

HOITAJIEN KOKEMUKSIA RAKENTEISESTA KIRJAAMISESTA KEUHKOSAIRAUKSIEN OSASTOLLA

Annukka Mäkitalo
Taina Tiihonen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2010

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali- ja terveysala



Tekijä(t) MÄKITALO, Annukka TIIHONEN, Taina	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 19.4.2010
	Sivumäärä 45 + 3	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Hoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta keuhkosairauksien osastolla		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, keuhkosairauksien osasto 26		
Tiivistelmä <p>Hoitotyön päivittäisen kirjaamisen tarkoituksena on taata potilaan hoidon seuranta ja hoidon jatkuvuus. Kirjaamisen kriteerit on määritelty laissa. Useimmissa sairaanhoitopiireissä on siirrytty manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen ja rakenteiseen kirjaamiseen. Tämä vaatii henkilökunnalta tietoteknisiä valmiuksia sekä ajankäytön hallintaa yhteen sovittaen potilastyön ja kirjaamisen. Opinnäytetyön aihe saatiin Keski-Suomen keskussairaalan keuhkosairauksien osastolta 26. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää hoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta ja sen käyttöönotosta. Tutkimuksen tarkoituksena on antaa työvälineitä kehittää hoidon laatua hoitotyön päätöksenteon prosessimallin mukaisesti. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja haastattelut toteutettiin teemahaastattelumenetelmällä. Opinnäytetyöhön haastateltiin kuutta hoitajaa keuhkosairauksien osastolta. Sisällönanalyysimenetelmänä on deduktiivinen lähestymistapa. Hoitajat kokivat, että rakenteinen kirjaaminen selkiytti kirjaamista ja vaikutti myönteisesti hoidon jatkuvuuteen, kun tieto siirtyi tehokkaammin. Myönteisenä koettiin se, että teksti oli helppolukuista ja tieto löydettiin nopeasti. Suurin kielteinen vaikutus näkyi ajankäytössä ja kokemuksissa potilastyöhön käytetyn ajan vähenemisessä. Päätöksenteon prosessimallin näkyminen kirjaamisessa riippui kirjaajasta. Hoidon suunnittelu ja toteutus näkyivät, mutta hoidon arviointi ja hoitotyön diagnoosin muodostaminen jäi vähäiseksi. Käyttöönottovaiheessa hoitajia helpottivat koulutus, itsenäinen opiskelu ja kollegoiden tuki. Käyttöönottoa vaikeuttaneita asioita olivat koulutuksen vähäisyys, muutosvastarinta osastolla, vähäinen tiedotus ja ohjelman keskeneräisyys. Hoitajien mielestä käyttöönottoa olisi helpottanut koulutuksen ja tiedotuksen lisääminen. Kokonaisuutena rakenteista kirjaamista pidettiin hyvänä, eikä siitä haluttu enää luopua.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Rakenteinen, sähköinen, elektroninen, kirjaaminen, potilasasiakirja.		
Muut tiedot		

Author(s) MÄKITALO, Annukka TIIHONEN, Taina	Type of publication Bachelor`s Thesis	Date 19.4.2010
	Pages 45 + 3	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Nurses experiences on the structured documentation on the ward of lung diseases.		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena TYRVÄINEN, Hannele		
Assigned by Central Finland Health Care District, Ward of lung diseases		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of nursing documentation is to assure patient care and continuity of care. The criteria of documentation are defined in the law. Most of the health care districts have moved from manual recording to electronic and structured documentation. This requires more computer skills and time management from the nursing staff because they have to combine patient care and documentation. Topic for this Bachelors Thesis came from the Central Finland central hospital`s ward of lung diseases.</p> <p>The object of this Bachelors Thesis is to research nurses experiences about structured documentation and the introduction to it. The purpose of this Bachelors Thesis is to give means to develop the quality of care using the nursing procedure of decision making.</p> <p>This Bachelors Thesis is a qualitative research and the interviews were carried out as the general interview guide approach. Six nurses from the ward of lung diseases were interviewed. The content analysis is deductive method.</p> <p>In the opinion of the nurses, the structured documentation clarified recordings and had a positive effect on continuity of care as information proceeded more effectively. Written text was considered easy to read and information was found promptly. Major negative effect was time management and the experience of reduced time used on patient care. Visibility of the nursing procedure of decision making depended on the recorder. Planning and execution of care were visible but the evaluation of care and nursing diagnosis played a minor part. In the introduction phase, education, independent studying and the support from the colleagues helped the nurses. Insufficient education, objection to change in the ward, lack of information and incompleteness of software complicated the introduction phase. Nurses wished for more education and information so that the introduction phase would have been easier. As a whole, the structured documentation was considered good and the nursing staff didn`t want to forgo it.</p>		
Keywords Structured, electronic, computerized, documentation, patient record		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 HOITOTYÖN DOKUMENTOINTI	4
2.1 Dokumentoinnin merkitys hoitotyössä	4
2.2 Dokumentoinnin lainsäädäntö	5
2.3 Elektroninen potilaskertomus	7
2.4 Rakenteinen kirjaaminen	8
2.4.1 Historia	8
2.4.2 Tarve- ja toimintoluokitus.....	9
2.5 Kansalliset hankkeet.....	10
2.6 Käyttöönottoprojekti Keski-Suomen keskussairaalassa	13
3 KIRJAAMINEN HOITOTYÖN PROSESSIMALLIN MUKAISESTI	13
3.1 Hoitotyön päätöksenteon prosessimalli	13
3.2 Hoitotyön kirjaaminen hoidon laadun ja jatkuvuuden näkökulmasta	14
4 HOITOTYÖN DOKUMENTOINTI AIEMMISSÄ TUTKIMUKSISSA.....	15
5 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	18
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	18
6.1 Haastateltavien taustatiedot	18
6.2 Haastattelut.....	19
6.3 Tutkimusmenetelmät	21
6.3.1 Laadullinen tutkimus	21
6.3.2 Teemahaastattelu	22
6.3.3 Tutkimustulosten analysointi	23
7 TUTKIMUSTULOKSET	24
7.1. Rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoon vaikuttaneet asiat.....	24
7.1.1 Käyttöönottoa helpottaneet asiat.....	24
7.1.2 Käyttöönottoa vaikeuttaneet asiat.....	26
7.1.3 Käyttöönoton parannusehdotuksia.....	29
7.2 Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset.....	30

7.2.1 Rakenteisen kirjaamisen positiiviset vaikutukset	30
7.2.2 Rakenteisen kirjaamisen negatiiviset vaikutukset	32
7.2.3 Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset hoidon laatuun	33
7.2.4 Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset hoidon jatkuvuuteen.....	35
7.3 Päätöksenteon prosessimalli.....	36
8 POHDINTA	38
8.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	38
8.2 Tutkimuksen tulosten tarkastelua.....	40
8.3 Jatkotutkimusaiheet.....	41
LÄHTEET	43
LIITTEET.....	46
LIITE 1: TIETOOON PERUSTUVA SUOSTUMUS.....	46
LIITE 2: HAASTATELTAVAN TAUSTATIEDOT.....	47
LIITE 3 : TEEMAHAASTATTELUN RUNKO	48

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Käyttöönottoa helpottaneet asiat	26
TAULUKKO 2. Käyttöönottoa vaikeuttaneet asiat	28
TAULUKKO 3. Käyttöönoton parannusehdotuksia	30
TAULUKKO 4. Rakenteisen kirjaamisen positiiviset vaikutukset	31
TAULUKKO 5. Rakenteisen kirjaamisen negatiiviset vaikutukset.....	33
TAULUKKO 6. Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset hoidon laatuun	35
TAULUKKO 7. Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset hoidon jatkuvuuteen	36
TAULUKKO 8. Päätöksenteon prosessimalli	37

1 JOHDANTO

Hoitotyön päivittäinen kirjaaminen on viime vuosina muuttunut huomattavasti, ja sen vaikutukset näkyvät hoitotyön eri kentillä ja potilastyössä. Siirryttäessä manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen ja rakenteiseen, hoitohenkilökunnan resursseja joudutaan siirtämään potilastyöstä dokumentointiin. Suurimmat vaikutukset näkyvät potilastyöhön käytettävän ajan muutoksena ja lisääntyneinä tietoteknisinä vaatimuksina. Pelkkä kliinisten hoitotaitojen hallinta ei enää riitä, vaan hoitohenkilökunnan tulee osata suunnitella ja arvioida toimintaansa sekä dokumentoida nämä asiat laadukkaasti.

Valtakunnallisesti kehitettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hallinnoima hoitotyön hanke, jolla pyritään yhdenmukaistamaan päivittäinen hoitotyön kirjaaminen vuoteen 2011 mennessä. Hankkeessa testattiin rakenteista kirjaamista terveydenhuollon eri sektoreilla ja erikoisaloilla. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri toimi yhtenä hankepilotointiin osallistuvana keskussairaalana vuonna 2007. (Tanttu 2008.)

Keski-Suomen keskussairaalan osasto 26 oli yksi 30 pilottiyksiköstä, joka testasi rakenteisen kirjaamisen luokitusta. Osaston mukaan pilottiin lähteminen oli haasteellista, mutta kokemusten edetessä rakenteisen kirjaamisen hyödyt tulivat näkyviksi. Kirjaamisen kehittäminen on tärkeää niin potilasturvallisuuden, kuin sen käytettävyyden kannalta. (Wilksman, Koivukoski, Knuutila & Isotalo 2007.)

Opinnäytetyön aiheena on rakenteinen kirjaaminen hoitajien kokemana Keski-Suomen keskussairaalan keuhkosairauksien osastolla 26. Aihe opinnäyte-

työhön tuli keuhkosairauksien osastolta. Kyseisellä osastolla rakenteinen kirjaaminen on ollut käytössä rinnakkaisena kirjaustapana vuodesta 2007. 1. kesäkuuta 2007 alkaen kaikki päivittäinen hoitotyön kirjaaminen osastolla on tapahtunut sähköisesti.

Tutkimuksen tavoite on selvittää hoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta ja sen käyttöönotosta keuhkosairauksien osastolla. Tutkimuksen tarkoituksena on antaa työvälineitä kehittää hoidon laatua hoitotyön päätöksenteon prosessimallin mukaisesti.

2 HOITOTYÖN DOKUMENTOINTI

2.1 Dokumentoinnin merkitys hoitotyössä

Hoitotyön kirjaamisella luodaan potilaan hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle edellytykset sekä turvataan hoitoa koskeva tiedonsaanti ja hoidon toteutus (Ensio & Saranto 2004, 44). Potilaan hoitotietojen täytyy olla hoitohenkilökunnan käytettävissä viiveettä, ja näin ollen kirjatulla tiedolla on suuri merkitys päivittäisessä hoidossa. Kirjaamisen rakenteisuus ja yhdenmukaisuus ovat tämän edellytyksiä. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 12.)

Siirryttäessä manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen, muutetaan niin tapaa tuottaa kuin hyödyntää tietoa. Näin mahdollistuvat tietojen yhtenäistyminen ja muuttuminen monipuolisemmaksi. Ammatillinen päätöksenteko, esimerkiksi hoitotyön tarpeen määrittely, hoidon toteutus tai arviointi, ei prosessina muutu. (Saranto ym. 2007, 59.) Sähköinen potilaskertomus nopeuttaa ja helpottaa potilaskertomustiedon saamista. Niin paperisella versiolla kuin sähköi-

sellä on kuitenkin omat hyvät ja huonot puolensa. Paperiset potilaskertomukset ovat varmassa tallessa arkistoissa ja niiden varastaminen tai kopiointi paljastuisi väistämättä. Sähköisissä potilasasiakirjoissa on havaittu luvatonta potilastietojen katselua. Etukäteen on suunniteltava tietosuojaja tietoturvaratkaisut, jotta sähköisen potilaskertomuksen salassapidettävyys voidaan turvata. Terveystieteiden ammattilainen pääsee katsomaan myös muidenkin, kuin hoidossaan olevien potilasasiakirjoja. (Saranto ym. 2007, 134.)

Tietoteknologian kehittyessä manuaalinen sairauskertomus ei ollut enää tarkoituksenmukainen. Pitkään käytössä ollut sairauskertomusjärjestelmä antoi hyvän pohjan tilalle tulleelle sähköiselle kertomukselle, jonka tarkoituksena on tukea hoidon jatkuvuutta. (Saranto ym. 2007, 97.) Kirjaamisen muuttuminen elektroniseen muotoon tuo hoitotyölle sekä vaatimuksia että mahdollisuuksia. Automaattisen tietojenkäsittelyn hyödyt auttavat potilastietojen etsimisessä, hakemisessa yhdistelemisessä sekä tilastoinnissa. Tätä kuitenkin edellyttää kirjaamisen strukturoitu tallentaminen. (Ensio & Saranto 2004, 44.)

2.2 Dokumentoinnin lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten asiakastietojen käsittelyä koskevalla lailla on tarkoitus luoda yhtenäinen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on merkitä potilasasiakirjoihin oleelliset tiedot potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta. Lain mukaan ammattihenkilön velvollisuuksiin kuuluu sekä laatia että säilyttää potilasasiakirjat salassapitovelvollisuutta noudattaen. (L 9.2.2007/159.)

Potilasasiakirjoista löytyvän tiedon tulee turvata potilaalle hyvä hoito (Tuomikoski 2008, 9). STM:n säätämän asetuksen mukaan potilasasiakirjoista tulee käydä ilmi potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävät tiedot. Potilasasiakirjamerkintöjen tulee asetuksen mukaan olla selkeitä ja ymmärrettäviä, ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Mikäli asiakirjoihin siirretty tieto ei perustu ammattihenkilön havaintoihin, potilasasiakirjaan tulee merkitä tietojen lähde. Henkilötietolain 9. pykälä säätelee potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen virheettömyyden. Osastohoidossa olevan potilaan potilaskertomukseen tulee tehdä riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät potilaan tilan muutoksesta, tehdyistä tutkimuksista ja annetuista hoidoista. Lisäksi potilaasta tulee olla hoitajaksokohtainen asiakirja, johon tehdään päivittäin merkinnät potilaan tilaan liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista. (STM 2001.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on tärkein potilaan oikeusturvan ja hoitotyön kannalta. Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitoa ja luovutusta määrittelee potilaan itsemääräämisoikeus, minkä perusteella hän voi päättää tietojensa luovutuksesta hoitotilanteessa. Itsemääräämisoikeutta toteutetaan kysymällä potilaan lupaa tietojen luovuttamiseen. Vain erityislain perusteella tietoja voidaan luovuttaa vastoin potilaan tahtoa. (L.17.8.1992/785.)

Hallitus antoi 2.11.2006 sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä lakiesityksen, jonka tarkoituksena oli edesauttaa asiakastietojen turvallista käsittelyä. Lain tavoitteena oli myös edistää asiakkaan oikeutta omiin tietoihinsa. Laki vahvistettiin 9.2.2007 ja se tuli voimaan 1.7.2007. Lakiesityksen myötä maahan tulee valtakunnallisesti keskitetty potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. (L.9.2.2007/159; Salo 2007, 13.)

2.3 Elektroninen potilaskertomus

Elektronisella potilaskertomuksella tarkoitetaan tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä ja käyttämistä tietotekniikan avulla. Sen tarkoitus on tukea hoidon jatkuvuutta, koulutusta ja tutkimusta huomioiden tietoturvan. Elektroninen tai sähköinen potilaskertomus sisältää välittömät hoitoon liittyvät tiedot ja lisäksi myös muita potilaan hoitoon epäsuorasti liittyviä tietoja. Se välittää kokonaisvaltaisesti tietoa hoitoon osallistuvien moniammatillisten tahojen välillä. (Saranto ym. 2007, 97.) Elektroninen potilaskertomus perustuu rakenteiseen tiedonkäsittelyyn, jolloin rakenteisuus helpottaa tiedonkäsittelyä ja monipuolista käyttöä. Kertomus toteutetaan erilaisina näkyminä, ja kirjaaminen tapahtuu käyttämällä erilaisia otsikoita. (Mts. 96.)

Varkauden terveystieteiden keskuksessa otettiin käyttöön Suomen ensimmäinen sähköinen potilaskertomus vuonna 1982, minkä jälkeen on kehitetty erilaisia ohjelmia perusterveydenhuollon käyttöön. Erikoissairaanhoidossa on ollut 1960-luvulta lähtien käytössä erilaisia taloushallinnon ohjelmia. Tietotekniikkaa hyödynnettiin seuraavaksi potilashallinnossa ja laboratorio-ohjelmissa, mutta potilaskertomusohjelmistot otettiin käyttöön vasta 1990-luvulla. Ensimmäiset elektroniseen potilaskertomukseen liittyvät tietosisältömääritykset valmistuivat vuonna 2000. Rakenne on kaksitasoinen sisältäen ydinkertomuksen ja perustason kertomuksen. Ydinkertomukseen kuuluu hoitokooste, mikä sisältää henkilötietojen lisäksi terveyden- ja sairaanhoitoon liittyviä merkintöjä, esimerkiksi hoitoon hakeutumiseen syy, hoitomenetelmät ja toimenpiteet ja jatkohoitosuunnitelma. Perustason kertomus koostuu ammattihenkilöiden tekemistä terveyden- ja sairaanhoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin liittyvistä merkinnöistä. (Mts. 98–99.)

2.4 Rakenteinen kirjaaminen

2.4.1 Historia

Vuoden 2007 loppuun mennessä hoitotyön kirjaamisessa on osittain siirrytty sähköisiin potilasasiakirjoihin. Täten kirjaamista ohjataan ydintietojen mukaisella rakenteella, joka on kansallisesti hyväksytty. Ydintietoihin sisältyvät keskeiset tiedot potilaan terveydestä ja sairauden hoidosta. Ydintiedoissa ovat potilaan hoitoisuuden luokituksen ja hoitotyön yhteenvedon lisäksi rakenteelliset tiedot, joita ovat hoitotyön tarve, toiminnot ja tulokset ja arviointi. (Hopia & Koponen 2007, 30.)

Valtakunnallisesti on kehitetty sähköinen potilastietojärjestelmä, joka toimiakseen edellyttää yhteisesti sovitut periaatteet hoitotietojen kirjaamisessa. Sähköisellä tietojärjestelmällä mahdollistetaan rakenteisen kirjaamisen käyttö muun muassa luokittelujen avulla. Täten kirjattuja hoitotietoja on tarvittaessa helpompi löytää luokitusten avulla. Kirjaamiselta edellytetään rakenteisuutta ja yhdenmukaisuutta, jotta potilaiden hoitotiedot ovat löydettävissä viiveettä, kun niitä tarvitaan. Suomessa on käytetty jo 1980-luvulta lähtien Maailman terveysjärjestön WHO:n päätöksenteon prosessimallia hoitotyön kirjaamisen rakenteena. Prosessimalli on voitu jakaa eri päätöksenteon vaiheisiin, joita on kolmesta kuuteen. Manuaalisessa kirjauksessa nämä rakenteet ovat jakautuneet otsikoinnin mukaan esimerkiksi "hoitotyön ongelmat", "hoitotyön tavoitteet", "toteutus" ja "arviointi". (Saranto ym. 2007, 3-13.)

Ensimmäinen hoitotyön perustiedot, Nursing Minimum Data Set (NMDS) kehitettiin Yhdysvalloissa. Hoitotyön perustietoja on kehitetty Suomen lisäksi

muualla Euroopassa, Australiassa ja Japanissa. Belgiassa vuodesta 1988 käytössä ollut B-NMDS on saanut eniten kansallista huomiota ja siihen perustuvat muut eurooppalaiset hoitotyön perustiedot. Belgialaisessa mallissa hoitotyön toiminnot on jaettu kuuteen eri osaan ja 26 luokkaan. (Väänänen 2008, 15.)

Hoitotyön perustiedot eli NMDS sisältävät käytännön hoitotyössä ja tutkimuksessa tarvittavat kansainvälisesti määritellyt tiedot, jotka jaetaan kolmeen kategoriaan. Näitä ovat palveluntarjoajan tiedot, potilaan perustiedot ja hoidon suunnitelma, toteutus ja arviointi. (International Council of Nurses, 2010.)

The Clinical Care Classification (CCC) on Yhdysvaltojen sairaanhoitajien liiton eli ANA:n hyväksymä standardoitu elektroninen kirjaamisjärjestelmä. Kansainvälisesti käytössä on 21 komponenttia, jotka perustuvat ICD-10 tautiluokitukseen. Nämä edustavat potilaan toiminnallista, fysiologista ja psykologista puolta sekä terveyskäyttäytymistä. (Saba, 2004-2009.)

2.4.2 Tarve- ja toimintoluokitus

Suomalaisen hoitotyön tarveluokitukseen sisältyy 19 komponenttia, jotka jaetaan kolmeen hierarkialuokkaan. Nämä ovat komponentti, pääluokka ja alaluokka, jota voidaan täydentää vapaalla tekstillä. Komponentit voidaan tunnistaa yksilöllisten koodien ja OID-tunnisteiden perusteella. Esimerkkeinä komponenteista mainittakoon esimerkiksi hengitys, lääkehoito ja selviytyminen. (Tanttu 2008.)

OID-yksilöintitunnus on kansainvälisesti tunnettu ja sosiaali- ja terveystoimessa käytössä oleva järjestelmä. Vuonna 2004 Stakes pilotoi kansallisen sähköisen potilaskertomusprojektin osahankkeen, missä kyseinen tunnus otettiin käyttöön. Arkistointi ja sähköinen tiedonsiirto vaativat yksilöintimenetelmää. Yksilöitäviä asioita eli objekteja ovat esimerkiksi ihmiset, esineet ja paikat. Terveystoiminnassa objekteiksi voidaan määritellä laboratoriotulokset, lääkärin todistuksen tietokentät ja diagnoosit. (Stakes 2007.)

Hoitotyön tietojen haku helpottuu esimerkiksi moniammatillisen tiedon haussa ydintietojen ja otsakkeiden avulla. Hoitotyön tietojen vertailu helpottuu valtakunnallisella tasolla, kun käytössä on kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaamismalli. (Tanttu 2008.) Hoitotyön luokituksilla, kansallisilla ydintiedoilla tai otsakkeilla ja hoitoprosessin vaiheilla on omat OID-koodinsa koodistopalvelimella (Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008).

Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitukseen kuuluu 19 samaa komponenttia kuin tarveluokitukseenkin. Tarveluokitukseen erona toimivat yksilölliset koodit ja OID-tunnisteet. Vapaata tekstiä voidaan käyttää myös toimintoluokituksissa. (Tanttu 2008.)

2.5 Kansalliset hankkeet

”Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on, että terveydenhuollossa potilastietojen kirjaamiseen käytetään sähköisiä potilaskertomusjärjestelmiä” (Saranto ym. 2007, 3). Sosiaali- ja terveysministeriön ja kuntien rahoittamat kansalliset terveystoiminnat kattavat maantieteellisesti koko maan ulottumalla 40

kuntaan. Rahoitusta on saatu myös muun muassa Euroopan Unionilta. Rahoituksella on tuettu alueellisia potilastietojärjestelmiä ja niiden kehittämistä. Terveystieteiden toimintaympäristössä käytössä olevien tietoteknisten sovellusten käyttöönottoa on myös rahoitettu. Näiden kansallisten terveystieteiden tavoitteena on kehittää potilaskertomusjärjestelmien yhteisiä osia määrittäen yhtenäisiksi. (Salo 2007, 14.) Sähköisen potilaskertomuksen valtakunnallisella käyttöönotolla varmistetaan korkea tietoturva- ja suoja kehittämällä yhteensopivuutta potilasasiakirjajärjestelmissä. Yhteensopivuuden edellytyksenä on, että näiden kansallisesti määriteltyjen perustietojen rakenne, sisältö ja terminologia tiedetään, ja tietoturvasuhteet huomioidaan. (Saranto ym. 2007, 174.)

Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke
"HoiDok"

"HoiDok"-hanke toteutui vuodesta 2005 vuoteen 2008. Hankkeen hallinnoitsijana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, joka vastasi hankkeen valtionavustusselvitysten tekemisestä ja kirjanpidosta. He huolehtivat myös yhteydenpidosta hankkeen rahoittajaan ja osallistajaorganisaatioihin. Potilaan hoidon kuvaaminen tapahtui kansallisten vaatimusten mukaisesti. Hankkeen tavoitteena oli kehittää kansallisesti yhtenäinen hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli. (Tanttu 2008.)

Rakenteisuus merkitsee potilastietojärjestelmissä sekä ydintieto- ja otsikkotason tietoa että luokiteltua tietoa johon on tarkoitus kirjoittaa vapaalla tekstillä. Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoidon yhteenveto ja hoitoisuus. Näillä kuvataan hoitotyön keskeisiä toimintoja, ja ne noudattavat rakenteista merkitsemistapaa. Kirjaamismalli perustuu määriteltyihin ydintietoihin ja se yhdistää hoitotyön tiedot moniamma-

tilliseen potilaskertomukseen. Se myös määrittelee hoitotyön johtamisen perustiedoston. (Tanttu 2008.)

Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot – hanke ”HoiData”

”HoiData”-hanke aloitettiin vuonna 2007 ja se päättyi vuonna 2009. Hankkeen tavoitteena oli esittää Sosiaali- ja terveysministeriölle yhtenäinen malli hoitotyön kirjaamiseen sekä osallistua tämän mallin vaatimusmäärittelytyöhön ja testaukseen. Hankkeen koordinoijana ja valvojana toimi STM:n asettama Pokanen-työryhmä. (Tanttu 2008.)

Hankkeen tavoitteena oli saada mukana olevat sairaanhoitopiirit osallistumaan koulutukseen ja luoda yhteistyössä STM:n kanssa eVerkkoympäristö. Hankkeeseen kuului myös hoitotyön johtamiseen liittyvät testaukset sekä valtakunnallisen tason indikaattoreiden määrittely. ”HOiDok”-hankkeessa saatuja havaintoja ja tuloksia oli määrä hyödyntää ”HoiData”-hankkeessa. Yhtenä hankkeen tavoitteena oli tukea partneriorganisaatioita hoitotyön kirjaamismallin käyttöönoton suunnittelussa ja koulutuksessa vuonna 2008. Keski-Suomen keskussairaala oli yksi kymmenestä mukana olleesta keskussairaalaista. Mukana hankkeessa oli myös neljä yliopistosairaalaa, yksi aluesairaala, 18 terveyskeskusta ja Invalidisäätiö. Käytössä olevat potilastietojärjestelmät olivat Miranda, Pegasos, Effica, Esko, Mediatri, Graafinen Finstar, Healthnet, TT2000+ ja Abilita. (Tanttu 2008.) Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä käytössä on Effica-potilastietojärjestelmä.

2.6 Käyttöönottoprojekti Keski-Suomen keskussairaalassa

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri osallistui Valtakunnallinen hoitotyön sähköinen dokumentointi-hankkeeseen ja Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot – hankkeeseen. Kansallisten vaatimusten mukaiseen sähköiseen hoitotyön kirjaamiseen siirtyminen edellyttää terveydenhuollon yksiköiltä johdon sitoutumista hoitotyön kehittämiseen sekä henkilökunnan teoriakoulutuksen järjestämistä ennen varsinaisen teknisen käyttöympäristön käyttöönottoa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin pilottiyksiköiden kokemusten mukaan hoitotyön ydintietojen kirjaaminen kansallisen struktuurin mukaisesti lisää hoidon suunnitelmallisuutta, jättevöittää ja selkiyttää kirjaamista sekä yhdenmukaista kirjaamisen käytänteitä. (Ala-Hiiro & Pitkänen 2009, 19.)

3 KIRJAAMINEN HOITOTYÖN PROSESSIMALLIN MUKAISESTI

3.1 Hoitotyön päätöksenteon prosessimalli

Hoitotyön päätöksenteko perustuu kuusivaiheiseen prosessimalliin. Vaiheet ovat tarpeen määrittäminen, hoitotyön diagnoosin laatiminen, odotettujen tulosten nimeäminen, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Systemaattisen kirjaamisen kehittämisen ja tutkimuksen kannalta hoitotyön prosessin jakaminen eri vaiheisiin koettiin tarpeelliseksi. Hoitotyön prosessin eri vaiheet painottuvat eri tavoin erilaisissa hoitoympäristöissä. Esimerkiksi pitkäaikaissairautta sairastavan potilaan hoidon suunnittelussa korostuu huolellinen tavoitteiden

määrittely. Tapaturmapotilaan tai äkillisen sairauskohtauksen saaneen potilaan hoidossa taas korostuu hoidon pikainen toteutus. Jonkin prosessin vaiheen suurempi esilläolo ei tarkoita sitä, että muut vaiheet puuttuisivat. Systematisointi kirjaamisessa vaatii tarkkaa harkintaa, jotta kirjaamisen yhtenäisyys toteutuu kaikissa hoitotyön toimintaympäristöissä. (Saranto ym. 2007, 57–59.)

3.2 Hoitotyön kirjaaminen hoidon laadun ja jatkuvuuden näkökulmasta

Sähköisen potilaskertomuksen ja rakenteisen kirjaamisen kehittyessä ja kirjaamisen sisältöä seuraamalla voidaan kehittää hoitotyön laatua. Hoitoympäristöstä käsin voidaan määritellä hoitotyön laatukriteerejä. Henkilökunnan taidot, asenteet ja käytössä olevat laitteet ovat muun muassa toiminnassa säätelviä tekijöitä. Tärkeää hoitotyön laadussa on hoitohenkilökunnan myönteinen asenne työhön sekä käytössä oleviin työvälineisiin. Hoitajien tietoteknisten valmiuksien vahvistaminen koulutuksen ja muiden tukitoimenpiteiden avulla koetaan tärkeäksi. Hoitajat ovat kokeneet, että kirjaamisen laadun kannalta laitteistolla on suuri merkitys. Tärkeimpänä laatukriteerinä potilaskertomuksessa on potilastietojen käytettävyys hoidon aikana ja myös hoitojakson jälkeen. (Saranto ym. 2007, 187-190.)

Hoitotyön kirjaamisen tulee tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää tilastointiin. Tiedon jatkuvuuden kannalta kirjaamisen perusedellytyksenä on, että käytetään rakenteisuutta, hoidon prosessimallia ja käsitteitä. Potilastieto voidaan kirjata niin sanalliseen, kuvalliseen kuin graafiseen muotoon. Potilaan turvallisuuden, hyvän hoidon ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi potilasasiakirjojen tulee olla virheettömiä, oikeita ja riittäviä laajuudeltaan.

Potilaan hoitotietojen tulee olla asiantuntijoiden käytettävissä hoidollisia päätöksiä tehdessä. (Saranto ym. 2007, 187–190.)

Potilas saa hoitajaksonsa päättyessä hoidostaan yhteenvedon, jolla on tärkeä merkitys potilaan jatkohoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Yhteenvedossa kerrotaan potilaan voinnin etenemisestä ja teksti on kirjoitettu vapaalla, kertovalla tekstillä. Tämän lisäksi potilas saa lääketieteellisen epikriisin hoitajaksonsa ajalta. (Ensio & Saranto 2004, 43.)

4 HOITOTYÖN DOKUMENTOINTI AIEMMISSA TUTKIMUKSISSA

Hoitajien kokemuksia sähköisestä kirjaamisesta on tutkittu vähän. Laineen (2008) tutkimuksessa selvisi, että hoitajilla oli sekä negatiivisia että positiivisia kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta. Kirjaamisen selkeys ja ammattihenkilön tunnistaminen kirjauksissa koettiin positiivisena seikkana. Negatiivisina asioina pidettiin komponenttien päällekkäisyyksiä ja niiden runsasta määrää. Hoitajat kokivat myös, että siirryttäessä sähköiseen kirjaamiseen itse hoitotyö potilaan vierellä väheni. Tietoteknisten tukihenkilöiden riittämättömyyttä ja tietokoneohjelman puutteita kritisoitiin. Tutkimuksessa nousivat esiin lääkäreiden kriittiset asenteet sähköisen kirjaamisen suhteen. Hoitajien antamia kehitysehdotuksia tulevaisuuden varalle rakenteisessa kirjaamisessa olivat rauhallisen työympäristön luominen, toimivan ohjelman saaminen koulutukseen, sekä sijaisten lisäkouluttaminen. Hoitajilla tulisi olla mahdollisuus esittää ohjelman toimivuuteen mahdollisia muutos-ehdotuksia. Hoitohenkilöstön tietoteknisiin valmiuksiin täytyy kiinnittää

huomiota ja tietokonepäätteitä tulee olla riittävästi kirjaamista toteuttaessa. (Laine 2008, 1-16.)

Hartikainen (2008) sai samankaltaisia tuloksia kuin Laine (2008) tutkiessaan hoitohenkilökunnan kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Tutkimuksessa vertailtiin käytäntöjä ennen ja jälkeen sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttöönottoa. Arvioitavat prosessit olivat potilaan tulotilanne, lääkärinkierrot ja raportointi. (Hartikainen 2008, 26.)

Tulohaastattelutilanteessa hoitajat eivät mielellään kirjanneet tietoja sähköisesti, koska he kokivat sen etäännyttävän heitä potilaasta. Ongelmallista oli myös koneiden sijoittelu ja hitaus kirjautua järjestelmään. (Mts. 52–53.) Myönteisinä muutoksina sairaanhoitajat kokivat, että tiedot potilaasta löytyivät helpommin ja luettavuus parantui. Manuaalinen kirjaaminen koettiin hajanaisena ja epäloogisesti etenevänä. Myös käsialan tulkinta saattoi aiheuttaa ongelmia. (Mts. 36.)

Positiivisena asiana koettiin myös lääkäreiden osallistuminen kirjaamiseen tekemällä määräykset sähköisesti. Vaikeuksia esiintyi koneiden toiminnassa. Kierroilla oli huomioitava infektiopotilaat, joiden huoneisiin kannettavia tietokoneita ei voitu viedä. (Mts. 53–54.)

Kirjaamiskäytäntöjen muuttuminen vei henkilökunnan aikaa, joten raportointiin ei puututtu suunnitteluvaiheessa. Raportit toteutettiin edelleen suullisesti, ja niiden tukena pyrittiin käyttämään sähköistä järjestelmää. Tiedonsiirto ko-

ettiin hyvänä, koska tilanpuute tai käsialaongelmat eivät enää vaikuttaneet raportteihin. Käytössä raporteilla oli potilaan paperinen kuumetaulukko. Hoitajat kokivat tiedonhaun helppona, mutta ongelmallista oli järjestelmän hajanaisuus ja siihen kuluva aika. Tutkimuksesta selvisi, että järjestelmän käyttö raporteilla on puutteellista. Sen sijaan käytössä oli sähköinen potilasraportti Nettimemo, jota hoitajat päivittivät säännöllisesti. Potilaskertomusjärjestelmän käyttö vaati hoitajien aktiivisuutta, ja tutkittavien mielestä raportointikäytännöt olivat huonontuneet sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Tekniset ongelmat hidastivat raporttia ja usein se pidettiin ulkomuistista. (Mts. 54–55.)

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä toteutettiin vuonna 2005 "Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli"-projekti, jossa tutkittiin kivun hoidon rakenteista kirjaamista. Tutkimuksen pääpaino oli narratiivisessa kirjauksessa ja sen sisällössä. (Väänänen 2008, 6-7.) Komponenttina oli Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen Fyysinen tasapaino. Nykyisessä versiossa kivunhoito löytyy komponentin aistitoiminta alta. (Mts. 64–65.) Tutkimuksessa kävi ilmi, että pää- ja alaluokkien käyttö ei täyttänyt annettuja rakenteisen kirjaamisen kriteerejä. Kivun kirjaamisen apuna tulisi käyttää yhteisesti sovittuja mittareita, esimerkiksi VAS-mittaria, ja näin yhdenmukaistaa ja selkiyttää sitä. Luokkia ei ollut tarpeeksi, joten narratiivista tekstiä jouduttiin käyttämään runsaasti. (Mts. 69.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tavoite on selvittää hoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta ja sen käyttöönotosta keuhkosairauksien osastolla. Tutkimuksen tarkoituksena on antaa työvälineitä kehittää hoidon laatua hoitotyön päätöksenteon prosessimallin mukaisesti.

Tutkimustehtävät

1. Mitkä asiat ovat edistäneet rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa?
2. Mitkä asiat ovat estäneet/hidastaneet rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa?
3. Miten rakenteinen kirjaaminen on vaikuttanut hoidon laatuun?
4. Miten rakenteinen kirjaaminen parantaa hoitotyön päätöksenteon prosessin toteutumista?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Haastateltavien taustatiedot

Tutkimus suoritettiin tammikuussa 2010 haastattelemalla kuutta keuhkosairauksien osastolla työskentelevää hoitajaa. Tutkijat olivat etukäteen esittäneet

kriteerit, joiden perusteella osastonhoitaja valitsi tutkimukseen osallistujat. Kriteereinä oli työkokemuksen pituus ja koulutustausta. Tutkimukseen haluttiin eri koulutus- ja kokemustaustalla olevia hoitajia. Aiemmin syksyn aikana osastolla toteutettiin useampi tutkimus, joissa haastateltiin hoitajia. Opinnäytetyöhön valittiin hoitajia, jotka eivät osallistuneet aiempiin tutkimuksiin. Opinnäytetyön tekijät kysyivät suostumuksen hoitajilta suullisesti. Osallistuminen oli vapaaehtoista, ja osallistujille painotettiin anonymiteetin säilymistä koko tutkimusprosessin ajan sekä oikeutta vetäytyä tutkimuksesta milloin tahansa. Haastateltavilla oli mahdollisuus halutessaan kysyä lisätietoja tutkimuksesta opinnäytetyön tekijältä, joka työskenteli samalla osastolla. Osallistujat saivat osallistumisestaan kirjeen (Liite 1) ja täytettäväksi esitietolomakkeen (Liite 2). Haastateltavien iät vaihtelivat 20 vuodesta 62 vuoteen. Työvuosia hoitotyöstä oli kertynyt vajaasta 2 vuodesta 32 vuoteen. Keuhkosairauksien osastolla työskentelyvuosia oli 1,5 vuodesta 31 vuoteen.

Kohdenosasto keuhkosairauksien osasto 26

Keuhkosairauksien vuodeosastolla on 20 sairaansijaa. Osasto on toiminut nykyisissä tiloissa keskussairaalassa vuodesta 2006. Henkilökunnan tehtäviin kuuluu hengityssairaiden potilaiden hoito sekä hengityssairauksien hoidon, koulutuksen ja tutkimuksen kehittäminen. Keuhkosairauksien vastuualueeseen kuuluu myös polikliininen toiminta. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2009.) Keski-Suomen keskussairaalan osasto 26 on yksi 30 pilottiyksiköstä, joka testasi rakenteisen kirjaamisen luokitusta (Wilksman ym. 2007).

6.2 Haastattelut

Osaston lähiesimies oli suunnitellut haastattelut työaikaan kuuluviksi. Haastattelut toteutettiin kolmena päivänä, jotta osastolle koitua haitta olisi mah-

dollisimman pieni ja osallistuminen helpottuisi. Tästä syystä haastattelut oli suunniteltu aamu- ja iltavuoron vuoronvaihdon ajalle. Tilat haastatteluihin varattiin keskussairaalasta keuhkosairauksien osaston kustannuksella. Yhteen haastatteluun oli varattu aikaa tunti.

Haastattelujen kesto vaihteli kahdeksasta minuutista 27 minuuttiin. Ne etenivät teemahaastattelurungon (Liite 3) mukaan puolistrukturoidun haastattelun mukaan. Kaikki haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Tutkimukseen osallistujat olivat tietoisia haastattelujen nauhoituksesta jo etukäteen. Haastattelun alussa painotettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja oikeutta vetäytyä tutkimuksesta ja tutkittavien anonymiteetin kunnioitusta. Kukaan ei halunnut vetäytyä tutkimuksesta tässä vaiheessa. Haastattelussa painotettiin tutkimuksen näkökulmaa, jolla tarkoitettiin haastateltavien subjektiivisia kokemuksia.

Digitaalisessa muodossa olevaa äänitiedostoa kertyi yhteensä 87 minuuttia. Ainoastaan opinnäytetyön tekijät kuuntelivat aineistoa. Haastattelut purettiin kirjalliseen muotoon lähes välittömästi haastattelujen jälkeen. Puhtaaksi kirjoitettujen haastattelujen yhteenlaskettu pituus oli 27 sivua. Ainoastaan opinnäytetyön tekijät käsittelivät aineistoa. Digitaaliset tiedostot poistettiin ja kirjalliseen muotoon kirjoitetut haastattelut hävitettiin.

6.3 Tutkimusmenetelmät

6.3.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Keskustelu määrällisen ja laadullisen tutkimusmetodologian hyödyllisyydestä tai paremmuudesta hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa perustui jo 1960-luvulla Glaserin ja Straussin (1967) esittämiin väitteisiin. He ovat esittäneet argumentteinaan, että yhteiskuntatieteissä on niin hyödyllistä kuin tarpeellista tuottaa teoriaa eikä vain tyytyä siihen, että teoriaa todetaan. (Janhonen & Nikkonen 2003, 8.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään kohdejoukkona ihmisiä, jotka on valittu haastatteluun tarkoituksen mukaan. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan metodeja, joissa tutkittavien henkilöiden näkökulmat ja oma ääni kuullaan. Näitä metodeja ovat muun muassa ryhmähaastattelu, osallistuva havainnointi tai teemahaastattelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoissa yhteistä on tavoite löytää tutkimusaineistosta samanlaisuuksia, eroja tai toimintatapoja. Sisällönanalyysiprosessia voidaan pitää laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina. Sisällönanalyysistä puhutaan, kun kerättyä tietoa voidaan tiivistää niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti yleistävästi. Laadullisella informaatiolla tarkoitetaan aineistoja, kuten artikkeleita, puheita tai kirjeitä jotka ovat verbaalisessa tai kuvallisessa muodossa.

Oleennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa on lähtökohtana todellisen elämän kuvaaminen. Kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään pikemminkin löytämään tai paljastamaan tosiasioita, kuin todentamaan jo olemassa olevia väittämiä. Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä on, että aineisto kootaan todellisissa, luonnollisissa tilanteissa. On tärkeää, että tutkimusta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

6.3.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelussa kyseiseen tutkimukseen valittuja henkilöitä haastatellaan tietyllä, keskeisellä teemalla. Teemahaastattelusta puuttuu strukturoidulle lomakehaastattelulle luonteenomainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Teemahaastattelu on kuitenkin puolistrukturoitu menetelmä sen vuoksi, että haastattelun teema-alue ja aihepiirit ovat kaikille samat. Teemahaastattelussa edetään eteenpäin keskeisen teeman mukaisesti, eikä juututa yksityiskohtaisiin kysymyksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48.) Teemahaastattelun sanotaankin olevan avoimen ja lomakehaastattelun välimuoto, jolle on tyypillistä pysytellä teema-alueessa ilman kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä (Hirsjärvi ym. 2007, 203).

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan haastateltavat voivat vastata heille esitettyihin kysymyksiin omin sanoin puolistrukturoiduissa haastatteluissa. Esi-

tetyt kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47.)

6.3.3 Tutkimustulosten analysointi

Tutkimustulosten analysointi on tärkeä vaihe prosessia. Siinä vaiheessa tutkija saa vastaukset asettamiinsa tutkimusongelmiin (Hirsjärvi ym. 2007, 216). Sisällönanalyysi auttaa erilaisten tutkimusten teossa, eikä sitä voida pitää vain laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä, vaan sitä voidaan käyttää myös määrällisessä tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.)

Laadullinen analyysi voidaan jakaa induktiiviseen (yksittäisestä yleiseen) tai deduktiiviseen (yleisestä yksittäiseen) sisällönanalyysimenetelmään. Jako perustuu päättelyn logiikkaan, mutta sen käyttö tieteellisesti voi olla ongelmallista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Analyysitavan tulisi olla sellainen, mikä vastaa parhaiten asetettuihin tutkimustehtäviin, mutta vaihtoehtoja on useita. Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tilastollista analyysia, kun taas ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään laadullista analyysia. Tutkija tekee alustavan päätöksen teemoittaessaan aineistoa. Tilastollisia tekniikoita voidaan käyttää myös laadullisen aineiston käsittelyssä. (Hirsjärvi ym. 2007, 219.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1. Rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoon vaikuttaneet asiat

7.1.1 Käyttöönottoa helpottaneet asiat

Suurin osa vastanneista koki koulutuksen olleen tärkein käyttöönottoa helpottanut asia (ks. taulukko 1). Asiaan liittynyt tiedotus ja keskustelu osastolla auttoivat henkilökuntaa alkuvaiheessa, vaikka tiedotusta toivottiin lisää.

”No emmä tiiä mitään sen kummempia keinoja, mutta meille oli koulutusta siihen kuitenkin etukäteen jonkun verran.”

”Etukäteenhän siitä tietysti jonkun verran on puhuttu silleen...”

Kaikki vastaajat eivät olleet osallistuneet koulutukseen, vaan he olivat saaneet apua toisiltaan ja opiskelleet käyttöä itsenäisesti. Kollegoiden tuki käyttöönoton alkuvaiheessa koettiin tärkeänä. Hoitajilla oli mahdollisuus kysyä toisiltaan apua ja mielipiteitä kirjaamiseen liittyvistä asioista.

”No koulutus tietenkin. Tosin mä en ollu silloin missään koulutuksessa ite -- ja sit semmonen, että jos on aikaa siihen sitten tutustua, et ite opiskella... silleen mä oikeestaan se itekin lähinnä opiskelin...”

”Mä en oo siinä vaiheessa täällä vielä oikeestaan ollut töissä, kun se on otettu kunnolla käyttöön. Mä olen sellainen itseoppinut Effica-käyttäjä...”

Yksi vastaajista mainitsi käyttöönoton alussa olleista kirjallisista ohjeista, jotka helpottivat häntä. Mainintaa saivat myös kirjalliset hoito-ohjeet, jotka auttoivat komponenttien ymmärtämistä. Yksi vastaaja koki, että hoito-ohjeiden ja hoitopolkujen käyttö auttoivat erityisesti uuden potilaan tullessa osastolle. Tietokoneen käyttötaidot ja rohkeus tietokoneita kohtaan koettiin myös tukevana asiana.

”—kun tietokonemaailmassa ollaan ja sitä on tottunut käyttämään, niin musta se oli jotenkin luontaista, että näin toimitaan---

Yksi vastaajista koki itse rakenteisen kirjaamisen käyttöohjelman ja sen kokonaisuuden selkeyden auttaneen häntä prosessin alkuvaiheessa. Yhdellä vastaajista oli myös aikaisempaa kokemusta kirjaamiseen liittyvästä kehittämisestä.

TAULUKKO 1. Käyttöönottoa helpottaneet asiat

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
"Meillä oli koulutusta jonkin verran, niin se helpotti"	Työntekijöiden koulutus	Työhön kuuluva koulutus
"Mä olen sellainen itseoppinut Effica-käyttäjä"	Itsenäinen perehtyminen	Oma aktiivisuus
"Etukäteenhän siitä tietysti jonkun verran on puhuttu"	Muutoksista keskustelu	Tiedotus
"Ainakin se tuki, mitä on saanut muilta työntekijöiltä, että on voinut kysyä"	Kollegoiden apu	Yhteistyö
"Se on selkeämpää mitä sinne kirjoittaa"	Kirjaamisen selkeys	Ohjelman selkeys
"Kun on ollut nää hoitosuunnitelmat käytössä ja hoitopolut"	Hoitotyön suunnitelma	Hoitosuunnitelma
"Mua on hirveesti helpottanut se aikaisempi kokemus"	Aiemman kokemuksen hyödyntäminen	Kokemus

7.1.2 Käyttöönottoa vaikeuttaneet asiat

Kaksi vastaajista koki yleisen muutosvastarinnan työyhteisössä hidastaneen rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa (taulukko 2). Muutosvastarinnan koettiin vaikuttavan lähes kaikkiin uusiin asioihin.

"No sit tietysti sellainen yleinen muutosvastarinta osastolla, että aina kun tulee jotain uutta... niin se nyt vaikuttaa kaikkeen."

Yksi hoitajista mainitsi, että vanhempien hoitajien on vaikeampi oppia uusia asioita ja ottaa niitä käyttöön kuin nuorempien. Kyseinen vastaaja toi esille sen, miten kirjaamisen merkitys päivittäisessä hoitotyössä on muuttunut vuosien aikana.

”—ja mun koulu-aikaan niin ei se kirjaaminen ollut ollenkaan niin tärkeä--- sitten nää nykyajan opiskelijat oli jo niinku koulutuksessaan saanut siitä kirjaamisesta --- enemmän ohjausta.”

Yksi haastateltavista näki käyttöönotolle haasteena työntekijöiden eritasoisuuden kirjaamisessa. Joillakin menee kauemmin aikaa asioiden omaksumisessa ja toteutuksessa.

”Me ollaan eritasoisia koneen käyttäjiä ja tekstien luoja -- niin siinä suhteessa toisilla menee kauemmin aikaa sitten sen saman tehtävän tekemiseen koneella kuin taas toisella...”

Yksi vastaajista koki tiedotuksen käyttöönotosta ja ohjelmaan liittyvistä muutoksista olleen puutteellista. Osa järjestelmästä oli otettu käyttöön nopeasti ja osittain jopa keskeneräisenä.

”Täytyy sanoa, että informointi, koska se tökkii ihan älyttömän pahasti”

Ohjelman keskeneräisyys ja jatkuvat muutokset ovat olleet yhden vastaajan mielestä prosessia vaikeuttaneita tekijöitä.

”No ainakin se, kun sitä muutellaan sit jatkuvasti, että ne luokat ja kaikki muuttuu ja sit sieltä ei löydä enää mitään...”

Hidastavina tekijöinä pidettiin myös laitteiston vähäisyyttä ja hitautta. Vastaajien kokemuksen mukaan tietokoneet olivat usein epäkunnossa, mikä hidasti tekniikan hyödyntämistä. Käyttöönottoa hidasti vastaajien mukaan myös kiire hoitotyössä.

TAULUKKO 2. Käyttöönottoa vaikeuttaneet asiat

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
”Yleinen muutosvastarinta osastolla, että aina kun tulee jotain uutta	Suhtautuminen muutoksiin työyhteisössä	Muutokset hoitotyössä
”Jos on kiire, niin ei tuu pe-rehdyttyä niin hyvin niihin asioihin”	Kiireen vaikutus työhön	Ajankäyttö töissä
”Ei saatu tarpeeksi koulutusta”	Käyttökoulutus	Sairaanhoitopiirin koulutus
”Informointi, koska se tökkii pahasti”	Tiedotuksen vähäisyys	Tiedotus
”Ne luokat ja kaikki muuttuu, eikä sieltä löydä enää mitään”	Muutokset ohjelmistossa	Muutosten vaikutus työhön
”Alussa semmoinen yhtenäisen, oltais käyty caseja läpi osaston kanssa”	Osaston yhtenevät ohjeet kirjaamisessa	Kirjaamisen yhtenäistyminen
”Hidasti, kun on liian hitaat koneet ja niitä on liian vähän”	Laitteiston toimivuus ja määrä	Laitteisto

7.1.3 Käyttöönoton parannusehdotuksia

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että koulutusta olisi pitänyt olla enemmän ja sen olisi pitänyt olla kohdistettu juuri hoitotyöntekijöille (ks. taulukko 3). Ongelmallisena ja jopa turhana koettiin ajanvaraukseen ja polikliiniseen toimintaan keskittynyt koulutus. Eräs vastaajista mainitsi, että käyttöönottoa olisi helpottanut, jos käytössä olisi ollut enemmän tukihenkilöitä.

”No ehkä enemmän sit just uusille työntekijöille ihan semmosta kunnan käyttöönottokoulutusta.”

”Oisko sitten enemmän pitänyt sitä koulutusta olla kuitenkin ja --- jotain semmosia tukihenkilöitä... ”

Käyttöönoton parannusehdotusta kysyttäessä ilmeni uudelleen paremman tiedotuksen tarve. Yksi vastaajista toivoi, että rakenteisesta kirjaamisesta olisi järjestetty osaston sisäisiä kehittämispäiviä, missä olisi käsitelty aihetta ja sovittu yhteisesti huomioitavia asioita uutta hoitokertomusta avattaessa. Osa tutkittavista ei osannut vastata kysymykseen, koska eivät olleet osastotyössä käyttöönottoprojektin aikaan.

TAULUKKO 3. Käyttöönoton parannusehdotuksia

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
"Uusille työntekijöille kunnan käyttöönottokoulutusta"	Käyttöönottokoulutus	Henkilökunnan koulutus
"Se oli enemmän semmoista sihteereitten työhön ja poliklinikkatyöhön perustuvaa kirjaamista"	Hoitohenkilökunnalle kohdistettu koulutus	Henkilökunnan koulutus
"Jotain semmoisia tukihenkilöitä enemmän käytettävissä"	Tukihenkilöiden käyttö	Käyttöönoton resurssit
"Meitä olisi pitänyt informoida paremmin"	Työntekijöiden tiedotus	Tiedotuksen vaikutus muutoksissa
"Oltais mietitty yhdessä caseja"	Yhtenevät hoito-ohjeet	Yhtenäinen linja kirjaamisessa

7.2 Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset

7.2.1 Rakenteisen kirjaamisen positiiviset vaikutukset

Rakenteinen kirjaaminen koettiin helppolukuisena ja selkeänä. Tekstiä pidettiin helposti luettavana ja siistinä. Tietoja oli helppo ja nopea etsiä tietokoneelta, myös silloin, kun tietoja tarvittiin toiselta erikoisalalta tai laboratorion puolelta. Positiivisena koettiin myös se, että potilaspapereita kertyi vähemmän.

Rakenteisuuden koettiin selkeyttävän kirjaamista myös komponenttien kautta. Komponentit auttoivat huomioimaan asioita, mitkä muuten saattaisivat jäädä huomioimatta.

Kokonaisuutena ohjelmaa pidettiin hyvänä, eikä siitä haluttu luopua, kun sen käyttö oli opittu (ks. taulukko 4).

”Itse asiassa mun mielestä se on kokonaisuudessa hirveän hyvä paketti – mä en osaa itse asiassa sanoa siitä mitään niinku negatiivista...”

”emmä kauheesti kyllä mitään negatiivista keksi, kyllä se mun mielestä on kuitenkin lähes yksinomaan positiivinen asia...”

”nyt kun siihen oppi ja niin se on ihan mukavaaki...”

TAULUKKO 4. Rakenteisen kirjaamisen positiiviset vaikutukset

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
”Tekstistä saa selvän ja se on luettavaa”	Tekstin luettavuus	Kirjaamisen selkeys
”On helppo ja nopee kattoo koneelta kaikki tarvittavat tiedot”	Potilastietojen löytyminen	Tiedon siirtyminen
”Niissä komponenteissa sielä on tavallaan niinku apu valmiina, että minkälaisia asioita pitäs huomioida”	Komponentit tukevat hoidon suunnitelmallisuutta	Hoidon suunnitelmallisuus
”Jos se pitää kirjoittaa ylös, niin sitten ajattelee, mitä tekee”	Hoidon suunnittelun helpottuminen	Kirjaamisen vaikutus hoitoon
”Ettei niitä paperipinoja tule, eikä tarvitse osastolla pitää”	Paperimäärän väheneminen	Arkistointi

7.2.2 Rakenteisen kirjaamisen negatiiviset vaikutukset

Lähes jokainen vastaajista koki suurimpana negatiivisena vaikutuksena (ks. taulukko 5) rakenteisen kirjaamisen vievän enemmän aikaa ja lisäävän kiirettä. Kirjaaminen lisäsi hoitohenkilökunnan työtä ja sen vuoksi kertyi myös ylitöitä. Jotkut kokivat potilaiden hoitoon käytetyn ajan vähentyneen.

”Sanotaanko, että se kirjaaminen vie suurimman osan potilastyöstä. Et me hoidetaan enemmän niitä koneita kun niitä potilaita, valitettavasti.

Uusien työntekijöiden kouluttaminen ja neuvominen vei myös aikaa hoitotyöstä.

”Sit kun on uusia työntekijöitä, niin siinä tarvii sitte ohjausta ennen kuin sen oppii.”

Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että kirjaaminen on huonontunut rakenteisuuden myötä, koska kirjattuja asioita ei tarkisteta jälkikäteen. Komponentteja ei käytetä niin laajasti kuin voisi, vaan saman komponentin ”alle” kirjataan useampi hoidon tarve. Yksi haastateltavista koki, että manuaalisen kirjaamisen aikaan aikaisemmat vuorokaudet ja tehdyt asiat oli helpompi löytää potilaan papereista selaamalla.

TAULUKKO 5. Rakenteisen kirjaamisen negatiiviset vaikutukset

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
"Se ajankäyttö, kirjaamiseen menee paljon enemmän aikaa"	Ajan jakautuminen potilas-työn ja kirjaamisen välillä	Ajankäyttö
"Just se kiire, ei tuu kirjoitettua niin huolella kun voisi"	Kiireen vaikutus kirjaamiseen	Kirjaamisen laatu
"Lisää työtä hirveesti, kun määräykset tulee kirjallisesti, niin ne täytyy katkoa joka vuorossa"	Työmäärän lisääntyminen	Työmäärän lisääntymisen vaikutus hoitotyöhön
"Sit kun on uusia työntekijöitä, niin siinä tarvii sitte ohjausta ennen kuin oppii"	Uusien työntekijöiden ohjaus	Lisääntyneet työtehtävät
"Jotenkin se ei oo musta niin luettava kuin paperiversio on"	Luettavuus	Hoitotietojen siirtyminen

7.2.3 Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset hoidon laatuun

Kysymys rakenteisen kirjaamisen vaikutuksesta hoidon laatuun koettiin vaikeana (ks. taulukko 6). Kaikki eivät vastanneet siihen ollenkaan. Osa vastaajista uskoi, että rakenteisella kirjaamisella ei ole vaikutusta hoidon laatuun.

"Tavallaan en mä usko et se hirveesti ihan hoidon laatuun on vaikuttanut, koska mun mielestä pitäis hoito olla laadukasta, oli sitten kirjaamista tai ei..."

Hoidon laatuun myönteisesti vaikuttavista tekijöistä mainittiin, että hoitosuunnitelmat tulevat selkeämmin esille ja näin tieto siirtyy seuraavalle työvuorolle ja vuorokaudelle. Hoitosuunnitelma on helposti löydettävissä ja helppolukuista, kun ei tule ongelmia käsialan tulkinnan kanssa.

”Ehkä se hoitosuunnitelmakin tulee siinä selkeämmin esille.”

”Ne tärkeät asiat siirtyy sitten tehokkaammin seuraavalle vuorolle.”

Hoidon laatuun negatiivisesti vaikuttaviksi tekijöiksi koettiin kirjaamisen lisääntyminen ja potilaskontaktien vähentyminen. Osa haastateltavista koki, että potilastyöhön käytetty aika oli vähentynyt. Yksi haastateltavista uskoi, että hoidon laatu oli suorastaan huonontunut. Ongelmallisena pidettiin myös sitä, että hoitosuunnitelmat saattavat jäädä päivittämättä koneelle, mikä saattoi lisätä hoitopoikkeamien riskiä. Manuaalisessa kirjaamisessa hoitosuunnitelmien päivittäminen tapahtui vastaajien mielestä nopeammin. Rakenteisen kirjaamisen toteutumista pidettiin toisinaan puutteellisena, kun kaikkea päivittäisestä toiminnasta ei kirjattu.

”Kulutetaan enempi aikaa tietokoneen kanssa, se potilaitten hoito jää sitten vähemmälle.”

”Monesti tahtoo tossa mun mielestä jäädä päivittämättä ne suunnitelmat koneelle.”

TAULUKKO 6. Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset hoidon laatuun

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
"Ehkä se hoitosuunnitelman tulee siinä selkeämmin esille"	Hoitosuunnitelman näkyvyys	Hoidon suunnitelmallisuus
"Ne tärkeät asiat siirtyy sitten tehokkaammin seuraavalle vuorolle"	Tehokas tiedonsiirto	Tiedon siirtymisen vaikutus hoidon laatuun
"Ei tarvii taas kattoo, että mitä tähän nyt on taas kirjoitettu, kun ei enää käsin kirjoiteta"	Käsialan tulkintaongelmat	Kirjaamisen selkeys
"Kulutetaan enempi aikaa tietokoneen kanssa, kun se potilaitten hoito jää sitten vähemmälle"	Ajan jakaminen potilastyön ja kirjaamisen välillä	Ajankäyttö
"Monesti tahtoo tossa mun mielestä jäädä päivittämättä ne suunnitelmat koneelle"	Hoitosuunnitelmien päivittäminen	Hoitotyön suunnitelmallisuus

7.2.4 Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset hoidon jatkuvuuteen

Rakenteisen kirjaamisen koettiin vaikuttavan myönteisesti hoidon jatkuvuuteen (ks. taulukko 7). Haastateltavat uskoivat tiedon siirtyvän tehokkaammin ja olevan helpommin löydettävissä, kun koko prosessi on sähköisessä muodossa. Tämä edellyttää, että potilaan tarpeita arvioidaan ja suunnitelmaa päivitetään tarpeeksi usein.

"No, kyllä se tieto siirtyy paljon tehokkaammin ku aikaisemmin..."

Jos potilas siirtyy osastolta toiselle, voidaan siellä hyödyntää samaa hoitoker-
tomusta. Tässä kohdassa jokainen haastateltavissa mainitsi hoitotyön näkö-
kulmasta kirjoitettavan hoitotyön lehden (eli sairaanhoitajalehti). Potilaan lu-
valla hoitotyön lehti siirtyy hänen mukanaan jatkohoitopaikkaan. Hoitotyön
lehti on tosin ollut käytössä jo ennen rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa.

*”Hoitajan lähetehän se, sairaanhoitajalehti tehdään sitten, sehän pitää
tehdä.”*

TAULUKKO 7. Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset hoidon jatkuvuuteen

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
”Kyllä se tieto siirtyy paljon tehokkaammin kuin aikai- semmin”	Tiedonsiirron tehostuminen	Tiedon merkitys hoitotyössä
”Aikaisemmat tiedot pystyy siirtämään ja muokkaamaan tarpeen mukaan”	Tiedon siirto ja muokkaami- nen	Tiedon merkitys hoitotyössä
”No tietysti on, on se sai- raanhoitajalehti, mikä laite- taan jatkohoitopaikkaan, joka aina pitäs tehdä, mutta... onhan se tehty ilman tätä kirjaamistakin.”	Hoitotyön lehti	Hoitotyön osuuden näkymi- nen jatkohoitovaiheessa

7.3 Päätöksenteon prosessimalli

Päätöksenteon prosessimalli (ks. taulukko 8) oli useille haastateltaville tuttu
käsitteenä, mutta haastattelutilanteessa toistettiin vielä siihen kuuluvat osiot.
Haastateltavat kokivat sen näkyvän hoitotyössä ja kirjaamisessa, mutta nosti-

vat esiin tietyt osiot, joiden osuutta pitäisi kehittää prosessimallin mukaisessa kirjaamisessa.

Päätöksenteon prosessimallin näkyminen kirjaamisessa on riippuvainen kirjaajasta. Yleensä kirjataan toteutus ja muut asiat jäävät vähemmälle. Tarpeen määrittäminen, suunnittelu ja toteutus näkyvät eniten, mutta arviointia pitäisi lisätä. Lääketieteellinen diagnoosi korostuu, eikä hoitotyön diagnoosia aina muodosteta.

”Aika hyvin porukka osaa jo suunnitella ja toteuttaa, mutta se arviointi jää sit sinne pimentoon”

”Se (hoitotyön diagnoosi) ei aina näy, koska liian paljon otetaan sieltä lääkärin tekstistä”

TAULUKKO 8. Päätöksenteon prosessimalli

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
”Kyllä se jää aika vähälle huomiolle tai se aika pitkälti riippuu kirjaajasta”	Kirjaajakohtainen prosessimallin huomioiminen	Yksilöllinen kirjaaminen
”Jotkut taas kirjaa hyvin, että siellä näkyy sitä arviointiakin ja muitakin vaiheita”	Kirjaajakohtainen prosessimallin huomioiminen	Päätöksenteon prosessimallin vaiheiden näkyvyys
”Aika hyvin porukkaa osaa jo suunnitella ja toteuttaa, mutta se arviointi jää sinne pimentoon”	Suunnittelun ja toteutuksen näkyvyys	Päätöksenteon prosessimallin vaiheiden näkyminen
”Se (hoitotyön diagnoosi) ei aina näy, koska liian paljon otetaan sieltä lääkärin tekstistä”	Hoitotyön diagnoosin osuus	Lääketieteen diagnoosi korvaa hoitotyön diagnoosin

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Sisällönanalyysin haasteena laadullisessa tutkimuksessa on saada aineisto pelkistettyä niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Luotettavuuskysymykset laadullisessa tutkimuksessa liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun ja analyysiin sekä tulosten esittämiseen. Aineiston analysoinnissa korostuvat tutkijan oivalluskyky, taidot ja arvostukset. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.)

Monissa metodikirjoissa on kannettu huolta kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudesta. Usein kvalitatiivista tutkimusta toteuttaa yksi henkilö, joka saattaa sokeutua omalle tutkimukselleen. Tutkimuskirjallisuudessa varoitetaan niin sanotusta holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmästä. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimusprosessin kuluessa tutkija on vakuuttuneempi johtopäätöstensä oikeellisuudesta, ja että hänen muodostamansa malli kuvaa todellisuutta vaikka niin välttämättä ole. Muun muassa Cuba (1981) ja Lincoln (1985) ovat esittäneet kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä. Edelleen käytetään kvalitatiivisissa tutkimusraporteissa heidän esittämiään luotettavuuden arvioinnin kriteerejä arviointien perustana. Kriteereitä ovat uskottavuus, riippuvuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus. Uskotavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu niin selkeästi että lukija ymmärtää kuinka analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet. Aineiston ja saatujen tulosten suhteen kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys.

Edellytyksenä on, että tutkija kuvaa analyysinsä mahdollisimman tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 159–160.)

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu aineiston laadusta. Jos vain osaa haastateltavista on haastateltu tai jos litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa ja lopussa ei haastatteluaineistoa voida sanoa luotettavaksi. Tallenteiden huono kuuluvuus tai luokittelun sattumanvaraisuus tekevät myös tutkimuksesta epäluotettavan. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 185.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää myös triangulaatiota toimintatapana. Triangulaatiossa vertaillaan esimerkiksi haastatteleamalla saatuja tietoja aikaisempiin tutkimustuloksiin. Näin voidaan vahvistaa saatu käsitys tai tulkinta, jos vertailulla saavutetaan tulosten yhdenmukaisuus. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 189.)

Tutkimuseettisiä periaatteita on noudatettu. Tutkijat pyrkivät säilyttämään haastateltavien anonymiteetin, vaikka haastateltavat itse keskustelivat osallisuudestaan avoimesti. Suostumus tutkimukseen kysyttiin jokaiselta osallistujalta suullisesti ja yksityisesti. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, että toinen tutkijoista on kyseisellä osastolla töissä ja haastateltavat olivat tuttuja. Haastateltavat saattavat pyrkiä vastaamaan kysymyksiin tavalla, mitä olettavat tutkijoiden haluavan kuulla. Heille painotettiin, että kysymyksiin ei voi vastata väärin, vaan tutkimuksen aiheena ovat heidän subjektiiviset kokemuksensa.

8.2 Tutkimuksen tulosten tarkastelua

Rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa helpottaneita asioita vastaajien mielestä olivat koulutus, kollegoiden tuki ja itsenäinen tutustuminen ohjelmistoon. Käyttöönottoa hidasti tai vaikeutti yleinen muutosvastarinta, kiire hoitotyössä, tiedotuksen ja koulutuksen vähäisyys, yhtenäisten ohjeiden ja case-tapausten puuttuminen, koneiden vähäisyys ja käyttövaikeudet. Haastateltavien mielestä käyttöönottoa olisi voitu parantaa lisäämällä koulutusta, tiedotusta ja tukihenkilöitä. Vastaajat toivoivat, että koulutus olisi ollut erityisesti hoitotyöntekijöille suunnattu. Samalla toivottiin yhtenäisiä ohjeita ja case-tapauksia työyhteisön käyttöön. Osa haastateltavista ei ollut käyttöönoton alussa osastolla töissä, vaan he ovat käyneet koulutuksessa myöhemmin tai opiskelleet käyttöä itsenäisesti työn ohessa.

Rakenteisen kirjaamisen vaikutukset jaettiin positiivisiin ja negatiivisiin sekä lisäksi huomioitiin rakenteisen kirjaamisen vaikutukset hoidon laatuun ja jatkuvuuteen. Vastaajien mukaan suurimmat vaikutukset rakenteisella kirjaamisella liittyivät ajankäyttöön. Samankaltaisia tuloksia sai Laine (2008) tutkiesseen hoitohenkilökunnan kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta. Opinnäytesyöhön haastatellut kokivat, että potilastyöhön käytetty aika oli vähentynyt. Tämä tuli ilmi myös aiemmissa Laineen (2008) ja Hartikaisen (2008) tutkimuksissa. Rakenteisen kirjaamisen koettiin selkiyttävän kirjaamista ja tukevan jatkohoitoa sillä edellytyksellä, että hoitosuunnitelmaa arvioitiin ja päivitettiin säännöllisesti. Vastaajien mukaan hoitosuunnitelmissa voi olla vanhoja tietoja, jotka saattavat lisätä hoitovirheiden määrää esimerkiksi lääkitykseen liittyvissä asioissa. Rakenteinen kirjaaminen koettiin kokonaisuutena hyvänä, eikä siitä haluttu enää luopua, kun sen käyttö oli opittu. Tämä tuli selkeästi vasta-

uksista esiin, neljä kuudesta haastateltavasta ei halunnut palata manuaaliseen kirjaamiseen. Rakenteinen kirjaaminen on ollut osastolla käytössä jo vuodesta 2007, mikä varmasti näkyy vastauksissa. Hoidon jatkuvuuteen vaikuttavissa asioissa lähes jokainen haastateltavista mainitsi hoitotyön lehden (sairaanhoitajalehti), joka tehdään hoitotyön näkökulmasta, ja jota on kirjoitettu jo pitkään ennen rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa.

Kirjaaminen ei toteutunut aina päätöksenteon prosessimallin mukaisesti, vaan tietyt osiot korostuivat. Eniten käytettiin tarpeen määrittelyä, hoidon suunnittelua ja toteutusta, mutta hoitotyön diagnoosi ja tulosten arviointi jäi vähemmälle. Päätöksenteon prosessimallin käytön koettiin olevan yksilöllistä eli joidenkin kohdalla kirjaaminen tapahtui kyseisen mallin mukaisesti. Useimpien vastaajien mielestä prosessimallin mukaista kirjaamista tulisi kehittää erityisesti hoidon arvioinnin kohdalta.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Prosessin aikana opinnäytetyön tekijät huomasivat, että rakenteinen kirjaaminen tutkimusaiheena herätti mielipiteitä ja keskustelua. Valtakunnalliset muutokset päivittäiseen hoitotyön kirjaamiseen liittyen tuovat uusia tutkimusaiheita. Nämä muutokset puhuttavat työelämässä ja on hyvä, että ohjelmaa käyttävien mielipide tulee kuuluviin. Hoitotyön kirjaamisella on merkittävä osuus potilaan hoidon ja sen jatkuvuuden turvaajana. Jatkotutkimusaiheena voisi olla kahden osaston käyttöönoton vertailu. Keski-Suomen keskussairaalassa osa yksiköistä otti rakenteisen kirjaamisen käyttöön keuhkosairauksien osastoa myöhemmin. Vaihtelu käyttöajassa vaikuttaa hoitohenkilökunnan kokemuksiin ja mielipiteisiin. Mielipide-eroja löytyy myös yksikkökohtaisesti.

Muutokset kirjaamisessa koskettavat muitakin kuin hoitohenkilökuntaa. Rakenteinen kirjaaminen toteutuu moniammatillisesti, jota voisi hyödyntää jatkotutkimusaiheena. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä myös lääkärit ovat osallistuneet keskusteluun ja ilmaisseet mielipiteensä rakenteisesta kirjaamisesta. Keväällä 2010 kokoontui johtoryhmä keskustelemaan rakenteisen kirjaamisen toteutumisesta ja vaikutuksista sairaanhoitopiirissä.

LÄHTEET

Ala-Hiiri T. & Pitkänen S. 2009. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen kansallinen struktuuri on merkittävin hoitotyön kehittämishanke hoitajan työssä. Sairaalaviesti 9,2,19.

Ensio A. & Saranto K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden ja –taulouden laitos, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uud. painos. Helsinki: Tammi.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen: Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

International Council of Nurses. 2010. Viitattu 6.4.2010.
<http://www.icn.ch/index.html>, International Council of Nurses, News room, Site map, Nursing matters, International Nursing Minimum Data Set.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell.

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

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2009. Viitattu 6.5.2009.
<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=24810&culture=fi-FI&contentlan=1>, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Sairaalat ja yksiköt, Keski-Suomen keskussairaala, Keuhkosairaudet, Osasto 26.

Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden opettajakoulutus.

L 9.2.2007/159. Potilaslaki. <http://www.finlex.fi>. Lainsäädäntö. Ajantasainen lainsäädäntö. 2007.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi>. Lainsäädäntö. Ajantasainen lainsäädäntö. 1992.

Saba, V. K. 2004-2009. Clinical Care Classification System. Viitattu 6.4.2010. <http://www.sabacare.com>, About.

Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja. Toim. Hopia, H. & Koponen, L. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. uud. WSOY Oppimateriaalit.

Stakes. 2007. ISO OID-yksilöintitunnuksen käytön kansalliset periaatteet sosiaali- ja terveysalalla. PDF-tiedosto. Viitattu 6.4.2010.
<http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/3AEC1687-792F-443B-AAAB-0C27D82E4937/9180/OIDopasversio1020070214.pdf>

STM 2001. Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Tanttu, K. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. PDF-tiedosto. Viitattu 6.4.2010. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>, hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Tuomikoski, A-M. 2008. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. Pro gradu – tutkielma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.2005- 31.5.2008. (HoiDok-hanke). Loppuraportti Osa 1. 2008. PDF-tiedosto. Viitattu 6.5.2009. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>, HoiDok-loppuraportti osa 1.

Väänänen, A. 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos.

Wilksman K., Koivukoski S., Knuutila M. & Isotalo T. Sähköinen kirjaaminen tulee. Sairaanhoitaja-lehti 6-7/2007. Viitattu 10.10.2009. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2007/ajankohtaiskirjoitus/sahkoinen_kirjaaminen_tulee/

LIITTEET

LIITE 1: TIETOON PERUSTUVA SUOSTUMUS

Hyvä osallistuja

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Jyväskylän ammatti-
korkeakoulusta. Opinnäytetyönämme haluamme selvittää hoitohenkilökun-
nan kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta Keski-Suomen keskussairaalan
keuhkosairauksien osastolla 26. Tutkimuksen tavoite on selvittää hoitajien
kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta ja sen käyttöönotosta keuhkosairauk-
sien osastolla. Tutkimuksen tarkoituksena on antaa työvälineitä kehittämään
hoidon laatua hoitotyön prosessimallin mukaisesti.

Tutkimus suoritetaan temahaastattelumenetelmällä ja haastattelut nauhoite-
taan. Tutkimusaineisto käsitellään tutkimuseettisesti hyväksyttävällä tavalla.
Ainoastaan tutkijat käsittelevät aineistoa ja se hävitetään huolellisesti ana-
lysoinnin jälkeen. Haastateltavien anonymiteettia kunnioitetaan. Osallistumi-
nen on vapaaehtoista ja haastateltavilla on oikeus vetäytyä tutkimuksesta
missä vaiheessa tahansa.

Ystävällisin terveisin

Annukka Mäkitalo

Taina Tiihonen

LIITE 2: HAASTATELTAVAN TAUSTATIEDOT

Ikä

Ammattiasema

Työkokemus vuosina hoitotyössä

Työkokemus vuosina keuhkosairauksien osastolla 26

LIITE 3 : TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

1. Mitkä asiat ovat mielestäsi helpottaneet rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa?

- Onko jokin erityinen keino ollut sinulle merkittävä rakenteisen kirjaamisen käyttöönotossa?

- Kuinka käyttöönottoa olisi mielestäsi voitu tukea?

2. Mitkä asiat ovat mielestäsi estäneet/hidastaneet rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa?

- Mikä erityisesti?

3. Miten rakenteinen kirjaaminen on mielestäsi vaikuttanut hoidon laatuun?

- Mitä myönteisiä vaikutuksia rakenteisella kirjaamisella on?

- Mitä negatiivisia vaikutuksia sillä on?

- Miten päätöksenteon prosessimalli ja hoidon tarpeen määrittäminen näkyy kirjaamisessa?

4. Miten rakenteinen kirjaaminen on mielestäsi vaikuttanut hoidon jatkuvuuteen?

- Miten arvioisit rakenteisen kirjaamisen vaikutuksia hoidon jatkuvuuteen?