

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2010

Kristina Alenius & Anne-Mari Isosalmi

KOTIHOIDON SAIRAANHOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ RAKENTEISEN KIRJAAMISTAVAN KÄYTÖÖNOTOSTA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Huhtikuu 2010 | 55 sivua + 9 liitesivua

Kristina Alenius & Anne-Mari Isosalmi

KOTIHOIDON SAIRAANHOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ RAKENTEISEN KIRJAAMISTAVAN KÄYTTÖÖN- OTOSTA

Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen perustuu kansallisesti yhteiseen kirjaamisen perusmalliin, jonka pohjana ovat hoitotyön prosessin mukaiset ydintiedot. Kotihoito on käsitteenä melko uusi. Se on yksi toiminnallinen kokonaisuus, jossa on yhdistynyt perinteisesti sosiaalitoimen alainen kotipalvelu sekä terveystoimen kotisairaanhoito.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Turun sosiaali- ja terveystoimen sairaanhoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta sosiaali- ja terveystoimen yhdistyttyä, sekä mitä siinä vielä olisi mahdollisesti kehitettävää.

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus, jonka tiedonkeruussa käytettiin avokysymyksiä sisältävää kyselylomaketta. Aineisto koostui Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa työskentelevien 29 sairaanhoitajien vastauksista.

Tutkimusongelmat olivat: 1. Miten kotihoidon sairaanhoitajat kokevat rakenteisen kirjaamismallin jalkautuneen hoitoyksikköön? 2. Mitä hyötyä ja minkälaisia ongelmia rakenteisen kirjaamismallin käyttöönotto ja sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen ovat tuoneet kotihoidossa työskenteleville sairaanhoitajille? 3. Miten kotihoidossa toimivat sairaanhoitajat ovat kokeneet perehdytyksen rakenteiseen kirjaamiseen?

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että kirjaamisen tila vastaajien mielestä paranee päivä päivältä. Tiedon kulun, selkeyden ja hoidon jatkuvuuden koettiin parantuneen. Toisaalta kirjaamisen laadun koettiin huonontuneen puutteellisten kirjaamistaitojen vuoksi. Kehitettävää sairaanhoitajat kokivat olevan koulutuksessa, erityisesti lähi- ja perushoitajien koulutuksessa, sekä kirjaamisen yhdenmukaistamisessa ja kirjaamisohjeissa.

Tutkimustulosten perusteella tärkeä jatkotutkimusaihe olisi selvittää Turun sosiaali- ja terveystoimen lähi- ja perushoitajien kirjaamisen taidot, sekä mahdollinen koulutuksen tarve liittyen rakenteiseen kirjaamiseen.

ASIASANAT:

kirjaaminen, hoitotyö, kotihoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing/ Registered Nurse

April 2010 | 55 pages + 9 appendices

Kristina Alenius & Anne-Mari Isosalmi

HOME CARE NURSES VIEWS ON IMPLEMENTATION OF STRUCTURED NURSING DOCUMENTATION

The structured electronic patient record system in nursing is based on an international model on recording, which is based on the information basis of the nursing process including the main information on the patient. Home care as a concept is fairly new and has been in use for only a short period of time. Home care includes both, the home care from the old social healthcare office- side and the nursing from the health office, and they're working as one functional totality.

The purpose of our study was to describe the experiences of the nurses working at the Turku social- and healthcare on the structured electronic patient record system. The purpose of this study was also to study what is left in developing the use of the structured patient record system.

Our study was a qualitative inquiry study. In gathering information we used a questionnaire containing open questions. The material for this study consisted of the 29 answered and returned questionnaires of the Turku social- and healthcare homecare nurses.

The research tasks in our study were: 1. How do the homecare nurses feel that the structured recording system has settled in their units? 2. What kind of benefits and problems has the implementation of the structured recording system and the unification of the social- and healthcare in Turku brought to the nurses working at the homecare? 3. How has the nurses working at the homecare in Turku experienced the introduction to the structured recording system?

The results of our study showed that the state of the patient recordings is improving day by day. Passing of the information, clarity of the recordings and the continuity in the care of the patients has improved. The nurses feel that the quality of the recordings has degenerated and the cause for that seems to be the poor skills of some employees in the documentation of the patient information. The nurses feel that there are still things to develop in training the basic skills concerning the use of the structured patient record system. Mostly the practical nurses seem to have poor skills in documentation of the patient information. There are also things to develop in equalizing the documentations and in the guidelines on the patient information documentation.

Based on the results of this study, we recommend a similar kind of study concerning the documentation skills and a possible need for further education of the practical nurses in the Turku social- and healthcare.

KEYWORDS:

Documentation, nursing, home care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	7
2.1 Hoitotyön kirjaamista koskevat säädökset	7
2.2 Hoitotyön kirjaamisen merkitys	8
3 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ	9
3.1 Suomalaisen hoitotyön luokitusjärjestelmä	10
3.2 Kirjaamisen laatu ja kirjausten sisällöt tutkimusten mukaan	11
3.3 Perehdytyksen merkitys uuden kirjaamistavan käyttöönotossa	14
4 KOTIHOITO JA KIRJAAMINEN	17
4.1 Kotihoidon määritelmä	17
4.2 Kotihoitoa koskevat säädökset	18
4.3 Kirjaaminen kotihoidossa	18
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	20
6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	21
6.1 Tutkimusmenetelmä	21
6.2 Tutkimusaineisto	22
6.3 Aineiston käsittely ja analysointi	22
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	23
7.1 Eettisyys	23
7.2 Luotettavuus	26
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
8.1 Tutkimusjoukon esittely	29
8.2 Sairaanhoidajien kokemukset rakenteisen kirjaamismallin jalkauttamisesta työyksikköön	31
8.2.1 Kirjaamisen tämän hetkinen tila	31
8.2.2 Hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten käytön sujuvuus	32
8.2.3 Hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen sujuvuus	33
8.3 Rakenteisen kirjaamismallin käyttöönoton hyödyt ja ongelmat	35
8.3.1 Sairaanhoidajien kokemukset rakenteisen kirjaamisen hyödyistä	35
8.3.2 Sairaanhoidajien hankaliksi kokemat asiat rakenteisessa kirjaamistavassa	37
8.3.3 Kehitettävää rakenteisessa kirjaamistavassa	38
8.3.4 Sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen vaikutukset kirjaamiseen	39
8.4 Sairaanhoidajien kokemukset perehdytyksestä	40

8.4.1 Sijaisten perehdytys	42
8.4.2 Vakituisten työntekijöiden perehdytys	42
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	43
9.1 Sairaanhoidajien kokemukset rakenteisen kirjaamismallin jalkauttamisesta työyksikköön	43
9.2 Rakenteisen kirjaamismallin käyttöönoton hyödyt ja ongelmat	46
9.3 Sairaanhoidajien kokemukset perehdytyksestä	48
LIITTEET	
Liite 1. Kyselylomake	56
Liite 2. Tulosten luokitukset	61

1 Johdanto

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidon sairaanhoitajien näkemyksiä hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käytönotosta sosiaali- ja terveystoimen yhdistyttyä. Hoitajien kokemuksia rakenteista kirjaamisesta on tutkittu varsin vähän, mikä tekee tutkimuksesta hyödyllisen kirjaamisen kehittämisessä.

Opinnäytetyö pohjautuu Turun terveystoimessa vuosina 2008–2009 toteutettuun rakenteisen kirjaamisen käytäntöä koskevaan implementointiprojektiin, jonka tarkoituksena on jalkauttaa valtakunnallinen, hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamismalli Turun terveystoimeen. Projektin tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua kirjaamisen näkökulmasta, saada laadukas hoitotyö näkyväksi hoitotyön kirjaamisessa sekä saada hoitotyön johtamisen perustiedostoon laadukasta tietoa. (Salmela 1.5.2009.)

Projektissa on luotu tähän mennessä yhteinen hoitonäkemyks sekä kirjaamisen laatuvaatimukset ja kirjaamista koskevat kriteerit. Hoitohenkilöstön muutosvalmiuksia ja kirjaamisen nykytilaa on arvioitu. Tämän lisäksi tulosalueiden asiantuntijasairaanhoitajia ja työyksikköjen kirjaamisvastaavia on koulutettu kirjaamaan rakenteisella kirjaamistavalla. Työyksikköjen kirjaamisvastaavat sekä asiantuntijasairaanhoitajat motivoivat, sitouttavat ja kouluttavat muuta henkilökuntaa ja seuraavat kirjaamisen tilaa omissa työyksiköissään. (Salmela 1.5.2009.)

Opinnäytetyössä selvitetään avoimiin kysymyksiin perustuvalla kyselylomakkeella kirjaamisen tämän hetkinen tilanne ja niitä muutoksia, joita kirjaamisen muuttuminen rakenteiseksi on tuonut Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa. Tulosten perusteella voidaan kirjaamista kehittää ja parantaa edelleen mielekkäämmäksi ja hoitajia paremmin palvelevaksi. Lisäksi selvitetään, kuinka kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyminen on vaikuttanut kirjaamiseen kotihoidossa.

2 Hoitotyön kirjaaminen

2.1 Hoitotyön kirjaamista koskevat säädökset

Hoitotyön kirjaamisen pohjana ovat sosiaali- ja terveysministeriön laatimat säädökset, lait, standardit ja suositukset potilastietojen kirjaamisesta ja säilyttämisestä. Hoitotyön kirjaamista ovat sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen potilasasiakirjoista 2 §:n mukaan potilaskertomukset ja kaikki niihin liittyvät asiakirjat ja tiedot potilaasta. Kirjaamiseen voidaan laskea kuuluvaksi myös kaikki potilaan hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvät sekä muualta saadut tiedot ja asiakirjat, jotka liittyvät potilaan hoitoon ja sen toteuttamiseen ja järjestämiseen. (sosiaali- ja terveysministeriö 2009/298.) Hallila (2005, 16) määrittää potilasasiakirjan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäväksi asiakirjaksi, joka sisältää potilaan terveydentilaa koskevia tietoja.

Potilasasiakirjojen tulee STM:n asetuksen 2009/298 3 §:n mukaan vastata rakenteeltaan ja sisällöltään niiden käyttötarkoitusta, sekä hoitotyön tehtäviin osallistuvien tehtäviä ja vastuita. Saman asetuksen 10 §:n mukaan potilaskertomuksen tulee sisältää muun muassa potilaan perustiedot sekä keskeiset hoitotiedot liittyen potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan. Potilasasiakirjat ovat merkityksellisiä myös terveydenhuollon tutkimuksen, hallinnon, suunnittelun sekä opetuksen kannalta. (STM 2009.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä on tullut voimaan 1.7.2007. Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä ja toteuttaa yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Lain tavoitteena on edistää asiakkaan tiedonsaantimahdollisuuksia omista asiakastiedoistaan. Lain 4§:n mukaan asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys ja asiakastietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko niiden säilytysajan.

2.2 Hoitotyön kirjaamisen merkitys

Hoitotyön dokumentointi on potilaan tuntemuksien, hoitotyön toteutuksen ja arvioinnin kirjaamista (Kivekäs 2006, 21). Kirjaamisen tehtävä hoitotyössä on edesauttaa potilaan hoidon suunnittelua ja sen toteutusta, sekä toimia hoidon jatkuvuutta edistäen (STM 2009). Kirjaamisen tarkoitus on myös palvella potilaan tiedonsaantioikeutta ja oikeusturvaa sekä toimia ammattihenkilöiden oikeusturvana. Hoitotyön kirjaamisen perusteella on jälkikäteen pystyttävä selvittämään hoidon ja toiminnan asianmukaisuus ja oikeellisuus. (Ala-Hiiri & Pitkänen 2009, 25.) Hoitotyön kirjaamisen tulisi olla näyttöön perustuvaa. Näyttöön perustuvassa hoitotyön kirjaamisessa suullinen, epätarkka ja muistinvaraiseen tietoon perustuva tiedotus on minimoitu. (Hallila 2005, 13.)

Terveystieteiden ammattihenkilöt ovat velvollisia kirjaamaan potilaan hoitoon ja palveluun liittyvät seikat potilaskertomukseen. Työssä tehdyt hoitopäätökset tulee kirjata niin laajasti ja tarkasti, että asiakirjasta välittyy kuva potilaan saamasta hoidosta ja palvelusta. Hyvän hoidon, potilasturvallisuuden ja ammattihenkilöiden oikeusturvan takaamiseksi potilasasiakirjojen sisällön tulee olla oikeaa, virheetöntä ja laajuudeltaan riittävää. (Larmi ym. 2005, 60, 84–85.) Laadukas hoitotyön kirjaaminen voidaan määrittää virheetömäksi, aukottomaksi, merkitykselliseksi, asiaankuuluvaksi, ymmärrettäväksi ja selkeäksi (Brandt 2008, 302). Laadullisesti hyvän kirjaamisen kriteereitä ovat loogisuus, selkeys, oleellisten asioiden esiintuominen ja hoidon vaikuttavuuden seuranta (Lehti ym. 2000, 3).

Kirjaaminen edellyttää sekä teoreettista tietoa että ammatillista tietämystä (Hallila 2005, 7). Hyvä hoitotyön rakenteinen kirjaaminen edellyttää tarve- ja toimintoluokitusten sisällön ja käsitteiden tuntemista sekä rakenteen ja kirjaamisen hallitsemista. Kirjattaessa tulee ymmärtää hoitotyön tarpeen määrittely, tavoitteet, keinot ja arviointi sekä täsmällisen kirjaamisen olennainen merkitys. Hyvä hoitotyön dokumentointi edellyttää ymmärrystä ja hyväksyntää hoitotyön prosessin mukaisen logiikan merkityksestä. (Salmela 1.5.2009.) Hyvää kirjaamista ohjaa laadukas hoitotyö. Hoitotyön tulee pohjautua eettisyyteen ja potilaslähtöisyyteen. Hoitotyö moniammatillisessa työyhteisössä jää heikoksi, jos kirjaaminen

on tehtäväkeskeistä. Kirjaamisessa tulisikin ymmärtää prosessiajattelu sekä se, mitä kirjataan ja miten kirjataan ja mikä on tärkeää potilaan hoidossa. (Wilskman ym. 2007.)

Hyvä hoitotyön kirjaaminen antaa luotettavaa, todellisuutta vastaavaa tietoa hoitotyön johtamiseen, sekä välittää vaivattomasti tarpeelliset tiedot moniammatillisen yhteistyön tarpeisiin. Hyvää hoitotyön kirjaamista pystytään hyödyntämään aktiivisesti potilaan laadukkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseen. Hyvä hoitotyön kirjaaminen helpottaa tietojen löytymistä hoitokertomuksesta ja mahdollistaa kokonaisvaltaisen kuvan saamisen potilaan hoidosta. Hyvä dokumentointi vähentää päällekkäiskirjaamista, helpottaa tiedon välitystä suullisesti ja säästää aikaa. (Salmela 1.5.2009.)

3 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä

Rakenteinen sähköinen kirjaaminen perustuu kansallisesti yhteiseen kirjaamisen perusmalliin, jonka perustana ovat hoitotyön prosessin mukaiset ydintiedot. Hoitotyön prosessimalli kuvaa jäsenneilysti ja systemaattisesti potilaalle toteuttavaa hoitotyötä. Prosessimallissa pyritään yksilöllisyyteen ja siihen, että potilas on kaiken toiminnan lähtökohtana. (Ensio & Saranto 2004, 39; Roper, Logan & Tierney 1992, 33.) Hoitotyön prosessin vaiheet Suomessa ovat tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi (Roper, Logan & Tierney 1992, 21–22; Hallila 1998, 41; Saranto & Sonninen 2007, 13; Hopia & Koponen 2007, 6). Prosessimallin etuja ovat hoidon jatkuvuus, potilaan osallistuminen oman hoitonsa toteuttamiseen, hoidon laadun paraneminen ja kustannusten pieneeminen. Hyvin tehty ja jäsenneily hoitosuunnitelma parantaa myös informaation siirtyvyyttä hoitajalta toiselle sekä vähentää toistoa hoitotoimenpiteissä. (Atkinson & Murray 1994, 4,7.) Sähköiset potilaskertomuksen ydintiedot ovat keskeisiä potilaan terveyden -ja sairaanhoidon tietoja. Niillä voidaan kuvata ja arvioida suunniteltua tai toteutunutta hoitoa, tai niitä molempia. Sähköisen kirjaamisen ydintietojen on tarkoitus yhtenäistää kirjaamisen sisältöjä. Rakenteisen kirjaamisen malli koostuu hoidon tarveluokitukselta sekä hoitotyön toimintoluokitukselta. Hoitotyön prosessin mukaiset ydintiedot ovat mallin mukaan

hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoidon yhteen-
veto. (Tanttu 2008, Häyrinen & Ensio 2007, 147–148.)

3.1 Suomalaisen hoitotyön luokitusjärjestelmä

Hoitotyön kirjaaminen on jäsennetty erilaisin luokituksin, jotka muodostavat suomalaisen sähköisen rakenteellisen kirjaamisen perustan, Suomalaisen hoitotyön luokitusjärjestelmän FinCC:n. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008; Liljamo ym. 2008.) Se sisältää Suomalaisen hoidon tarveluokituksen **SHTaL versio 2.0.1**, Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen **SHToL versio 2.0.1** ja Suomalaisen hoidon tulosluokituksen **SHTuL versio 1.0** (Ala-Hiiro & Pitkänen 2009). Hoitotyön luokitusten avulla voidaan kehittää näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä, kirjata hoitoprosesseja sekä ennustaa hoidon tarpeita ja resursseja. Hoitotyön luokituksia voidaan hyödyntää myös tutkimuksissa ja koulutustarkoituksessa. (Häyrinen & Ensio 2007, 148–149.) FinCC:n luokituksia voidaan käyttää joko erikseen tai rinnakkain, jolloin niistä saadaan suurin mahdollinen hyöty. (VSSH 2008; Liljamo ym. 2008.)

Suomalaisen Hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 2.0.1) perustana on Kuopion yliopistossa julkaistu väitöskirja (Ensio 2001). Suomalainen Hoitotyön toimintojen luokitus on suora käänös yhdysvaltalaisesta Home Health Care- luokituksesta (Ensio & Saranto 2004, 10).

Toinen kirjaamista jäsentävä luokitusperiaate on SHTaL 2.0.1, joka tarkoittaa hoitotyön tarveluokitusta. Tämän luokituksen perustana on Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin asiantuntijaryhmän kehittämä Hoitotyön kehittämisen strukturoitu malli-hanke vuodelta 2004. Myös hoitotyön tarveluokituksen perustana on yhdysvaltalainen HHC-luokitus (nykyään CCC). (VSSH 2008, 12; Liljamo ym. 2008.)

Suomalaisen hoitotyön tulosluokitus (SHTuL 1.0) antaa kuvan potilaan tilassa tapahtuneista muutoksista. Potilaan nykytilaa, vointia tai selviytymistä arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon.

Hoidon tulosten arvioinnissa käytetään asteikkoa parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Liljamo ym. 2008, 11.)

Sekä hoitotyön toimintoluokitus, että hoitotyön tarveluokitus jaetaan ylätasen otsakkeisiin eli komponentteihin, jotka kertovat asiakokonaisuuden. Nämä puolestaan jaetaan pääluokkiin ja alaluokkiin, joihin kirjataan vapaata tekstiä tarpeen mukaan. (Liljamo ym. 2008.) Kansallisen rakenteisen sähköisen kirjaamisen hyödyt ovat mahdollisuus moniammatilliseen tiedonhakuun, tiivistelmät eri käyttötarkoituksiin, tieto hoitoprosessista ja sen etenemisestä, raportit ja tilastot hoitotyöstä sekä kansallinen arkistointi (Tanttu 2008).

Muun muassa Keski-Suomen sairaanhoitopiiri osallistui valtakunnalliseen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeeseen, HoiDok-hankkeeseen (2005–2007) sekä Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot-hankkeeseen, HoiData-hankkeeseen. Hankkeen palautteiden perusteella on voitu todeta, että onnistunut siirtyminen rakenteiseen kirjaamiseen edellyttää johdon tukea ja lähiesimiehen sitoutumista kehittämistyöhön. Suunnitelmallisuus, realistiset aikataulut sekä tukihenkilötoiminnan järjestäminen ovat osa onnistunutta siirtymistä rakenteiseen kirjaamiseen. Hankkeen palautteiden mukaan syvällistä perehtymistä hoitotyön prosessiin, käytettäviin luokituksiin sekä kirjaamisen ideologiaan pidetään tärkeänä. Esiin on noussut myös tarkeys eri ammattiryhmien yhteisestä näkemyksestä kirjaamisen mallista ja merkityksestä. (Ala-Hiiri & Pitkänen 2009.)

3.2 Kirjaamisen laatu ja kirjausten sisällöt tutkimusten mukaan

Hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen on panostettu paljon. Monet tutkimukset kuitenkin osoittavat epäadekvaattia kirjaamista, joissa painopiste on hoitotoimenpiteiden kirjaamisessa. (Laitinen ym. 2010, 489.) Hoitotyön kirjaamisen tulisi painottua enemmän arviointiin kuin hoitotoimenpiteiden toteamiseen. Kirjaamisen tulisi olla potilaan tarpeista lähtevää ja siinä tulisi näkyä hoidolliset ongelmat, hoidon tavoitteet sekä saavutetut tulokset. (Loikkanen 2003, 17.)

Brandtin (2008, 302) tekemässä tutkimuksessa selviää, että omien ja toisten tekemien hoitomerkitöjen kopiointi sähköisessä hoitokertomuksessa on yleistä. Kopiointi voi johtaa virheellisten hoitomerkitöjen syntyyn ja asiasisällöstä irtaantumiseen. Käytännössä ammatinharjoittajat käyttävät hoitotyön asiakirjoja ennen kaikkea hoitotoimenpiteiden jälkeisen informaation kirjaamiseen. Hoitotyön asiakirjoissa on osoitettu olevan muitakin heikkouksia ja vajavaisuuksia. Törnvall ja Wilhelmsson (2008, 2116) toteavat, että hoitajilla on valtavan suuri määrä rutiininomaisia merkintöjä hoitotoimenpiteistä, jotka vaikeuttavat oikean informaation löytämistä asiakirjoista.

Käytännön hoitotyötä tekevillä ja potilasasiakirjoihin kirjaavilla henkilöillä on taustallaan erilaisia tutkintoja. Osalla on ammattikorkeakoulu- tai sitä ylempi tutkinto, ja toisilla taas opistoasteinen- tai ammattikoulututkinto. (Hallila 2005, 13.) Vuonna 2009 ilmestyneestä kanadalaistutkimuksesta (Wong 2009, 5) selviää, että kirjaamistaso vaihtelee koulutustason mukaan. Tutkimuksessa mukana olleilla alemman koulutuksen omaavilla hoitajilla oli enemmän vaillinaista kirjaamista kuin korkeammin koulutetuilla hoitajilla. Alemman koulutuksen saaneet hoitajat oppivat kirjaamisen työn ohessa, kun taas korkeamman koulutuksen saaneiden hoitajien tutkintoon kuuluu kirjaamisen opetusta. Näin ollen kirjaamista koskeva tietopohja vaihtelee koulutustasosta riippuen. Lapveteläinen ym. (2006, 12) toteavat hoitohenkilökunnan kirjaamista koskevien tietoteknisten valmiuksien vaihtelevan peruskoulutuksen, ammatillisen koulutuksen ja iän mukaan. Toisaalta ammatilla ei ole koettu olevan merkitystä kirjaamiseen. Tämä voi johtua siitä, että suomen hoitokulttuurissa kirjaaminen on tasavertaista eri ammattiryhmien välillä. (Pikkarainen ym. 2006, 89.)

Tutkimukset antavat ristiriitaista tietoa siitä mikä merkitys hoitajan iällä, koulutuksella tai työkokemuksella on hoitajan asennoitumiseen tietotekniikkaa kohtaan (Virolainen 2006, 80). Leinon (2004, 48–49) mukaan hoitajien arvot, asenteet ja kirjaaminen eivät ole yhteydessä toisiinsa. Hoitajan näkökulmasta sähköinen kirjaaminen edellyttää uutta tietoa hoitotyön prosessista, uudenlaista dokumentointia ja uuden teknologian hallitsemista tietokoneen käsittelyssä. Samalla hoitajat kuitenkin kokevat, että strukturoitu malli hoitotyön kirjaamiselle

helpottaa dokumentointia, kliinistä päätöksentekoa ja hoidon arviointia. Pääosa hoitajista toteaa, ettei heillä ole vaikeuksia tietää kuinka kirjata potilasasiakirjoihin. (Törnvall ym. 2004, 310, 313, 316.)

Hoitajan epävarmuus omasta osaamisestaan ja ilmaisukyvystään voi tehdä kirjaamisesta varovaista ja sen sisällöstä köyhää (Pikkarainen ym. 2006, 89). Toisaalta kirjaamisen sisällön kriittinen pohdinta prosessin aikana ja vertaistuen saanti työyhteisössä auttavat kirjaamisen kehittämisessä (Autio ym. 2006, 30). Leinon (2004, 17) tekemästä tutkimuksesta selviää, että hoitajat eivät arvosta hoitotyön kirjaamista. Vähäinen kirjaamisen arvostus voi johtua terveydenhuollon vähistä resursseista tai siitä, että potilashoitoa ja suullista raportointia pidetään tärkeämpänä kuin hoitotyön kirjaamista.

Hoitotyön sähköisen kirjaamisen laatua on tutkittu runsaasti. USA:ssa vuonna 2000 ilmestyneessä tutkimuksessa (Nahm & Poston, 220) on tutkittu integroidun elektronisen hoitosuunnitelman vaikutusta hoitotyön kirjaamiseen ja potilaiden tyytyväisyyteen. Tutkimusaineisto koostui satunnaisesti valituista vuodeosastojen hoitosuunnitelmalomakkeisiin tehdyistä kirjauksista. Tutkimuksen tuloksien mukaan hoitotyön kirjaamisen laatu parani merkittävästi elektronisen kirjaamisen käyttöönoton jälkeen. Potilaiden tyytyväisyyteen sillä ei ollut merkitystä.

Turun Yliopistollisessa keskussairaalassa on tutkittu hoitotyön kirjaamisen laatua. Lehti ym. (2000, 35) toteavat kirjaamisen suurimpien puutteiden olevan potilaan voinnin kirjaaminen ja potilaan näkökulman huomioiminen kirjaamisessa. Laitisen ym. (2010, 489) mukaan useat tutkimukset osoittavat, että kirjaamisen painopiste ei ole potilaan mielipiteen ja sanavallan merkityksen huomioimisessa.

Kirjaamisen laatuun vaikuttaa myös työympäristö. Hallilan (2005, 14) mukaan kirjaamiseen keskittyminen on vaikeaa rauhattomuuden, sähköisten järjestelmien hidaskäyttöisyyden ja monimutkaisuuden takia. Hoitajat ovat nimenneet kirjaamisen laatuun vaikuttavaksi häiriötekijäksi myös työympäristöstä aiheutuneen paineen (Wong 2009, 5).

3.3 Perehdytyksen merkitys uuden kirjaamistavan käyttöönotossa

Jotta rakenteisesta kirjaamisesta saadaan kaikki mahdollinen hyöty ja rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisellä tavoiteltava muutos saavutettaisiin, tarvitaan terveydenhuollon henkilöstöltä kirjaamisosaamista, sekä taitoa ja halua kehittää hoitotyön toimintaa. Uuden idean tai toimintamallin juurruttaminen organisaatioon ja sen käytön sujuvuus vaatii aluksi työtä ja panostusta.

Lähiesimiehen tiedoilla työntekijöiden tietoteknisistä sekä muista perustaidoista on Karmanin (2008,1,74) mukaan suuri merkitys uuden käyttöjärjestelmän omaksumisessa ja käyttöönotossa, jolloin koulutusta pystytään kohdentamaan tarvittavalla tavalla. Kun perehdytys on suunniteltu työntekijöiden tarpeiden mukaan, se motivoi ja auttaa työntekijöitä saamaan positiivisen kuvan hoitotyön kehityksestä. (Karman 2008, 74; Kuusela & Lemmetty 2005, 76.) Esimiehellä on myös tärkeä tehtävä tukea, motivoida ja kannustaa työntekijöitä kehittämistyöhön sekä varmistaa, että kirjaamisen taso vastaa siltä vaadittua tasoa. Esimiehen roolissa nousi esille myös positiiviseen suhtautumiseen kannustaminen. (Helleso ym. 2001, 4; Rantanen 2008, 1.) Karmanin tutkimuksen mukaan esimiehet tukivat työntekijöiden koulutuksiin osallistumista (2008, 73). Rantasen tutkimuksessa selvitettiin esimiehen roolia työntekijöiden ammatilliseen osaamiseen liittyen. Tutkimuksen mukaan osastohoitajien mielestä esimiehillä on suuri rooli työntekijöiden osaamisen tuntijana ja määrittäjänä. Tutkimuksen kaikissa vastauksissa nousi esille esimiesten esimerkin tärkeys kouluttautumisessa. Vastaajien mielestä esimiehen ajan tasalla pysyminen ja itsensä kehittäminen motivoi myös työntekijöitä hyvää esimerkkiä antamalla, sekä motivoimalla työntekijöitä kouluttautumiseen. (Rantanen 2008, 1.)

Karmanin tutkimuksessa kävi ilmi, että eniten tietoa uudesta käyttöjärjestelmästä on saatu koulutuksista (2008, 20). Koulutukset koettiin erittäin tärkeiksi, mutta kuitenkin ajaltaan riittämättömiksi eikä niissä vastausten mukaan huomioitu tarpeeksi osallistujien tietoteknistä osaamista. Koulutuksissa on tärkeää koulutuksen sisältö, määrä ja ajankohdan suunnittelu niin, että se ajoittuu oikeaan ajankohtaan itse käyttöjärjestelmän käyttöönottoon liittyen. (Karman 2008, 20, 59.) Myös Heinisen ym. (2008, 24) haastattelemat sairaanhoitajat kokivat, että pe-

rehdytyksen onnistuminen edellyttää koulutettavan toiveiden ja aiemman ammattiosaamisen huomiointia. Ahosen (2009, 1) tutkimuksessa koulutuksiin pääsyä helpottavana tekijänä koettiin esimiehen kannustus lisäkoulutuksiin ja ammatillisen osaamisen arvostaminen. Myös se, että esimies järjestää ja kustantaa koulutukset edisti koulutuksiin osallistumishalukkuutta. Koulutuksiin pääsyä hankaloittavana tekijänä koettiin samassa tutkimuksessa kiire töissä sekä vuorotyö. Osa hoitajista kokee, että koulutusta on ollut liian vähän ja sitä saisi olla lisää (Korhonen & Kyllönen 2010, 21, 29; Aaltonen & Katajisto 2008, 45).

Rantasen (2008, 1) tutkimuksen mukaan koulutus on tärkeää työntekijöiden osaamisen turvaamisen kannalta, mutta koulutuksen suunnitelmallisuudessa ja sen sitomisessa organisaation strategiaan havaittiin puutteita. Tuomikosken (2008, 1) mukaan koulutusinterventiolla on koettu pääasiassa positiivisia vaikutuksia kirjaamisen kehittymiseen hoitotyössä. Samassa tutkimuksessa todettiin, että kirjaamista voidaan kehittää koulutuksilla ja asettamalla kirjaamiselle minimivaatimuksia. Myös Ahosen tutkimuksen mukaan täydennyskoulutukset auttavat kehittämään yksikön toimintaa. Täydennyskoulutukset koettiin myös välttämättömänä ammattiosaamisen säilyttämisen, potilasturvallisuuden, palvelujen laadun ja asiakastyytyvyyden kannalta. (2009, 1.)

Perehdytyksessä kommunikaatio ja riittävä tiedottaminen auttavat motivoimaan ja näkemään uuden käyttöjärjestelmän hyötyjä. Karmanin tutkimuksen mukaan siihen, kuinka uutta järjestelmää tullaan käyttämään vaikuttaakin eniten se, kuinka paljon hyötyä käyttäjät kokevat siitä saavansa. Eniten hyötyä kokivat saavansa ne, jotka pitivät omia tietoteknisiä taitojaan hyvinä sekä ne, jotka suhtautuivat myönteisesti tietokoneen käyttöön. (Karman 2008, 20, 43.)

Perehdytyksen jälkeen, sekä lisäksi työkaverien tuki ja apu koettiin tutkimuksen mukaan erittäin tärkeäksi uuden järjestelmän käytön oppimisessa, käyttämisessä ja ongelmien ilmaantuessa. Työkavereiden tuen merkitys korostuu siinä, että he ovat läsnä, apua saa nopeasti ja heiltä on helppo pyytää apua. Työkaverit olivat myös toiseksi tärkein tietolähde koulutuksen jälkeen. (Karman 2008, 72, 74; Korhonen & Kyllönen 2010, 22.) Myös Heinisen ym. mukaan työyhteisön

tuki ja myönteinen suhtautuminen perehdytettävään ja perehdytykseen koettiin edistäväksi tekijäksi (2008, 24).

Kirjalliset ohjeet olivat kolmanneksi tärkein tietolähde perehdytyksessä ja niistä saatiin Karmanin tutkimuksen mukaan paljon tietoa. Kirjallisia ohjeita käytettiin lisäksi melko paljon muun muassa omien kirjaamisten varmistamiseen sekä ongelmatilanteissa. (Karman 2008, 54, 72.) Toisaalta Heinisen (2008, 26) tutkimuksen tulokset kertovat, että osa haastatelluista koki, että perehdytyskansio oli toimimaton ja sen tutkiminen oli jäänyt työntekijän omalle vastuulle.

Perehdytyksessä koettiin myös olevan joitakin ongelmia. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tietotekniset taidot ovat osalla puutteellisia tai huonoja. Monet kokivat epävarmuutta tietokoneen käytössä. He totesivat myös, että tietokoneen käyttö ei ole helppoa, ja että he kaipaisivat lisäkoulutusta. (Paloniemi 2008, 19–21; Sinervo & von Fieandt 2005, 60.) Tietoteknisen osaamisen todettiin olevan huonompi alemman koulutuksen saaneilla sekä iäkkäämmillä hoitajilla (Karman 2008, 1, 38; von Fieandt 2005, 39). Perehdytyksen suunnittelemattomuus nousi selvästi esiin Heinilän tutkimuksessa perehdytyksen laatua heikentävänä tekijänä. Ennen perehdytystä ei ollut selvitetty osallistujien perusosaamista, jolloin perehdytyksen koettiin alkaneen omien taitojen yläpuolelta. Myös tuen saannin vähäisyys ja liialliset odotukset koettiin oppimista heikentäviksi tekijöiksi. Ongelmaksi koettiin myös perehdyttäjien vaihtuvuus ja heidän erilaiset työtapansa. (Heinilä ym. 2008, 26–27.)

Tutkimustuloksista kävi myös ilmi, että vielä puolen vuoden jälkeen perus- ja lähihoitajat tarvitsivat enemmän apua (15%) käyttöjärjestelmän käytössä verrattuna muihin ammattiryhmiin. Perus- ja lähihoitajat olivat myös eniten sitä mieltä, että heidän valmiuksiaan tietotekniikan osalta ei huomioitu tarpeeksi koulutuksessa. (Karman 2008, 1, 57, 74.) Lisäksi Toivasen tutkimuksessa tutkittiin haastatteluin vuodeosastolla sekä kotihoidossa työskentelevien perus- ja kodinhoitajien näkemyksiä valmistumassa olevien lähihoitajaopiskelijoiden ammatillisesta osaamisesta. Tutkimuksen tuloksissa kävi ilmi, että nykyinen koulutus ei täysin vastaa vaatimuksiin joita työelämä asettaa. Tutkimuksen mukaan koulutusta

tulisi kehittää yhdessä työelämän kanssa, jotta opetuksen painopisteet olisivat oleellisissa asioissa. (Toivanen 2004, 1.)

4 Kotihoito ja kirjaaminen

4.1 Kotihoidon määritelmä

Kotihoito on käsitteenä melko uusi ja heikosti määritelty. Kotihoito käsitteen vaikiutumaton ja epämääräinen käyttö voi johtua ainakin osittain Suomen kotihoidon historiasta. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat kehittyneet toisistaan erillään ja kuuluneet eri hallintokuntiin. Kotipalvelu on perinteisesti kuulunut sosiaalitoimeen ja kotisairaanhoido terveystoimeen. (Tepponen 2009, 17.)

Larmi ym. (2005, 11) määrittelevät kotihoidon yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jossa kahden hallinnon alainen henkilöstö tekee päivittäistä asiakastyötä yhdessä ja yhteisin työvälinein. Näiden yhteensovittettujen palvelujen tarkoitus on hidastaa laitoshoidon joutumista sekä ennaltaehkäistä tai korvata pitkäaikaista tai väliaikaista laitoshoidoa (Hammar 2008, 21). Kotihoidon henkilöstö koostuu useista eri ammattiryhmistä, joiden yhteistyönä palvelu muodostuu (Tenkanen 2003, 3). Kotihoidossa työskentelee terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. Yhdistyneessä kotihoidossa asiakkaan palvelua toteuttavat moniammatilliset tiimit, joissa yhdistyy kotisairaanhoidon sekä kotipalvelun ammatillinen asiantuntijuus. (Itkonen & Julkunen 2007, 20, 48.)

Nykyään kotisairaanhoido ja kotipalvelu ovat yhdistyneet useissa kunnissa. Vuonna 2006 puolessa Suomen kunnista toimi kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistettynä kotihoidona. (Heinola 2007, 11). Turun sosiaali- ja terveystoimi yhdistyivät saman hallinnon alle 1.1.2009. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyminen merkitsee hallinnollisia ja organisatorisia muutoksia. Yhdistymisen myötä tavoitteena on yhteinen työkuultuuri, jonka piirteitä ovat muun muassa työntekijöiden moniammatillinen yhteistyö ja vastuiden jakaminen. Yhdistetyn

kotihoidon toimintamallin tavoitteena on saumattomuus, joka merkitsee asiakkaan yksilöllistä hoito- ja palvelukokonaisuutta. Tämä kokonaisuus rakentuu kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta ja tukipalveluista. (Andersson ym. 2004, 481; Pietikäinen 2004, 5.)

4.2 Kotihoitoa koskevat säädökset

Kotihoidon lainmukainen sisältö määrittyy Sosiaalihuoltolaista. Sosiaalihuoltolain 1982/ 710 20 §:n mukaan kotiin annettavat palvelut koostuvat asumisen, henkilökohtaisen hoivan ja huolenpidon, lasten hoidon ja kasvatuksen, sekä muiden tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamisesta tai niissä avustamisesta. Kotipalvelu määritellään myös sosiaalihuoltoasetuksessa. Asetuksen mukaan kotihoito on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista, sekä tukipalveluja, kuten ateriala-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus- ja saattajapalveluja, sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja (607/83, 9§).

Potilaslaki määrittelee kotihoidon asiakkaan aseman ja oikeudet. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) 3§:n mukaan

”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.”

Kotihoidossa potilaan itsemääräämisoikeus korostuu. Potilaslain 6§:n mukaan

” Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. ”

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) määrittää asiakkaan oikeuksia, vahvistaa osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta sekä turvaa asiakkaan oikeuden hyvään palveluun.

4.3 Kirjaaminen kotihoidossa

Kotihoidossa asiakkaiden tietojen kirjaamisen runkona on hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelma on lakimääräinen ajantasainen asiakirja,

joka ohjaa kotihoitotyön toteuttamista ja suunnittelua. (Andersson 2004, 485; Larmi ym. 2005, 60.) Se koostuu kotisairaanhoidon lääketieteellisestä hoitosuunnitelmasta, hoitotyön suunnitelmasta sekä kotipalvelutyön hoiva- ja huolenpitotyön suunnitelmasta. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan kaikki hoidon aikana tehdyt hoito- ja palvelupäätökset, suunniteltu ja toteutunut hoito sekä niiden vaikutukset asiakkaan tilanteeseen. (Andersson 2004, 485). Kotihoidon potilasasiakirjojen sähköinen kirjaaminen perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159).

Kotihoidon sähköistä rakenteista kirjaamista on tutkittu suhteellisen vähän. Ruotsalainen vuonna 2004 julkaistu tutkimus sähköisestä hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa, kuvaa ja analysoi kotihoidon sähköistä kirjaamista ja korostaa hoitajien kokemuksia dokumentoinnista. Tutkimuksesta selviää, että hoitajat raportoivat suullisesti enemmän kuin kirjaavat. Hoitajien mukaan ilmeni puutteita tiedoissa ja ajassa. Myös yhteisen hoitotyön sanaston koettiin puuttuvan. (Törnvall ym. 2004, 310, 313, 316.)

Leen ym. (2009, 238–239) tekemässä tutkimuksessa kotihoidon sairaanhoitajat nimesivät rakenteisen sähköisen kirjaamisen mukanaan tuomia etuja. Hoitajat kokivat rakenteisessa kirjaamisessa vaivattomana hoitotyön diagnoosien hakemisen. Hoitajat kertoivat myös, että he voivat paljon kokonaisvaltaisemmin ilmaista kirjauksissaan potilaalle tehtäviä hoitotyön toimintoja. Ehkä mielenkiintoisin tulos oli kuitenkin se, että hoitajat pystyivät rakenteisessa kirjaamisessa arvioimaan ja määrittämään täsmällisemmin potilaan tilaa sekä ennen hoitoa että sen jälkeen. Hoitajat kokivat myös potilaan tilassa tapahtuneiden muutosten seurannan helpompana.

Lausmäki ym. (2009) tutkivat hoitotyön rakenteista kirjaamista Turun terveystoimen kotihoidossa. Tutkimuksessaan he toteavat Turun sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen haasteena olevan yhtenäisen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen. Yhdistyneen organisaation tulisi luoda yksi yhtenäinen hoito- ja palvelusuunnitelmapohja, johon luotaisiin yksilölliset asiakasta koskevat suunnitelmat ja jota tarkistettaisiin ja päivitetäisiin tarpeen mukaan. Tutkimustulosten

mukaan kotihoidon hoitosuunnitelmat ovat puutteellisia, joka puolestaan heijastuu päivittäiseen kirjaamiseen. Kirjauksissa hoitotyön toimenpiteet on kuitenkin kirjattu yleensä paremmin kuin ne on laadittu hoitosuunnitelmaan. Kirjaukset ovat hyvin toimintapainotteisia ja kirjausten painopiste on sairauteen liittyvien yksittäisten toimenpiteiden suorittamisessa. Näin ollen kokonaiskuva asiakkaan hoidosta on erittäin kapea, eikä kirjauksista saa riittävästi tietoa asiakkaan voinnista. Tutkimuksesta selviää myös, että hoitajat ovat kirjanneet saman otsikon alle monia eri hoitotyön tarpeita, vaikka ne tulisi jakaa eri komponenttitason otsakkeiden alle. Tulosten mukaan hoitajat hallitsevat hoitoprosessin, mutta rakenteiseen kirjaamiseen tarvitaan paljon lisäkoulutusta. Tutkimustulosten perusteella he myös toteavat, että Turun terveystoimen kotihoidon rakenteista kirjaamista tulisi tutkia edelleen, pääpainona hoitosuunnitelmien laadinta. (Lausmäki ym.2009, 12, 25, 28–31.)

Gjevjon ja Helleso (2010, 100) ovat tutkineet kuinka kotihoidon sairaanhoitajat kirjaavat potilaan hoidon sähköiseen potilastietojärjestelmään ja kuinka kokonaisvaltaista kirjaaminen on. Tutkimustulosten mukaan kotihoidon sairaanhoitajat kirjaavat potilaan hoidon potilasasiakirjoihin mieluummin aikajärjestyksessä, kuin käyttäisivät hoitotyön prosessin mukaista kirjaamistapaa. Kirjaaminen on vaillinaista suhteessa hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen. Tutkimuksesta nousee esiin kysymys, että rajoittaako hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen hoitotyön kirjaamisen laatua?

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidon sairaanhoitajien näkemyksiä hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta Turun sosiaali- ja terveystoimen yhdistyttyä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää myös mahdollisia ongelmia kirjaamisen näkökulmasta, joita fuusioituminen ja rakenteisen kirjaamismallin käyttöönotto on tuonut Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidossa työskenteleville sairaanhoitajille.

Tutkimusongelmat:

1. Miten kotihoidon sairaanhoitajat kokevat rakenteisen kirjaamismallin jalkautuneen hoitoyksikköön?
2. Mitä hyötyä ja minkälaisia ongelmia rakenteisen kirjaamismallin käyttöönotto ja sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen ovat tuoneet kotihoidossa työskenteleville sairaanhoitajille?
3. Miten kotihoidossa toimivat sairaanhoitajat ovat kokeneet perehdytyksen rakenteiseen kirjaamiseen?

6 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on kvalitatiivinen kokonaistutkimus. Laadullisen tutkimuksen lähtökohdiana on todellisen elämän kuvaaminen ja pyrkimyksenä on löytää tosiasioita, ei niinkään vahvistaa jo olemassa olevia totuuksia. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on lähestyä tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsijärvi ym. 2000, 152.) Tutkimusmenetelmän valinta perustuu tutkijoiden pyrkimykseen saada mahdollisimman syventävät ja kokonaisvaltaiset vastaukset tutkimusongelmiin.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu tapahtuu yleensä haastattelun avulla (Hirsijärvi ym. 2000, 41). Tutkimuksen aineistonkeruuseen kuitenkin valittiin puolistrukturoitu kyselylomake (Liite1), joka sisälsi avoimia kysymyksiä. Tämä menetelmä valittiin, koska sen avulla vastaajien on helpompaa kuvata näkemyksiään anonymisti kyselylomakkeelle, kuin haastattelussa muiden läsnä ollessa. Anonymisti täytettävä kyselylomake mahdollistaa myös vaikeiden asioiden kertomisen haastattelua helpommin. Avoin kysymys antaa mahdollisuuden laajaan, omin sanoin kerrottuun vastaukseen. Lisäksi se osoittaa mikä on vastaajan mielestä keskeistä ja tärkeää. Avoin kysymys välttää haittoja, jotka voivat ilmetä strukturoidussa muodossa esiintyvissä rasti ruutuun kysymyksissä. Avoin kysymys antaa myös mahdollisuuden tunnistaa vastaajan motivaatioon liittyviä seikkoja. (Hirsijärvi ym. 2007, 193 – 196.)

Kyselylomake sisälsi taustakysymyksiä vastaajien taustatietojen kartoittamiseksi sekä lisäksi avoimia kysymyksiä, joihin sairaanhoitajat saivat vapaasti kirjoittaa vastauksensa liittyen kirjaamiseen kotihoidossa. Kyselylomakkeessa taustakysymyksiä olivat kysymykset 1-7, joiden avulla kartoitettiin vastaajien taustatietoja. Ensimmäiseen tutkimusongelmaan vastaavat kysymykset 13, 14 ja 15. Toiseen tutkimusongelmaan vastaavat kysymykset 11, 12, 16 ja 17. Kolmannen tutkimusongelmaan vastaavat kysymykset 8, 9 ja 10. Kyselylomakkeen avulla saatiin tietoa sairaanhoitajien näkemyksistä rakenteisen kirjaamistavan käyttöönotosta sosiaali- ja terveystoimen yhdistyttyä.

Tutkimusluvan saannin jälkeen marraskuussa 2009 kyselylomake esitettiin testiryhmällä tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi. Testiryhmä koostui Turun Ammattikorkeakoulun viidennen lukukauden sairaanhoitajaopiskelijoista..

6.2 Tutkimusaineisto

Esitestauksen jälkeen lähetettiin Turun sosiaali- ja terveystoimen ylihoitajan kautta kaikille Turun lähipalvelualueen sairaanhoitajille vastauskirjekuorella varustettu kyselylomake. Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 69 kappaletta, kaikkiin 21 alueelliseen lähipalvelualueeseen Turun seudulla. Vastaamiseen ja vastausten palauttamiseen takaisin haastattelijoille sairaanhoitajilla oli aikaa kolme viikkoa.

Tutkimusaineisto palautui takaisin haastattelijoille joulukuussa 2009. Palautuspäivämäärään mennessä kyselylomakkeita oli palautunut takaisin 24 kappaletta. Palautuspäivämäärää pidennettiin vielä viikolla, jonka jälkeen kyselylomakkeita palautui viisi kappaletta. Tutkimukseen osallistui yhteensä 29 Turun kotihoidon sairaanhoitajaa. Tutkimusaineisto koostuu näiden hoitajien näkemyksistä rakenteisen kirjaamistavan käyttöönotosta.

6.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksen aineiston käsittely perustui loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisen tutkimusaineiston analyysin mukaan, eli induktiivista sisällön analyysiä käyttäen. Induktiivinen aineiston analyysi sopi

tutkimukseen paremmin kuin deduktiivinen, koska siinä tulkinta perustuu aineistoon ja analyysin suunta on yksityisestä yleiseen ilman teoreettisia etukäteisolettamuksia (Järvenpää 2006).

Analysoitava materiaali on laadullista tietoa, josta erotellaan samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jossa aineistoa tutkitaan tutkimusongelman näkökulmasta ja aineiston vastaukset kirjataan aineiston termein. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta tutkitaan pelkistettyjen ilmauksien erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja se nimetään sisältöä kuvaavalla nimellä. (Latvala & Vanhanen – Nuutinen 2001, 23, 25, 26, 35, 36.)

Analysointivaiheessa tutkimukseen kerätty aineisto hajotettiin osiin, käsitteellistettiin ja koottiin uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi (Liite 2) (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 108). Analysoinnin tarkoituksena oli järjestää, selkiyttää ja jäsentää aineistoa, sekä luoda siihen merkitystä ja tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta.

7 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

7.1 Eettisyys

Ihmistieteiden tutkimuseettiset normit ja säädökset velvoittavat tutkijaa. Ei niinkään laillisesti, mutta ammatillisesti noudattamaan näitä normeja ja säädöksiä. Nämä normit ohjaavat tutkimuksen tekoa sekä ilmaisevat niitä arvoja, joihin tutkijan odotetaan sitoutuvan. Näiden normien kautta lisätään eettistä uskottavuutta sekä kontrollia. Tutkimuseettiset normit pyrkivät siis ohjaamaan tutkimusta, mutta myös nostamaan tieteen statusta sekä hyväksyttävyyttä. (Kuula 2006, 58–59.)

Ihmistieteissä normit perustuvat neljälle eri lääketieteeseen kehitetylle periaatteelle. Nämä ovat: hyötyperiaate, vahingon välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate sekä autonomian ja kunnioituksen periaate. Näiden lisäksi

tutkimusta ohjaavat eri tieteiden sisäiset periaatteet, kuten luottamuksellisuuden turvaamisen periaate. (Kuula 2006, 59.)

Tutkimusta ohjaavat normit jaetaan kolmeen eri pääryhmään: tutkimuksen luotettavuutta, totuuden etsimistä ja ihmisarvon kunnioittamista ilmentäviin normeihin. Näiden lisäksi on tutkijoiden keskinäisiä suhteita ilmentävät normit. (Kuula 2006, 60.) Aineiston hankintaa ja tutkimusaineistoa määrittävät tutkimuksen luotettavuutta sekä ihmisarvon suojelua koskevat normit. Muun muassa Norjan sosiaalitieteiden, humanististen alojen, oikeustieteen ja teologian yhteiset tutkimuseettiset ohjeet sekä EU: RESPECT-projektin ehdottamat ihmistieteille tarkoitetut eettiset normit käsittelevät itsemääräämisoikeutta osallistumisen vapaaehtoisuutena, yksityisyyden turvaa sekä vahingoittumattomuutta ja ovat käyttökelpoisia myös Suomessa. Nämä eivät sido tutkijaa laillisesti, mutta ovat yhteneväisiä lainsäädännön kanssa. (Kuula 2006, 60–61.)

Eettiset kysymykset ovat tärkeitä tutkittaessa inhimillistä toimintaa. Helsingin julistus vuodelta 1964 käsittelee tutkimuksen eettisiä kysymyksiä, jotka on otettava huomioon tutkimusta tehtäessä. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti ja tutkimuksesta saatavan hyödyn tulee olla suurempi kuin siitä aiheutuvan haitan. Tutkimukseen osallistuneiden vastaaminen tulee olla vapaaehtoista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–27.)

Myös lain lääketieteellisestä tutkimuksesta (1999/488) 4§:ssa on asetettu, että lääketieteellisessä tutkimuksessa tutkittavan henkilön/henkilöiden hyvinvointi ja etu on aina asetettava yhteiskunnan ja tieteen etujen edelle. Kaikki tutkimuksesta tutkittavalle aiheutuvat riskit on pyrittävä poistamaan. Tutkittavalle saa lain mukaan suorittaa vain sellaisia tutkimuksia, joista seuraava tieteellinen ja terveydellinen hyöty on suurempi kuin niistä tutkittavalle koituva haitta.

Tutkimuksen etiikka on tärkeä osa tutkimuksen tekoa. Tutkimusetiikka käsittää monta eri aluetta, jotka tulee kaikki ottaa huomioon tutkimusta tehdessä, jotta tutkimuksen voidaan katsoa tehdyn eettisesti oikein millään tavalla ketään vahingoittamatta. Tutkimuksen eettisyyteen liittyy muun muassa tutkimuksen alus-

sa haettava tutkimuslupa, vastaajien anonymiteetin säilyttäminen ja informoiminen vastaajille, vaitiolovelvollisuus ja tutkimusaineiston käsittely luottamuksellisesti.

Tärkeä osa tutkimuksen tekoa on, että kun tutkija on valinnut tutkimusjoukon, informoida tutkimusjoukkoa totuudenmukaisesti tutkimuksesta ennen heidän siihen osallistumistaan. Tutkittavalle joukolle tulee kertoa tutkimuksen tarkoitus, aineistonkeruumenetelmä, kuinka ja milloin aineistonkeruu toteutetaan ja mihin aineistoa käytetään. Vastaajille tulee kertoa myös kuka tutkimusta suorittaa, tutkimuksen tavoite, osallistumisen vapaaehtoisuus ja vastaajien tietojen ja vastausten luottamuksellisuus. (Mäkinen 2006, 95.)

Tutkimukseen osallistuvia sairaanhoitajia informoitiin kyselylomakkeen mukana olleessa saatekirjeessä tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta. Kyselylomakkeessa ei kysytty vastaajien henkilötietoja, jonka avulla pystyttiin varmistamaan vastaajien anonymiteetin säilyminen. Anonymiteetti on yksi tärkeimmistä tutkimuseettisistä asioista. Tutkittavalle/tutkittaville on luvattava, että heillä on oikeus halutessaan säilyä anonymineina valmiissa tutkimuksessa. Tutkittaville on myös varmistettava, että heidän anonymiteettinsa säilyy kautta koko tutkimuksen, sekä myös tutkimuksen teon jälkeen niin vastauksien kuin henkilötietojen osaltakin. Tutkittavien anonymiteetti mahdollistaa asioiden avoimemman ja monipuolisemman käsittelyn ja esille tuonnin ja mahdollisesti rohkaisee vastaajia rehellisempiin ja avoimempiin vastauksiin, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Mäkinen 2006, 114.) Henkilötietolain 32§ ja 33§(Henkilötietolaki 1999/523) säädettyjen asetusten mukaan henkilötietoja käsiteltäessä tulee varmistaa tietojen pysyminen suojattuina sekä muistaa henkilötietoja käsiteltäessä vaitiolovelvollisuus.

Kyselylomake sisälsi saatekirjeen, josta selvisi tutkimuksen tarkoitus, taustat ja kysymyksiin vastaamisen vapaaehtoisuus. Saatekirjeessä oli tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot tutkimukseen liittyviä kysymyksiä varten. Kyselylomakkeiden palautus takaisin tutkijoille tapahtui suljetussa kirjekuoressa ylihoitajan toimittamana, jotta ehdoton luottamus pystyttäisiin takaamaan. Kyselylomakkeen vastaukset olivat ainoastaan tutkijoiden hallussa ja ne käsiteltiin luottamuksellisesti.

Tutkimuksen valmistuttua vastaukset tuhottiin asianmukaisella tavalla. Vastaajilta ei pyydetty tutkimuslupaa erikseen, vaan täytetyn kyselylomakkeen palautuminen takaisin tutkijoille katsottiin tutkimusluvan saamiseksi yksittäiseltä vastaajalta.

Tutkimustulosten analysoinnissa tutkijat arvioivat jatkuvasti tutkimuksen etiikkaa. Tutkimukseen osallistuvan anonymiteetin suojeluun on kiinnitettävä erityistä huomiota, sillä laadullisen aineiston otos ei ole suuri. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 29.) Tutkimuksen tulokset on esitetty niin, ettei yksittäistä vastaajaa tai yksittäistä kotihoidon yksikköä pysty tunnistamaan. Tutkimusetiikan jatkuva arvioiminen oli ehdotonta tutkimustuloksien suorien lainausten käytössä. Tutkimustuloksissa ei ole käytetty suoria lainauksia niin, että ne voisivat paljastaa tutkimukseen osallistuneen vastaajan henkilöllisyyden.

7.2 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tutkijan tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen toteuttamiseen jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Erityisesti kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan on tärkeä pohtia ratkaisujaan ja näin ottaa kantaa tekemänsä tutkimuksen luotettavuuteen sekä aineiston analyysin kattavuuteen jo tutkimuksen luonteen takia. (Eskola & Suoranta 1998, 208.)

Laadullista tutkimusta tehdessä aineistonkeruun luotettavuuteen, mahdollisiin häiriötekijöihin, virhetulkintoihin, tutkijan omiin päätelmiin ja tutkimustulosten luotettavuuteen on kiinnitettävä huomiota. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää tuoda nämä esille tutkimuksessa ja niiden mahdolliset vaikutukset tutkimukseen ja sen tuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Aineiston keruun luotettavuuteen vaikuttaa tutkimusmenetelmän valinta ja sen luotettavuus ja soveltuvuus kyseiseen tutkimukseen. Luotettavuutta arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota tutkimusmenetelmän heikkouksiin. Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä on avoimia kysymyksiä sisältävä kyselylomake, jonka luotettavuuteen liittyy myös heikkouksia, kuten vastaajien ja tutkijoiden

erilaiset tulkinnat ja käsitykset. Vastaajat voivat ymmärtää kysymykset väärin tai tutkija voi tulkita vastaukset toisella tapaa kuin mitä vastaaja on asian tarkoittanut. Tutkijan onkin tärkeä käyttää käsitteitä, jotka ovat tuttuja vastaajille (Eskola & Suoranta 1998, 212.) Vastaajien motivaatiosta vastausten antamiseen ei ole tarkkaa tietoa. Kyselytutkimusta tehdessä tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka hyvin tutkijat ovat osanneet muotoilla kysymykset tutkimusongelmia vastaaviksi sekä vastaajille mahdollisimman selkeiksi, jolloin saadaan vastaukset tutkimusongelmiin ja väärinymmärrysten vaara vähenee.

Kyselylomakkeen sisältöä voidaan pitää validina ja kysymyksiä selkeinä ja ymmärrettävinä, koska sillä saatiin vastaukset tutkimusongelmiin. Myös vastauksista voi päätellä, että kysymykset ymmärrettiin oikein, sillä niissä vastattiin kysytyyn asiaan. Pientä ristiriitaa tähän tuo se, että joihinkin kysymyksiin vastattiin myös muuta kuin mitä oli kysytty.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa tulee kiinnittää huomiota myös tutkimusaineistoon, sen riittävyteen ja siihen, että analyysistä tulee tarpeeksi kattava. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston määrää on usein hankala arvioida ennalta. (Eskola 1999, 216.) Kyselyn aineiston tulee olla myös laadukasta, jotta se on luotettavaa. Aineiston laadukkuuden ehtona on, että kaikkien vastaajien vastaukset on otettu mukaan analyysiin ja että aineiston luokittelu on suoritettu järjestelmällisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185.) Kyselyssä tutkimusaineisto voi jäädä riittämättömäksi tai suppeaksi, jolloin tulokset eivät välttämättä kuvaa asiaa tarpeeksi monipuolisesti ja tarkasti ja tulosten yleistettävyyden ja siirrettävyyden voi kärsiä. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Tutkimuksessamme aineiston määrään on voinut vaikuttaa vastaajien halukkuus osallistua tutkimukseen. Aineiston määrään vaikutti osaltaan varmasti myös aineistonkeruumenetelmänä käytetty kyselylomake, joka vastaajien piti toimittaa täytettynä takaisin tutkijoille. Jotkut vastaajista ovat saattaneet kokea tämän työlääksi ja jättäneet siksi vastaamatta. Myös tutkimuksen ajankohta, juuri ennen joulua, on saattanut vaikuttaa tutkimusaineiston määrään, koska osa vastaajista on voinut olla jo lomalla. Tutkimuksen lähetetyistä 69 kyselylomakkeista palautui 29, jolloin vastausprosentti on 42%. Tutkimus oli kuitenkin

laadullinen, jolloin tutkimusjoukon laadullinen edustavuus oli kattava ja tärkeämpää kuin määrä sinänsä. Vastausten määrää voidaan pitää validina myös, sillä vastaajat edustivat kattavasti Turun alueen kotihoidon sairaanhoitajia.

Tutkimuksemme luotettavuutta heikentävänä asiana voidaan mahdollisesti pitää sitä, että vastaajat saattoivat vastauksissaan pyrkiä vastaamaan omassa yksikössään vallitsevan yleisen mielipiteen mukaan, sillä koko yksikössä todennäköisesti tiedettiin tutkimuksesta ja siitä, ketkä siihen vastasivat yksikön sisällä. Emme voi myöskään olla aivan varmoja siitä, että ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymykset tarkoitetulla tavalla. Vastauksista voi kuitenkin päätellä, että vastaajat ovat ymmärtäneet tutkijoiden käyttämät käsitteet samoin kuin tutkijat itse, joten vastaukset ovat valideja.

Tutkimusta tehtäessä kyselylomake tulee aina esiteltä (Heikkilä 2005, 61). Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisättiin myös esitestauksen avulla, jossa 5. lukukauden sairaanhoitajaopiskelijat testasivat kyselylomakkeen toimivuuden. Esitestauksen avulla voitiin todeta kyselylomakkeen olevan selkeä ja toimiva. Kyselylomake koostui saatekirjeestä ja varsinaisesta lomakkeesta. Saatekirjeen tarkoituksena on selventää tutkimuksen taustaa ja motivoida vastaajaa lomakkeen täyttöön (Heikkilä 2006, 61).

Laadulliseen tutkimukseen kuuluu luokittelujen teko aineistoa analysoitaessa, ja tutkimuksen luotettavuuden kannalta erityisen tärkeää on selostaa kuinka tehtyihin luokituksiin on päädytty sekä perustella tehdyt valinnat (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227). Tutkimusaineistoa analysoidessa käytettiin luokitteluja (Liite 2) tulosten luotettavuuden varmistamiseksi.

Tutkimustulosten luotettavuutta tarkasteltaessa tutkijan rooli on merkittävä. Tämän takia tutkijan tulee olla kriittinen itseään ja johtopäätöksiään kohtaan sekä suhtautua tutkimukseen avoimesti ja myöntää subjektiivinen asemansa tutkimuksen suorittajana. (Eskola & Suoranta 1998, 211.) Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty lisäämään ja vahvistamaan kiinnittämällä huomiota koko tutkimuksen ajan sen eri vaiheiden luotettavuuteen erillään toisistaan, sekä suhteessa muihin tutkimusvaiheisiin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tutki-

joita on kaksi. Kahden tutkijan avulla on voitu arvioida kriittisesti ja objektiivisesti omia ja toisen ajatuksia sekä yhdessä työskentelemällä saatu tutkimukseen uutta näkökulmaa. Luotettavuutta on lisätty myös vertaamalla tutkimuksesta saatuja vastauksia jo aiemmin tehtyihin tutkimuksiin, sekä johtopäätöksiä aiemmista tutkimuksista saatuihin tuloksiin.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös tutkijoiden käyttämä analyysimenetelmä. Tutkimusta tehtäessä tulokset on tulkittava oikein ja käytettävä ainoastaan sellaista analyysimenetelmää, jonka käytön hallitsee (Heikkilä 2005, 30). Latvalan ja Vanhasen (2001, 23, 25, 26, 35, 36) mukaan laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysissä edetään järjestelmällisesti ja loogisesti aineistoa ryhmitellen, hakien vastausta tutkimusongelmaan. Heidän mukaansa induktiiviseen sisällönanalyysiin kuuluu myös analyysin vaiheiden kirjaaminen, joka myös tuo luotettavuutta analyysille. Tutkimuksessa käytetyn induktiivisen sisällönanalyysin luotettavuus perustuu sen loogisuuteen ja siihen, että analyysi toteutettiin järjestelmällisesti alusta loppuun ja analyysin vaiheet kirjattiin järjestelmällisesti.

Tutkimuksessamme analyysimenetelmän luotettavuutta lisää se että tutkijat pystyivät etenemään analyysissä loogisesti luokittelujen ansiosta. Vastausten päällekkäisyydet kuitenkin puolestaan hankaloittivat jonkunverran analysointia.

8 Tutkimuksen tulokset

8.1 Tutkimusjoukon esittely

Kyselylomakkeet lähetettiin kaikille 69 Turun kotihoidon 21 lähipalvelualueella työskentelevälle sairaanhoitajalle. Kyselylomakkeita palautui tutkijoille 29. Näin ollen tutkimusaineistona olivat 29 kotihoidon sairaanhoitajan vastaukset. Vastausprosentti oli 42%.

Kyselylomakkeen taustatiedoissa selvitettiin haastateltavien ikää, koulutustasua, sairaanhoitajana työskentelyaikaa, työskentelyaikaa nykyisessä yksikössä, työsuhteen laatua ja sitä, onko vastaaja palveluesimies sekä sitä milloin rakenteinen kirjaaminen on otettu käyttöön kyseisessä yksikössä.

Taustatietojen perusteella vastaajien keski-ikä oli 36 vuotta. Nuorin vastaajista oli 22 ja vanhin 54-vuotias. Koulutukseltaan vastaajat olivat kaikki sairaanhoitajia. Useilla oli tämän lisäksi myös kättilön, terveydenhoitajan, lähi-, perus- tai apuhoitajan koulutus.

Sairaanhoitajana työskentelyajat vaihtelivat vastaajilla 0-21 vuoden välillä. Keskiarvo sairaanhoitajana työskentelylle oli vastausten mukaan noin 10 vuotta. Keskiarvo on noin-arvo, koska osassa vastauksista aika oli kuvattu esimerkiksi seuraavanlaisesti: "n.5" tai "2.5-3v."

Myös työskentelyajat nykyisessä yksikössä vaihtelivat melko suuresti vastaajasta riippuen. Tämä johtuu varmasti osaksi siitä, että osa vastaajista teki sairaanhoitajan sijaisuutta yksikössään sekä siitä kuinka kauan vastaajan sairaanhoitajaksi valmistumisesta on. Työskentelyajat nykyisessä yksikössä vaihtelivat välillä 2kk-10v. Yli puolet vastaajista oli työskennellyt nykyisessä yksikössään alle 1.5 vuotta. Vastaajista 15 oli sijaisia tai määräaikaisia työntekijöitä. Loput 14 olivat vakituudessa työsuhteessa yksikössään ja heistä kaksi toimivat palvelusmiehinä. Kirjaamisvastaavia oli 3.

Myös rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto yksiköissä vaihteli vastausten mukaan. Useimpien vastausten mukaan rakenteinen kirjaaminen on otettu yksiköissä käyttöön vuosien 2008 ja 2009 aikana. Osa vastaajista ei muistanut milloin käyttöönotto olisi tapahtunut ja osa oli epävarma onko rakenteista kirjaamistapaa edes otettu käyttöön yksikössä. Joistakin vastauksista voisi päätellä, että käsite rakenteinen kirjaaminen ei ole vastaajalle aivan tuttu.

"En tiedä. Ehkä 5-7 vuotta sitten?"

8.2 Sairaanhoidajien kokemukset rakenteisen kirjaamismallin jalkauttamisesta työyksikköön

8.2.1 Kirjaamisen tämän hetkinen tila

Pyydettyessä kuvaamaan kirjaamisen tämänhetkistä tilaa, vastauksista nousi esille luokat kirjaaminen ja kirjaajat. Vastaajat ottivat kantaa kirjaamisen tämän hetkiseen tilaan, kirjaamisen laatuun ja hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Vastaajat kuvasivat kirjaamisen tilan parantuvan päivä päivältä.

”Parempaan päin ollaan menossa.”

”Edistynyt kuluvan vuoden aikana.”

Osa vastaajista koki peruskirjaamisen sujuvan hyvin eri ammattiryhmien välillä. Eniten kirjaamisen tilaa kuvattaessa vastauksista nousi esille sairaanhoidajien/terveydenhoitajien kirjaamisen sujuvuus.

”Entiset terviläiset hallitsee hyvin.”

”SH:t kirjaa asiallisesti.”

Vastausten mukaan kirjaamista suoritetaan päivittäin ja käynnit on tilastoitu asianmukaisesti.

Kirjaamisen laatu puolestaan jakaa vastaajien mielipiteet.

”Vaihtelee laidasta laitaan.”

”Kirjaaminen on hyvin vaihtelevaa. Toiset hallitsee kirjaamisen hyvin, toiset huonommin.”

”Yllättävän hyvä.”

Mielipiteet kirjaamisen laadusta jakautuivat negatiiviseen, neutraaliin ja hyvään. Kirjaamisen laatua kuvattiin negatiivisessa mielessä sisällöltään puutteelliseksi ja niukaksi. Kirjaamisen kerrotaan tulleen huonommaksi melun ja kiireen takia. Vastausten mukaan kirjauksista ei saa kuvaa potilaan voinnista ja tilasta. Kokonaisvaltaisen kirjaamisen ei koeta olevan tällä hetkellä kaikkien työntekijöiden

hallussa. Valtaosa vastaajista ilmaisi kirjaajiin liittyvässä luokassa lähi/perushoitajien sekä kodinhoitajien kirjaamisen olevan puutteellista.

”Lähihoitajien kirjaus on hyvin vaihtelevaa asiallisesta asiattomaan.”

Vastausten mukaan lähi/perushoitajat kirjaavat niukasti, kodinhoitajat/kotiavustajat eivät kirjaa ollenkaan.

”Lähihoitajien kirjauksissa ”temput” näkyvät, ei mitä potilaalle kuuluu/miten potilas voi.”

”Asiakkaan voinnin kuvaaminen jää rakenteisessa ”tempullistan” varjoon, tai unohtuu.”

Vastaajat kertoivat myös tiimiläisten saaneen koulutusta kirjaamiseen, mutta opitut asiat unohtuvat, koska he eivät ota opetettuja asioita käyttöön aktiivisesti.

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyvässä luokassa vastauksista nousi esiin ongelmat hoito- ja palvelusuunnitelman kanssa. Suurin osa vastaajista koki, että hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät ole ajan tasalla. Sairaanhoidajat eivät näe potilaita enää niin usein kuin ennen, joten väliarviointeja on vaikea tehdä ja väliarviointeja jää myös tekemättä ajan puutteen vuoksi. Vastausten mukaan sairaanhoidajat osaavat kirjata oikeat asiat, mutta eivät päivitä asiakkaiden tietoja. Hoito- ja palvelusuunnitelman ajan tasalla pitäminen koetaan ongelmana.

”Ongelmana lähinnä se, että muutokset asiakkaan hoidossa ei tule lähihoitajilta tehtyä koska eivät aina osaa ja ole kiinnostusta.”

”Tiimiläiset eivät osaa itsenäisesti tehdä uutta HOSUA tai korjata vanhaa.”

”Lähihoitajat eivät osaa kysyä potilaiden voinnista oikeita asioita ja kirjaavat vain voi hyvin” vaikka monenlaista ongelmaa on.”

8.2.2 Hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten käytön sujuvuus

Kysyttäessä Hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten käytön sujuvuudesta työyksikössä vastaajat nostivat taas esiin myös hoito- ja palvelusuunnitelman. Vastauksista esiin nousivat luokat; käytön sujuvuus, hoito- ja palvelusuunnitelma sekä muut. Luokkaan muut sisältyi tyhjä vastaus. Hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten käytön sujuvuutta vastaajat kuvasivat sanoilla:

”vaihteleva, hyvä ja huono”

Enemmistö vastanneista kuvasi tarve- ja toimintoluokitusten käytön sujuvuutta hyväksi.

”Osataan hyvin kirjata oleellisia asioita, harva kirjaa ns. turhia asioita.”

Osa vastaajista kokee hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten käytön sujuvuuden huonona. Vastauksissa kuvattiin kirjaamisen vaikeutta tarve ja toimintoluokitusten otsikoiden alle. Vastauksista selvisi kuinka asioita kirjataan väärin otsikoiden alle, koska työntekijät eivät ole perehtyneet luokitusten sisältöön.

Eniten vastauksista nousi esille hoito- ja palvelusuunnitelman käytön ongelmallisuus. Vastausten mukaan ainoastaan sairaan- ja terveydenhoitajat tekevät hoito- ja palvelusuunnitelmia. Ajan ja resurssien puutteen vuoksi aikaa lähihoitajien hoito- ja palvelusuunnitelman teon opastukseen ei ole. Vastauksista ilmeni, että mikäli hoito- ja palvelusuunnitelma on valmiina, sen käyttö on sujuvaa, mutta sen muuttaminen koetaan ongelmaksi.

”Joku osaa klikata sieltä tarvittavan otsikon, mutta he eivät hallitse HOSUn muuttamista, päivittämistä tai tekemistä.”

”Jos hoitosuunnitelmat valmiina, ne kirjataan, mutta muutokset tekemättä.”

8.2.3 Hoitoyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen sujuvuus

Kysyttäessä miten vastaajat kokevat hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen sujuvan työyksikössä vastauksista esiin nousivat luokat; positiivinen, neutraali, negatiivinen ja muut. Luokkaan muut sisältyi neljä tyhjää vastausta. Valtaosa vastauksista sijoittui luokkiin neutraali ja negatiivinen.

Kolme vastaajaa koki hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen sujuvan työyksikössä hyvin.

”Kirjaaminen on selkeää ja aktiivista, eräänlainen jatkumo potilaan hoidossa.”

”Sairaanhoitajien kirjaukset ovat informatiivisia, relevantteja ja hoidon arviointiin painottuvia ja ottavat ihmisen kokonaisvaltaisen tilanteen huomioon.”

Noin puolet vastaajista koki hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen sujuvan työyksikössä vaihtelevasti. Vastausten mukaan osa työntekijöistä hallitsee kirjaamisen ihan hyvin ja halukkuutta oppimiseen löytyy, etenkin lähihoitajilta. Vastauksista nousi esiin selvästi hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen sujuvuuden vaihtelevuus työntekijästä riippuen.

”Osa tarvitsee ohjausta. Lähinnä lähihoitajat, jotka tulleet sos.puolelta tai yleensäkin ne, jotka ei aikaisemmin ole kotisairaanhoidossa työskennelleet.”

”Vaihtelee työntekijöittäin hyvästä vasta-alkajaan.”

Vastaajat nostivat myös esiin hoito- ja palvelusuunnitelman tärkeyden kirjauksissa.

”Jos hosu tehty, niin niiden otsikoiden alle osaavat kirjata. Toiset hyvin ja toiset kohtalaisesti.”

Yksi vastaaja kokee prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen sujuvuuden olevan ”*pinnallisesti ok*”, mutta prosessiajattelu ei aina näy kirjauksissa.

Useassa vastauksessa nousi esiin lähihoitajien osuus kirjaamisessa. Vastaajat kokevat lähihoitajien hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen olevan puutteellista.

”Lähihoitajien peruskoulutukseen ei kuulu kirjaamiskoulutusta, joten he eivät osaa arvioida hoitoa, hoidon vaikutusta, asettaa hoidolle tavoitteita jne. Ja juuri lähihoitajat kotikäyntejä tekevät ja päivittäin kirjaavat.”

Päivittäisten kirjaamisten puutteellisuus vaikuttaa asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja erityisesti hoidon jatkuvuuteen. Vastaajat kuvaavat kuinka lähihoitajien kirjauksista ilmenee ainoastaan asiakkaan kotona tehdyt toimenpiteet.

”Kirjauksista käy ilmi vain mitä he ovat tehneet asiakkaan kotona esim. haava hoidettu. Arviointia, jatkosuunnitelmaa tai hoidon onnistumista ei ole kirjattu mitenkään, jolloin on vaikeata tietää miten tilanne on muuttunut siitä, kun hoitosuunnitelma on alun perin tehty.”

8.3 Rakenteisen kirjaamismallin käyttöönoton hyödyt ja ongelmat

8.3.1 Sairaanhoidtajien kokemukset rakenteisen kirjaamisen hyödyistä

Kysyttäessä kuinka vastaajat ovat kokeneet rakenteisen kirjaamistavan hyödyttävän *heitä* työssään, esille tulivat seuraavat luokat: positiiviset kokemukset, negatiiviset kokemukset ja jotain muuta. Rakenteinen kirjaamistapa koettiin pääasiassa positiivisesti ja työntekijöitä, potilasta sekä moniammatillista hoitotyötä hyödyttäväksi.

Vastaajat kokevat että rakenteinen kirjaamistapa auttaa löytämään sekä senhetkistä että potilaasta aiemmin kirjattua tietoa helpommin ja nopeammin.

”Selkeämmin löytää tietoa pt:n hoidosta, kun on otsikoin eri osa-alueiden alle, eikä kaikki tekstit erilaisista asioista ole yhtenä pötkönä.”

”Pitäisi löytää esim. haavahoidon toteutus aina samasta valikosta, jos etsii myöhemmin mitä kirjattu.”

Myös selkeys, tiedon kulku ja hoidon vaikuttavuuden arviointi nousivat usein esille positiivisia asioita kuvattaessa.

”Jäsentää hoitotyötä; suunnittelu, toteutus, hoidon arviointi ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen, vaikuttavuuden arviointi.”

”Asiat on ryhmitelty ja tieto löytyy helpommin. Eli tieto välittyy paremmin toisille työntekijöille ja potilaan hoidon jatkuvuus toteutuu paremmin.”

Esille nousi myös hoidon kokonaisvaltaisuus sekä potilaiden henkilökohtaisen hoidon varmistaminen.

”Mietittävä kaikkia osatekijöitä, jotka muodostavat kokonaisvaltaisen hoidon- selkeää, asiat löytyvät oikean otsikon alta.”

”Kirjaamisen avulla hoitajat huomioivat ne tarpeet, jotka potilaalla/asiakkaalla on.”

Vastaajat kokivat että rakenteisesta kirjaamistavasta on heille itselleen hyötyä erityisesti kirjaamista selkeyttävänä ja täsmentävänä, sekä hoitotyötä jäsentävänä. Kirjaamisen koettiin myös nopeutuneen, tuplakirjauksen vähentyneen ja hoidon jatkuvuuden parantuneen mikäli kirjaaminen on tehty hyvin.

”Tarkempaa, jäsennellympää. Hoito on helpompi hahmottaa.”

”Näen heti kotihoidon asiakkaan tärkeimmät hoitosuunnitelmat, mitä kotikäynneille on sovittu seurattavaksi ja hoidettavaksi. Vähentää tuplakirjausta. Nopeuttaa kirjaamista.”

Negatiivisia tai muunlaisia kuin positiivisia vastauksia oli vain pieni osa vastauksista. Näissä rakenteisen kirjaamistavan ei koettu tuoneen mitään muutoksia hoitajille, hoitotyöhön tai potilaan hoitoon tai niitä ei osattu sanoa tai koettiin että siitä ei ollut tullut odotettua hyötyä. Negatiivista oli myös se, että kirjaamistapaa ei osata toteuttaa oikein.

”En osaa sanoa.”

”En näe tässä asiassa tapahtuneen muutosta.”

”Ei hyödytä niin paljon kuin pitäisi, esim. tk-lääkärit eivät lue Hosulle kirjattuja tekstejä, vaan kotihoito joutuu kirjaamaan tuplakirjauksia.”

”Rakenteinen kirjaamistapa ei hyödynnä mitenkään paremmin aikaisempaan verrattuna, koska sitä ei osata tehdä.”

Potilaan hoitoon rakenteisen kirjaamistavan koettiin vaikuttavan pääasiassa positiivisesti. Vastaajat kokivat, että potilaiden yksilölliset hoidon tarpeet tulivat paremmin huomioiduiksi. Myös hoidon laadun ja jatkuvuuden sekä seurannan koettiin parantuneen. Tiedon helpon ja nopean löytymisen koettiin vaikuttavan positiivisesti potilaan hoitoon.

”Asiat on ryhmitelty ja tieto löytyy helpommin. Eli tieto välittyy paremmin toisille työntekijöille ja potilaan hoidon jatkuvuus toteutuu paremmin.”

”Kaikki hoitoon osallistuvat tietävät, mitä ja miten hoidetaan.”

Kysyttäessä rakenteisen kirjaamistavan hyötyjä *moniammatillisessa* yhteistyössä, vastaukset olivat jälleen pääasiassa positiivisia. Vastaajat kokivat rakenteisen kirjaamistavan edistävän tietojen löytymistä nopeammin, koska tiedot ovat jäsennellysti otsikoiden alla. Sen koetaan edistävän myös kokonaisvaltaista hoidon toteuttamista, koska kaikki ammattiryhmät näkevät kirjatut tiedot. Tiedonkulun koetaan myös parantuneen.

”Kaikki ammattiryhmät näkevät HOSU:t->hoidon kokonaisvaltaisuus.”

”Haualla löytyy tarvittavat kirjaukset esim. kudoseheys, kaikki haavahoidot jotka olleet käytössä.”

Moniammatillisessa yhteistyössä koettuja hyötyjä kysyttäessä tuli esille myös negatiivisia mielipiteitä. Nämä liittyivät pääasiassa tietojen lukevien taitoon etsiä

tarvitsemaansa tietoa. Vastaajat kokivat, että esimerkiksi lääkärit eivät osaa hakea tietoa ja tämä puolestaan aiheuttaa tuplakirjausta hoitajille. Vastauksissa tuli esille myös se ongelma, että tiedot eivät välttämättä ole saatavilla aivan kaikille niitä hoitotyössään tarvitseville.

”Ei monikaan yhteistyöhenkilö osaa katsoa HOSU:ta asioita, hyöty?”

”Suurin osa ammattiryhmistä, esim. päivystys ei osaa lukea HOSU:n tekstejä, eivät edes tiedä niiden olemassaolosta, joten edelleen kirjataan kertomukseen jos on jotain erityistä jonka halutaan muiden tahojen saavan tietoonsa.”

”Edistää niissä tapauksissa, joissa on mahdollisuus nähdä toisten kirjauksia (TYKS, Turunmaa ei näe).”

8.3.2 Sairaanhoidtajien hankaliksi kokemat asiat rakenteisessa kirjaamistavassa

Pyydettyä vastaajia kuvaamaan hankaliksi kokemiaan asioita rakenteisessa kirjaamistavassa esille nousivat seuraavat luokat: kirjaamisen rakenne, kirjaajien taidot ja jotain muuta.

Vastauksissaan hoitajat kuvaavat kirjaamisen rakenteeseen liittyviä ongelmia jotka liittyvät vastausten mukaan erityisesti otsikointiin, tekstin muotoon sekä Hosun tekoon. Otsikoinnissa hankalaksi koetaan suurimmassa osassa vastauksista oikean otsikon valinta, otsikoiden löytäminen ja alaotsikoiden paljous.

”Aikaa menee enemmän kirjaamiseen kun aina ei löydy sopivaa otsikkoa minkä alle kirjata.”

”Oikeiden otsikoiden/komponenttien löytäminen toisinaan todella vaikeaa. Jo kirjattujen tietojen pirstaloituminen eri kohtiin.”

Tekstin muotoon liittyvät ongelmat koskivat sitä, että ei ole tilaa vapaalle tekstille ja että tiedot ovat hajallaan pienissä osissa.

”Potilaan hoito pilkottava pieniksi paloiksi.”

”Ei ns. vapaata tekstiä.”

Hoitosuunnitelman tekoon liittyvät ongelmat koskivat tietojen päivittämistä, puutteita tietojen pitämisessä ajan tasalla ja sitä, että hoitosuunnitelman teko koetaan tässä kirjaamistavassa ongelmalliseksi. Hoitosuunnitelman tekemiseen liittyy erilaisia ongelmia, kuten se, että siinä koetaan tulevan paljon toistoa, ja että kirjaamisohjeissa on erilaisuutta.

”HOSUjen kirjavuus -ohjeiden kirjavuus? Ohjekirja liian pitkä –ei kellään aikaa lukea työn ohessa tai työtä tehdessä.”

”Hoitosuunnitelmaa ei päivitetä riittävän usein tarpeita vastaavaksi.”

”Tarve- ja toimintaluokitukset eivät ole ajan tasalla, joten koko hoitosuunnitelma pitäisi tehdä uudestaan jotta asianmukainen kirjaaminen onnistuisi.”

”Sillisalaattia, se välillä harmittaa.”

”Asiat ovat monesti niin sidoksissa toisiinsa, joten niitä vaikea erottaa toisistaan. Sama txt moneen kertaan?”

Kirjaajien taidot liittyen rakenteisen kirjaamistavan ongelmiin koskivat hoitajien puutteellisia kirjaamistaitoja ja puutteita perustiedoissa liittyen kotihoitotyöhön ja sen kirjaamiseen. Ongelmia koetaan olevan myös yhteisten pelisääntöjen löytymisessä ja siinä, että hoitajilta puuttuu yhtenäinen tapa tehdä kirjauksia.

”Vielä ei ole yhteisiä pelisääntöjä, että kaikki kirjaisivat samalla lailla, eli samat asiat tietyn otsikon alle, koska ihmiset ajattelevat erilailla.”

”Osaamisen vajeet kotihoitossa. Hoitotyön prosessi ja kotihoitotyö vierasta osalle työntekijöitä, perustiedot hatarat + kirjaamisen sisältö vaatii vielä harjoitusta.”

Muiksi ongelmiksi he kokivat kirjaamiseen kuluvan ajan sekä liian ohjauksen kirjaamiseen liittyen.

8.3.3 Kehitettävää rakenteisessa kirjaamistavassa

Kysyttäessä missä asioissa rakenteista kirjaamista voisi vielä kehittää, nousi esille seuraavat luokat: koulutus sekä kirjaamisen laadun seuranta ja kehittäminen. Vastauksista suurin osa liittyi lisäkoulutuksen tarpeeseen ja kirjaamisen yhdenmukaistamiseen. Osassa vastauksia lisäkoulutuksen tarve liittyi kirjaajien ja tietojen tarvitsevien hoitoalan ammattilaisten taitojen kartuttamiseen ja osa vastauksista käsitteli lisäkoulutusta kirjaamisen rakenteen ja sisällön näkökulmasta.

Kirjaamisen sisällössä ja rakenteessa koettiin olevan kehittämistä selkeyteen, yhdenmukaisuuteen, kokonaisuuksien ymmärtämiseen ja otsikoiden käyttöön liittyen. Kehittämistä olisi vastausten mukaan myös kirjaamisen oleellisuudessa.

”Ainakin olen törmännyt siihen, että kirjataan hyvin itsestään selviä asioita, muttei oleellista esim. haavanhoidosta kirjataan mitä sidoksia on käytetty, muttei kuvaila yhtään haavan tilaa ja vertailevaa tekstiä. Ei siis peilata haavan tilaa onko parempaan tai pahempaan suuntaan mennyt.”

”Otsakkeiden käytön yhdenmukaistaminen, kirjaamisen tarkentaminen.”

Eri ammattiryhmien kirjaamisosaamisen lisäämisessä olisi kehittämistä. Kirjaajat tarvitsisivat motivointia ja rohkaisua kirjaamiseen sekä johdon ja päivittäin hoitotyötä tekevien sitouttamista kirjaamiseen. Lisäkoulutusta tarvitaan eri ammattiryhmille. Erityisesti vastauksissa painottui lähihoitajien koulutus kirjaamiseen, sillä heidän koulutukseensa kirjaaminen ei vastausten mukaan kuulu siinä määrin kuin sairaanhoitajien. He tarvitsevat kuitenkin osaamista yhtäläillä kuin sairaanhoitajatkin. Lisäkoulutuksen tarve koski myös kirjaamisen sisältöä ja sen oppimista. Myös lääkärit tarvitsevat kouluttamista rakenteisen kirjaamisen käyttöön sekä kehittämiseen. Kirjaamisohjeisiin ja yhdenmukaistamiseen eri yksiköiden välillä kaivattaisiin myös kehittämistä.

”Hoitotyön prosessin ja kotihoitotyön selkiinnyttäminen, kirjaamisen sisältö, rohkaiseminen omiin kykyihin luottamiseen, motivoiminen kirjaamisen merkityksen ymmärtämiseen, keski- ja ylemmän johdon sitoutuminen kirjaamisen ja hoitotyön kehittämiseen.”

”Kirjaajien taito ja koulutus. Erityisesti kotiaavustajat ja –hoitajat. Ne jotka ei ennen ole kirjanneet, eivätkä käyneet sh, lh-koulutusta.”

”Lähihoitajien pitäisi ehdottomasti käydä kaikkien kirjaamiskurssi, joka automaattisesti kuuluu AMK-opintoihin. Lähihoitajilta odotetaan kotihoidossa kuitenkin samantasoista vastuuta kuin sairaanhoitajilta sairaalaympäristössä.”

”Perehdytys olisi ihana edes kirjaamisvastaaville.”

Kehittämiseen liittyi myös kirjaamisen laadun seuranta ja lisäajan järjestäminen kirjaamiselle. Lisäksi toivottiin panostusta yhteistyöhön eri yksiköiden välillä, jotta kirjaaminen olisi yhtenäisempää.

”Yhtenäisten pelisääntöjen toteuttamistason seuranta ja ohjaus.”

”Väliarviot – että joku muukin tekisi jatkossa kuin sh. Ei ole aikaa tehdä niitä niin usein.”

8.3.4 Sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen vaikutukset kirjaamiseen

Kysyttäessä kuinka sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen on vaikuttanut kirjaamiseen kotihoidossa, esille nousivat seuraavat luokat: negatiiviset vaikutukset, positiiviset vaikutukset ja muunlaiset vaikutukset. Vastauksista suurin osa käsitteli yhdistymisen tuomia negatiivisia vaikutuksia kirjaamiseen. Suurimmaksi

ongelmaksi ja muutokseksi koettiin kirjaamisen laadun heikentyminen yhdistymisen myötä. Tähän on vastausten mukaan syynä sosiaali- ja terveystoimen erilaiset kirjaamistavat ja kirjaamistaitojen eritasoisuus. Tämän koetaan lisänneen sairaanhoitajien työmäärää, koska osa tiimien hoitajista ei vastausten mukaan hallitse kirjaamista. Positiivisia vastauksia oli joukossa vain muutama. Osa vastaajista ei osannut sanoa minkäänlaista vaikutusta.

Valtaosassa vastauksista tuli esille se, että entisen sosiaalitoimen hoitajat eivät ole saaneet samanlaista koulutusta kirjaamiseen kuin entisen terveystoimen hoitajat ja että heillä ei näin ollen ole tarvittavia taitoja kirjaamiseen. Heillä ei vastausten mukaan ole myöskään aiempaa kokemusta kirjaamisesta niin kuin entisen terveystoimen sairaanhoitajilla.

”Kirjaamisen taso heikentynyt, koska sosiaalipuolella toimineet ihmiset eivät saaneet työhön asianmukaista perehdytystä, eikä kirjaaminen kuulunut aiemmin heidän työnkuvaansa ollenkaan eikä peruskoulutukseenkaan. Lisäsi huomattavasti tiimien sairaanhoitajien työtaakkaa.”

”Vaikeutunut, koska kaikki eivät osaa, eikä ole aikaakaan perehtyäkään.”

”Laatutaso alentunut: rästitetään tempuit, mutta ei arvioida tilannetta eikä suunnitella mihin tulisi kiinnittää huomiota seur. kotikäynnillä. Vertailu!”

Muutaman vastauksen mukaan yhdistyminen on vaikuttanut kirjaamiseen positiivisesti sitä lisäämällä. Myös koneelle kirjaaminen viestivihkojen ym. sijasta koettiin positiiviseksi.

”Kirjaaminen on lisääntynyt. Nyt kirjataan enemmän koneelle, eikä pelkästään viestivihkoihin taukotuvalla ja/tai asiakkaan kotona.”

8.4 Sairaanhoitajien kokemukset perehdytyksestä

Pyydettyäessä vastaajia kuvaamaan saamaansa perehdytyskoulutusta rakenteeseen kirjaamiseen ja perehdytyskoulutuksen hyviä/huonoja puolia, esiin nousivat seuraavat luokat: luento, työyksikössä tapahtunut perehdytys ja ei perehdytystä. Viisi vastaajaa kertoi, ettei ole saanut perehdytystä rakenteeseen kirjaamiseen.

Vastaajat kokivat perehdytykselle olleen yleensäkin liian vähän aikaa. Liian vähäinen aika esiintyi kaikissa pääluokissa.

”Perehdytys aika vähäistä ja paljon asiaa, jotka pitäisi hallita mahdollisimman pian.”

”Ei riittävästi aikaa, että saisi rauhassa tehdä työnsä ja että kykenisi ajattelemaan/omaksumaan tekemäänsä.”

Valtaosa vastaajista oli saanut perehdytystä rakenteiseen kirjaamiseen luennon kautta. Luentojen kestoja pidettiin yleisesti liian lyhyenä. Luennot ovat olleet kestoltaan yhdestä luennosta kolmeen luentopäivään. Myös luentojen laatu jakaa vastaajien mielipiteet:

”Yksi pegasos koulutus, joka oli suunnattu lähihoitajille.”

”Riittävän pitkä ja syvä perehdytys atk-luokassa.”

Useassa vastauksessa nousi esiin luentojen sisällöllinen ristiriita. Vastausten mukaan eri kouluttajat kouluttivat eri tavalla. Kirjaamisohjeet ovat olleet erilaisia kouluttajasta riippuen. Kouluttajilla on myös ollut erilaisia ajatusmalleja hoito- ja palvelusuunnitelman teosta.

”Aluksi asioita opetettiin väärin ja eri tavalla eri tiimeille.”

Vastaajien negatiiviset kommentit luennoista liittyivät luentojen määrään ja laatuun. Vastaajat kuvailivat luentoa sanoilla: alkeellinen, riittämätön, vaikeaselkoinen ja monimutkainen.

Perehdytystä annettiin myös työyksiköissä. Työyksiköissä perehdytys tapahtui kirjaamisvastaavan tai vastuuhoidajan opastuksella. Vastaajat kokivat työyksiköissä saamansa perehdytyskoulutuksen rakenteiseen kirjaamiseen sekä positiivisesti että negatiivisesti. Valtaosa koki niin sanotun vierikoulutuksen hyvänä asiana, koska perehdytys tapahtui yksilöllisesti omassa työyksikössä.

”Vieriopetusta on ollut mahdollista saada omissa yksiköissä, mikä on ollut hyvä asia.”

Lisäksi hyvinä puolina vastauksista nousi esiin se, että kirjaamisesta annettiin kirjalliset kirjaamisohjeet, perehdytys oli yksilöllistä ja että myös lisäperehdytystä järjestettiin. Vastaajat kokivat positiivisena myös luennoilta saadut kirjalliset ohjeet.

Vierikoulutuksen vähäisyys koettiin työyksikössä kielteisenä.

”Yksi TH näytti viidelle muulle miten tehdään n.1h.”

Kirjaamisvastaavista pääosa koki saaneensa riittävästi perehdytystä rakenteiseen kirjaamiseen. Vastauksista selvisi perehdytyksen olleen alussa sekavaa ja liian sairaalakohtaista, mutta myöhemmin parempaa. Negatiivisena asiana esiin nousi kirjaamisvastaavien koulutusten liian isot ryhmäkoot.

8.4.1 Sijaisten perehdytys

Kysyttäessä missä vaiheessa sijaisten perehdyttämiskoulutus on tapahtunut, esiin nousivat luokat ennen työn alkua, työn ohessa ja ei perehdytystä. Sijaisista kolme vastasi, ettei ole saanut koulutusta rakenteiseen kirjaamiseen.

Enemmistö sijaisista oli saanut perehdyttämiskoulutuksen rakenteiseen kirjaamiseen ennen töiden alkua. Perehdyttämisen ajankohta vaihteli ensimmäisestä työpäivästä yhteen kuukauteen. Perehdytystä tapahtui myös työn ohessa. Vastauksissa mainittiin perehdytyksen tapahtuneen vuoden 2008 lopussa.

8.4.2 Vakituisten työntekijöiden perehdytys

Kysyttäessä vakituisilta työntekijöiltä, missä vaiheessa rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa perehdyttämiskoulutus on tapahtunut, esiin nousivat luokat; ennen käyttöönottoa, samanaikaisesti, ei perehdytystä ja muut. Luokkaan muut kuuluivat sekä tyhjät, että ”en muista” vastaukset.

Vakituisten työntekijöiden perehdytys rakenteiseen kirjaamiseen on tapahtunut sekä ennen käyttöönottoa, että käyttöönoton aikana. Ennen käyttöönottoa tapahtunut perehdytys on saatu kolmesta kuukaudesta viikkoon ennen käyttöönottoa. Samanaikaista perehdytystä kuvataan seuraavasti:

”Perehdytys oli kun tarpeet ja luokitukset oli koneella ja pikkuhiljaa 1-2 kk kuluessa oman alueen asiakkaille tehtiin uudet hoitosuunnitelmat.”

Vastausten mukaan ilman perehdytystä oli jäänyt yksi vakituinen työntekijä.

9 Johtopäätökset ja pohdinta

9.1 Sairaanhoitajien kokemukset rakenteisen kirjaamismallin jalkauttamisesta työyksikköön

Tulosten mukaan vastaajat kokevat kirjaamisen menevän päivä päivältä *parempaan suuntaan* ja he kokevat sen edistyneen kuluvan vuoden aikana. Vastauksissa on kuitenkin sisällöllistä ristiriitaa, sillä vastauksista ilmenee kirjausten sisällön olevan niukkaa ja puutteellista, eikä kirjauksista saa kuvaa potilaan voinnista ja tilasta. Myös kirjaamisen laadun kerrotaan tulleen huonommaksi melun ja kiireen takia. Hallilan (2005, 14) mukaan kirjaamiseen keskittyminen on vaikeaa muun muassa rauhattomuuden takia.

Kirjaamisen tämänhetkiseen tilaan vaikuttaa se, kuinka *eritasoisia* kirjaukset ovat. Vastausten mukaan sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat kirjaavat hyvin, mutta asiakkaiden tietojen päivittäminen on vajavaista. Lähihoitajien kirjaaminen on puutteellista ja niukkaa. Kirjaaminen keskittyy hoitotoimenpiteiden kirjaamiseen ja kirjauksissa ei ole huomioitu potilaan vointia ja tilaa. Laitinen ym. (2010, 489) toteavatkin monen tutkimuksen osoittaneen epäadekvaattia kirjaamista, joissa painopiste on hoitotoimenpiteiden kirjaamisessa. Kirjaamistason on todettu myös vaihtelevan koulutustason mukaan (Wong, 5).

Vastaajat kokevat kirjaamisen tilaan vaikuttaneen myös ongelmat hoito- ja palvelusuunnitelman kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät ole ajan tasalla, koska sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla ei ole aikaa päivittää niitä, eivätkä tiimiläiset osaa itsenäisesti päivittää tai tehdä uutta hoito- ja palvelusuunnitelmaa.

Pikkarainen ym. (2006, 89) toteavat, että hoitajan epävarmuus omasta osaamisestaan ja ilmaisukyvystään voi tehdä kirjaamisesta varovaista. Tutkimuksetamme ei selvinnyt, millaista perehdytystä lähihoitajat ovat saaneet rakenteiseen kirjaamiseen. Olisiko lähihoitajien lisäkoulutuksella rakenteiseen kirjaamiseen vaikutusta hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöön? Karmanin (2008, 74)

mukaan vielä puolen vuoden jälkeen perus- ja lähihoitajat tarvitsivat enemmän apua käyttöjärjestelmän käytössä verrattuna muihin ammattiryhmiin. Lisäkoulutuksella hoito- ja palvelusuunnitelman sujuva käyttö, muokkaus ja päivittäminen olisivat jokaisen tiimiläisen hallussa, ja näin ollen kirjaaminen ei keskittyisi hoitotoimenpiteiden jälkeiseen kirjaamiseen, vaan huomioisi myös potilaan vointia ja tilaa. Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöä voitaisiin edistää myös hyvällä tiimityöskentelyllä. Autio ym. (2006, 30) toteavat, että vertaistuen saanti työyhteisössä auttaa kirjaamisen kehittämisessä.

Tulosten mukaan kodinhoitajat ja kotiavustajat eivät kirjaa ollenkaan. Larmi ym. (2005, 60) toteavat, että terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat velvollisia kirjaamaan potilaan hoitoon ja palveluun liittyvät seikat potilaskertomukseen. Mutta millainen velvollisuus muilla ammattiryhmillä on kirjaamisen suhteen? Vastauksista ei selvinnyt mistä kirjaamattomuus johtuu. Onko kirjaamattomuuteen mahdollisesti syynä rakenteisen kirjaamisen taidon puute, kirjaamisen vähäinen arvostus tai kodinhoitajien/kotiavustajien työn kuva? Leinon (2004, 17) mukaan vähäinen kirjaamisen arvostus voi johtua terveydenhuollon vähäisistä resursseista tai siitä, että potilashoitoa ja suullista raportointia pidetään tärkeämpänä kuin hoitotyön kirjaamista.

Kodinhoitajien ja kotiavustajien kirjaamattomuuden syynä voivat olla myös tietotekniset valmiudet. Hoitohenkilökunnan kirjaamiseen liittyvien tietoteknisten valmiuksien on todettu vaihtelevan peruskoulutuksen, ammatillisen koulutuksen ja iän mukaan, ja tietoteknisen osaamisen on todettu olevan huonompi alemmin koulutetuilla sekä iäkkäämmillä (Lapveteläinen ym. 2006, 12; Karman 2008, 1, 38; von Fieandt 2005, 39).

Tutkimuksestamme ei selviä sitä, millaista perehdytystä kodinhoitajat ja kotiavustajat ovat saaneet rakenteiseen kirjaamiseen. Onko perehdytyksessä huomioitu perehdytettävien tietoteknisiä valmiuksia? Heinilän ym. (2008, 26–27) mukaan ennen perehdytyksen alkua ei ollut selvitetty osallistujien perusosaamista, jolloin perehdytyksen koettiin alkaneen omien taitojen yläpuolelta.

Voiko kirjaamattomuuden syynä olla työyhteisön liian suuret odotukset kirjaamisen laadun suhteen? Kodinhoitajien ja kotiavustajien kirjaamisen kehittämisesä työyhteisöstä saatava tuki olisikin tärkeää. Heidän kirjaamistaan voitaisiin kehittää ja kannustaa eteenpäin työyhteisön tuella. Perekaverien jälkeen työkaverieiden tuki ja apu koetaan tärkeäksi uuden järjestelmän käytön oppimisessa, käyttämisessä ja ongelmien ilmaantuessa. Työkaverieiden tuen merkitys korostuu siinä, että he ovat läsnä, heiltä saa apua nopeasti ja heiltä on helppo pyytää apua. (Karman 2008, 72, 74; Korhonen & Kyllönen 2010, 22.)

Hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten käytön sujuvuus työyksikössä koetaan enimmäkseen positiivisena. Tulosten mukaan hoitajilla on *vaikeuksia kirjata tarve- ja toimintoluokitusten otsikoiden alle*. Asioita kirjataan väärin otsikoiden alle, koska työntekijät eivät ole perehtyneet luokitusten sisältöön. Leinon (2004, 17) mukaan hoitajat eivät arvosta hoitotyön kirjaamista. Vähäinen kirjaamisen arvostus voi johtua terveydenhuollon vähäisistä resursseista tai siitä, että potilashoitoa ja suullista raportointia pidetään tärkeämpänä kuin hoitotyön kirjaamista.

Vastauksissa ei aina ajateltu kysymyksen asettelua, vaan esiin nostettiin myös muita asioita. Kysyttäessä hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten käytön sujuvuutta, vastaajat nostivat esiin myös hoito- ja palvelusuunnitelman. Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö koetaan ongelmallisena. Ainoastaan sairaan – ja terveydenhoitajat tekevät hoito- ja palvelusuunnitelmia. Jos hoito- ja palvelusuunnitelma on ajan tasalla, sen käyttö on sujuvaa. Vastausten mukaan tiimiläiset tekevät päivittäiset kirjaukset valmiisiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin, mutta eivät osaa päivittää tai muuttaa niitä. Voisiko kirjaamisen sujuvuutta kehittää yhdessä koko työyhteisön kanssa? Työyhteisössä voitaisiin sopia yhdessä yksi yhtenäinen tapa kirjata. Yhdessä sovitut säännöt kirjaamisesta palvelisivat kaikkien etua ja sairaanhoitajien olisi helpompi päivittää hoito- ja palvelusuunnitelmaa, kun kaikkien kirjaukset olisivat relevantteja ja ajantasaisia.

Tulosten mukaan hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen sujuvuus työyksikössä koetaan pääosin vaihtelevana tai negatiivisena. Pieni osa vastaajista koki sujuvuuden hyvänä. Tuloksista nousi esiin selvästi hoitotyön prosessin

vaiheiden mukaisen *kirjaamisen sujuvuuden vaihtelevuus* työntekijästä riippuen. Vastausten mukaan lähihoitajien hoitotyön prosessin vaiheiden mukainen kirjaaminen on puutteellista. Lähihoitajien kirjaamisen koetaan keskittyvän liikaa tehtyjen toimenpiteiden kirjaamiseen. Päivittäisten kirjaamisten puutteellisuus vaikuttaa asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja erityisesti hoidon jatkuvuuteen. Tutkimustulosta tukee Lausmäen ym. (2009, 29–30) samanlaiset tutkimustulokset Turun kotihoidon kirjauksista. Tutkimuksessa kirjauksia on kuvattu hyvin toimintapainotteisiksi ja kirjausten painopiste on sairauteen liittyvien hoito-toimenpiteiden suorittamisessa. Kokonaiskuva asiakkaan hoidosta jää erittäin kapeaksi, eikä kirjauksista saa riittävästi tietoa asiakkaan voinnista.

9.2 Rakenteisen kirjaamismallin käyttöönoton hyödyt ja ongelmat

Vastausten mukaan rakenteinen kirjaamistapa mahdollistaa *potilastiedon löytymisen nopeammin*. Se myös *selkeyttää* kirjaamista. Vastajat kokivat kirjaamisen myös *nopeutuneen*, kun valmiit otsikot oli annettu ja tekstiä ei kirjoiteta paljoa. Toisaalta kirjaamisen kuluvan ajan koettiin lisääntyneen, koska potilastietoja ei pidetä ajan tasalla ja kirjaukset ovat puutteellisen osaamisen takia huonolaatuisia. Myös Moodyn ym. (2004, 337) tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat elektronisen kirjaamisen lisänneen kirjaamiseen kuluvaa aikaa. Parannukset kirjaamisessa edellyttivät siis sitä, että kirjaaminen oli tehty hyvin. Kirjaamisen puutteellinen toteutus ja puutteelliset taidot kirjata taas hidastivat sairaanhoitajien työtä, koska jouduttiin kirjaaman toisten puolesta tai käyttämään aikaa toisten ohjaamiseen kirjaamisessa. Jos siis kirjaaminen on tekniikaltaan nopeutunut, mutta kirjaajien puutteellisen osaamisen takia aikaa menee enemmän, olisi tärkeää saada lisäkoulutusta kaikille ammattiryhmille niin, että taidot eivät ole enää esteenä sujuvalle kirjaamiselle.

Rakenteisen kirjaamisen koettiin *parantavan potilaan hoitoa* yksilöllisten tarpeiden mukaista hoitoa lisäten. Rakenteisen kirjaamisen todettiin *parantavan myös hoidon jatkuvuutta ja seuranta*. Tulokset ovat yhteneväisiä Korhosen ja Kyllösen (2010, 31.) Kainuun keskussairaalan teho-osastolla tekemän tutkimuksen kanssa, jossa myös kysyttiin sairaanhoitajien mielipiteitä rakenteisesta kirjaami-

sesta. Myös Moody ym. (2004, 337.) tutkimuksessaan haastattelemat hoitajat antoivat samanlaisen vastauksen hoidon laadusta ja turvallisuudesta kysyttäessä. Myös tiedon varmempi ja parempi välittyminen hoitohenkilökunnan välillä koettiin potilaan hoitoa parantavaksi. Rakenteisen kirjaamisen tiedon kulkua koskevia vaikutuksia tulkittaessa tuli ilmi, että kaikilla ei vielä ole tietoja ja taitoja hakea tietoa potilaasta. Potilastiedot eivät myöskään ole vielä kaikkien hoitavien tahojen nähtävillä. Potilastietojen saatavuus tulee varmasti paranemaan mitä pitemmälle rakenteisen kirjaamisen implementoinnissa päästään ja mitä laajemmalle alueelle rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollon yksiköissä leviää.

Tutkimuksemme mukaan vastaajat kokevat rakenteisessa kirjaamisessa olevan vielä paljon ongelmia. Erityisesti *kirjaamisen rakenne* koettiin usein hankalaksi *otsikoiden paljouden* ja niiden hakemiseen kuluvan ajan vuoksi. Kirjaamisen rakenteen ongelmia olivat vastaajien mukaan samojen asioiden *toisto* ja tietojen *päivittämisen* ongelmat. Myös hoitosuunnitelman teko koettiin uudessa kirjaimismallissa hankalaksi.

Sosiaali- ja terveystoimen *yhdistymisen vaikutukset kirjaamisen laatuun* ja kirjaamiseen yleensäkin koettiin pääasiassa niitä *huonontavina*. Rakenteisessa kirjaamisessa sairaanhoitajat kokivat suureksi ongelmaksi sen, että osalla kirjaajista on *puutteelliset kirjaamistaidot* tai kirjaamistaidot ja kirjaamistavat vaihtelevat suuresti kirjaajasta riippuen. Myös puutteet perustiedoista kotihoitotyöhön liittyen nousivat esille kirjaamiseenkin vaikuttavana seikkana. Kirjaamisen laadun koettiin huonontuneen yhdistymisen myötä, koska lähi- ja perushoitajien taidot kirjata sähköisesti ovat puutteelliset kirjaamisen koulutuksen puuttuessa heiltä kokonaan. Lähihoitajien koulutusta kritisoi myös Toivanen (2004, 1) tutkimuksessaan. Toivasen haastatteleminen vuodeosaston ja kotihoidon perushoitajien ja kodinhoitajien mukaan lähihoitajien koulutus ei sellaisenaan vastaa työelämän asettamiin haasteisiin, vaan sitä tulisi kehittää yhdessä työelämän kanssa. Tämä tulos on yhteneväinen meidän tutkimuksemme tulosten kanssa, joissa kävi ilmi lähi- ja perushoitajien puutteelliset kirjaamistaidot verrattuna sairaanhoitajiin. Tämän koettiin lisänneen sairaanhoitajien työtaakkaa, sillä kirjaimisiin ja kirjaamisessa neuvomiseen menee paljon aikaa, kun kaikki eivät sitä

täysin hallitse. Muutamissa vastauksissa yhdistyminen koettiin positiiviseksi, koska kirjaamisen koettiin lisääntyneen ja kirjaaminen oli siirtynyt paperilta sähköiseksi. Voisikin olla hyödyllistä selvittää kirjaamisosaamista myös muiden kuin sairaanhoitajien näkökulmasta.

Kysyimme vastaajilta myös, mitä kehitettävää rakenteisessa kirjaamistavassa vielä olisi. *Koulutus* nousi esille tärkeimpänä seikkana. Koulutukseen liittyi vastauksissa kirjaamisen koulutukset kaikille ammattiryhmille. Lisäksi kaivattiin myös lisäkoulutusta kirjaamisen rakenteesta ja toteuttamisesta, jotta saataisiin lisäävarmuutta ja rohkeutta omasta osaamisesta. Kansainvälisissä tutkimuksissa vastauksissa on toivottu lisää koulutusta, jotta hoitajien varmuus omasta osaamisestaan paranisi. Myös *esimiesten osallistumista*, motivointia ja rohkaisua on toivottu saatavan lisää. (Törnval ym. 2004, 310.) Esimiesten tärkeä rooli osaamisen kehittämisessä tulee esille myös Rantasen tutkimuksessa, jossa esimiesten roolin tärkeimpinä puolina pidettiin koulutusten järjestämistä, työntekijöiden kannustamista, positiivisen asenteen ylläpitoa yksikössä ja työntekijöiden tuntemusta. (Rantanen 2007, 1.) Vastauksissa toivottiin myös *yhtenäisempää ja selkeämpää sisältöä koulutukseen* sekä yhdenmukaistamista eri yksiköiden välillä. *Kirjaamisen laadun seuranta* nousi myös esille tärkeänä kehittämiskohteenä.

9.3 Sairaanhoitajien kokemukset perehdytyksestä

Tulosten mukaan rakenteisen kirjaamisen perehdytykseen käytetty aika on ollut liian vähäistä. Tutkimustulos on samansuuntainen Lausmäen ym. (2009, 31) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin Turun kotihoidon rakenteiseen kirjaamiseen tarvittavan vielä paljon lisäkoulutusta. Vastaajat ovat saaneet perehdytystä rakenteiseen kirjaamiseen luennon tai vierikoulutuksen kautta. Tutkimuksen tuloksia tukee Karmanin (2008, 20, 59) tutkimustulokset, joiden mukaan koulutukset koettiin erittäin tärkeiksi, mutta kuitenkin ajaltaan riittämättömiksi.

Perehdytyslentojen sisältö on ollut ristiriitaista, sillä kirjaamisohjeet ovat olleet erilaisia kouluttajasta riippuen. Kouluttajilla on myös ollut erilaisia ajatusmalleja hoito- ja palvelusuunnitelman teosta. Heinilä ym. (2008, 27) nimeävätkin koulu-

tuksen ongelmaksi perehdyttäjien vaihtuvuuden ja heidän erilaiset työtapansa. Kirjaamisen kehittämistä ajatellen koulutuksiin voisi kiinnittää enemmän huomiota, jotta kirjaamisesta saataisiin paras mahdollinen hyöty. *Kouluttajien tulisi-kin kehittää koulutustaan niin, että koulutusten sisällöt olisivat yhdenmukaisia.*

Karman (2008, 20) toteaa koulutuksen ongelmana olevan sen, että osallistujien tietoteknistä osaamista ei ole huomioitu tarpeeksi. Tutkimuksestamme ei selvinnyt sitä, miten hoitajien tietotekniset valmiudet on otettu luentokoulutuksissa huomioon. Myös koulutuksen ajankohdan vaikutus rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoon liittyen jäi avoimeksi.

Valtaosa koki niin sanotun vierikoulutuksen hyvänä asiana, koska perehdytys tapahtui yksilöllisesti omassa työyksikössä. Vierikoulutuksen kokivat hyvänä sekä kirjaamisvastaavat että muut vastaajat. Hoitajien positiivisena kokema vierikoulutus omassa työyksikössä on saman suuntainen Ahosen (2009, 1) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan koulutuksiin pääsyä hankaloittavana tekijänä koettiin kiire töissä sekä vuorotyö. Perehdytyksen hyviä puolia ovat olleet *kirjalliset kirjaamisohjeet, yksilöllinen perehdytys sekä vieriopetuksen ja lisäperehdytyksen järjestäminen*. Myös Karmanin mukaan (2008, 54, 72) kirjalliset ohjeet olivat tärkeä tietolähde perehdytyksessä ja niistä saatiin paljon tietoa. Kirjallisia ohjeita käytettiin lisäksi melko paljon muun muassa omien kirjaamisten varmistamiseen sekä ongelmatilanteissa.

Kirjaamisvastaavat kokevat saaneensa riittävästi perehdytystä rakenteiseen kirjaamiseen. Tosin kirjaamisvastaavien perehdytys on ollut alussa sekavaa ja liian sairaalakohtaista, mutta myöhemmin parempaa. Negatiivisena asiana kirjaamisvastaavat kokevat koulutusten liian isot ryhmäkoot.

Sijaiset ovat saaneet perehdytystä rakenteiseen kirjaamiseen pääosin ennen työsuhteen alkamista. Perehdyttämisen ajankohta vaihteli yhdestä kuukaudesta ensimmäiseen työpäivään. Perehdytystä tapahtui myös työn ohessa. Osa sijaisista ei saanut perehdytystä rakenteiseen kirjaamiseen. Tulosten perusteella ei voi päätellä, onko perehdytyksen ajankohta ollut sopiva.

Vakituisten työntekijöiden perehdytys on tapahtunut sekä ennen käyttöönottoa, että käyttöönoton aikana. Ennen käyttöönottoa tapahtunut perehdytys on saatu kolmesta kuukaudesta viikkoon ennen käyttöönottoa. Yksi vakituinen työntekijä ei saanut perehdytystä rakenteiseen kirjaamiseen. Tutkimuksestamme ei selvinnyt sitä, kuinka perehdytyksen ajankohta on vaikuttanut rakenteisen kirjaamismallin käyttöönoton sujuvuuteen.

LÄHTEET

- Aaltonen, P. & Katajisto, H. 2008. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia raportointikäytännön muutoksesta erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyö. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Ahonen, K. 2009. Täydennyskoulutus hoitohenkilöstön ammatillisen osaamisen kehittämismenetelmänä. Pro Gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.
- Ala-Hiiri, T. & Pitkänen, S. 2009. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen kansallinen struktuuri on merkittävin hoitotyön kehittämishanke hoitajan työssä. Sairaalaviesti 2/2009, 24–25.
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus.
- Ammenwerth, E.; Mansmann, U.; Iller, C. & Eichstädter, R. 2002. Factors Affecting and Affected by User Acceptance of Computer-based Nursing Documentation: Results of a Two-year Study. Journal of the American Medical Informatics Association Vol.10/2003 No.1 , 69–84.
- Andersson, S.; Haverinen, R. & Maili, M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka 69/2004, 481–494.
- Autio, J.; Keinänen, L.; Kostianen, S. & Vartiainen, P. 2006. Sähköisen Dokumentoinnin kehittämiskokemuksia kiuruvedellä. Sairaanhoidtaja 11/2006, 28–31.
- Brandt, K. 2008. Poor Quality or Poor Design? A Review of the Literature on the Quality of Documentation Within the Electronic Medical Record. CIN: Computers, Informatics, Nursing Vol. 26/2008 No. 5, 302–303.
- Clarkburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.
- Eskola, J. & Heikkilä, T. 1998. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Gjevjon, E. & Helleso, R. 2010. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. Journal of Clinical Nursing Vol. 19/2010 No. 1–2, 100–108.
- Hallamaa, J.; Launis, V.; Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.) 2006. Etiikkaa Ihmistieteille. Tietolipas 211. Helsinki: Hakapaino oy.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palveluiden käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaihtavuus. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Harton, B.; Borrelli, L.; Knupp, A.; Rogers, N. & West, V.R. 2009. CCRN Integrating Traditional Nursing Service Orientation Content With Electronic Medical Record Orientation. Journal for Nurses in Staff Development Vol. 25/2009 No.5, 229–235.
- Heininen, S.; Salminen, K. & Toivonen, M. 2008. Perehdyttäminen keskusleikkausyksikössä sairaanhoitajien kokemana. Opinnäytetyö. Lahti: Diakonia-ammattikorkeakoulu/ Lahden ammattikorkeakoulu.

Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. STAKES. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Helleso, R. 2001. Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.10/2001 No.6, 799–805.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Häyrinen, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön perustiedoston hyödyntäminen johtamisessa. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: sairaanhoitajaliitto.

Itkonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Järvenpää, E. 2006. Laadullinen tutkimus. Teknillinen korkeakoulu, Tuotantotalouden osasto. Helsinki. Viitattu 6.10.2009 <https://noppa.tkk.fi/noppa/kurssi/tu-0.../luentokalvot.pdf>

Kivekäs, E. 2006. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen. *Sairaalaviesti* 2/2006, 21–23.

Korhonen, M. & Kyllönen, K. 2010. ”..Hiljainen raportointi on tullut jäädäkseen...” Sairaanhoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista Kainuun keskussairaalan teho-osastolla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Krause, K. & Kiiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kuopio: Hoitotieteen laitos.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuusela, T. & Lemmetty, K. 2005. Tietojärjestelmäkoulutukset terveydenhuollossa. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tietojärjestelmäkoulutuksista. Pro Gradu-tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Laitinen, H.; Kaunonen, M. & Astedt-Kurki, P. 2010. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing* Vol.19/2010 No. 3–4, 489–497.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812

Lapveteläinen, P.; Grönroos, E.; Turunen, H. & Perälä, M-L. 2006. Tieto- ja viestintätekniiset valmiudet kotihoidossa saumattomien hoito- ja palveluketjujen mahdollistajana. Stakes. Viitattu 25.3.2010 <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/Ra3-2006.pdf>

Larmi, A.; Tokola, E. & Välkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Tammi.

Latvala, E. & Vanhanen – Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Juva : WSOY.

Lausmäki, M.; Mäkitalo, K. & Porekari, E. 2009. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen Turun terveystoimen kotihoidossa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Lee, J.L.; Lee, M. & Moorhead, S. 2009. Developing an Electronic Nursing Record System for Clinical Care and Nursing Effectiveness. Research in a Korean Home Healthcare Setting. CIN: Computers, Informatics, Nursing Vol. 27/2009 No. 4, 234–244.

Lehti, S.; Lauri, S. & Salovaara, H. 2000. Hoitotyön kirjaaminen, seurantatutkimus Turun Yliopistollisessa Keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja A: 31.

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Liljamo, P.; Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kuopion yliopisto. Viitattu 9.10.2009 sty.stakes.fi/.../FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf

Loikkanen, R. 2003. Kirjaaminen hoitotyössä – ohjeita hoitotyöntekijöille. Opinnäytetyö. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusala koulutusohjelma. Pieksämäki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Viro: Jaabes.

Moody, L.; Slocumb, E.; Berg, B. & Jackson, D. 2004. Electronic Health Records Documentation in Nursing: Nurses' Perceptions, Attitudes, and Preferences. CIN: Computers, Informatics, Nursing Vol. 22/2004, No.6, 337–344.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nahm, R. & Poston, I. 2000. Measurement of the effects of an integrated, point-of-care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction. CIN: Computers in Nursing No. 18, Vol. 5, 220–229.

Neill, J. 2007. Quantitative versus Qualitative Research: Key points in a classic Debate. Viitattu 3.3.2010 <http://wilderdom.com/research/QualitativeVersusQuantitativeResearch.html>

Paloniemi, S. 2008. Tietojärjestelmien käytön ongelmia suomalaisessa terveydenhuollossa. Kandidaatin tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY.

Pikkarainen, A.; Karhinen, P. & Leppälehto, S. 2006. Kielipuoli vanhustyö? Gerontologinen viestintä osana vanhuspalveluiden kehittämistyötä. Gerontologia 2/2006, 85–92.

- Rantanen, A. 2007. Esimiestyön roolit työntekijöiden ammatillisessa osaamisessa. Hoitotyön johtajien arviointia työntekijöiden ammatillisen osaamisen kehittymisestä. Pro Gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.
- Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 2009/298.
- Sinervo, L. & von Fieandt, N. 2005. Tietotekniikka sosiaali- ja terveysalan osaamisen kehittämisessä. 5/ 2005. STAKES. Helsinki. Viitattu 25.3.2010 www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita5-2005.pdf
- Tanttu, K. 2008. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. VSSHP. Viitattu 5.10.2009 www.vsshp.fi/.../Hoitotyon-systemaattinen-kirjaaminen-ja-sen-kayttoonotto.pdf
- Tanttu, K. 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. 1-vaiheen loppuraportti. VSSHP. Viitattu 9.10.2009 www.vsshp.fi/fi/.../HoiDok-Loppuraportti-osa-I-090908.pdf
- Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta Universitatis Lapponiensis 62. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino.
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Toivanen, E. 2004. Valmistumisvaiheessa olevien lähihoitajaopiskelijoiden ammatillinen osaaminen perushoitajien ja kodinhoitajien kuvaamana. Pro Gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.
- Tuomikoski, A-M. 2008. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. Pro Gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.
- Törnvall, E.; Wilhelmsson, S. 2008. Nursing documentation for communicating and evaluating care. Journal of Clinical Nursing Vol.17 No. 2/2008, 2116–2124.
- Törnvall, E.; Wilhelmsson, S. & Wahren, K. 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. Scandinavian Journal of Caring Sciences Vol. 18 No. 3/2004, 310–317.
- Wong, F. 2009. Strategies to improve quality of nursing documentation. Journal for nurses in staff development Vol. 25/2009 No. 2, 1–5.
- Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Virolainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Wilskman, K.; Koivukoski, S.; Knuutila, M. & Isotalo, T. 2007. Sähköinen kirjaaminen tulee. Sairaanhoidajalehti 6–7/2007. Viitattu 25.3.2010. http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2007/ajankohtaiskirjoitus/sahkoinen_kirjaaminen_tulee/

The National Committee for Research Ethics in the Social Sciences and the Humanities. NESH. 2001. Guidelines for the research ethics in the social sciences, law and the humanities. Viitattu 27.2.2010 <http://www.etikkom.no/Engelsk/Publications/NESHguide>

Liite 1. kyselylomake

Hyvä kotihoidon sairaanhoitaja,

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Turun sosiaali- ja terveystoimen kotihoidon sairaanhoitajien näkemyksiä hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta rakenteiseen kirjaamismalliin siirryttäessä sekä sosiaali- ja terveystoimen yhdistyttyä. Tutkimus liittyy Turun sosiaali- ja terveystoimessa vuosina 2008–2011 toteutettavaan sähköisen kirjaamisen käytäntöön implementointi -projektiin (HoiDok), jonka tarkoituksena on jalkauttaa valtakunnallinen, hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamismalli koko Turun sosiaali- ja terveystoimeen. Olemme Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita, ja tutkimus tehdään opinnäytetyönä.

Tutkimukseen on valittu kokonaisotannalla kaikki kotihoidon sairaanhoitajat. **Pyydämme ystävällisesti sinua vastaamaan lomakkeen kysymyksiin - 18.12.2009 mennessä.** Lomake palautetaan sisäisessä postissa palautuskuoreen suljettuna ylihoitaja Minna Ylöselle.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivomme aktiivista vastaamista, jotta hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta saataisiin tämänhetkinen realistinen kuva ja kirjaamista pystyttäisiin kehittämään mielekkäämmäksi ja kotihoidon hoitajia yhä paremmin palvelevaksi. Vastauksesi tulevat ainoastaan tutkijoiden käyttöön, eikä sinua voi tunnistaa tutkimusraportista. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Valmis tutkimus on luettavissa intranetissä keväällä 2010.

Ystävällisin terveisin,

Kristina Alenius kristiina.alenius@students.turkuamk.fi

Anne-Mari Isosalmi anne-mari.isosalmi@students.turkuamk.fi

1. Ikäsi

_____ vuotta

2. Koulutustaustasi

3. Kuinka kauan olet työskennellyt sairaanhoitajana valmistumisesi jälkeen?

_____ vuotta

4. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä yksikössäsi?

5. Työsuhteesi

6. Oletko palveluesimies?

7. Milloin rakenteinen kirjaaminen on otettu käyttöön yksikössäsi? (Rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan valtakunnallista sähköisen kirjaamisen mallia, jossa kirjaaminen tapahtuu hoitotyön prosessin vaiheiden mukaan sekä hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten mukaisesti.)

8. Kuvaa saamaasi perehdyttämiskoulutusta rakenteiseen kirjaamiseen. Mitkä ovat olleet sen hyviä / huonoja puolia?

9. Jos olet **sijainen**, missä vaiheessa perehdyttämiskouluksesi on tapahtunut?

10. Jos olet **vakituinen työntekijä**, missä vaiheessa rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa perehdyttämiskoulutuksesi on tapahtunut?

11. Kuvaile lyhyesti, miten koet rakenteisen kirjaamistavan

a) Hyödyttävän sinua työssäsi

b) hyödyttävän potilaan hoitoa

c) hyödyttävän moniammatillista yhteistyötä

12. Mitkä asiat koet hankaliksi rakenteisessa kirjaamistavassa?

13. Miten kuvailisit kirjaamisen tilaa työyksikössäsi tällä hetkellä?

14. Miten koet hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen sujuvan työyksikössäsi?

15. Miten koet hoitotyön tarve- ja toimintolukitusten käytön sujuvan työyksikössäsi?

16. Minkälaisia kehittämiskohteita tämänhetkisessä kirjaamisessa mielestäsi vielä on?

17. Miten sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen on mielestäsi vaikuttanut kirjaamiseen?

Kiitos!

Liite 2. Tulosten luokitukset

13. Miten kuvailisit kirjaamisen tilaa työyksikössäsi tällä hetkellä?

A kirjaaminen

A1 kirjaamisen laatu

A2 kirjaaminen

A3 kirjaamisen tila

A4 Hoito- ja palvelusuunnitelma

B kirjaajat

B1 Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat

B2 lähihoitajat ja perushoitajat

B3 kodinhoitajat ja kotiavustajat

15. Miten koet hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten käytön sujuvan työyksikössäsi?

A Käytön sujuvuus

A1 Hyvin

A2 Huonosti

A3 Vaihtelevasti

B Hoito- ja palvelusuunnitelma

C Muut

14. miten koet hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisen kirjaamisen sujuvan työyksikössäsi?

A positiivinen

B vaihteleva

C Negatiivinen

C1 lähihoitajat

D muut

11. Kuvaile lyhyesti, miten koet rakenteisen kirjaamistavan.**A Hyödyttävän sinua työssäsi**

A1 Positiiviset kokemukset

A2 Negatiiviset kokemukset

A3 Jotain muuta

BHyödyttävän potilaan hoitoa

B1Positiiviset kokemukset

B2 Negatiiviset kokemukset

B3 Jotain muuta

C Hyödyttävän moniammatillista yhteistyötä

C1 Positiiviset kokemukset

C2 Negatiiviset kokemukset

C3 Jotain muuta

12. Mitkä asiat koet hankaliksi rakenteisessa kirjaamistavassa?**A Kirjaamisen rakenne**

A1 Otsikoinnit

A2 Tekstin muoto

A3 HOSUn teko ja päivittäminen

B Kirjaajien taidot

B1 Liittyen kirjaamiseen

B 2 Liittyen kotihoitotyöhön

C Jotain muuta

16. Minkälaisia kehittämiskohteita tämänhetkisessä kirjaamisessa mielestäsi vielä on?

A Koulutus

A1 Kirjaamisen sisältö ja rakenne

A2 Eri ammattiryhmien kirjamisosaaminen

B Kirjaamisen seuranta ja kehittäminen

17. Miten sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen on mielestäsi vaikuttanut kirjaamiseen?

A Negatiiviset vaikutukset

B Positiiviset vaikutukset

C Muunlaisia vaikutuksia

8. kuvaa saamaasi perehdytyskoulutusta rakenteiseen kirjaamiseen. Mitkä ovat olleet sen hyviä/huonoja puolia?

A Miten perehdytys tapahtunut?

A1 Luento

A 1.1 luennon hyvät puolet

A 1.2 luennon huonot puolet

A2 Työyksikössä tapahtunut perehdytys

A 2.1 Työyksikössä tapahtuneen perehdytyksen hyvät puolet

A 2.2 Työyksikössä tapahtuneen perehdytyksen huonot puolet

A3 Ei perehdytystä

B Kirjaamisvastaavat

9. Jos olet sijainen, missä vaiheessa perehdyttämiskoulutuksesi on tapahtunut?

A Perehdytyksen ajankohta

A1 Ennen työn aloittamista

A2 Työn ohessa

B Ei perehdytystä

10. Jos olet vakituinen työntekijä, missä vaiheessa rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa perehdyttämiskoulutuksesi on tapahtunut?

A Perehdytyksen ajankohta

A1 Ennen käyttöönottoa

A2 Samanaikaisesti

A3 Ei perehdytystä

B muut