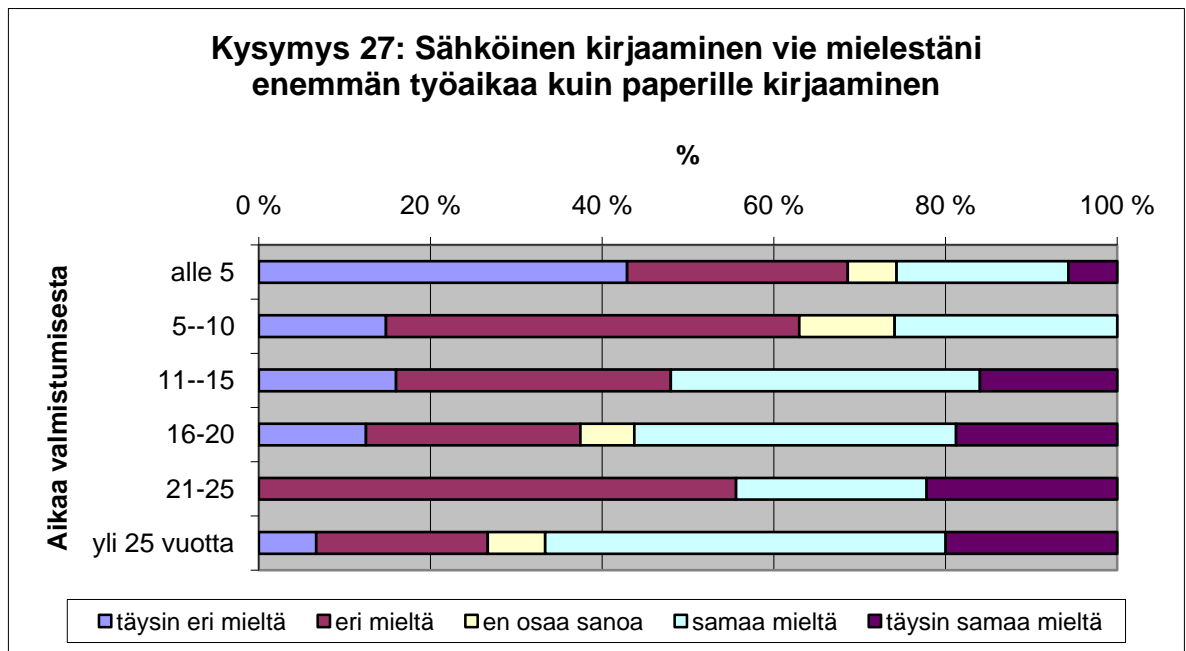
20–29 –vuotiaista väitteen kanssa täysin eri mieltä oli 41 % (N=15) ja eri mieltä 27 % (N=10). Samaa mieltä oli 16 % (N=6) ja täysin samaa mieltä 5 % (N=2). 11 % (N=4) ei osannut vastata kysymykseen.

30–39 –vuotiaista väitteen kanssa samaa mieltä oli 37 % (N=11) ja täysin samaa mieltä 10 % (N=3). Eri mieltä oli 23 % (N=7) ja täysin eri mieltä 27 % (N=8). 3 % (N=1) ei osannut vastata kysymykseen.

40–49 –vuotiaista väitteen kanssa oli samaa mieltä 36 % (N=10) ja täysin samaa mieltä 18 % (N=5). Eri mieltä oli 39 % (N=11) ja täysin eri mieltä 4 % (N=1). 3 % (N=1) ei osannut vastata kysymykseen.

50–59 –vuotiaista väitteen kanssa samaa mieltä oli 35 % (N=9) ja täysin samaa mieltä 15 % (N=4). Eri mieltä oli 46 % (N=12) ja täysin eri mieltä 4 % (N=1).

Yli 60-vuotiaista vastaajista väitteen kanssa samaa mieltä oli 67 % (N=2) ja 33 % (N=1) vastaajista ei osannut sanoa.



KUVIO 18. Hoitajien kokemukset sähköiseen kirjaamiseen kuluvasta työajasta suhteessa aikaan valmistumisesta

Kokemus sähköiseen kirjaamiseen kuluvasta työajasta osoittautui melkein merkitseväksi ristiin taulukoituna vastaajan valmistumisesta kuluneeseen aikaan.

Vastaajista joilla valmistumisesta oli alle 5 vuotta, väitteen kanssa eri mieltä oli 26 % (N=9) ja täysin eri mieltä 43 % (N=15). Samaa mieltä oli 20 % (N=7) ja täysin samaa mieltä 6 % (N=2). Vastaajista 6 % (N=2) ei osannut vastata kysymykseen.

5-10 vuotta sitten valmistuneista väitteen kanssa eri mieltä oli 48 % (N=13) ja täysin eri mieltä 15 % (N=4). Samaa mieltä oli 26 % (N=7) ja 11 % (N=3) ei osannut vastata kysymykseen.

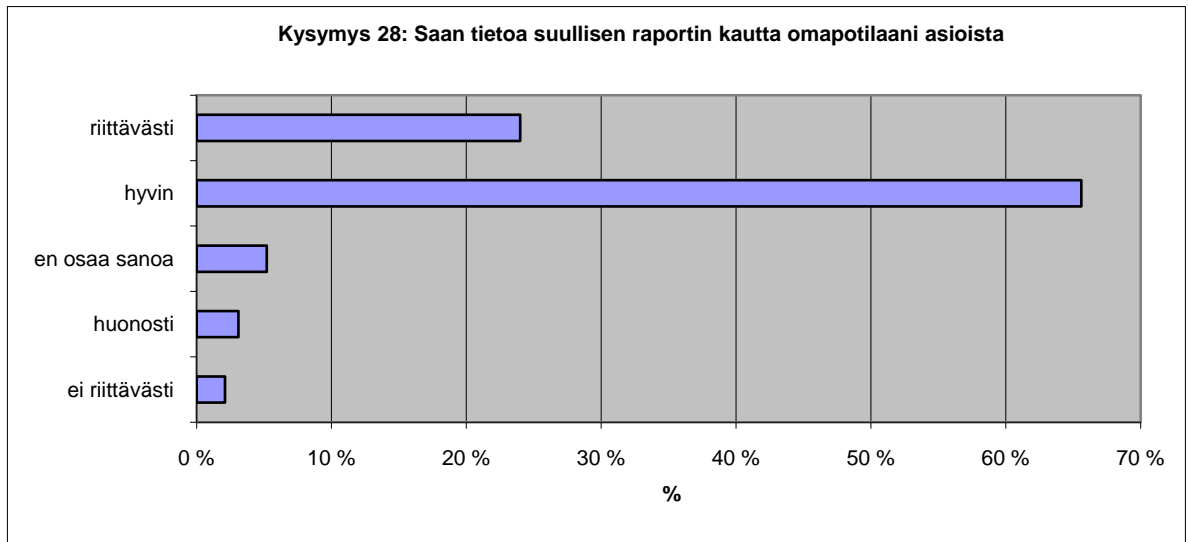
11–15 vuotta sitten valmistuneista eri mieltä väitteen kanssa oli 32 % (N=8) ja täysin eri mieltä 16 % (N=4). Samaa mieltä oli 36 % (N=9) vastaajista ja täysin samaa mieltä 16 % (N=4).

16–20 vuotta sitten valmistuneista vastaajista väitteen kanssa oli eri mieltä 25 % (N=4) ja täysin eri mieltä oli 13 % (N=2). Samaa mieltä väitteen kanssa oli 37 % (N=6) ja täysin samaa 19 % (N=3). 6 % (N=1) ei osannut vastata.

21–25 vuotta sitten valmistuneista väitteen kanssa samaa eri mieltä oli 56 % (N=5). Samaa mieltä väitteen kanssa oli 22 % (N=2) ja täysin samaa mieltä 22 % (N=2).

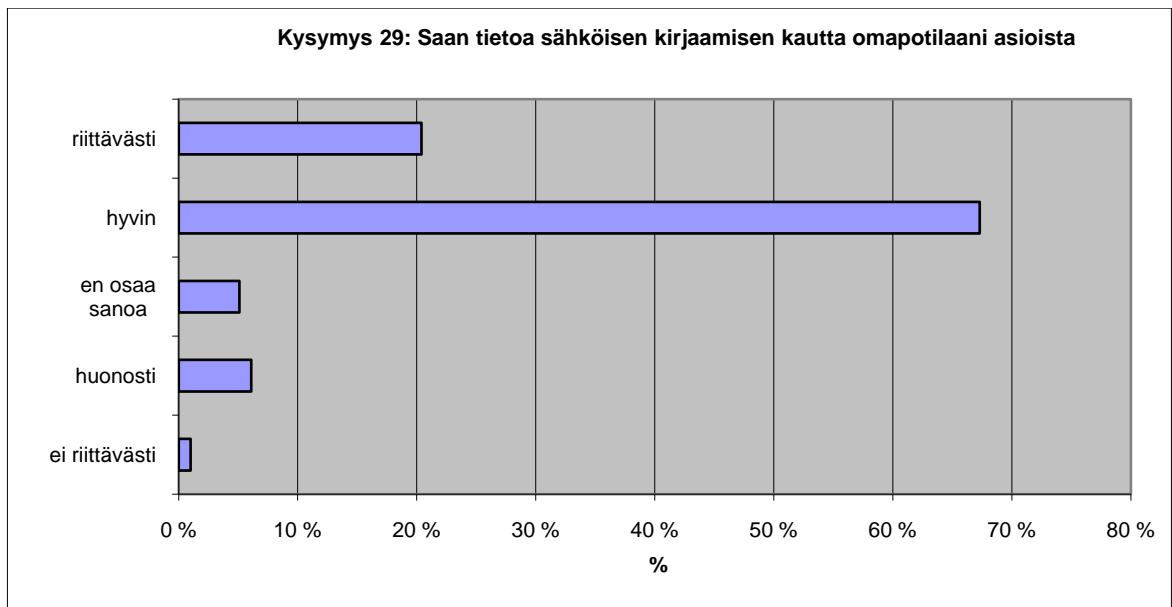
Yli 25 vuotta sitten valmistuneista väitteen kanssa samaa eri mieltä oli 20 % (N=3) ja täysin eri mieltä 7 % (N=1). Samaa mieltä oli 47 % (N=7) ja täysin samaa mieltä 20 % (N=3). Vastaajista 7 % (N=1) ei osannut sanoa.

## 5.4 Raportointi



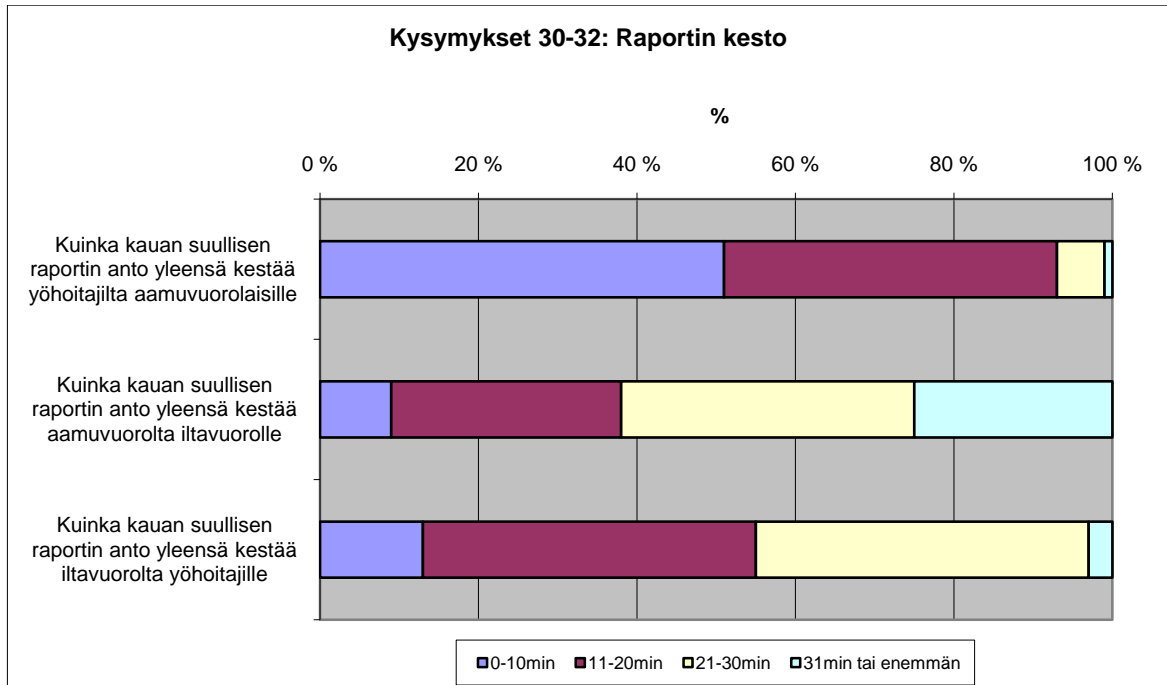
KUVIO 19. Tiedon saanti suullisen raportin kautta

Kysymyksessä 28 vastaajilta kysyttiin, kuinka hoitajat kokevat saavansa tietoa omapotilaastaan asioista suullisen raportin kautta. Vastaajista 66 % (N=63) koki saavansa tietoa hyvin ja 24 % (N=23) riittävästi. 3 % (N=3) vastaajista koki saavansa tietoa huonosti ja 2 % (N=2) ei kokenut saavansa tietoa riittävästi. 5 % (N=5) prosenttia vastaajista ei osannut sanoa.



KUVIO 20. Tiedon saanti sähköisen kirjaamisen kautta

Kysymyksessä 29 vastaajilta kysyttiin, kuinka he kokevat saavansa tietoa omapotilaansa asioista sähköisen kirjaamisen kautta. 67 % (N=66) koki saavansa tietoa hyvin ja 20 % (N=20) riittävästi. Huonosti tietoa koki saavansa 6 % (N=6) ja 1 % (N=1) ei kokenut saavansa riittävästi tietoa. 5 % (N=5) ei osannut sanoa.



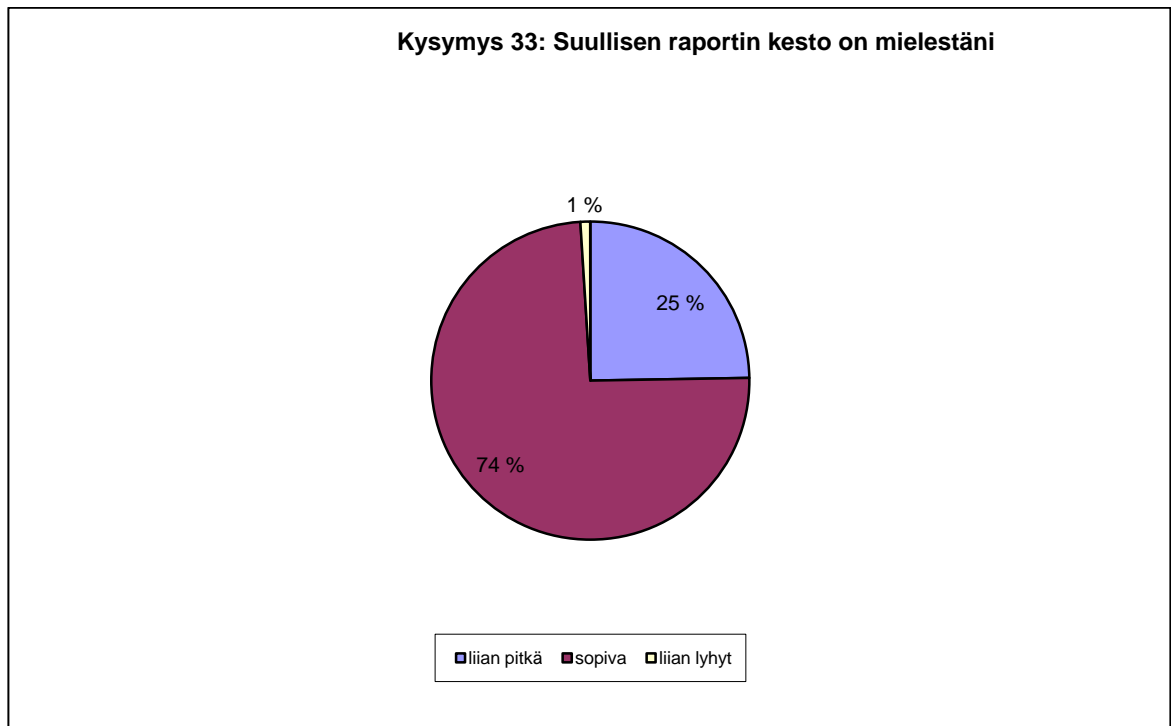
KUVIO 21. Raporttien kesto hoitajien kokemana

Kysymyksissä 30 – 32 kysyttiin vastaajilta raportin kestosta. Kysymyksessä 30 kysyttiin kuinka kauan raportin anto yleensä kestää yöhoitajilta aamuvuorolaisille. 51 % (N=49) mukaan raportti kestää 0-10 minuuttia, 42 % (N=40) mukaan 11–20 minuuttia, 6 % (N=6) mukaan 21–30 minuuttia ja 1 % (N=1) mukaan 31minuuttia tai enemmän.

Kysymyksessä 31 kysyttiin kuinka kauan raportin anto yleensä kestää aamuvuorolta iltavuorolle. 9 % (N=8) mukaan raportti kestää 0-10 minuuttia, 29 % (N=27) mukaan 11–20 minuuttia, 37 % (N=35) mukaan 21–30 minuuttia ja 25 % (N=24) mukaan 31 minuuttia tai enemmän.

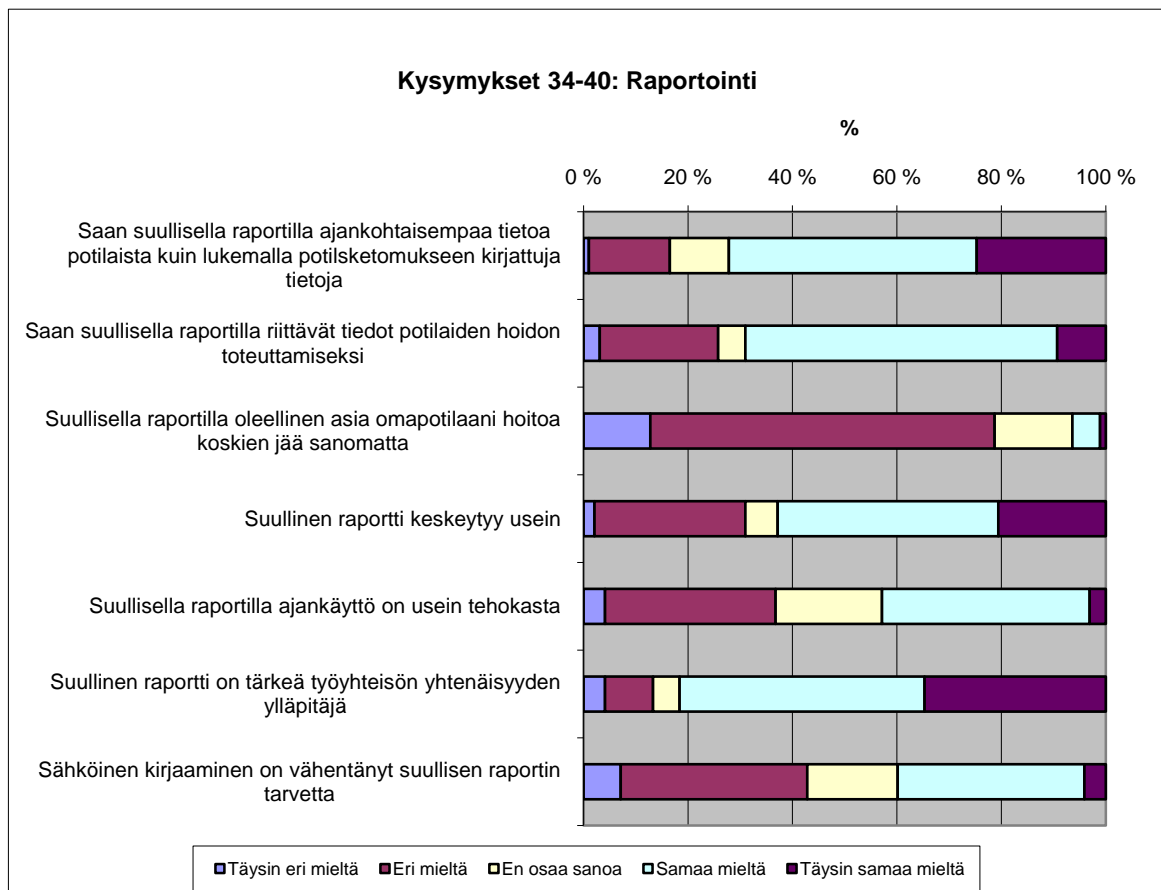
Kysymyksessä 32 kysyttiin kuinka kauan raportin anto yleensä kestää iltavuorolta yöhoitajille. 13 % (N=12) mukaan raportti kestää 0-10 minuuttia, 42 % (N=41)

mukaan 11–20 minuuttia, 42 % (N=41) mukaan 21–30 minuuttia ja 3 % (N=3) mukaan 31 minuuttia tai enemmän.



KUVIO 22. Hoitajien mielipiteet raportin kestosta

Kysymyksessä 33 vastaajilta kysyttiin suullisen raportin kestosta. 74 % (N=72) vastaajista piti suullisen raportin kestoa sopivana, 25 % (N=24) sopivana ja 1 % (N=1) liian pitkänä.



KUVIO 23. Hoitajien käsityksiä suullisesta raportoinnista

Kysymyksessä 34 kysyttiin vastaajien mielipidettä saavatko he raportilla ajankohtaisempaa tietoa potilaista kuin lukemalla potilaskertomukseen kirjattuja tietoja. Väitteen kanssa samaa mieltä oli 47 % (N=46) ja täysin samaa mieltä 25 % (N=24). Eri mieltä väitteen kanssa oli 16 % (N=15) ja täysin eri mieltä 1 % (N=1). 11 % (N=11) ei osannut vastata.

Kysymyksessä 35 vastaajilta kysyttiin saavatko he suullisella raportilla riittävät tiedot potilaiden hoidon toteuttamiseksi. Väitteen kanssa samaa mieltä oli 60 % (N=57) vastaajista ja täysin samaa mieltä oli 9 % (N=9). Vastaajista 23 % (N=22) oli eri mieltä ja täysin eri mieltä oli 3 % (N=3). 5 % (N=5) ei osannut sanoa mielipidettään.

Kysymyksessä 36 vastaajille esitettiin väite: ”Suullisella raportilla oleellinen asia omapotilaani hoitoa koskien jää sanomatta”. Väitteen kanssa eri mieltä oli 66 %

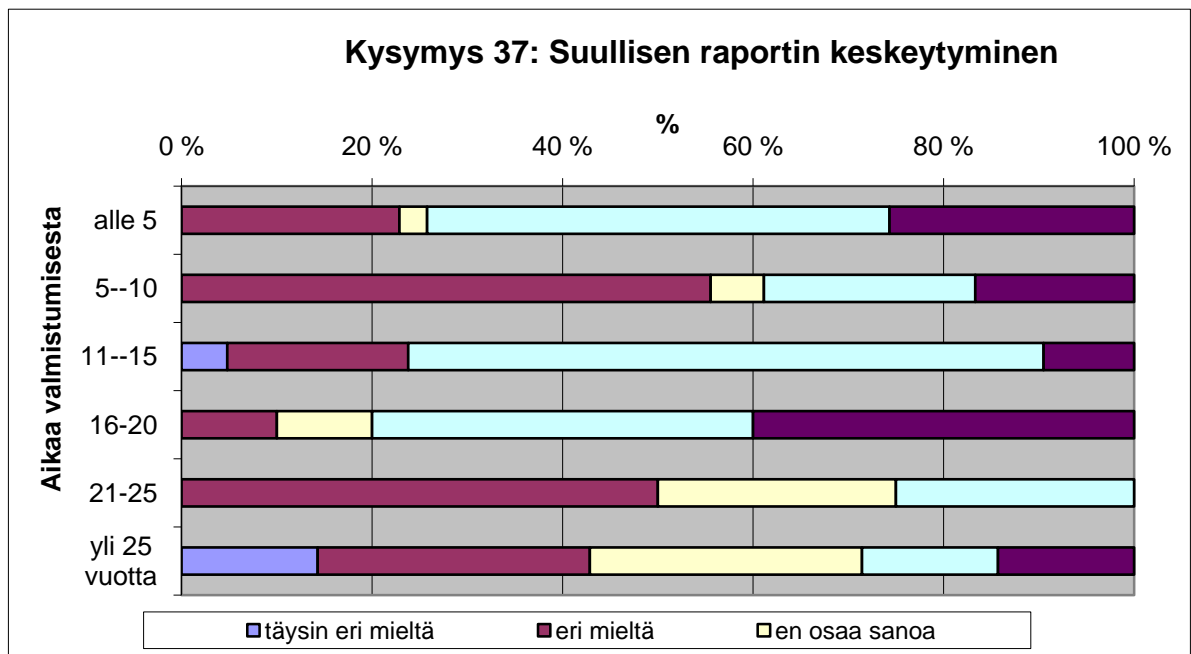
(N=62) vastaajista ja täysin eri mieltä 13 % (N=12). Samaa mieltä väitteen kanssa oli 5 % (N=5) ja täysin samaa 1 % (N=1). 15 % (N=14) ei osannut sanoa.

Kysymyksessä 37 vastaajilta kysyttiin keskeytyykö suullinen raportti usein. Samaa mieltä väittämän kanssa oli 42 % (N=41) ja täysin samaa mieltä 21 % (N=20) vastaajista. Eri mieltä oli 29 % (N=28) ja täysin eri mieltä 2 % (N=2). 6 % (N=6) ei osannut sanoa.

Kysymyksessä 38 vastaajilta kysyttiin onko ajankäyttö tehokasta suullisella raportilla. 40 % (N=39) oli väitteen kanssa samaa mieltä ja 3 % (N=3) täysin samaa mieltä. Eri mieltä väitteen kanssa oli 33 % (N=32) ja täysin eri mieltä 4 % (N=4) vastaajista. 20 % (N=20) vastaajista ei osannut sanoa.

Kysymyksessä 39 kysyttiin onko suullinen raportti tärkeä työyhteisön yhtenäisyyden ylläpitäjä. 47 % (N=46) vastaajista oli samaa mieltä ja 35 % (N=34) täysin samaa mieltä. Eri mieltä oli 9 % (N=9) ja täysin eri mieltä 4 % (N=4) vastaajista. 5 % (N=5) ei osannut sanoa.

Kysymyksessä 40 kysyttiin onko sähköinen kirjaaminen vähentänyt suullisen raportin tarvetta. Väitteen kanssa samaa mieltä oli 36 % (N=35) ja täysin samaa mieltä oli 4 % (N=4). Eri mieltä väitteen kanssa oli 36 % (N=35) ja täysin eri mieltä 7 % (N=7). 17 % (N=17) ei osannut sanoa.



KUVIO 24. Suullisen raportin keskeytyminen suhteessa aikaan valmistumisesta

Kokemus suullisen raportin keskeyttämisestä osoittautui melkein merkitseväksi ( $p=0,017$ ) ristiin taulukoituna vastaajan valmistumisesta kuluneeseen aikaan. Kysymyksessä kysyttiin keskeytyykö suullinen raportti vastaajan mielestä usein.

Alle 5 vuotta sitten valmistuneista 48 % (N=17) oli väitteen kanssa samaa mieltä ja 26 % (N=9) täysin samaa mieltä. Eri mieltä oli 23 % (N=8). 3 % (N=1) ei osannut sanoa.

5-10 vuotta sitten valmistuneista samaa mieltä väitteen kanssa oli 22 % (N=4) ja täysin samaa mieltä 17 % (N=3). Eri mieltä oli 55 % (N=10) vastaajista ja 6 % (N=1) ei osannut sanoa.

11–15 vuotta sitten valmistuneista samaa mieltä oli 67 % (N=14) ja täysin samaa mieltä 9 % (N=2). Eri mieltä oli 19 % (N=4) ja täysin eri mieltä 5 % (N=1).

16–20 vuotta sitten valmistuneista samaa mieltä väitteen kanssa oli 40 % (N=4) ja täysin samaa mieltä 40 % (N=4). Eri mieltä oli 10 % (N=1) ja 10 % (N=1) ei osannut sanoa.

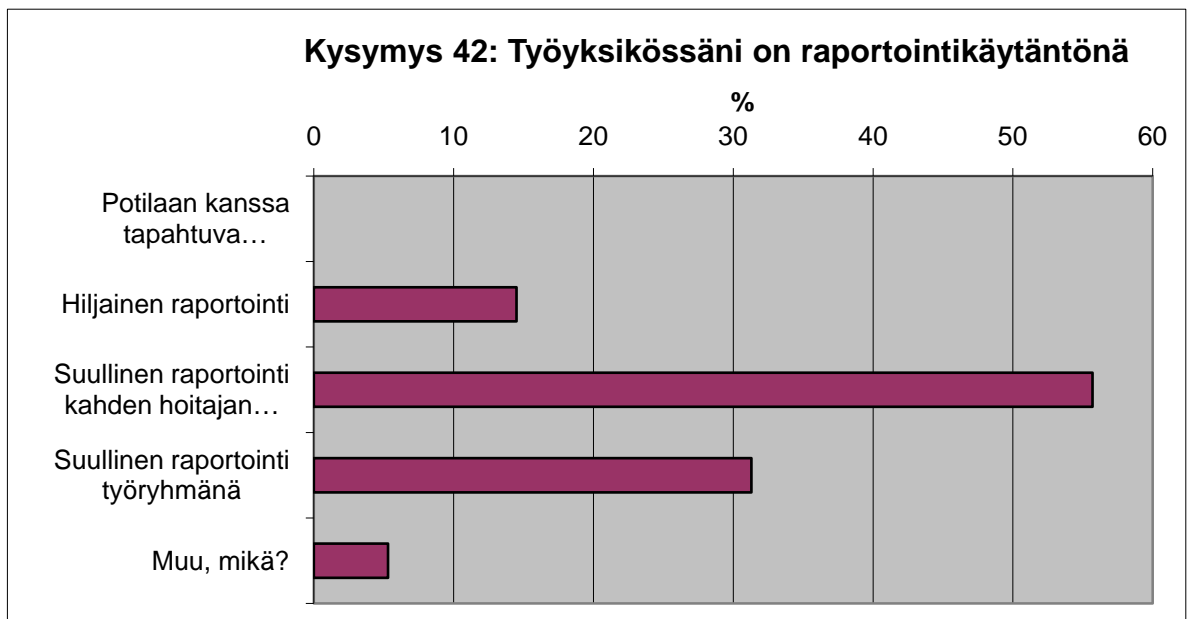
21–25 vuotta sitten valmistuneista 50 % (N=2) oli eri mieltä väitteen kanssa ja samaa mieltä oli 25 % (N=1). Vastaaajista 25 % (N=1) ei osannut sanoa.

Yli 25 vuotta sitten valmistuneista väitteen kanssa oli eri mieltä 29 % (N=2) ja täysin eri mieltä 14 % (N=1). Samaa mieltä oli 14 % (N=1) ja täysin samaa mieltä 14 % (N=1). 29 % (N=2) ei osannut sanoa.



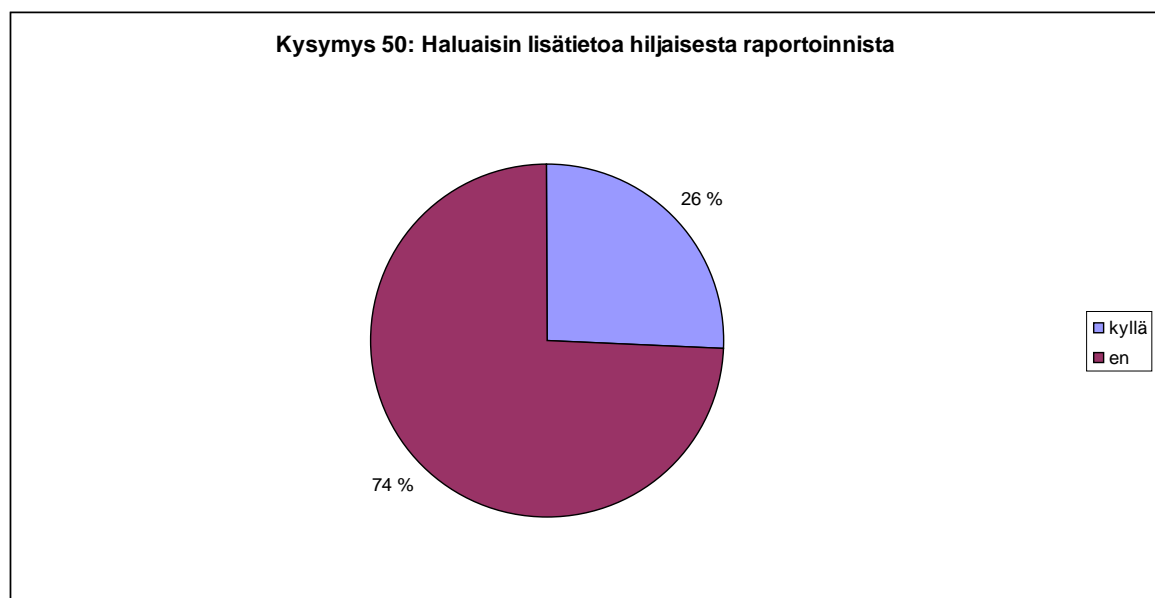
KUVIO 25. Hoitajien tietämys hiljaisesta raportoinnista

Kysymyksessä 41 vastaajilta kysyttiin, tietävätkö he mitä hiljainen raportointi on. 93 % (N=112) vastaajista kertoi tietävänsä mitä se on ja 7 % (N=9) ei tiennyt mitä hiljainen raportointi on.



KUVIO 26. Työyksikössäni on raportointikäytäntönä...

Kysymys oli monivalintakysymys, valintoja tuli 144. Vastanneista hoitajista 56 % (N=73) vastasi raportointikäytäntönä olevan suullinen raportointi kahden hoitajan kesken, 31 % (N=41) vastasi suullinen raportointi työryhmänä, 15 % (N=19) vastasi hiljainen raportointi, potilaan kanssa tapahtuvaa raportointia ei hoitajien mukaan ollut. 5 % (N=7) vastasi muu, mikä? Vastauksina olivat hiljainen raportointi (N=3), suullisen raportoinnin eri muodot (N=2) sekä ei raportointia (N=2).



KUVIO 27. Haluaisin lisää tietoa hiljaisesta raportoinnista.

74 % (N=81) kysymykseen 50 vastanneista ei halunnut lisätietoa hiljaisesta raportoinnista ja 26 % (N=28) oli kiinnostunut saamaan lisätietoa.

Kysymyksessä 49 tiedustelimme hoitajien ajatuksia hiljaisen raportoinnin hyödyistä ja haitoista. Hiljaisesta raportoinnista syntyviä haittoja (N=82) löytyi useammalla hoitajalla kuin hyötyjä (N=43). Hyötyinä hiljaisesta raportoinnista hoitajat (N=20) kokivat olevan ajan säästöön liittyvät asiat kuten tehokas ajankäyttö ja raportointiaikojen lyheneminen. Kahdeksan (N=8) vastaajaa ajatteli turhan puheen jäävän vähemmälle ja seitsemän (N=7) vastaajan mielestä kirjaaminen parantuisi. Kuuden (N=6) mielestä hiljainen raportointi mahdollistaisi tiedon hakemisen omassa tahdissa ja perusteellisemmän perehtymisen ja kaksi (N=2) vastaajaa ajattelivat työntekijöiden pääsevän ajoissa kotiin vuoron vaihtuessa.

Suurimmaksi haitaksi tai hiljaisen raportoinnin esteeksi hoitajat (N=39) kokivat kirjaamisessa olevat puutteet: tietoa ei ole tarpeeksi, keskeisiä asioita ei löydy ja hiljaisen raportoinnin takia jotain tärkeää hoidon kannalta saattaa jäädä huomioimatta. Toiseksi eniten hoitajat (N=20) ajattelivat hiljaisen raportoinnin johdosta tietojen haussa ja kirjaamisessa kuluvan liiaksi aikaa, vieden sitä hoitotyöltä. Haittoina koettiin myös työntekijöiden välisen kommunikoinnin ja yhteishengen vähenemisen (N=11), potilasturvallisuuden heikkenemisen (N=5), hiljaisen raportoinnin johtavan resurssien puutteeseen ja vapaana olevien tietokoneiden vähyyteen (N=4) sekä moniammatillisen hoidon suunnittelun kärsivän (N=3).

Kysymykset 43–48 jätettiin työelämätahon kanssa sovitusti analysoimatta virheellisten numerointien takia.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä tukevat erilaiset ohjeet, kuten Helsingin julistus (1964) ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Hyvän tieteellisen käytännön ohjeet (2004), sekä lainsäädäntö (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173–176). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerejä tutkimuksessa, toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkaistaessa sekä ottaa muiden tutkijoiden työt ja saavutukset huomioon asianmukaisella tavalla kunnioittaen näitä. Hyvään käytäntöön kuuluu myös muun muassa, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja ennen tutkimuksen aloittamista on määritetty ja kirjattu kaikkia osapuolia koskevat asemat ja oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä tutkimustulosten omistajuus ja aineistojen säilyttäminen. Eri tieteen aloilla ja tieteellisillä yhdistyksillä on myös omia ohjeistuksia ja menettelyohjeita niissä tehtäviä tutkimuksia varten. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Tampereen ammattikorkeakoulussa opinnäytetöiden ohjeistukseen on käytössä Opinnäytetyöntekijän opas (Mettiäinen 2009).

Tämän opinnäytetyön prosessin aikana olemme pyrkineet toimimaan eettisesti oikein ja avoimesti. Olemme pitäneet useita palavereja ja lähettäneet sähköpostia työelämätahon kanssa, joissa olemme sopineet työmenetelmistä, kyselyn toteutuksesta ja tulosten julkaisemisesta. Ohjaavaan opettajaamme olemme olleet yhteydessä opinnäytetyön toteutuksesta ja työnjaosta. Olemme myös noudattaneet Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeita opinnäytetyöntekoa koskien. Opinnäytetyötämme koskeva tutkimuslupahakemus lähetettiin opetusylihoitajalle toukokuussa 2009 ja saimme luvan kyselyyn samaisen kuun lopussa. Hakemuksemme kattoi kaikki kohdeyksiköt.

Tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät saa loukata tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. Tutkijan tulee pyrkiä minimoimaan haitat ja suhteessa niihin maksimoimaan hyödyt. Tutkija on vastuussa omasta tutkimuksestaan. (Vilkka 2007, 90–91.) Tutkimuksessa on tärkeää säilyttää tutkittavien yksityisyys siten, että tutkimuksessa mukana olevien tiedot säilyvät salaisina eivätkä ulkopuoliset voi tunnistaa heitä missään tutkimusprosessin vaiheessa. Näin säilyy tutkimuksen luottamuksellisuus. (Pohjola 2007, 20.) Opinnäytetyömme kyselyyn vastattiin anonyymisti, vastaajien henkilötietoja emme saaneet missään vaiheessa tietoomme. Täytettyjä kyselyitä säilytimme lukitussa kaapissa ja aineiston hävitämme asiaankuuluvalla tavalla raportin valmistuttua.

Kvantitatiivisen tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen sisältyvät reliabiliteetti, tulosten pysyvyys mittauksesta toiseen, sekä validiteetti, tutkimuksen kyky mitata tutkimuksen ongelmiksi asetettuja lähtökohtia. Tutkimus, joka kyetään toistamaan ja saamaan aikaan samoja tuloksia tutkijasta riippumatta on reliabiliteetiltään hyvä. Validiteetti on hyvä, jos tutkija on saanut siirrettyä tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuuden lomakkeeseen eli mittariin. (Vilkka 2007, 149–154.) Opinnäytetyö oli validi, sillä kyselyn avulla saimme hyvin selville hoitajien mielipiteitä teoreettisista lähtökohdistamme ja opinnäytetyölle asettamamme tavoitteet toteutuivat. Reliabiliteetti oli hyvä, sillä, kuten edellisessäkin opinnäytetyössä, saimme selville hoitajien käsityksiä omahoitajuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista.

Kyselyn saimme aiemmin tehdystä opinnäytetyöstä ja yhdessä työelämäyhdysheikön kanssa sovimme, ettei kyselyä tarvinnut esiteta, sillä esitetaus oli tehty aiemmassa opinnäytetyössä. Kyselyä kuitenkin muokattiin ennen kyselyn toteutusta. Kyselykaavakkeita toimitettiin osastoille ja poliklinikoille 209 kappaletta, kahden viikon vastausajan jälkeen vastausprosentti oli 63 % (N=131). Vastausprosentti oli riittävä, joten kyselyä ei uusittu eikä vastausaika pidennetty.

Kyselyn toteutuksessa tuli esiin muutama ongelma, kysymykset 43–48 oli kyselyn muutosten takia esitetty väärin eikä poliklinikoilla ole käytössä suullista raportointia, jota on käsitelty kysymyksissä 28–48, joten sovimme työelämätahon kanssa jättävämmä näiden kysymysten vastaukset analysoimatta, jottei opinnäytetyön luotettavuus kärsi.

## 6.2 Tulosten tarkastelu

### 6.2.1 Omahoitajuus

Omahoitajuus ja yksilövastuinen hoitotyö on määritelty olevan muun muassa yksilöllistä vastuuta päätöksenteossa, yksilöllistä vastuullisuutta, hoitotyön itsenäisyyttä, jatkuvuutta, kokonaisvaltaisuutta ja koordinoitua (Munnukka 1993, 8). Hegyvaryn (1991) mukaan yksilövastuuisen hoitotyön peruspiirteitä ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Hän kuitenkin huomauttaa, etteivät kaikki mainitut piirteet toteudu täydellisesti joka tilanteessa, mutta ne ovat yksilövastuuisen hoitotyön tavoitteita. (Hegyvary 1991, 17–19.) Opinnäytetyömme kyselyyn vastanneiden hoitajien mielestä yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa yksilöllistä vastuuta päätöksenteossa, hoitajan vastuuta omista potilaistaan ja hoidon koordinoitua.

Hoitajien vastaukset olivat joissakin kysymyksissä hyvinkin jakautuneita. Hoitajat kokivat yksilövastuuisen hoitotyön toteutuvan omassa työyksikössään hyvin (46 %) tai heikosti (42 %). Omassa työssään he kuvasivat yksilövastuuisen hoitotyön toteutuvan useimmiten hyvin (61 %). Hoitajat arvioivat yksilövastuuisen hoitotyön toteutuvan paremmin omassa työssään kuin työyksikössään, mutta kaiken kaikkiaan hoitajat ovat melko tyytyväisiä yksilövastuuisen hoitotyön toteutumiseen. Aiemmin toteutetussa opinnäytetyössä enemmistö hoitajista (75 %) koki yksilövastuuisen hoitotyön toteutuvan hyvin työyksikössään ja omassa työssään 79 % (Järvi ym. 2009).

Omahoitajana hoitajat tekivät omapotilastaan koskevia päätöksiä. Tulosten mukaan tämä toteutui enemmän usein (63 %) kuin harvoin (24 %) ja lähes kaikki kertoivat kirjaavansa sähköisesti omapotilaansa hoitoa koskevia hoitotyön päätöksiä. Sairaanhoitajat kokivat tekevänsä omapotilastaan koskevia hoitotyön päätöksiä huomattavasti useammin kuin lähi- ja perushoitajat. Tosin lähi- ja perushoitajia oli vastaajista hyvin pieni määrä (N=9). Potilaiden hoidon ei aina koettu toteutuvan omahoitajien kirjaaman tiedon perusteella, sillä vain puolet vastanneista hoitajista kertoi hoidon toteutuvan omahoitajana kirjaamansa tiedon mukaisesti ja lähes kolmasosa ei osannut sanoa, toteutuuko hoito kirjaamansa tiedon perusteella.

Eniten muutosta nykyiseen omahoitajakäytäntöön hoitajat halusivat omapotilaan kanssa vietettävän ajan määrään, sillä puolet hoitajista toivoi lisää yhteistä aikaa oman potilaan kanssa. Hoitajat halusivat myös enemmän oman potilaan hoitamista työvuorossa. Näiden tulosten perusteella omahoitajan omapotilaalleen toteuttama hoito ei aina toteudu. Nyman (2006) tutki pro gradu – tutkielmassaan potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta. Potilaat kokivat omahoitajan nimeämisen lisäävän turvallisuuden tunnetta ja hoidon kokonaisvaltaisuutta. Potilaat pitivät tärkeänä hoidon suunnittelua yhdessä omahoitajan kanssa. (Nyman 2006.) Opinnäytetyömme kyselyyn vastanneista hoitajista alle neljäsosa halusi omahoitajakäytännön muutoksena hoitosuunnitelman tekoa potilaan ja tämän läheisten kanssa.

### 6.2.2 Kirjaaminen

Eräs tapa toteuttaa potilaan yksilöllistä hoitotyötä on ottaa perhe mukaan hoitotyön toteutukseen (Hopia, Schildt & Hovikoski 2007, 100.) Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat huomioivat potilaiden läheiset kirjaamisessaan ainakin joskus, he sekä kirjasivat läheisen näkökulman että hyödynsivät läheisistä kirjatun tiedon. Vastanneet hoitajat huomioivat kuitenkin itse potilaan kirjaamisessaan useammin kuin läheiset. Hoitajat kertomansa mukaan kirjaavat potilaan

näkökulman hoidosta sekä potilaan toiveet ja tarpeet pääosin usein. Hoitajat myös huomioivat muiden kirjaamat potilaan tarpeet ja toiveet omassa toiminnassaan. Potilaat odottavatkin hoitosuhteeltaan yksilöllisyyttä, tietoa ja vuorovaikutusta sekä hoitohenkilökunnalta aitoa kiinnostusta heidän asiastaan. Ammattitaitoinen henkilökunta ottaa huomioon tiedot potilaista, heidän tilanteistaan, tarpeistaan, mieltymyksistään ja voimavaroistaan. Apuvälineenä voidaan käyttää sähköistä potilastietojärjestelmää. (Suhonen 2005, 49.)

Suurin osa (89 %) vastanneista hoitajista kertoi kirjaavansa potilastietojärjestelmä Mirandan otsikoiden mukaan. 28 % kertoi kirjaavansa hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Psykiatrisissa toimipisteissä toteutetun opinnäytetyön kyselyyn vastanneista hoitajista 58 % kertoi hoitotyön prosessimallin ohjaavan kirjaamistaan (Järvi ym. 2009).

Sähköisen kirjaamisen koulutukseen liittyvät mielipiteet olivat jakautuneita. Hoitajat joko kokivat, että olivat saaneet tarpeeksi koulutusta (44 %) tai eivät (44 %). Puolet koki, ettei työnantaja ollut tarjonnut riittävästi koulutusta tietotekniikan ja tietojärjestelmien oppimiseen. Mielipiteet jakoutuivat myös siitä, olivatko työyksikön sähköisen kirjaamisen ohjeistukset selkeitä. Suurin osa (39 %) oli tästä eri mieltä. Kuitenkin puolet koki, ettei sähköisen kirjaamisen oppiminen ole ollut vaikeaa. Kaikkein ongelmallisimmaksi sähköisen kirjaamisen oppimisen kokivat hoitajat, joilla oli 16–20 vuotta ammattiin valmistumisesta, joita oli kuitenkin suhteellisen pieni osa vastanneista (N=16). Myös yli 40-vuotiaille sähköisen kirjaamisen oppiminen oli ollut vaikeampaa kuin tätä nuoremmille. Tutkimusten mukaan tietokoneiden käytössä tietokonelaitteistoja ja niiden ohjelmistoja kohtaan liittyviä pelkoja esiintyy kaikissa terveydenhuollon ammattiryhmissä ja ikäluokissa (Ensio & Saranto 2004, 15). Lainsäädäntöä on viime vuosina kehitetty ohjaamaan sähköistä kirjaamista, mutta tämän lisäksi hoitotyön johtajilla on tärkeä rooli sähköisen kirjaamisen kehittämisen moottorina, seurannassa ja arvioinnissa, hoitotyöntekijöiden motivaation tukijoina ja täydennyskoulutuksen järjestäjinä (Hallila 2007, 207.)

Suurin osa (89 %) hoitajista oli samaa tai täysin samaa mieltä väitteestä, että sähköinen kirjaaminen helpottaa moniammatillista yhteistyötä ja eri ammattiryhmien välistä viestintää. Myös Ensio ja Saranto (2004, 13) ovat huomioineet, että sähköisesti on helpompi lähettää ohjeita tai konsultoida muita hoitoon osallistuvia ammattilaisia potilaan tilasta.

Väitteestä ”sähköinen kirjaaminen vie mielestäni enemmän työaikaa kuin paperille kirjaaminen” tuli vastauksena hyvin ristiriitaisia tuloksia. Eri mieltä tai täysin eri mieltä vastanneista oli yhteensä 52 %, kun samaa tai täysin samaa mieltä oli yhteensä 43 %. Lähes puolet katsoi, että sähköinen kirjaaminen vie enemmän aikaa kuin manuaalinen kirjaaminen.

### 6.2.3 Raportointi

Opinnäytetyömme kyselyyn vastanneiden hoitajien mukaan työyksiköissä on yleisimpänä raportointimenetelmänä suullinen raportointi kahden kesken (N=73) tai suullinen raportointi työryhmänä (N=41). Vain 19 hoitajaa kertoi työyksikössään olevan käytössä hiljainen raportointi.

Ennen tietokoneiden ja sähköisten potilaskertomusten kehitystä suullinen raportti on ollut yleisin tapa siirtää potilastietoa eteenpäin. Siinä päättyvän vuoron hoitaja tai useammat hoitajat ovat turvanneet hoidon jatkuvuuden tiedottamalla osastolla hoidossa olevien potilaiden sairauksista, voinnista ja hoitoon liittyvistä asioista työvuoroon tulevalle henkilökunnalle. Jo useamman vuoden tätä raportointikäytäntöä on monessa toimintayksikössä tarkasteltu kriittisesti, sillä siihen kuluu runsaasti työaikaa. (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4-9.)

Opinnäytetyömme kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat saavansa hyvin tietoa potilaastaan sekä suullisen että hiljaisen raportoinnin kautta. Suullisen raportin kestoissa eri vuorojen vaihdossa oli eroja. Yöhoitajan pitämä raportti aamuvuorolaisille oli yleensä lyhyt, 51 % vastanneista hoitajista arvioi kestoksi 0-

10 minuuttia. Suulliset raportit ilta- ja yöhoitajille taas olivat pidemmät. Suurin osa (37 %) hoitajista arvioi raportinannon aamuvuorolta iltavuorolle olevan 21–30 minuuttia. Raportin kesto tämän vuoron vaihtuessa voi kuitenkin jatkua tätäkin pidempään, sillä neljäsosa arvioi raportin keston olevan 31 minuuttia tai enemmän. Suullisen raportin kesto iltavuorolta yöhoitajalle oli hieman lyhyempi, yleisimmäksi kestoksi arvioitiin sekä 11–20 minuuttia (42 %) että 21–30 minuuttia (42 %). Suurin osa vastanneista hoitajista piti suullisen raportin kestoja sopivana, neljäsosa piti sitä liian pitkänä.

Suurin osa (60 %) vastanneista hoitajista koki saavansa suullisella raportilla riittävät tiedot potilaiden hoidon toteuttamiseksi. Hoitajat kokivat saavansa oleellisen tiedon potilaansa hoidosta, sillä vain 5 % koki, että suullisella raportilla oleellinen asia omapotilaan hoitoa koskien jäi sanomatta. Psykiatriisiin toimipisteisiin toteutetun opinnäytetyön kyselyn tuloksena 69 % hoitajista oli sitä mieltä, että oleellista tietoa jää sanomatta joskus (Järvi ym. 2009). Suullisen raportin ajankäytön tehokkuudesta hoitajien mielipiteet erosivat. 40 % oli samaa mieltä, että ajankäyttö oli usein tehokasta, kun kolmannes oli asiasta eri mieltä. Toisaalta yli puolet (63 %) hoitajista koki suullisen raportin keskeytyvän usein. Suuri osa vastanneista koki suullisen raportin olevan tärkeä työyhteisön yhtenäisyyden ylläpitäjä. Avoimessa kysymyksessä hoitajat esittivätkin yhdeksi hiljaisen raportoinnin haitaksi työntekijöiden välisen kommunikoinnin ja yhteishengen vähenemisen.

Sähköiseen potilaskertomukseen kirjatun tiedon määrää ei luultavasti pidetty riittävänä, sillä lähes puolet (47 %) koki saavansa suullisella raportilla ajankohtaisempaa tietoa kuin lukemalla potilaskertomukseen kirjattuja tietoja. Sähköisen kirjaamisen ei myöskään aina koettu vähentäneen suullisen raportin tarvetta. Väitteestä oltiin tasaisesti sekä eri mieltä (36 %) että samaa mieltä (36 %). Tulosten perusteella hoitajat mahdollisesti pitivät suullista raportointia hyvänä raportointitapana, sillä vain neljäsosa halusi lisää tietoa hiljaisesta raportoinnista.

Puumalaisen ym. vuonna 2003 tekemän tutkimuksen mukaan kirjaamisen kehittämisen myötä suullista raportointia voitiin vähentää jättäen hoitajille

enemmän aikaa itse potilastyöhön. Kirjaamisen kehittäminen vähensi myös työn kiireisyyttä eikä lisännyt työnteon paineisuutta tai stressaavuutta. (Salo 2005, 125.) 2000-luvun alussa HUSissa toteutettiin kehittämisprojekti siirtyä suullisista raporteista kirjaamiseen perustuvan tiedon välitykseen eli hiljaiseen raportointiin. Kehitystä seurattiin yhdellä osastolla. Tuloksena hiljaisen raportoinnin hyödyiksi osastolla työskentelevät hoitajat kokivat kirjaamisen parantuneen, sairaskertomuksiin tutustumiseen olevan paremmin aikaa, aikaa säästyvän muuhun työhön, työn tuntuvan mielekkäämmältä ja useimpien mielestä potilaan näkökulma huomioitiin paremmin. (Turtiainen 2005, 126–131.) Opinnäytetyömme kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin suurimpana hyötynä tehokkaan ajankäytön. Hiljaisen raportoinnin haitaksi tai sen esteeksi koettiin kirjaamisessa olevat puutteet. Hoitajat kokivat myös, että kirjaamiseen ja tietojen hakuun kuluisi liikaa aikaa.

### 6.3 Kehittämissuhteet

Tulosten perusteella hoitajat olivat sisäistäneet yksilövastuun hoitotyön merkityksen. Hoitajat kokivatkin omahoitajuuden toteutuvan paremmin omassa työssään kuin työyksiköissään, joten jatkossa omahoitajuutta voitaisiin kehittää erityisesti työyksikötasolla. Osastoilla voitaisiin mahdollistaa omahoitajuuden toteutuminen esimerkiksi työvuorojärjestelyin sekä sallia hoitajien keskittyä omapotilaidensa kokonaisvaltaiseen hoitoon ja lisätä omapotilaidensa hoitoon käytettävää aikaa, sillä tätä hoitajatkin kaipasivat.

Hoitajat kokivat, ettei työnantaja ollut tarjonnut tarpeeksi koulutusta tietotekniikan ja tietojärjestelmien oppimiseen. Usea hoitaja myös koki, ettei työyksikössä ollut tarpeeksi selkeitä ohjeita sähköisestä kirjaamisesta. Kirjaamista voitaisiin jatkossa kehittää tietotekniikan ja potilastietojärjestelmän käytön koulutuksella sekä luomalla työyksiköihin yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä ja selkiyttämällä kirjaamisen ohjeistuksia. Koulutusta voitaisiin lisätä erityisesti pidempään työssä olleille, sillä

useampi heistä oli kokenut sähköisen kirjaamisen olleen vaikeaa. Jatkossa voitaisiin tutkia sähköisen kirjaamisen koulutuksen tasoa ja sisältöä.

Jos opinnäytetyön toteutukseen osallistuneissa toimiyksiköissä on tavoitteena siirtyä hiljaiseen raportointiin, sen koulutusta tulisi lisätä. Hoitajien tietoisuutta hiljaisesta raportoinnista ja sen käytöstä voitaisiin kehittää. Kyselyyn osallistuneet hoitajat kokivat suullisen raportoinnin antavan paremmat tiedot potilaista ja hoitajat löysivät hiljaisesta raportoinnista enemmän haittoja kuin hyötyjä. Jatkossa voitaisiinkin tarkemmin tutkia hoitajien ajatuksia ja tietämystä hiljaisesta raportoinnista. Hoitajissa suurinta huolta herättivät kirjaamisessa olevat puutteet ja siitä seuraavan potilasturvallisuuden heikkenemisen. Tärkeää on kirjaamisen tason kehittäminen, jotta hiljainen raportointi toteutuisi mahdollisimman hyvin.

Tulosten perusteella hoitajat olivat kokeneet suullisten raportointien keskeytyvän usein. Jos toimiyksiköissä jatketaan suullisella raportoinnilla, sitä varten tulisi järjestää tilat, joissa mahdollistuisi tiedon jakaminen ilman keskeytyksiä. Kolmasosa hoitajista koki, ettei suullisten raportointien ajankäyttö ollut tehokasta. Suullisilla raporteilla voitaisiin keskittyä vain potilaiden tietojen jakamiseen ja näin lyhentää raportointiin käytettävää aikaa.

## LÄHTEET

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Helsinki:Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hallila, L. 2007. Sähköisen kirjaamisen haasteet terveydenhuoltoalan täydennyskoulutuksessa. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hegyvary, S.T. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. 1.-2.painos. Vaasa: Kirjayhtymä Oy.

Heikkilä, t. 2001. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hildén, R. & Paasovaara, S. & Tiikkaja, M. Yksilövastuinen hoitotyö-epäilyksistä onnistumiseen. Sairaanhoitaja-lehti 11/2008, 19–22.

Honkimaa-Salmi, A. 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Johdanto. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry., 5-9.

Hopia, H., Schildt, T. & Hovikoski, K. 2007. Perhe hoitotyön kirjaamisessa. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry., 97-100.

Hyvärinen, H. 2009. Hoitotyön kirjaamismallille kansainvälinen palkinto. Sairaanhoitaja-lehti 12/2009, 28.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korkiakoski, L. 1995. Hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Järvi, M., Kulla, M., Liljeberg, R., Metsänsalo, S. & Tirkkonen, M. 2009. Omahaohjaus, kirjaaminen ja raportointi. Psykiatrisen hoitotyön alueen hoitajien näkemyksiä. www.theseus.fi. Luettu 23.3.2010.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.-2.painos. Helsinki: WSOY.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry., 89.

Laaksonen, K. 1994. Erilaiset toimintamallit hoitotyön käytännössä. Teoksessa Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) Potilaskeskeinen hoitotyö- askel eteenpäin. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. Luettu 29.4.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Logica. 2009. Miranda-potilaskertomus. Luettu 2.12.2009. <http://www.logica.fi/miranda-potilaskertomus/400011557>

Logica 2009. Oberon -potilasprosessin ohjaus. Luettu 2.12.2009. <http://www.logica.fi/oberon-potilasprosessin+ohjaus/400011558>

Lukkarinen, H. & Vuokila-Oikkonen, P. Mitä sairaanhoitajan tulee osata? Sairaanhoitaja-lehti 11/2005, 4.

Mettiäinen, S. 2009. Opinnäytetyöntekijän opas. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Mäkelä, K. 2006. Terveystieteiden tietotekniikka - terveyden ja hyvinvoinnin sovellukset. Helsinki: Talentum

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko - näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry., 36.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Nyman, A. 2006. Yksilövastuiseen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Paavilainen, E. & Pukuri, T. & Åstedt-Kurki, P. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen. Sairaanhoitaja 11/2007, 31–33.

Pohjola, A. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi, 20.

- Pukuri, Tarja. 1997. Yksilövästuisen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. 7/1997. Tampereen yliopistollinen sairaala. Tampere.
- Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. Tutkiva hoitotyö 1/2003, 4-9.
- Saari, S. 1995. Kynällä tai koneella - Sairaanhoitajien käsityksiä manuaalisesta ja tietokoneavusteisesta hoitotyön kirjaamisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Salo R. 2005. Saumattomat palveluketjut. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 125.
- Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K., & Sonninen A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2007. 2. painos. Porvoo: WSOY.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.03.2009/298.
- Suhonen, R. 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 49.
- Tanttu, K. & Ora-Hyytiäinen, E. 2008. Systemaattinen kirjaamismalli haltuun. Sairaanhoitaja-lehti 11/2008 (81), 23-24.
- Telaranta, S. 1997. Hoitotyön hallinto. Tampere: Kirjayhtymä Oy.
- Turtiainen, T. 2005. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 126-131.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Luettu 26.2.2010. <http://www.tenk.fi/HTK/index.htm>.
- Vilka, H. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. 2007. Jyväskylä: Tammi.
- Virolainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Voutilainen, P. & Laaksonen, K. 1994. Johdanto. Teoksessa Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö- askel eteenpäin. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy., 8.

## LIITTEET

TAULUKKO 1. Aiempia tutkimuksia aiheesta

LIITE 1: 1 (5)

Sukunimi (vuosi) Työ	Tarkoitus Tehtävät	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Saari (1995)  Kynällä tai koneella – Sairaanhoitajien käsityksiä manuaalisesta ja tietokone- avusteisesta hoitotyön kirjaamisesta  Pro gradu - tutkielma	Tarkoitus:  Kuvata sairaanhoitajien käsityksiä hoitotyön dokumentoinnista.  Tehtävät:  Mikä käsitys sairaanhoitajilla on manuaalisesta hoitotyön kirjaamisesta, tietokone- avusteisesta hoitotyön kirjaamisesta ja hoitotyön kirjaamistavan muutosprosessista omassa työssään?	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.  Pirkkalan terveyskeskuksen vuodeosaston, kotisairaanhoidon ja hallinnon sairaanhoitajat (N=12).  Teemahaastattelu.  Tutkimustulokset analysoitiin sisällön analyysin mukaisesti.	Hoitotyön dokumentointi nähtiin osana laadun- varmennusta. Se vaikutti oleellisesti hoitotyön laatuun, sen ylläpitämiseen sekä eettisten arvojen toteutumiseen hoitotyössä. Tietokone- avusteinen hoitotyön kirjaaminen koettiin nykyaikaiseksi ja haasteelliseksi dokumentoimis- tavaksi.  Muutosprosessi vanhasta kirjaamis- käytännöstä uuteen oli työläs mutta antoisa.

(jatkuu)

<p>Virolainen (2006)</p> <p>Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa.</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tarkoitus:</p> <p>Kuvata hoitotyöntekijöiden käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollon vuodeosastoilla ja kotihoidossa.</p> <p>Ongelmat:</p> <p>Minkälaisia käsityksiä hoitotyöntekijöillä on elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta ja elektronisen kirjaamisen koulutuksesta? Millainen yhteys taustamuuttujilla ja käsityksillä koulutuksesta on hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen?</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.</p> <p>Kohteena yhden kaupungin perusterveydenhuollon sairaaloiden vuodeosastojen ja kotihoidon henkilökunta (N=159).</p> <p>Puolistrukturoitu kyselylomake.</p> <p>Aineisto analysoitiin SPSS 11.5 for Windows tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Hoitohenkilöstön omiin kokemuksiin kirjaajana vaikuttivat taustatiedot. Elektroniseen kirjaamisen myötä kirjaamiseen käytetty aika on lisääntynyt. Koulutuksella oli tärkeä merkitys hoitohenkilökunnan käsityksiin ja asennoitumiseen elektroniseen hoitotyön kirjaamiseen.</p>
--	--	--	---

<p>Munnukka (1993)</p> <p>Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena kuvata ja arvioida toimintatutkimuksen toteutus tehtäväkeskeisestä hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön, arvioida miten yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtyminen muutti sairaan-, perus- ja osastonhoitajan työtä sekä osastojen sisäistä yhteistyötä ja miten hoitotyö muuttui siirryttäessä tehtäväkeskeisestä hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön</p> <p>Tehtävänä kehittää käsitteellinen malli potilaan ja omahoitajan yhteistyöstä</p>	<p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen menetelmä</p> <p>Tutkimuspaikka Tampereen yliopistollisen sairaalan kaksi sisätautien ja kaksi kirurgista osastoa Osastot A ja B tutkimusosastoja ja C ja D vertailuosastoja</p> <p>Potilaita haastateltiin 125, hoitotyöntekijöitä 88, lääkäreitä 17 ja omaisia 64</p> <p>Henkilöstölle kyselylomake, potilaille ja omaisille haastattelu</p> <p>Teema- ja mallianalyysi Tilastollinen analyysi</p>	<p>Toimintatutkimus nivoo teoretietoa käytäntöön.</p> <p>Tuloksista voidaan päätellä, että hoitotyön muutos on mahdollinen muuttamalla hoitotyön käytänteitä.</p>
<p>Pukuri (1997)</p> <p>Yksilövastuiseen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana</p> <p>PSHP:n julkaisu</p>	<p>Tarkoituksena tutkia yksilövastuista hoitotyötä, hoitotyön johtajuutta ja hoitajien ajattelua ja toimintaa ohjaavaa hoitotieteellistä perustaa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Kyselylomake (N=437)</p>	<p>Asenne yksilövastuiseen hoitotyöhön oli kaikilla vastanneilla hyvin myönteinen</p>

<p>Honkima-Salmi (2006)</p> <p>Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, mitä vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia hoitohenkilökunta näkee järjestelmällä olevan.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä</p> <p>Tiedonantajina yhdeksän (N=9) Kanta-Hämeen keskussairaalan operatiivisen tulosalueen hoitajaa eri yksiköistä.</p> <p>Teemahaastattelu.</p> <p>Aineiston analyysi oli laadullinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Kokemus sähköisten potilastietojärjestelmien käytöstä oli yhteydessä myönteiseen suhtautumiseen sähköistä potilastietojärjestelmää kohtaan.</p> <p>Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo aiheutti stressiä, mutta toisaalta sitä odotettiin innokkaasti.</p> <p>Kirjaamisen rakenteisuus helpottaa kirjaamista, mutta voi myös vähentää kirjaamisen yksilöllisyyttä.</p> <p>Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon koettiin pääsääntöisesti positiivisena ja nykyaikaisena uudistuksena.</p>
---	---	--	--

<p>Nyman (2006)</p> <p>Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoitus: Selvittää miten yksilövastuisen hoitotyön periaatteet potilaiden mielestä toteutuvat ja saada tietoa siitä, miten tärkeänä potilaat pitävät yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumista</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Tutkimusta varten tehty kyselylomake, jossa kysymystä yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta, kysymystä yksilövastuisen hoitotyön toteutumisen merkityksestä ja avoin kysymys.</p> <p>35</p> <p>15</p> <p>1</p> <p>(N=146)</p> <p>Aineiston analysointi SPSS 12.0 for Windows-ohjelman ja Kruskal-Wallis testin avulla. Avoimen kysymyksen tulokset raportoitiin suorina lainauksina.</p>	<p>Yli puolelle ei ollut nimetty omahoitajaa, silti yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuivat vastaajien mielestä hyvin tai kiitettävästi. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteista kokonaisvaltaisuus toteutui vastaajista heikoimmin ja parhaiten itsenäisyyden periaate. Omaisten ja perheen mukaan ottaminen ja huomioiminen hoidossa oli heikkoa.</p>
--	--	--	---