



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

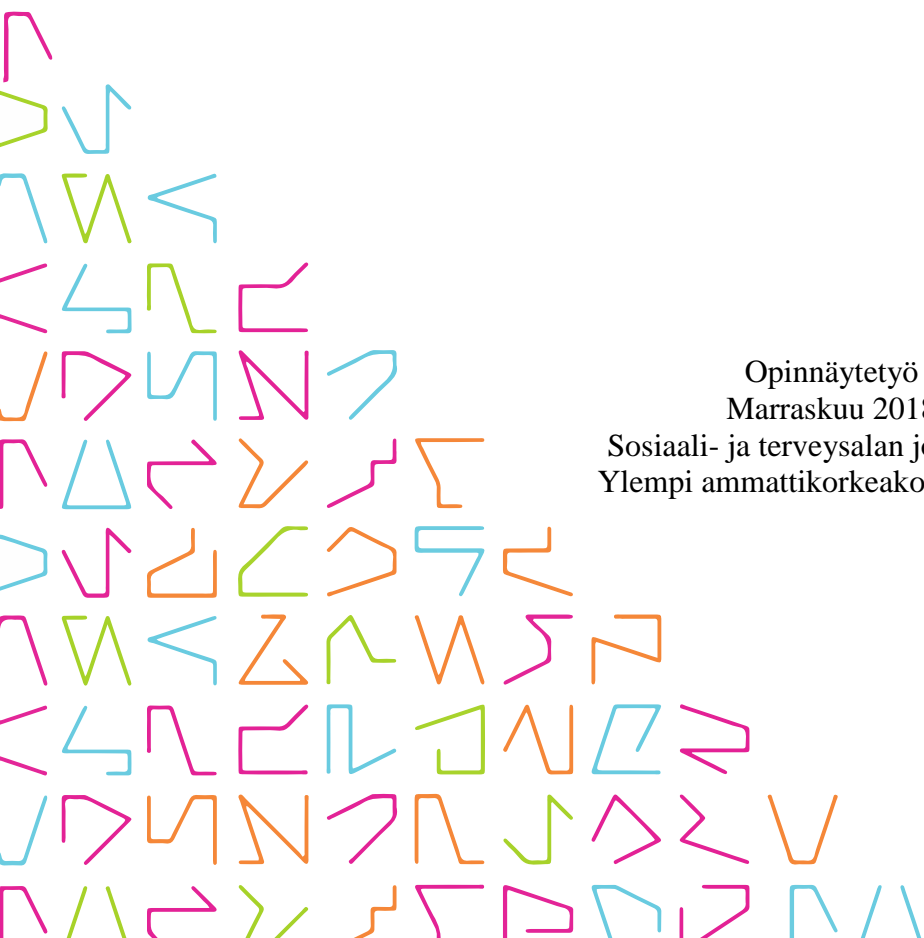
HOITOTYÖN KIRJAAMISEN NYKYTILA, KIR- JAAMISESSA TAPAHTUNEET MUUTOKSET JA MUUTOSJOHTAMINEN HOITOHENKI- LÖSTÖN KOKEMANA

Maarit Holopainen

Tiina Mähäniemi

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

HOLOPAINEN MAARIT & MÄIHÄNIEMI TIINA:

Hoitotyön kirjaamisen nykytila, kirjaamisessa tapahtuneet muutokset ja muutosjohtaminen hoitohenkilöstön kokemana

Opinnäytetyö 99 sivua, joista liitteitä 18 sivua
Marraskuu 2018

Opinnäytetyössä kartoitettiin hoitotyön kirjaamisen nykytilaa, kirjaamisessa tapahtuneita muutoksia sekä esimiesten muutosjohtamistaitoja liittyen hoitotyön kirjaamisen muutoksiin hoitohenkilöstön näkökulmasta. Opinnäytetyön tutkimusongelmia olivat: ”Miten hoitotyön kirjaaminen toteutuu tällä hetkellä?”, ”Miten hoitohenkilöstö kehittäisi hoitotyön kirjaamista?” ”Miten hoitohenkilöstö arvioi hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset?” ja ”Millaisina hoitohenkilöstö arvioi esimiestensä muutosjohtamistaidot hoitotyön kirjaamiseen liittyen?”. Opinnäytetyön tavoitteena oli nostaa esille kehitettäviä asioita hoitotyön kirjaamiskäytäntöihin liittyen. Lisäksi tavoitteena on antaa tietoa esimiehille, kuinka hoitohenkilöstö arvioi tullessa johdetuksi hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneiden muutosten yhteydessä, jotta esimiehet voisivat tulevaisuudessa kehittää omia muutosjohtamistaitojaan. Tavoitteena oli myös kirjaamisen laadun parantamisen kautta hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden paraneminen. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella menetelmällä ja aineisto kerättiin hoitohenkilöstöltä (n=177) sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselyn vastausprosentti oli 31,6 % (n=56).

Tulosten mukaan hoitohenkilöstö näkee sähköisen kirjaamisen olevan nykypäivää. Suurin osa hoitohenkilöstä näkee sähköisen kirjaamistavan mahdollistavan laadukkaan kirjaamisen, siitäkin huolimatta, että potilastietojärjestelmissä koetaan olevan useita kirjaamista hankaloittavia tekijöitä. Hoitohenkilöstö kehittäisi kirjaamista luomalla yhtenäiset toimintatavat ja ohjeet kirjaamiseen, kouluttautumalla lisää ja parantamalla työyksiköidensä kirjaamisolosuhteita. Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneiden muutosten jälkeen kirjaamisen koetaan olevan aiempaa laadukkaampaa ja vievän enemmän aikaa. Esimiehen rooli muutosjohtajana kirjaamisen muutoksissa näyttäytyi suppeana ja osallistuminen käytännön muutostyöhön koettiin vähäiseksi. Parannettavaa esimiehen muutosjohtamisessa nähtiin esimerkiksi muutokseen liittyvän keskustelun ylläpitämisessä työyhteisössä, henkilöstön tukemisessa muutoksessa sekä palautteen antamisessa kirjaamisen toteutumisesta muutoksen jälkeen. Muutostyössä parhaiten esimiehet onnistuivat mahdollistamalla kirjaamiskoulutuksen ja siihen pääsyn.

Kirjaamiseen liittyvien yhtenäisten toimintatapojen kehittäminen ja läpikäyminen esimiehen johdolla on tärkeää. Hoitohenkilöstö tarvitsee kirjaamiseen liittyvää koulutusta erityisesti muutosten yhteydessä ja huomiota tulisi kiinnittää enemmän asiakaslähtöiseen kirjaamiseen. Kirjaamisen ajantasainen toteutus on suotavaa mahdollistaa riittävillä resursseilla työyksiköissä.

Asiasanat: kirjaaminen, hoitotyö, muutos, muutosjohtaminen, kehittäminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Management of Health Care and Social Services

HOLOPAINEN MAARIT & MÄIHÄNIEMI TIINA:

The Current Status of the Nursing Documentation, Changes in it, and Change Management Experienced by Nursing staff

Master's thesis 99 pages, appendices 18 pages
November 2018

The purpose of this study was to chart the current state of the nursing documentation, the changes in the documentation and the management skills of nurse managers in relation to changes in the documentation of nursing. The aim of the study was to develop nursing documentation. In addition, the aim was to provide information to nurse managers on how the nursing staff feels that they have been led to change in the nursing documentation so that managers can develop their own change management skills in the future. The study was quantitative in nature and the data were collected through electronic questionnaires sent to nursing staff (n=177). The response rate was 32,6 % (n=56).

The results showed that nursing staff have adopted e-documentation as a natural way to achieve documentation. Most of the nursing staff sees electronic documentation enabling high quality documentation despite of obstacles in patient information systems. The nurse manager`s role in change of documentation appeared to be limited and change management skills need improvement.

Overall our study suggests that developing and exploring coherent procedures in documentation would be important. Educating for documentation and especially custom-oriented documentation is needed. Resources for documentation in work units should be adequate.

Key words: nursing documentation, development, change, change management

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	8
	2.1. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	8
	2.2. Tammenlehväkeskus Oy	8
3	TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITTEET	10
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	11
	4.1. Kirjallisuuskatsaus	11
	4.2. Muutosten johtaminen terveydenhuollossa	11
	4.3. Hoitotyön kirjaaminen	18
	4.4. Sähköinen kirjaaminen	22
	4.5. Rakenteinen kirjaaminen	24
	4.5.1 Hoitotyön prosessi.....	28
	4.5.2 Hoitotyön suunnitelma	29
	4.5.3 Hoitotyön toteutus ja arviointi	31
	4.5.4 Hoitotyön yhteenveto	32
	4.6. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen.....	34
	4.7 Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset.....	36
	4.8. Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	37
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	38
	5.1. Kvantitatiivinen menetelmä.....	38
	5.2. Kohderyhmä.....	39
	5.3. Aineiston kerääminen	39
	5.4. Aineiston analyysimenetelmä	42
6	TULOKSET	46
	6.1. Vastaajien taustatiedot	46
	6.2 Hoitotyön kirjaamisen nykytila	47
	6.2. Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset.....	56
	6.3. Muutosjohtaminen hoitotyön kirjaamisen muutoksissa	60
	6.4 Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen.....	64
7	POHDINTA.....	66
	7.1. Luotettavuuden tarkastelu.....	66
	7.2. Eettisyyden tarkastelu	68
	7.3. Keskeiset tulokset ja johtopäätökset	70
	7.4. Kehittämisehdotukset.....	75
	LÄHTEET.....	77

LIITTEET	83
Liite 1. Kyselylomake	83
Liite 2. Saatekirje kyselylle	90
Liite 3. Ohje kyselylomakkeeseen vastaamisesta.....	91
Liite 4. Tutkimustaulukko	92

1 JOHDANTO

Työyhteisöt ovat jatkuvassa muutoksessa ja esimiehet ovat sekä muutoksen kohteina, että sen johtajina. Muutosten läpivieminen ei voi onnistua hyvin, jos esimies ei huomioi periaatteita, jotka ohjaavat ihmisten käyttäytymistä. Esimiehen tulee ohjata henkilöstöä sellaisissa tilanteissa, joissa hän ei välttämättä itsekään tiedä, mitä tulevaisuudessa tapahtuu. (Järvinen 2016, 97.) Jotta muutoksia voitaisiin toteuttaa ja potilaan hoito olisi laadukasta, tarvitaan riittävästi johtamis- ja esimiesresursseja. Ilman riittäviä resursseja muutosten toteutuminen vaarantuu ja se puolestaan voi aiheuttaa sosiaali- ja terveystaloudessa tehottomuutta, hoitohenkilöstön tyytymättömyyttä sekä hoitotyön laadun heikkenemistä (Sillanpää 2017).

Viime vuosikymmeninä hoitotyön kirjaamisessa on toteutettu suuria muutoksia. Kirjaamisessa on siirrytty manuaalisesta paperille kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen ja sähköinen kirjaaminen on puolestaan 2000-luvulle tultaessa mahdollistanut rakenteisen kirjaamistavan käyttöönoton. Hoitotyön yksiköissä on tärkeää, että kirjaamisessa tapahtuvia muutoksia ja kirjaamisen kehittämistä johdetaan esimiestyöllä. Esimiehen vastuunottaminen kirjaamisen kehittämisestä, osallistuminen kehittämistyöhön, kirjaamisen vastuuhenkilöiden tukeminen sekä kirjaamismahdollisuuksien luominen ovat erityisen tärkeitä esimiehen tehtäviä. Esimiehen tulisi antaa kirjaamisen kehittymiseen liittyvää palautetta hoitohenkilöstölle ja seurata kirjaamiskäytänteiden kehittymistä sekä ylläpitää keskustelua kirjaamiseen liittyvistä asioista. (Salmela, Ritvanen & Ylönen 2011, 19.)

Terveydenhuollon toiminnan on oltava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa perustuttava. Toiminnan on oltava myös laadukasta, turvallista sekä toteutettu asianmukaisesti. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Lainsäädännön mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kirjata potilasasiakirjoihin tiedot, jotka ovat tarpeellisia potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; STM 2001, 10). Sähköinen kirjaaminen muun muassa yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä, mahdollistaa vertaiskeskustelut ja helpottaa siirtymistä yksiköstä toiseen sekä tukee hoidon jatkuvuutta (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 314).

Suomessa on eri kehittämisprojektien tuloksena muodostettu hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli, jossa kirjataan sähköisesti hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaisesti ja Finnish Care Classification eli FinCC-luokituskokonaisuutta käyttäen (Nykänen & Junttila 2012, 4). Rakenteisen kirjaamisen toteuttaminen on moniammatillista ja rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaisesti tiedot ovat pääosin yhteneviä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä kuin myös julkisilla ja yksityisillä terveydenhuollon toimijoilla. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 5.)

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena kartoittaa hoitotyön kirjaamisen nykytilaa, kirjaamisessa tapahtuneita muutoksia sekä esimiesten muutosjohtamistaitoja liittyen hoitotyön kirjaamisen muutoksiin hoitohenkilöstön näkökulmasta. Opinnäytetyö toteutettiin kahdessa eri organisaatiossa, Tammenlehväkeskus Oy:ssä ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Aiheen tutkimukselle oli tarvetta kyseisissä organisaatioissa. Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista menetelmää ja aineisto kerättiin strukturoidulla sähköisellä kyselylomakkeella.

Hoitotyön kirjaamisessa on tapahtunut paljon muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana, kuten edelläkin on kuvattu. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuitenkin jatkuvassa murroksessa, joten jonkinlaisia muutoksia hoitotyön kirjaamiseen on oletettavasti jatkosakin tulossa. Tämän vuoksi onkin tärkeää tutkia esimiehen muutosjohtamistaitoja hoitohenkilöstön näkökulmasta, jotta toimintaa voidaan tarvittaessa kehittää kohdattaessa seuraava muutos. Tämän vuoksi tähän opinnäytetyöhön valittiin muutosjohtamisen näkökulma. Hoitotyön kirjaamisen ja siihen liittyvien käytänteiden tutkiminen on tärkeää, sillä kirjaaminen on oleellinen ja tärkeä osa hoitotyön toteuttamista.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

2.1. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on 23 jäsenkunnan omistama kuntayhtymä, joka tuottaa vaativan erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluja. Palvelut toteutetaan viidessä eri sairaalassa Pirkanmaan alueella. Potilaita sairaanhoitopiiriin hakeutuu myös eri puolilta Suomea ja Tampereen yliopistollinen sairaala tuottaa palveluita lisäksi erityisvastuualueensa eli Kanta-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiireille. Kaiken kaikkiaan palveluja tuotetaan 900 000 suomalaiselle. Sairaaloiden vuodeosastoilla hoidetaan vuosittain noin 75 000 ja poliklinikoilla noin 370 000 potilasta. Sairanhoitopiirin sairaaloiden vuodeosastoilla on potilaspaikkoja yhteensä 1142 ja työntekijöitä on noin 7000. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018.)

Tähän tutkimukseen osallistui Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä neljä eri vuodeosastoa, joissa on käytössä potilastietojärjestelmänä Uranus. Viimeisin merkittävä hoitotyön kirjaamiseen vaikuttava muutos tapahtui vuonna 2017, kun käyttöön otettiin uusi potilastietojärjestelmäversio, jonka myötä kirjaamisessa siirryttiin hoitotyön prosessimallin mukaiseen kirjaamiseen ja käyttöön otettiin rakenteiset otsikoinnit. Otsikoina alettiin käyttää FinnCC-luokitusjärjestelmän seitsemäätoista komponenttia sekä lisäksi yhtä muuta otsikkoa (ohjaus) (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017.) Uusi potilastietojärjestelmäversio otettiin eri toimialueilla porrastetusti käyttöön vuoden 2017 aikana.

2.2. Tammenlehväkeskus Oy

Tammenlehväsäätiön (aikaisemmalta nimeltään Veljeskoti- ja Tammenlehväsäätiö) Veljeskoti on perustettu 8.12.1988. Säätiön toiminta yhtiöitettiin osakeyhtiöksi vuonna 2007 ja samalla nimi muuttui Tammenlehväkeskus Oy:ksi. Säätiö ylläpitää edelleen rakennuksia. (Nevala-Nurmi 2013, 83-84.) Tammenlehväkeskus Oy toimii Tampereella. Tammenlehväsäätiökonserni on osa Tampereen kaupunkikonsernia ja yksi kaupungin tytäryhtiöistä. Tammenlehväkeskus Oy:ssä tuotetaan ja kehitetään sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluja. Erityisesti keskitytään neurologisten, ortopedisten, ikääntyvien ja muistisairaiden kuntou-

tukseen sekä hoitoon. Palveluina tarjotaan lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapia-, toimintaterapia-, neuropsykologi- ja puheterapiapalveluja sekä avokuntoutusta ja tuettua kotona kuntoutumista. Asiakkaita ovat sotainvalidit, heidän puolisonsa sekä lesket ja muut sotiemme veteraanit sekä yhä enemmän myös muut sosiaali- ja terveystalveluja tarvitsevat. Työntekijöitä on noin 260 henkilöä. (Tammenlehväkeskus; Tammenlehväkeskuksen vuosikertomus 2017, 4, 8, 12, 20.)

Tammenlehväkeskus Oy:ssä on käytössä Pegasos -potilastietojärjestelmä. Viimeisin kirjaamisessa tapahtunut muutos on potilastietojärjestelmän version päivittyminen, minkä yhteydessä potilastietojärjestelmässä tuli rakenteisen kirjaamisen otsikoihin muutoksia ja osa käytetyistä otsikoista poistui kokonaan. Tällöin sovittiin yhteisesti, mitkä otsikot otetaan niiden tilalle käyttöön, jotta kirjaaminen olisi yhtenäisempää. Kirjaamisen työryhmä eli Pegasos-työryhmä kokoontuu säännöllisesti kirjaamisen kehittämiseksi Tammenlehväkeskus Oy:ssä.

3 TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitotyön kirjaamisen nykytilaa, kirjaamisessa tapahtuneita muutoksia sekä esimiesten muutosjohtamistaitoja liittyen hoitotyön kirjaamisen muutoksiin hoitohenkilöstön näkökulmasta. Hoitohenkilöstöllä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä perushoitajia, lähihoitajia ja sairaanhoitajia.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat:

1. Miten hoitotyön kirjaaminen toteutuu tällä hetkellä?
2. Miten hoitohenkilöstö kehittäisi hoitotyön kirjaamista?
3. Miten hoitohenkilöstö arvioi hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset?
4. Millaisina hoitohenkilöstö arvioi esimiestensä muutosjohtamistaidot hoitotyön kirjaamiseen liittyen?

Opinnäytetyön tavoitteena on nostaa esille kehitettäviä asioita hoitotyön kirjaamiskäytäntöihin liittyen. Lisäksi tavoitteena on kirjaamiskäytänteiden ja kirjaamisen laadun parantamisen kautta hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden paraneminen. Tavoitteena on myös antaa tietoa esimiehille, kuinka hoitohenkilöstö arvioi tullessa johdetuksi hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneiden muutosten yhteydessä, jotta esimiehet voisivat edelleen kehittää omia muutosjohtamistaitojaan ja tulevaisuudessa johtaa muutostilanteita osavasti.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisina lähtökohtina on muutosten johtaminen terveydenhuollossa, hoitotyön kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön kirjaamisen kehittäminen ja kirjaamisessa tapahtuneet muutokset.

4.1. Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla etsittiin tutkimuksia, joita voisi hyödyntää opinnäytetyössä. Kirjallisuuskatsaus tehtiin aiheesta muutosjohtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Kirjallisuushaku toteutettiin viidessä tietokannassa: kotimaisissa Medic- ja Arto-tietokannoissa sekä kansainvälisissä Academic Search Premiere-, Cinahl- ja Medline-tietokannoissa. Kotimaisissa tietokannoissa käytettiin hakusanoina muuto* tai muutosjohta* JA sosiaaliala* TAI terveysala* TAI sosiaalihuol* TAI terveydenhuol* TAI osastonhoitaj*. Kansainvälisissä tietokannoissa käytettiin hakusanoja change management OR leading change AND social care OR ward nurse OR health care OR nurse management OR nurse manager OR head nurse. Kirjallisuuskatsaukseen löytyi hauilla viisi tutkimusta. Tässä työssä tuodaan esille kirjallisuuskatsauksen tuloksista yleisesti muutosjohtamista sekä henkilöstön kokemuksia muutosjohtamisesta. Muut opinnäytetyössä käytetyt lähteet on löydetty manuaalihakulla.

4.2. Muutosten johtaminen terveydenhuollossa

Muutosten johtamisella (change management) tarkoitetaan muutostoimenpiteiden käynnistämistä, valvomista ja seuranta. Yksilöiden suhtautumista muutokseen voidaan kuvata 20-60-20-säännöllä. Tällä tarkoitetaan sitä, että 20% suhtautuu jyrkän kriittisesti muutokseen, 60% on odottavaisia ja 20% kannattaa muutosta täysin. Usein muutostyössä käytetään liikaa energiaa kriittisesti suhtautuvien pään kääntämiseen, mutta se harvoin tuottaa tulosta. Parempi olisikin tuoda esille muutokseen myönteisesti suhtautuvat ja huolehtia, että he tukevat muutoksia julkisesti ja selvästi. (Karlöf & Lövingsson 2009, 149, 151.) Hyvään ja tehokkaaseen muutosjohtamiseen liitetään seuraavat tekijät: kommuni-

kointi, ihmisten johtaminen (leadership), motivointi, toimiminen positiivisena roolimalina, ongelmien ratkaisu ja päätösten teko (Moen & Core 2012, 254). Puseniuksen (2015) tutkimuksessa nousi esiin, että henkilöstö toivoi työmuutoksessa organisaation johtajilta muutosten kokonaisvaltaista hallintaa, ja ylemmältä johdolta vastuunottoa ja tuen antoa sekä johtamisen hierarkisuuden purkamista. Lisäksi henkilöstö kaipasi johtajilta laadukkaampaa viestintää ja vuorovaikutusta sekä tunteiden käsittelytaitoja. (Pusenius 2015, 31.)

Muutokseen suhtautuminen

Henkilöstö suhtautuu pääasiassa myönteisesti muutokseen (Nyberg, Perttula, Rannisto & Stenvall 2014, 423). Tällöin voidaan puhua muutosmyönteisyydestä, jolla tarkoitetaan yksilön myönteistä suhtautumista muutokseen. Muutosmyönteisyyttä edistäviä tekijöitä on havaittu olevan johtaminen, johdon muutosviestintä sekä työntekijän asenne ja osallistuminen. Muutosmyönteisyyttä heikentäväksi tekijäksi on todettu johtajien tiedon vähäisyys. (Pusenius 2015, 6, 31.) Useimmiten henkilöstö haluaa kehittää omaa työtään ja omasta halusta tapahtuneet muutokset koetaan palkitsevina. Organisaation tarpeista lähtevät muutokset puolestaan koetaan usein kielteisinä. (Nyberg ym. 2014, 423.) Henkilöstön kokemus saattaa olla se, että muutos on syntynyt ylemmän johdon sanelupolitiikalla, jolloin henkilöstö ei pysty oikeastaan vaikuttamaan muutokseen (Savolainen, Lammintakanen, Kivinen & Sarkkinen 2011, 14).

Muutostilanteissa tyytymättömyys ja vastustus muutosta kohtaan liittyvät muutoksenjohtamisen tapaan sekä henkilöstön kykyyn ymmärtää muutoksen tarve ja päämäärä. Muutosjohtamisessa tulee huomioida kriittiset tekijät, eli ne, jotka vaikuttavat muutoksen onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Näitä ovat esimerkiksi työyhteisön osallisuus ja henkilöstön kognitiivisen tyylin huomioiva johtaminen sekä jaettu visio, joka mahdollistaa yhteisen ymmärryksen muutoksen tarpeesta ja päämäärästä. (Nyberg ym. 2014, 423.) Muutostilanteessa on tärkeää myönteisen vision esittäminen tulevaisuudesta muutosten jälkeen, sillä tuntemattoman pelko on muutosten suurin este. (Karlöf & Lövingsson 2009, 151.)

Muutoksen vastustaminen voi olla näkyvää, jolloin siitä puhutaan avoimesti työyhteisössä, mutta se voi olla myös piilevää, jolloin esiintyy puhumista selän takana ja epämääräisen tiedon levittämistä (Haataja, Tiirinki, Suhonen & Paasivaara 2012, 222). Muutosvastaisuutta ilmenee usein myös silloin, kun henkilöstö ei luota muutoksen toteuttajiin ja

yrityksen johtoon. Tärkeää on, että yrityksen johto osoittaa henkilöstölle, että heihin luotetaan. Luottamusta voidaan osoittaa esimerkiksi kuuntelemalla henkilöstöä ja ottamalla heidät mukaan muutosprosessiin. On tärkeää, että organisaatiossa ymmärretään muutostarve ja osallistutaan muutoksiin. (Karlöf & Lövingsson 2009, 150.) Lisäksi esimiehen nopea reagoiminen ristiriitatilanteissa nähdään vähentävän muutosvastaisuutta (Haataja ym. 2012, 222).

Muutos voidaan kokea myös ulkoapäin tulleet uhkana; se saattaa tapahtua liian nopeasti, eikä henkilöstölle synny selkeää kuvaa muutoksen tarpeellisuudesta. Henkilöstö saattaa suhtautua muutoksen johtamiseen kriittisesti ja johto sekä esimiehet saatetaan kokea etäisinä ja tavoittamattomina. Henkilöstö saattaa nähdä esimiesroolin epäselvänä ja myös luottamuspulla voi heikentää muutosjohtamisen toteuttamista. (Savolainen ym. 2011, 14.) Luottamuspullaa voi aiheuttaa muun muassa toiminnan epäjohton mukaisuus ja lupauksen pettäminen sekä erityisesti kokemukset epäoikeudenmukaisesta kohtelusta. (Nyberg ym. 2014, 420-421.) Henkilöstön luottamuksen saamisen edellytyksenä pidetään vahvaa muutosjohtamista (Haataja ym. 2012, 227).

Muutosvastarinta koetaan yhdeksi suurimmista muutoksen epäonnistumiseen vaikuttavista syistä, mutta oleellisempaa on kuitenkin se, miten työntekijä kokee muutoksen mielekkyyden ja toteuttamisen. Henkilöstön kokemuksia muutosjohtamisesta leimaa kokemus siitä, että turvallinen ja osallistava johtaminen on riittämätöntä. Muutoksia koetaan johdettavan usein myös autoritäärisesti, eikä henkilöstö pääse mukaan muutoksen valmisteluun. (Nyberg ym. 2014, 423.)

Viestintä muutostilanteessa

Tärkein muutosjohtamisen taito on kommunikointi (Moen & Core 2012, 255). Muutostarpeesta onkin siis hyvä viestiä selkeästi. Muutostilanteessa on tärkeää laatia selkeä muutossuunnitelma ja sitä täydentämään viestintäsuunnitelma. (Karlöf & Lövingsson 2009, 151.) Toiminnan tarkoituksen ollessa henkilöstölle, esimiehelle tai molemmille epäselvä, puuttuu muutokselta suunta. Tällaisessa tilanteessa muutoksia on käytännössä lähes mahdotonta toteuttaa, jos eri tahot pyrkivät eriäviin ja keskenään ristiriitaisiin tavoitteisiin toiminnassaan. (Nyberg ym. 2014, 424.)

Merkittäväksi taidoksi esimiehen työssä on havaittu tehokas ja vaikuttava kommunikointi. Muutostilanteessa kommunikointiin eli muutosviestintään liittyen tärkeintä on selittää, miksi muutos on tarpeellista tehdä ja esitellä myös muutokseen liittyviä hyötyjä. (Moen & Core 2012, 255.) Muutoksen tarpeen ja tavoitteiden perusteleva on tärkeää, jotta työyhteisössä muutosta kohtaan heränneet epäilyt voitaisiin kääntää positiivisiksi. Tiedon välityksen ja vuorovaikutuksen nähdään olevan erittäin tärkeää muutosprosessin onnistumiseksi. (Haataja ym. 2012, 223.)

Muutoksen onnistumisen ja toteutuksen kannalta tärkeää on käyttää erilaisia havainnointitapoja huomioivaa vuorovaikutusta sekä aikataulutusta. (Nyberg ym. 2014, 424). Muutosviestinnän onnistumiseen vaikuttaa myös esimerkiksi työhön liittyvän käytännön ohjeistuksen ja tiedotuksen toimiminen (Savolainen ym. 2011, 14). Jos henkilöstön ja esimiesten havainnointitavat eroavat toisistaan sen voidaan tulkita hankaloittavan muutosviestintää. Esimies voi kuvata tulevaisuuden tavoitetilaa siten, ettei työntekijä kykene sitä hahmottamaan samanaikaisesti tunnereaktioiden vaikuttaessa häneen. Esimiehen ja työntekijän havainnointitavan erilaisuus onkin haaste, joka on tärkeää huomioida muutostilanteisiin liittyen. (Nyberg ym. 2014, 423.)

Muutosviestinnässä käytetään yleensä useita eri viestintäkanavia tiedon välittämiseen. Tiedotuksen määrä ja laatu vaikuttavat henkilökunnan muutokseen suhtautumisessa. Tiedottamisen järjestyttäminen ja merkityksellisistä asioista tiedottaminen on oleellista, mutta myös henkilöstöllä nähdään olevan vastuu etsiä tietoa muutokseen liittyen. Tiedottaminen ja tiedon saanti muutokseen liittyen koetaan usein riittämättömäksi. (Haataja ym. 2012, 223-224.) Henkilöstö kaipaa muutoksessa esimieheltä myönteistä vuorovaikutusta ja palautetta tekemästään työstä (Savolainen ym. 2011, 17).

Henkilöstön osallistaminen muutokseen

Henkilöstön osallistaminen on yksi tärkeimmistä muutosjohtamisen taidoista (Moen & Core 2012, 255; Nyberg 2014, 423). Henkilöstön muutokseen osallistuminen on oleellista, sillä henkilöstö pitää merkityksellisenä sitä, että he kokevat vaikuttavansa asioihin ja että heitä kuunnellaan. Osallisuus myös parantaa henkilöstön motivoitumista sekä muutokseen sitoutumista. (Haataja ym. 2012, 225.)

Esimiehen tulee tunnistaa omat ja henkilöstönsä tunteet sekä mahdollinen muutosvastaisuus, jotta hän voi ryhtyä sopiviin muutostoimenpiteisiin ja keskittyä myös muutoksen

inhimillisiin vaikutuksiin. Tämä mahdollistaa myös henkilöstön osallistamisen muutokseen. (Moen & Core 2012, 256.) Esimies voi henkilöstön osallisuutta lisätäkseen toteuttaa konkreettisia toimia, joita ovat esimerkiksi vastuun antaminen henkilöstölle sekä henkilöstön työtehtävien laajentaminen (Vuorinen 2008, 84). Henkilöstön valtuuttaminen vie mään uusia asioita eteenpäin työssään sitouttaa heitä muutokseen. Esimiehet halusivat palkita henkilöstöään muutosprosessin eteenpäin viemisestä, mutta palkitsemiskeinot nähdään rajallisina. (Haataja ym. 2012, 224, 226.)

Ymmärrys toiminnan tavoitteista ja päämäärästä on yhteydessä muutoksen mielekkyyteen ja siten myös henkilöstön motivaatioon. Henkilöstön osallistamisen kautta on mahdollista luoda muutosta ohjaava jaettu visio, saada aikaan henkilöstölle kokemus hallinnan tunteesta ja lisätä myös heidän motivaatiotaan muutoksen toteuttamiseksi. Tällä tavoin voidaan hyödyntää henkilöstön osaaminen ja löytää ratkaisuja muutokseen liittyviin käytännön ongelmiin. (Nyberg ym. 2014, 423-424.) Vuorisen (2008, 95) väitöskirjassa ilmenee, että osastonhoitajat pyrkivät rohkaisemaan henkilöstöä hyväksyen, ja innostavat myös yhteiseen visioon konkreettisten ja mitattavien tavoitteiden asettamisen ja arvioimisen avulla. Henkilöstön osallisuudella muutoksissa on erityisen suuri merkitys traumakokemusten ja työuupumuksen ennaltaehkäisyssä (Nyberg ym. 2014, 423).

Henkilöstön näkemyksiä johdon ja esimiehen roolista muutostilanteissa

Muutoksia toimeenpantaessa korostuu selkeä johdon rooli. Tämä ilmenee muutoksen johdonmukaisena etenemisenä ja asioiden hoitamisena hyvin (Savolainen ym. 2011, 14). Esimiesten tehtävänä on valmistaa henkilöstöään muutokseen, rohkaista osallistumaan, tunnistaa ja palkita positiiviset teot, ymmärtää ja ennakoida muutoksen pelkoa sekä antaa aikaa päästää irti vanhasta (Moen & Core 2012, 256). Esimiehet voivat motivoida henkilöstöään muutokseen tukemalla heitä ymmärtämään muutoksen tarpeellisuus ja sen tuomat edut (Karlöf & Lövingsson 2009, 150; Moen & Core 2012, 256).

Se, että esimies itse ymmärtää muutoksen ja omaksuu sen, on yksi muutosjohtamisen onnistumisen edellytys. Jos esimies suhtautuu kriittisesti muutokseen, näkyy se herkästi henkilöstölle, joten oman toiminnan tutkiminen muutosprosessin aikana koetaan tärkeäksi. Muutosprosessin aikana on tärkeää käydä läpi henkilöstön kanssa muutoksen vaikutuksia. Jos muutokset vaikuttavat henkilöstön työtehtäviin, on esimiehen tarpeen arvioida henkilöstönsä osaaminen ja tarve lisäkoulutukselle. (Haataja ym. 2012, 225.)

Esimiesten tulee muutosjohtamisessa huomioida työntekijä-, organisaatio- ja potilaslähtöiset tekijät. Työntekijälähtöisesti toimiessaan esimies huomioi työntekijän yksilöllisyyden ja mahdollistaa henkilöstönsä työn organisoinnin esimerkiksi työvuoro- tai vuosilomasuunnittelun avulla. Organisaatiolähtöisesti vaikuttaviin tekijöihin, kuten potilasmääriin, esimies pystyy vaikuttamaan vain melko vähän. Potilaslähtöisen toiminnan myötä esimies voi puolestaan parantaa henkilöstönsä ammatillista osaamista eri potilasryhmien hoidossa ja siten lisätä henkilöstön ammatillista valinnanvapautta. (Vuorinen 2008, 86.)

Esimiesten muutosjohtamisessa tärkeää on jatkuvuus ja valmentajuus. Jatkuvuus ilmenee myönteisenä ja harkittuna asenteena uudistuksia kohtaan, eri ikäisten työntekijöiden osaamisen hyödyntämisenä sekä yhteistyön edistämisenä. Valmentajuus taas näkyy siten, että esimies pyrkii häivyttämään negatiivisuutta työyhteisöstä ja osoittaa luottamusta henkilöstön itseohjautuvuutta kohtaan sekä heidän kykyynsä suoriutua tehtävistään. (Vuorinen 2008, 87.)

Vuorisen (2008) väitöskirjan tuloksista voidaan todeta myös, että Suomessa yliopistosairaaloiden osastonhoitajien muutosjohtaminen on harkitsevaa, konkreettista sekä maltillista ja se myös painottuu perustehtävän suorittamisen turvaamiseen. Osastonhoitajat valtuuttavat muut toimimaan harkitsevasti ja realistisesti sekä näyttävät toiminnalle suuntaa osallistumalla ja olemalla tavoitettavissa sekä edistäen työn tekemistä ja yhteistoimintaa. (Vuorinen 2008, 94-95.)

Esimiehet käyttävät monia erilaisia johtamisen keinoja, jotta he voivat toteuttaa muutosta onnistuneesti. Esimiesten muutosjohtaminen ei ole näyttöön tai tieteelliseen muutosjohtamisen malliin tai lähestymistapaan perustuvaa, vaan monet esimiehet johtavat muutosta intuitioonsa tai aiempiin kokemuksiinsa pohjautuen. Esimiehet oppivat muutosjohtamisen taitoja positiivisten ja negatiivisten roolimallien kautta, sekä ottamalla mallia siitä, kuinka he ovat muiden nähneet johtavan muutoksia. Itsereflektointi on esimiesten oppimisessa tärkeää; sen avulla he voivat oppia omista virheistään ja tutkia muutosprosessia tarkemmin. (Moen & Core 2012, 254-255.) Muutosjohtajana esimieheltä vaaditaan kykyä nähdä ja pohtia laajemmin muutokseen liittyviä tekijöitä sekä tunnistaa tekijöitä, jotka ovat muutosta edistäviä (Haataja ym. 2012, 228).

Esimiehet saattavat kokea muutoksen läpiviennin haasteellisena ja raskaana työtehtävänä. Muutosprosesseja viedään eteenpäin usein muun työn ohessa, eikä muutostyölle anneta

lisäresursseja muusta toiminnasta. Esimiehet kokevat vertaistuen ja lisäkoulutuksen olevan tarpeen muutoksien johtamiseen. (Haataja ym. 2012, 221-222.) Esimiesten kehittymistä muutosjohtamisen noviiisista asiantuntijaksi näyttää heikentävän heikohko teoreettinen tietopohja muutosjohtamisesta sekä vajavaiset kokemukset käytännön muutosjohtamisesta (Moen & Core 2012, 256, 258).

Henkilöstölle muutoksen johtaminen voi näyttäytyä lähinnä vain rakenteisiin keskittymisenä, ylhäältä annettuina määräyksinä ja esimiestuen puutteena. Henkilöstö saattaa kokea, että johtamisesta puuttuu selkeä esimiesten työnjako ja toimintamallit, mikä tekee johtamisesta hajautunutta. Johtamistoiminta voi näyttää henkilöstöstä myös organisoitumattomalta, ja että siitä puuttuu yhteiset strategiset tavoitteet sekä päämäärä, jolloin asiat jäävät epäselviksi ja keskeneräisiksi. (Savolainen ym. 2011, 14.)

Muutoksissa esimiestuen tärkeys korostuu lähijohdon läheisyytenä, keskusteluyhteytenä ja tehtäviin liittyvänä ammatillisen tuen saantina. Lähiesimieheltä kaivataan tukea, henkilökohtaista keskusteluyhteyttä ja jalkautumista henkilöstön pariin. Henkilöstö kaipaa esimieheltään myös muutosjohtamiseen vahvaa otetta ja toiminnan koordinoitua. Henkilöstö saattaa kokea, että esimieheltä puuttuu toiminnan vaatima jäämäkkyys. Tämä puolestaan johtaa siihen, että käytännön johtaminen siirtyy henkilöstölle, mikä voi ilmetä sovituisista menettelytavoista poikkeamisena ja paluuna vanhoihin toimintamalleihin. (Savolainen ym. 2011, 16-17.)

Henkilöstön esille tuomia ongelmia muutoksen johtamiseen liittyen ovat eritahtisuus, tiedon saannin puutteellisuus, vuorovaikutuksen vaikeudet sekä luottamuspula ja toiminnan tarkoituksen hämärtyminen (Nyberg ym. 2014, 423). Henkilöstöllä on usein halu avoimeen keskusteluun, sillä sen puute vaikuttaa osaltaan tietämättömyyteen johdon tekemistä päätöksistä ja hankaloittaa käytännön ongelmien ratkaisua (Savolainen ym. 2011, 16-17).

Esimiestuen, kuten kehityskeskusteluiden ja yhteisten tapaamisten, puute voi aiheuttaa toiminnan kaoottisuutta ja henkilöstön jaksamisvaikeuksia. Muutostilanteissa henkilöstön jaksamiseen tulee panostaa. (Savolainen ym. 2011, 17.) Muutoksiin liittyvä hallinnan tunteen menettäminen, epäoikeudenmukainen kohtelu, arvostiriidat ja vaikeus huolehtia omasta jaksamisestaan nähdään henkilöstön uupumusta selittävinä tekijöinä. (Nyberg ym. 2014, 423.)

Muutosten myllertäessä organisaatiossa, havaittiin asajohtamisen puute; asioita ei priorisoida ja kehittämisalueiden koettiin jäävän johdon silmissä toisarvoisiksi. Resursoinnin ja hallinnan puute puolestaan näkyivät talouden hallinnassa, ja sillä oli vaikutusta sijaisten saamiseksi koulutuksien ajaksi tai muuten tarvittavan henkilöstön resursointiin. Työyhteisön huonon asenneilmaston koettiin vaikeuttavan ja estävän kehittämistä. Epäluuloisuuden kierre ja sen myötä muodostuva ilmapiiri eivät luo kehittävälle työotteelle ja osaamisen jakamiselle edellytyksiä. (Rajalahti, Kallioinen & Saranto 2014, 194.) Henkilöstön mielestä muutosjohtajaihanteita ovat sellaiset esimiehet, jotka osaavat käsitellä avoimesti muutokseen liittyviä asioita yhdessä työyhteisön kanssa. Henkilöstön odotukset esimiestyötä kohtaan korostavat esimiesroolin merkitystä, toiminnan kokonaishallintaa ja ajankäyttöä henkilöstöjohtamiseen. (Savolainen ym. 2011, 17.)

Muutosprosessin aikana esimiehen kannattaa tarkkailla työyhteisöstä nousevia vihjeitä, jotka voivat viestiä muutosprosessin onnistumisesta. Niitä voivat olla esimerkiksi henkilöstön käyttäytyminen, sairauspoissaolot tai työhyvinvointibarometrit. Käytöksessä esiintyvä tyytyväisyys viittaa useimmiten onnistuneeseen muutosprosessiin ja lisääntyneet sairauspoissaolot puolestaan voivat kieliä tyytymättömyydestä muutosta kohtaan. Työhyvinvointibarometrit taas kertovat henkilöstön tilasta muutosprosessin aikana. Muutosprosessista kerätyn palautteen avulla on mahdollista kehittää toimintaa. (Haataja ym. 2012, 224, 226.)

4.3. Hoitotyön kirjaaminen

Kirjaaminen on yksi keskeinen työtehtävä hoitotyössä ja sitä ohjaavat lait ja erilaiset ohjeistukset (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 72). Potilaan hoidon kannalta kirjaamisen merkitys on oleellinen ja sen avulla luodaan edellytykset hoidon etenemiselle sekä turvataan hoidon jatkuvuus (Nissilä 2005, 56; Lundgrén-Laine, Salanterä & Haapalainen-Suomi 2007, 7). Hoitotyössä kirjataan olennaiset potilaan hoitoon liittyvät tiedot ja päätökset (Iivanainen & Syväoja 2011, 651).

Hoitotyön kirjaamiseen liittyvät lait, asetukset ja ohjeistukset

Kirjausten tulee olla kirjoitettu asiatyylillä (Hallila 2005a, 29). Kirjaamisen tulee myös olla selkeää ja siinä tulee käyttää kieltä sekä sanoja, joiden merkitys on kaikille selvä

(STM 2001, 15; Hallila 2005a, 34; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298; Laaksonen ym. 2011, 52). Käytettävien käsitteiden ja lyhenteiden tulee olla yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä (STM 2001, 15; Hallila 2005a, 34; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298). Potilasasiakirjojen tulee olla kieleltään potilaan ja hänen edustajansa ymmärrettävissä, koska potilaalla on oikeus pyytää asiakirjat itselleen (Niemi ym. 2006, 314; Laaksonen ym. 2011, 52). Kirjaamisen tulee olla päivittäistoimien kannalta ennemmin arvioivaa kuin toteavaa (Hallila 2005a, 34).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) velvoittaa, että osastohoidossa olevasta potilaasta tehdään potilaskertomukseen riittävän usein merkinnät hänelle tehdyistä tutkimuksista ja annetusta hoidosta sekä hänen tilansa mahdollisista muutoksista. Lisäksi päivittäin osana potilaskertomusta tulee tehdä merkinnät potilaan tilaan liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja muista vastaavista seikoista. Jokaisesta osasto- tai laitushoitajaksosta tulee laatia hoidon loppulausunto. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.) Potilasasiakirjojen tehtävä on tukea potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaa sekä edistää hoidon jatkuvuutta (STM 2001, 10; Niemi ym. 2006, 314). Potilasasiakirjojen tehtävä on palvella myös potilaan neuvonnassa (Niemi ym. 2006, 314). Edellä mainittujen asioiden vuoksi potilasasiakirjoihin tuleekin merkitä tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot (STM 2001, 10, 15; Hallila 2005a, 33; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298; Virkkunen ym. 2015, 26).

Potilasasiakirjoihin merkittävät tiedot ja niiden laajuus, tarkkuus ja yksityiskohtaisuus voivat vaihdella tilanteen mukaisesti; esimerkiksi mitä vaikeampi ja kriittisempi potilaan tilanne on tai mitä merkittävämmästä hoitopäätöksestä on kyse, sitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin tiedot tulee kirjata. Asianmukaisesti laaditut potilasasiakirjat ovat myös tärkeitä potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan kannalta sekä myös henkilökunnan oikeusturvan toteuttamisessa. (STM 2001, 10, 15.) Kirjaamisen tulee tapahtua oikeaan aikaan, olla riittävää, virheetöntä ja huolellista, jolloin se lisää myös potilasturvallisuutta sekä edistää luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä. (Salo 2005, 111; Niemi ym. 2006, 314). Terveystieteiden toimintayksiköiden tulee säilyttää potilasasiakirjat potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen, hoitoon liittyvien mahdollisten korvausvaatimusten sekä tieteellisen tutkimuksen vaatima aika (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Potilaan hoidossa tarvittavien tietojen selkeä kirjaaminen on tärkeää, sillä sen avulla pyritään varmistamaan hyvä tiedonkulku mikä onkin hoidon yksi perustekijöistä. Katkos tiedon kulkemisessa tai väärinymmärrykset ovat yleisiä haittatapahtumien syitä. 65%:ssa haittatapahtumista kommunikaation ongelmat ovat myötävaikuttamassa. Tiedon jakamisesta tulisi olla työyhteisössä yhteiset säännöt hoitoketjussa toimivien kesken. (Helovuori ym. 2011, 72.) Tavoitteena onkin se, että hoitotyössä kirjatut tiedot olisivat saatavilla ja käytettävissä helposti, niiden laatu olisi asianmukaista ja että ne olisivat täsmällisiä, selkeitä sekä yksiselitteisiä. Hoitotyön hyvä kirjaaminen edistää potilaslähtöistä hoitotyötä, hoitotyön suunnitelmallisuutta, tavoitteellisuutta ja juridista oikeellisuutta. Potilas- tai asiakaslähtöinen kirjaaminen kuvaa asiakkaan tilassa tapahtuneita muutoksia, jotka ovat hoitotyön ansiota. Myös asiakkaan oma käsitys voinnistaan ja hoitotyön vaikutuksesta siihen kirjataan. Hoitotyön kirjaamisessa tulee kuulua potilaan ääni. (Niemi ym. 2006, 314, 318-319.)

Laadukas ja näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen

Laadukas hoitotyön kirjaaminen on selkeää ja loogista. Kirjaamisen laatuun vaikuttavat aina kirjaajan yksilölliset taidot ja tiedot, sillä kirjaaminen edellyttää käsitteiden hallinnan lisäksi laajempaa ymmärrystä siitä, miten eri lähteistä kerätty tieto voidaan yhdistää potilaan eri hoitotilanteissa vaadittavaksi kokonaisuudeksi. (Lundgrén-Laine ym. 2007, 7.) Kirjaamisen tulee antaa selkeä kuva potilaan hoidollisista tarpeista, hoidon tavoitteista ja tuloksista. Kirjaamisessa tulee huomioida myös eettiset velvoitteet. Hoitohenkilöstö joutuu myös miettimään, mitä kaikkea potilaskertomukseen voi kirjoittaa. (Hallila 2005a, 24, 33-34.)

Hoitotyön kirjaamisen tulisi perustua näyttöön. Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on se, että potilaat saavat asiakirjoista luotettavaa tietoa hoitoonsa ja terveyteensä liittyvistä vaihtoehtoista. Voimavarat tulisi kohdistaa oikein ja taloudellisesti sekä huomioida tiedonkulun tuomat hyödyt. Tavoitteena on myös päästä eroon suullisesta, epätarhasta ja muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta. Hoitotyön näyttöön perustuva kirjaaminen vaatii paljon hoitotyönjohdolta sekä hoitoyhteisöltä. Hoitotyön johtajien tulisi auttaa kirjaamisessa sekä mahdollistaa se järjestämällä sopivat olosuhteet sekä seuraamalla ja arvioimalla kirjaamista erilaisia menetelmiä käyttäen. (Hallila 2005a, 35; Hallila 2005d, 13.) Hoitotyön kirjaamista voidaankin parantaa erilaisin toimenpitein, kuten yksilöllisen hoitofilosofian omaksumisella koko hoitotyön lähtökohdaksi ja samalla myös hoitotyön kirjaamisen perustaksi (Suhonen 2005, 38).

Hoitotyön kirjaamisen toteuttaminen

Kirjaamisen voidaan nähdä lisäävän työmotivaatiota, kun työntekijälle hoitotyön suunnitelmaa käyttäessä selkiintyy työtehtävien vaatimien taitojen moninaisuus ja merkitys potilaan kannalta. Lisäksi työntekijä voi havaita työtehtävien sisällön mielekkyyden ja hoitotyön toiminnan tuloksellisuuden. Tiedonkulun paranemisen tuomat hyödyt potilasturvallisuuteen ja kustannuksiin voidaan parantuneen kirjaamisen laadun myötä myös havaita. Kirjaamisen käytännön toteuttamisessa voi työyksiköissä kuitenkin olla haasteita, jos työpisteissä on rauhatonta ja kirjaamiseen keskittyminen sen vuoksi vaikeaa, työasemia on liian vähän ja sähköiset järjestelmät ovat hitaita sekä monimutkaisia. (Hallila 2005a, 32; Hallila 2005d, 14; Rajalahti 2014, 83)

Potilasta opitaan tuntemaan hoitajakson aikana koko ajan paremmin. Sen vuoksi tietoa onkin jatkuvasti kirjattava ja arvioitava sekä sen perusteella hoitoa on suunniteltava aina uudelleen. Potilasta hoitavan henkilöstön vaihtuessa puutteellisesta kirjaamisesta voi aiheutua vaaratilanteita. (Suhonen 2005, 43, 46.) Myös Laitinen (2014) tuo esille väitöskirjassaan, että puutteellinen kirjaaminen aiheuttaa potilaan hoidon keskeytyksiä ja voi johtaa vakaviin tai jopa haitallisiin seurauksiin. Puutteellista kirjaamista on havaittu jokaisessa hoitotyön prosessin vaiheessa. (Laitinen 2014, 59.) Hyvä ja perusteellinen kirjaaminen luokin pohjan turvallisuusriskien hallinnalle (Helovuo ym. 2011, 72).

Rajalahden (2014) väitöskirjan tuloksissa käy ilmi, että eNNI-hankkeen (Electronic Documentation of Nursing Care – Research & Development) alkaessa hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen sujui vastaajilta oman arvion mukaan hyvin, sillä 79 % vastaajista arvioi osaavansa kirjata hyvin tai erittäin hyvin. FinCC -luokituksen käyttäminen oli kuitenkin vastaajille uutta. Vastaajien kirjaamiseen liittyvät taidot kehittivät hankkeessa, kun he oppivat etsimään tietokannoista tietoa ja sitä jaettiin tapaamisissa kasvokkain. Taidot ja osaaminen kehittivät hiljaisesta tiedosta hankkeen aikana näkyväksi osaamiseksi. Kirjaamisen oppimisen kannalta toimivat tietojärjestelmät ja laitteiden toimivuus oli tärkeää, kuten myös toimivat tietojärjestelmät. (Rajalahti 2014, 78-79, 83.)

Hoitotyön kirjaamisen osaamisen ja oppimisen syntyyn on todettu edistävästi vaikuttavan itse yksilö sekä työyhteisö. Rajalahden ym. (2014) tekemässä analyysissä siis erottuivat sähköisen kirjaamisen oppimiseen vaikuttaviksi tekijöiksi sekä yksilöstä että työyhteisöstä lähtevät tekijät. Ne nimettiin heidän tekemässään analyysissä kehittäjämäiseksi yksilöksi ja organisaatitasolla kehittäjämäiseksi työyhteisöksi. (Rajalahti ym. 2014, 190.)

Kehittäjämaisien yksilön toimintaa kuvaa vankka hoitotyön substanssin osaaminen ja perusteellinen paneutuminen omaan työhönsä. Oppimista todettiin edistävän kiinnostus uuden oppimiseen, tiedonhakutaidot, alan kirjallisuuteen paneutuminen, halu kehittyä sekä koulutuksessa oppiminen ja vanhan kertaaminen. Kehittäjämainen ote työssä näkyi tarpeena tarttua kehitystyöhön ja näin vaikuttaa työnsä sekä työpaikkansa kehittämiseen. Myös tavoitetietoisuus ja itseohjautuvuus nousivat esille. (Rajalahti ym. 2014, 190.)

Rajalahden ym. (2014) analyysissä esiin nousut termi kehittäjämainen työyhteisö kannustaa jäseniään luomalla edellytykset toimia ja kehittää itseään sekä omaa työtään. Hoitotyön kirjaamisen oppimisen näkökulmasta tärkeää on toimiva tietojärjestelmä. Uuden asian omaksumisessa merkitykselliseksi koettiin työyhteisöstä saatu tuki. Uudet verkostot ja kumppanit tulivat esille hanketyöskentelyssä; tietojen vaihdon uusien kumppanien ja verkostojen kanssa koettiin mahdollistavan muun muassa osaamisen päivittämistä. Osaamisen kehittymisellä tärkeäksi koettiin myös avoin tiedonkulku, koulutuksista saatu informaatio ja koulutuksiin pääseminen. (Rajalahti ym. 2014, 190, 192.)

Aiheeseen liittyvän erityishankkeen koettiin vaikuttavan osaamisen kehittämiseen ja oppimiseen; hankkeessa opittiin hanketyöntekijöiden ohjauksessa uutta erityisosaamista kirjaamisesta. Osaamisen kehittymistä estäviksi tekijöiksi nousivat tiedon kulun hallinnan vaikeus yksilötasolla ja organisaatiotasolla johtamisen puute. Yksilön tiedonkulun ja hallinnan vaikeus nosti esille oman osaamisen puutteet tiedonhankintataidoissa; puutteita ei välttämättä kuitenkaan omassa osaamisessaan tiedosteta tai ei vain yksinkertaisesti hallita tietoteknisiä valmiuksia oikean tiedon etsimiseksi. Ohjeistuksen puute nousi myös esille sekä uuden tiedon omaksuminen koettiin vaikeaksi. Myös muutososaamisen hallinnan puute nousi esiin. (Rajalahti ym. 2014, 192-193.)

4.4. Sähköinen kirjaaminen

Suomessa on vuosien saatossa siirrytty manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen. Sähköisessä kirjaamisessa tiedot kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään. Sen avulla voidaan tuottaa, hyödyntää ja säilyttää hoitoon liittyvät dokumentit. Sama potilastietojärjestelmä palvelee potilaan hoitoon osallistuvia eri ammattiryhmiä. (Niemi ym. 2006, 313.) Se on siis moniammatillinen ja sitä käyttävät terveydenhuollon ammattihen-

kilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon ja joilla on lakisääteinen velvollisuus kirjata toimintansa potilasasiakirjoihin. (Nissilä 2005, 56.) Sähköinen potilastietojärjestelmä sisältää esimerkiksi tulohaastattelun ja hoitosuunnitelman, johon kuuluvat hoidon suunnittelu, toteutus, arviointi, hoitopalaute sekä eri erikoisalojen kertomustekstit. (Niemi ym. 2006, 313-314.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) velvoittaa kaikkia julkisia terveydenhuollon organisaatioita tallentamaan potilastiedot valtakunnallisesti keskitettyyn potilasasiakirjojen arkistopalveluun. Yksityisille terveydenhuollon organisaatioille keskitetyn arkiston käyttöönotto on pakollista, jos potilasasiakirjojen pitkäaikaissäilytys toteutetaan sähköisesti. Käyttöönotto on kuitenkin vapaaehtoista Ahvenanmaan terveydenhuollon toimintayksiköille. (Kanta 2017.).

Hoitotyön sähköinen kirjaaminen yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä, helpottaa niin potilaan kuin työntekijän siirtymistä yksiköstä toiseen sekä tukee hoidon jatkuvuutta (Niemi ym. 2006, 314). Ajantasaisen tiedon saatavuus hoitavasta organisaatiosta riippumattomasti lisää potilasturvallisuutta. Potilastietojen sähköinen muoto parantaa myös potilaan oikeusturvaa, sillä tietojen käyttöä voidaan seurata. (Virkkunen ym. 2015, 16.)

Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönottoa ja tietotekniikan kehittämistä terveydenhuollossa perustellaan ajan ja kustannusten säästöillä ja toiminnan tehostumisella sekä pyrkimyksenä parantaa palvelun laatua. On kuitenkin onnistumisen kannalta oleellista, että potilastietojärjestelmien käyttäjät kokevat käytön myönteiseksi ja omaa työtään palvelevaksi. Potilastietojärjestelmien käyttökokemuksiin vaikuttaa muun muassa se, miten potilastietojärjestelmien kehittämisessä on otettu huomioon käyttäjien mielipiteet ja minkä tasoista ja kuinka paljon koulutusta käyttäjät ovat saaneet. (Lundgrén-Laine ym. 2007, 9-10.) Sähköisen kirjaamisen haasteiksi on kuitenkin havaittu käyttäjien heikot tietotekniset taidot, vanhentuneet ohjelmat ja tietokoneiden riittämättömyys (Hallila 2005f, 51). Jos taas käyttäjät pääsevät osallistumaan potilastietojärjestelmien kehittämistyöhön, heidän on helpompi perehtyä digitaalisiin työtapoihin. Myös potilastietojärjestelmien laadun nähdään paranevan, jos käyttäjät otetaan tehokkaammin mukaan tietojärjestelmän kehitystyöhön. (Harjumaa 2018, 7.)

Kyselytutkimuksessa sairaanhoitajien kokemuksista tietojärjestelmistä ja työhyvinvoinnista (2017) todettiin, että vähiten työnkuormittuneisuutta tietotekniikkaan tai asiakkaisiin liittyen kokivat ne sairaanhoitajat, jotka olivat antaneet potilastietojärjestelmälle parhaat arvosanat. Näillä sairaanhoitajilla myös kiire ja aikaräiskus olivat vähäisempää kuin sairaanhoitajilla, jotka olivat antaneet heikommät arvosanat käyttämälleen potilastietojärjestelmälle. Lisäksi myös työn itsenäisyyden kokemus oli korkeammalla tasolla heillä, jotka olivat antaneet potilastietojärjestelmälle parhaat arvosanat. Tutkimuksessa todettiin myös, että helppokäyttöiset ja teknisesti toimivat järjestelmät tukevat sairaanhoitajien työhyvinvointia vähentämällä kiireen kokemusta. (Vehko, Hyppönen, Ryhänen & Hepo-niemi 2017, 1.)

4.5. Rakenteinen kirjaaminen

Rakenteisella hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoitoprosessin eri vaiheiden yhtenäistä kirjaamistapaa hoitajakson aikana. Suomessa on eri kehittämissuoritusten tuloksena muodostettu hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli. Kehittämistyön tavoitteena on ollut mahdollistaa potilaan hoidon kirjausten yhtenäinen käyttö hoidon eri vaiheissa hoitohenkilökunnan osalta sekä kirjatun tiedon moniammatillinen käyttö ja jakaminen hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kesken. Rakenteisessa kirjaamisessa hoitotyötä kirjaataan sähköisesti hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaisesti ja Finnish Care Classification eli FinCC-luokituskokonaisuutta käyttäen. (Nykänen & Junttila 2012, 4.)

FinCC-luokituskokonaisuus koostuu hoitotyön tarveluokituksesta (SHTaL), hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja hoitotyön tulosluokituksesta (SHTul). Luokituskokonaisuus sisältää 17 komponenttia, joita ovat esimerkiksi aktiviteetti, hoidon ja jatkohoidon koordinointi, lääkehoito sekä päivittäiset toiminnot. Komponenttien alla on pää- ja alaluokat, joita voidaan käyttää hoidon tarpeen määrittelyssä, hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Pää- ja alaluokkia on yhteensä 545. (Liljamo, Kinnunen, & Ensio 2012, 10-12.)

Rakenteisen kertomustiedon ensisijainen vaatimus on yhtenäinen rakenteiden käyttö. Rakenteita pitäisi käyttää yhtenäisellä tavalla tiedon kirjaamisessa ja syöttämisessä, mikä ei

kuitenkaan välttämättä toteudu. Vaikka luokitusten ja termistöjen käyttö lisäsi kertomustiedon yhtenäisyyttä ja vertailukelpoisuutta, luokituksia ja termistöjä käytettiin epäyhtenäisesti. (Rönkkö, Kinnunen, Kiviharju & Mäkinen 2016, 178.)

Potilastietojen hyödynnettävyyttä ja yhteiskäyttöisyyttä ovat aikaisemmin vaikeuttaneet esimerkiksi useat potilastietojärjestelmät ja saman potilastietojärjestelmän eri versiot. Kun tiedon rakenteisuuden aste on järjestelmissä ollut vähäisempää, tiedon yhteis- ja jatkokäyttömahdollisuudet ovat olleet vähäisempiä. Tiedon käyttäjien yhteiset luokitukset ja käsitteistö vähentävät tulkintaepäselvyyksiä. Potilastietojen rakenteistamisen nähdään edistävän potilasturvallisuutta ja potilaan hoidon laatua. Kun potilastiedot ovat laadukkaampia, helpommin saatavissa ja löydettävissä, se tehostaa hoidon suunnittelua ja seuranta sekä edistää potilaan saamaa hoitoa. (Virkkunen ym. 2015, 15-16.)

Rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaisesti rakenteisten tietojen tulee olla keskeisiltä osin yhteneviä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestelmissä. Lisäksi tietosisältöjen tulee olla yhteneviä sekä julkisilla että yksityisillä palveluntuottajilla. Rakenteisen potilaskertomuksen tulee olla moniammatillinen ja palvella eri ammattiryhmien tarpeita. Rakenteista tietoa voi täydentää vapaamuotoisella tekstillä. (Virkkunen ym. 2015, 26.)

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaaminen vaatii laaja-alaista eri sisältöjen hallintaa. Kirjaaminen vaatii myös tietoteknisiä ja tietojärjestelmän käytön valmiuksia sekä työn taustalla olevan lainsäädännön ja tietosuoja- sekä tietoturva-asioiden tietämystä. Lisäksi tulee olla kykyä hoidolliseen päätöksentekoon sekä osaamista hoitotyön kirjaamisen eri vaiheisiin liittyen. Kirjaajan on hyvä myös tuntea FinCC-luokituskokonaisuus ja rakenteisuuden mahdollisuudet sekä vaatimukset. (Nykänen & Junttila 2012, 30.)

Rakenteisen kirjaamisen hyödyt

Sähköisen potilastietojärjestelmän rakenteistamisen tavoitteena on ollut edistää terveydenhuollon ammattilaisen työtä helpottamalla potilastiedon kirjaamista sekä kirjatun tiedon jatkokäyttöä (Virkkunen ym. 2015, 15). Rakenteinen kirjaaminen on aiempaa kirjaamista yhdenmukaisempaa, joka helpottaa tiedon löytämistä, luettavuutta ja hyödyntämistä. Tiedon rakenteistamisen odotetaan parantavan potilastiedon laatua. (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 27; Virkkunen ym. 2015, 15.)

Rakenteisesta kirjaamisesta nähdään olevan potilastietojärjestelmää työkalunaan käyttävien ammattilaisten lisäksi hyötyä myös koko organisaatiolle sekä potilaalle (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Valtakunnallisesti yhteisesti sovittujen potilaskertomusten rakenteiden ja niiden käytön voidaan nähdä parantavan eri organisaatioiden yhteen toimivuutta ja ajantasaisen tiedon hyödynnettävyyttä eri organisaatioissa. (Virkkunen ym. 2015, 15.) Rakenteinen kirjaaminen helpottaa organisaatioiden omavalvontaa, tukee toiminnan seuranta- ja raportointia sekä ohjaa hoitoprosesseja, yhdenmukaistaa palvelujen laatua sekä helpottaa palvelujen vertailtavuutta. Potilas puolestaan voi nähdä omat potilastietonsa ymmärrettävällä kielellä sähköisesti, hän voi palata potilastietoihinsa myöhemmin uudelleen, eri hoitopaikkojen kirjaukset ovat yhdenmukaisia, kirjaukset voivat auttaa potilasta sitoutumaan paremmin omahoitoonsa ja hän pystyy seuraamaan hoitoaan paremmin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Hyötyjä ovat myös tehokkaammat tiedon haku- ja käyttömahdollisuudet. Rakenteisuuden odotetaan myös parantavan potilaan hoidon laatua, sillä se ohjaa hoitosuositusten noudattamiseen. Rakenteisesti tuotettu tieto tukee hoidon jatkuvuutta, kun yhtenäisessä muodossa kirjatut potilaan tiedot ovat käytettävissä riippumatta organisaatiosta tai potilastietojärjestelmästä potilaan suostumuksen, ja mahdollisten kieltojen sallimissa rajoissa. Rakenteisuuden mahdollistama semanttinen yhteen toimivuus takaa myös kattavan ja ajantasaisen tiedon hoitavasta organisaatiosta riippumattomasti, mikä lisää myös potilasturvallisuutta. Potilastietojen saattaminen rakenteiseen muotoon parantaa potilaan oikeusturvaa, sillä tietojen käyttämistä pystytään seuraamaan tarkemmin ja lisäksi tiedon käyttäjien yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä esimerkiksi potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä. (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 27-28.)

Rakenteisen potilaskertomuksen kehittämisen hyödyksi on koettu se, että se mahdollistaa tiedon siirron ja jatkokäytön sekä helpottaa tiedon löytymistä. Se mahdollistaa myös kertaalleen kirjatun tiedon jakamisen moniammatilliselle tiimille. Hoitosuunnitelman rakenteisuus on lisännyt hoitosuunnitelman tekemistä ja luokitusten käyttäminen mahdollistaa kaikkien potilaiden tiedon hyödyntämistä, mikä taas edistää esimerkiksi koulutuksen suunnittelua, talousarvioiden tekoa sekä työn kehittämistä. Hyödyksi on koettu myös päätöksentekemisen tuen kehittämismahdollisuudet. (Linqvist, Vuokko & Doupi 2014, 112.) Hoitotyön kirjaamisen rakenteistamisen odotetaan organisaatioiden johdon näkö-

kulmasta puolestaan helpottavan hoidon tehokkuuden, laadun ja vaikuttavuuden seuranta sekä niiden arviointia, ja tätä kautta myös tietojohdantamista sekä lakisääteisten raporttien tekemistä. (Hyppönen & Doupi 2014, 33.)

Rakenteisen kirjaamisen koetut haitat

Käyttäjien näkökulmasta rakenteistaminen ei saa vaikeuttaa potilastiedon kirjaamista, ja sen tulee parantaa potilastiedossa tarvittavan tiedon laatua ja hyödynnettävyyttä kliiniseen päätöksentekoon. Tiedon laatuun vaikuttavat yhdenmukainen luokitusten käyttötapa ja käyttöaste sekä tapa, millä potilastietojärjestelmä toteuttaa rakenteisen kirjaamisen ja esittää haun tulokset. (Hyppönen & Doupi 2014, 32.) Aiemman tutkimuksen mukaan kirjaamiskäytännöt ovat kirjavia ja eri ammattiryhmät käyttävät samojakin luokituksia hyvin eri tavoin ja heillä on käytössä eri luokituksia sekä kaikki miettivät rakenteisuutta oman näkökulmansa kautta (Hyppönen & Doupi 2014, 32; Linqvist ym. 2014, 112). Nykyiset tietojärjestelmät eivät myöskään tue kirjaamista ja hakumahdollisuudet ovat heikkoja. Toimintaprosessien ja kirjaamisen pitäisi olla riittävän yhtenäistä ja erilaiset otsikot ovat kirjaamisen haittana. Rakenteisuuden käyttöönotto aiheuttaa myös koulutustarpeita. (Linqvist ym. 2014, 112.)

Hoitotyön näkökulmasta katsottuna rakenteisuuden mahdollistamista hyödyistä on jäänyt toteutumatta moniammatillinen näkymä, jossa eri ammattialojen tiedot koostetaan yhteen näkymään, tai mahdollisuus moniammatilliseen tiedon koostamiseen. Ongelmaksi mainittiin myös se, että järjestelmien käyttäjät eivät ole aina tietoisia käytössä olevista rakenteista ja yhtenäisistä käytännöistä liittyen tiedon tuottamiseen. Tulevaisuudessa rakenteiden ja kertyvän tietosisällön arviointia olisi hyvä tuottaa auditoinnein, jotta kirjaamista voitaisiin kehittää. Johdon on tuettava rakenteisuuden käyttöönottoa ja sitouduttava rakenteisuuden hyödyntämiseen, jotta rakenteisuuden mahdollistamat hyödyt saadaan. (Linqvist ym. 2014, 112-113).

Vapaan tekstin merkitys rakenteisessa kirjaamisessa

Kaikissa potilastietojärjestelmissä ei välttämättä käytetä pää- tai alaluokkia, vaan pelkästään otsikoina eri komponentteja ja otsikon alla vapaata tekstiä. Potilaskertomuksessa käytetyt otsikot jäsentävät potilaskertomusta myös silloin, kun kirjaus koostuu vapaamuotoisesta tekstistä (Virkkunen ym. 2015, 25.) Vapaamuotoisen tekstin tarve korostuu etenkin tiettyjen erikoisalojen, kuten kuntoutus, osalta. (Linqvist ym. 2014, 112). Va-

paalle tekstile on oltava mahdollisuus olennaisen tiedon välittämiseksi ja se myös täydentää rakenteista tietoa hoitotyön näkökulmasta, silloin kun hoidon kannalta tärkeät tiedot eivät ilmene rakenteisessa kirjaamisessa. (Niemi ym. 2006, 316; Linqvist, ym. 2014, 112.) Vapaa teksti kirjoitetaan kokonaisin virkkein ja sillä pyritään selkeään ja ymmärrettävään yleiskieliseen ilmaisuun. Selkeä teksti on tiivistä, ytimekästä, kuvailevaa ja informoivaa sekä jäsennelty loogisesti. (Niemi ym. 2006, 316.) Vapaan tekstin käyttöä pidettiin resursseja sitovampana ja lopputuloksiltaan epätarkempkana kuin rakenteisesti kirjatun tiedon käyttöä. (Rönkkö ym. 2016, 178.)

Ukkonen (2016) taas toi esille, että pelkkä strukturoitu muoto kirjaamisessa ei mahdollista kaikkien vivahteiden esiintuomista tai kirjaavan henkilön omaa luontaista tapaa ilmaista parhaiten näkemystään tai tulkintojaan. Hyvin kirjoitetun kerronnallisen tekstin todettiin olevan välillä vakuuttavampaa ja helpommin ymmärrettävissä. Kerronnallisen ilmaisun rajoittaminen saattaa aiheuttaa tiedon kirjaamisen sattumanvaraisiin kohtiin, mikäli kirjattavalle tiedolle ei ole tarjolla sopivaa valmiiksi määriteltä muotoa tai mahdollisuutta kirjata vapaasti. Toisinaan liika rakenteisuus koettiin tietoa sirpaloittavana ja tiedon saantia rajoittavana, jolloin sillä nähtiin olevan vaikutusta jo potilasturvallisuuteen. Vapaa teksti saattaa pitää sisällään tärkeää informaatiota, jonka esiintuominen ja merkitys tulee huomioida. (Ukkonen 2016, 123–124.)

4.5.1 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön rakenteista kirjaamista ohjaa ja sen perusta on hoidollisen päätöksenteon prosessi eli hoitotyön prosessi. Sen vaiheet ovat hoidon tarpeen määrittäminen (ongelmat/tarpeet), hoidon suunnittelu (tavoitteet), hoidon toteutus (toiminnot) ja hoidon arviointi. (Iivanainen & Syväoja 2011, 651; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10; Rautava-Nurmi ym. 2012, 45.) Hoitotyön prosessi ohjaa sitä, miten potilaan tilasta, hoidoista ja niiden vaikutuksista kirjataan (Niemi ym. 2006, 316).

Hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa käytetään kansallisesti sovittuja hoitotyön ydintietoja, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. (Liljamo ym. 2012, 10; Rautava-Nurmi ym. 2012, 45.) Potilaskertomuksella raportin tulee olla lyhytsanaista ja informatiivista sekä siinä on ilmaistava oleelliset asiat, joiden on oltava raportin vastaanottajan tiedossa, jotta hän voi ottaa vastuun potilaasta

(Niemi ym. 2006, 316). Hoitoprosessin arviointia edistää hoidon tarpeen ja odotettujen hoitotulosten täsmällinen kirjaaminen. Hoidon vaikutuksia on mahdoton osoittaa, jos ei tiedetä potilaan tulotilannetta eli mikä on ollut hänen vointinsa prosessin alussa. (Ensio & Saranto 2004, 36- 37.)

4.5.2 Hoitotyön suunnitelma

Hoitosuunnitelma on keskeinen asiakirja potilasturvallisuutta ajatellen (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 18). Hoitosuunnitelma sisältää esitietojen hankkimisen, varsinaisen hoitosuunnitelman laadinnan, hoitotyön yhteenvedon sekä jatkohoidon ja kotiutuksen suunnitelman (Nissilä 2005, 57). Hoitotyön suunnitelman laatiminen alkaa heti potilasta vastaanottaessa. Tulotietojen keräämistä varten on kehitetty erilaisia lomakkeita. Jos potilaan tietoja ei kerätä tai niitä kerätään vähäisesti tulotilanteessa, eivät muutkaan hoitoon osallistuvat voi toteuttaa kokonaisvaltaista hoitotyötä. Tästä voi aiheutua myös lisäkustannuksia ja lisää hoitopäiviä, eikä osastolla ole mahdollisuutta kehittää yksilöllisyyteen perustuvaa hoitotyötä, vaan kaikki hoidetaan samalla kaavalla. Tietojenkeräämisvaiheessa tulee aina huomioida potilaan hoitoon tulon syy. (Hallila 2005c, 61-62.) Täytyy kuitenkin muistaa, että hoitosuunnitelmaa ei tehdä pelkän tulohaastattelun pohjalta, vaan siinä olevia tietoja arvioidaan jatkuvasti ja kirjataan päivittäin hoitosuunnitelmaan (Suhonen 2005, 43). Tietojen analysoimisen jälkeen muotoutuu yksi tai useampia tarpeita, joiden suhteen määritellään hoidon tavoitteet ja valitaan hoitotoiminnot (Ensio & Saranto 2004, 37).

Hoitosuunnitelmaa pidetään hoidon ja sen kehittämisen apuvälineenä ja siksi sen on oltava aina ajan tasalla. Sen avulla kaikki potilaan hoitoon osallistuvat saavat tiedon, mihin potilaan hoidossa pyritään. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 47.) Hoidon ja palvelujen suunnittelussa toimintakyvyn arviointi on lähtökohtana (Hallila 2005c, 67). Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa moniammatillisen työryhmän hoitotyön tavoitteiden mukaisesti (Niemi ym. 2006, 319).

Hoitotyön päätavoite ja mahdolliset osatavoitteet on määriteltävä hoitosuunnitelmassa. Niiden tulee olla potilaskeskeisiä, yksilöllisiä, konkreettisia ja realistisia. Hoidon ja hoitotyön päätavoitteen tulee olla potilasasiakirjassa näkyvillä. (Hallila 2005e, 108; Hallila

& Graeffe, 2005, 84; Niemi ym. 2006, 319.) Hoidon tavoitteet asetetaan suhteessa potilaan hoidon tarpeisiin (fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset) ja siihen, minkälaisia muutoksia potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan ja/tai mitä odotuksia hänellä itsellään on. Tavoitteet asetetaan tunnistettujen ongelmien poistamiseksi tai vähentämiseksi tietyn ajan kuluessa, ja ne ovat potilaskeskeisiä eivätkä kuvaa hoitajan toimintaa. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, koska silloin niitä pystytään arvioimaan. Tavoite myös kuvaa täsmällisesti, miten potilas selviytyy päivittäisissä toimissa. Tavoite aloitetaan kuvaavalla verbillä, jolla ilmaistaan potilaan tekemistä tai kognitiivista toimintaa esimerkiksi: ”Potilas tekee..”. (Niemi ym. 2006, 319; Iivanainen & Syväoja 2011, 652.)

Hoitotyön suunnitelman käytöllä voidaan lisätä työmotivaatiota ja vähentää kustannuksia, sillä työntekijälle selkiintyy työtehtävien vaatimien taitojen moninaisuus ja merkitys potilaan kannalta. Työtehtävien sisällön mielekkyys ja hoitotyön toiminnan tuloksellisuus myös selkiytyvät. Mahdollisuus itsenäiseen toimintaan paranee, joka puolestaan samalla lisää vastuuta. Tiedonkulun paraneminen tuo hyötyjä potilasturvallisuuden ja kustannusten osalta. Hoitohenkilöstön oman ammattitoiminnan arviointi mahdollistuu ja näyttöön perustuva toiminta kehittyy. (Hallila 2005a, 32.)

Hoitotyön suunnitelman käytön onnistuminen edellyttää mahdollisuutta harjoitteluun ja ohjauksen saamiseen sekä ajankäyttöä suunnitelman laatimiseen. Myös omahoitajatyöpari ja potilaan tunteminen ovat tärkeitä. Onnistumisen edellytyksinä ovat myös soveltuvat lomakkeet, kuten valmiit fraasit hoitotyön suunnitelman pohjaksi. Raportoitaessa hoitosuunnitelman käyttäminen on edellytys, mikäli suullisia raportteja on välttämätöntä pitää. (Hallila 2005a, 34–35.)

Hoitosuunnitelman sisällön tulee olla yksilöllistä ja tilannetta sekä hoidon etenemistä kuvaavaa. Hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi on tehty tarveluokituksia, hoitotyön toimintoluetteloita ja malleja sekä erilaisia standardoituja fraaseja ja rakenteita tiedon kirjaamiseksi. Potilaiden tarpeiden kartoittamisessa voidaan myös käyttää erilaisia vakioituja lomakkeita ja arviointimittareita. Hyvän hoitosuunnitelman olemassa oleminen yksinään ei saa aikaan parempia hoitotuloksia, vaan keskeistä on hoitosuunnitelmaan kirjatun tiedon laatu ja sisältö, sekä se, miten tietoa käytetään. Yksilöllisten hoidon tarpeiden arvioimisen lisäksi tulee seurata myös toimintaa, esimerkiksi hoitotyön interventioita eli erilaisia toimenpiteitä, jotka mahdollistavat suunnitelman toteutumisen. (Suhonen 2005, 37.)

Hoitosuunnitelmien sisältöä tulee tutkia kriittisesti. Yksilöllisellä hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan, sitä, että tarkastelunäkökulma siirretään organisaatio- tai henkilökuntalähtöisestä hoitotyöstä ja sen kirjaamisesta kohti potilaslähtöistä tarkastelunäkökulmaa. Tällä tarkoitetaan sitä, että kuvataan yksittäisen potilaan hoitoa, vointia ja voimavaroja sekä mahdollistetaan potilaan osallistuminen hoitoonsa. (Suhonen 2005, 38.) Hoitosuunnitelma on tarkistettava päivittäin sen mukaisesti, miten potilaan tilanne, voimavarat ja vointi muuttuvat. Suunnitelmat tulee siis arvioida säännöllisesti. (Hallila 2005a, 35; Suhonen 2005, 38). Hoitosuunnitelman henkilökohtaisuus ja täsmällisyys ovat oikeudellisia lähtökohtia. Siten mahdollistetaan myös paremmin laadukas hoito. On saatu tutkimusnäyttöä, jolla voidaan osoittaa yksilöllisen hoidon olevan kustannusvaikuttavinta. Hoitotyön kirjaaminen on havaittu puutteelliseksi, toimintoja luettelevaksi sekä toimijalähtöiseksi. Tämä voi olla osoitus siitä, että hoitosuunnitelmia tehdään mekaanisesti eikä hoitoa tarkastellakaan potilaan näkökulmasta käsin. (Suhonen 2005, 38, 40.)

Hoitotyön tuloksellisuutta ja laatua voidaan arvioida suunnitelmassa (Hallila 2005e, 108). Arviointia tulee tapahtua kaikissa potilaan hoidon vaiheissa. Kirjaamisesta tulee käydä ilmi, kuinka potilasta on hoidettu sekä mikä on hoidon lopputulos. (Suhonen 2005, 50.) Hyvä kirjaaminen kuvastaa usein hyvin toteutettua hoitotyötä ja arvellaan, että se mitä on kirjattu, on tehty (Hallila 2005e, 108). Hoitosuunnitelmissa ei vielääkään arvioida tarpeeksi hoidon vaikutusta potilaan terveydentilaan, voimavaroihin ja toimintakykyyn. (Suhonen 2005, 50.)

4.5.3 Hoitotyön toteutus ja arviointi

Hoitotyön toiminnot eli auttamismenetelmät tai keinot kuten seuranta ja hoitotoimenpiteen tekeminen, valitaan tavoitteiden mukaan siten, että ne ovat tarkoituksenmukaisia. Hoitotyön toteutus tarkoittaa suunniteltujen hoitotyötoimintojen toimeenpanoa. Hoitotyön toiminnot kirjataan potilaskertomukseen mennessä muodossa, koska toiminto on tehty jo siinä vaiheessa, kun se kirjataan. Tavoitteiden toteutuminen voidaan kirjata esimerkiksi seuraavasti: ”*Potilas on saanut unilääkkeen, jonka ansiosta hän on saanut nukuksi*”. (Iivanainen & Syväoja 2011, 653-654.)

Hoitotyön arvioinnissa puolestaan kuvataan, miten potilaan hoidon tarpeeseen on vastattu, saavutettiin tavoitteet ja minkälaisia muutoksia potilaan tilassa tapahtui (Iivanainen & Syväoja 2011, 654). Lisäksi kuvataan se, miten potilas itse on kokenut hoidon (Ensio & Saranto 2004, 38; Iivanainen & Syväoja 2011, 654). Arviointi on uuden tarpeenmäärityksen alku; tarvittaessa mietitään uusia tarpeita, ongelmia, tavoitteita ja keinoja. Prosessi jatkuu niin pitkään, kunnes kaikki tavoitteet on saavutettu. Arviointi suoritetaan lyhyin väliajoin silloin, kun tilanteet ovat nopeasti muuttuvia. Pitkäaikaispotilaan hoidossa arviointia voidaan puolestaan tehdä harvemmin. Arviointia varten hoitaja kerää tietoa, joka liittyy hoidon tavoitteisiin. Kerättyä tietoa verrataan tavoitteisiin ja tulosten perusteella tehdään päätelmät, onko potilaan tilassa tapahtunut muutos. Rakenteisessa kirjaamisessa potilaan tilaa arvioidaan seuraavanlaisella asteikolla: parantunut, ennallaan, huonontunut. (Iivanainen & Syväoja 2011, 654.)

4.5.4 Hoitotyön yhteenveto

Hoitotyön yhteenveto tehdään hoitajakson päättyessä (Iivanainen & Syväoja 2011, 654). Sillä täydennetään hoitotyön arviointia ja se tuottaa tärkeää tietoa erityisesti hoitajakson päättyessä tai potilaan siirtyessä hoitolaitoksesta toiseen (Ensio & Saranto 2004, 38). Hoitotyön yhteenveto on kattava arviointi potilaan sen hetkisestä tilasta verrattuna tulotilanteeseen. Siihen kirjataan annettu hoito ja kootaan hoitoon liittyvät keskeiset asiat. (Iivanainen & Syväoja 2011, 654.) Ammattilaisten kokemukset hoitotyön sähköisestä yhteenvedosta potilaan hoitamisen näkökulmasta ovat enimmäkseen myönteisiä ja entiseen kirjaamistapaan ei haluta palata. Hoitotyön yhteenvedon koetaan mahdollistavan nopea, turvallinen ja reaaliaikainen tiedonvälitys, jos se on laadittu huolellisesti ja kun sen lisäksi saadaan myös lyhyt raportti puhelimitse sekä lääkärin epikriisi. Hoitotyön sähköisen yhteenvedon arvellaan vähentävän potilaan vastuuta tiedonvälityksestä ja parantavan potilasturvallisuutta, koska enää ei tarvitse tulkita muiden käsialoja. Hoitotyön yhteenvedon hyötyinä pidetään sen moniammatillisia käyttömahdollisuuksia. (Kuusisto 2018, 63.)

Hoitotyön sisällön näkökulmasta hoitotyön yhteenveto on arvioitu tiiviiksi ja selkeäksi tietopaketti, josta löytyy jatkohoidon kannalta oleelliset tiedot. Näitä ovat esimerkiksi potilaan liikkuminen ja ravitsemus. Tärkeimpänä asiana pidetään tietoa siitä, mikä on potilaan vointi siirtotilanteessa. Hoitajien ja lääkäreiden kirjoittamissa lääkitystiedoissa havaitaan eroja. Erityisen tärkeänä pidetään sitä, että lähtöpäivänä annettu lääkitys kirjataan

selkeästi. Kokonaisuudessaan hoitohenkilökunnan näkökulmasta sähköisen hoitotyön yhteenvedon koetaan parantavan ammattilaisten oikeusturvaa, koska tiedot eivät enää ole vain paperilla. (Kuusisto 2018, 63.)

Hoitohenkilöstö arvioi olevansa erittäin huonosti tietoisia seuraavista hoitotyön yhteenvedon osa-alueista; potilaan oma kokemus toteutuneesta hoidosta, potilaan päihteiden käytöstä ja tupakoinnista, potilaan mukana siirtyvistä arvoesineistä, potilaan omaisen saamasta ohjauksesta, potilaan toiveista hoidon suhteen, hoidon ja jatkohoidon opetuksesta ja ohjauksesta, potilaan emotionaalisesta tuesta, hoitotahdon olemassaolosta sekä potilaan ruokavaliosta. (Kuusisto 2018, 64.)

Hoitotyön tuloksellisuus välittyy hoitotyön yhteenvedosta saatujen tietojen avulla vaihtelevasti. Noin puolet hoitohenkilöstöstä arvioi olevansa erittäin tai melko hyvin tietoisia saavutetuista hoidon tuloksista hoitajakson aikana. Puolet vastaajista koki olevansa erittäin tai melko hyvin tietoisia potilaan voinnissa tapahtuneista muutoksista sekä potilaan lähtötilanteen voinnista ja toimintakyvystä. Moniammatillisesta näkökulmasta noin puolet vastaajista arvioi epikriisin ja hoitotyön yhteenvedon hoitoa koskevissa tiedoissa olevan ristiriitaisuuksia ja päällekkäisyyksiä. Hoitohenkilöstöstä yli puolet arvioivat tietoisuutensa huonoksi kaikilla lääkehoidon mitatuilla osa-alueilla. Siirtotilanteessa lääketieteen ja hoitotyön hoitoa koskevien kirjausten päällekkäisyydet kohdentuivat erityisesti potilaan lääkitykseen. Toisistaan eroavat ja usein ristiriitaiset lääkitystiedot aiheuttavat epätietoisuutta voimassaolevasta lääkityksestä. Toisinaan myös ohjeet esimerkiksi verenohennuslääkityksestä tai tarvittaessa annettavista lääkkeistä puuttuvat. (Kuusisto 2018, 64-65.)

Ne, jotka olivat ottaneet vastaan hoitotyön yhteenvedoja arvioivat tiedonkulun olevan luotettavampaa ja nopeampaa kuin niiden mielestä, jotka eivät hoitotyönyhteenvedoja olleet vastaanottaneet. Hoitotyön yhteenvedolla ajatellaan olevan seuraavanlaisia yhteyksiä hoidon tuloksiin: hoidon tulokset toteutuvat parhaiten turvallisuuden ja laadukkuuden osalta, kun taas huonoimmat arvioinnit saavat potilaan ongelmien nopea ratkaisukyky ja se, että hoidon jatkuvuus on taattu. (Kuusisto 2018, 65, 67.)

4.6. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen

Tutkijat suosittelevat hoitotyön kirjaamisen kehittämistä, sillä hoitosuunnitelmaan kirjatujen tietojen on todettu olevan hyvinkin epämääräisiä ja jopa virheellisiä. Vähäinen, epämääräinen ja rutiininomaisesti toteutettu hoitotyön kirjaaminen ei anna yksilöllisen hoidon toteuttamiseksi tarvittavia tietoja potilaasta. Hoitotyön kirjaaminen onkin kehittynyt viime vuosina huomasti, mutta sitä tulisi edelleenkin kehittää potilaslähtöisemmäksi (Suhonen 2005, 38, 50). Kirjaamisosaamisen kehittäminen on pitkäjänteinen prosessi, sillä kukaan ei pysty muuttamaan kerralla työtapaansa. Tärkeintä on pysähtyä ensin arvioimaan omaa suhtautumistaan hoitotyön kirjaamiseen. (Laaksonen ym. 2011, 53.) Rakenteisen potilaskertomuksen kehittämisen hyödyiksi on koettu muun muassa tiedon siirron ja jatkokäytön mahdollistuminen. Tiedon löytyminen on helpottunut ja kertaalleen kirjattu tieto on mahdollista jakaa moniammatilliselle tiimille. Hoitosuunnitelman tekeminen on lisääntynyt nyt, kun se on rakenteisessa muodossa. (Linqvist ym. 2014, 112.)

Sairaanhoitajaliiton tekemän Potilastietojärjestelmät sairaanhoitajan työvälineenä 2017-tutkimuksen mukaan potilastietojärjestelmissä on edelleen kriittisiä kehittämistarpeita. Vastanneiden mukaan nykyiset potilastietojärjestelmät eivät tue sujuvaa tiedonkulkua eri organisaatioiden välillä. Potilastietojärjestelmät eivät ole teknisesti vakaita ja käyttökatkoja esiintyy usein. Lisäksi ongelmiksi koetaan järjestelmien hitaus sekä tarve kirjata sama tieto moneen eri paikkaan. Järjestelmät eivät myöskään mahdollista automaattista hoitotyön yhteenvedon koostamista. Muuttuvat sosiaali- ja terveystalvet edellyttävät potilastietojärjestelmien kehittämistä ja onkin tärkeää turvata tietojärjestelmien käyttäjien osallistuminen järjestelmien kehitystyöhön ja varmistaa käyttäjien riittävä perehdytys järjestelmien käyttöönottoaiheessa. (Sairaanhoitajaliitto 2017.)

Jylhän (2017) väitöskirjan tuloksissa lähes puolet sairaanhoitajista toi ilmi, että työskentelytavoissa on kirjoittamattomia sääntöjä. Pieni osa vastaajista toi esille, että kirjallisia ohjeita sähköisestä potilastiedon käyttämisestä, sen siirtämisestä organisaatioiden välillä ja/tai sähköisesti kirjaamisesta ei ollut olemassa. Runsas puolet vastaajista oli tuonut esille, että käsinkirjoitettuja potilasrekistereitä käytetään sähköisen rinnalla. Yli puolet sairaanhoitajista oli todennut, että sähköisesti kirjattu potilastieto pitää manuaalisesti kopioida potilasrekisterissä. Lähes kaikki kuitenkin olivat sitä mieltä, että sähköinen poti-

lastieto on käytettävissä aina kun tarvitsee, ja että heillä on pääsy siihen silloin kun tarvitsee. Suurin osa sairaanhoitajista toi kuitenkin esille, että sähköinen potilastieto ei ole helposti löydettävissä järjestelmästä. (Jylhä 2017, 53.)

Jylhän (2014, 54) väitöskirjassa tulee myös ilmi, että vastaajista hieman yli kolmannes ei ole vakuuttuneita siitä, että potilasturvallisuus olisi sairaalan johdon suurin prioriteetti. Vain noin viidesosa vastaajista koki, että sairaalan johto yrittää ratkaista tiedonhallinnan ongelmia. Vastaajat luottavat potilastiedon virheettömyyteen sähköisissä rekistereissä, mutta kolmannes ei käytä ensisijaisesti sähköisiä työkaluja potilastiedon dokumentoinnissa. Yli puolet vastaajista kokee saavansa ajankohtaisinta tietoa sähköisestä järjestelmästä. (Jylhä 2017, 54-55.)

Sanalliset ja käsinkirjoitetut ohjeet ovat käytössä sairaalassa. Puolet sairaanhoitajista kokivat viivästyksiä tiedon välityksessä liittyen muutoksiin potilaan hoidossa, ja se, että potilaan tiedot eivät ole saatavilla, oli ongelma vastaajista lähes puolen mielestä. Yli puolet sairaanhoitajista ei heti kirjaa potilastietoja. Yksi kolmannes vastaajista ilmoittaa, ettei unohda kirjata potilastietoja, eikä kirjaa virheellisiä tietoja. Suurin osa hoitajista koki, etteivät he muista kaikkia yksityiskohtia kirjatessaan, unohtavat kirjata tai he kirjaavat virheellisiä tietoja jopa viikoittain. Lähes puolet hoitajista kertoivat kirjanneensa toisen tunnuksilla sähköisesti ja sitä ilmoitettiin tapahtuvan viikoittain. Sairanhoitajista suurin osa uskoo, että puuttuva tai virheellinen tieto ei ole koskaan aiheuttanut läheltäpiti- tai haittatapahtumaa potilaan hoidossa, mutta kuitenkin hieman yli kolmannes heistä havaitsi, että lääkkeiden antamisessa virheitä tapahtuu kuukausittain tai viikoittain. (Jylhä 2017, 56-57.)

Organisatorinen ohjaus vaikuttaa positiivisesti tiedon saatavuuteen ja hyödynnettävyyteen sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Se vähentää myös kirjaamisen virheitä ja tiedon menettämistä työvuorojen vaihteessa ja potilaan siirtyessä. Sillä oli epäsuora vaikutus tietojen viivästyminen ja suora vaikutus potilasturvallisuuden tuloksiin. Sähköisen potilastietojärjestelmän hyödyntämisellä oli suurin vaikutus tietojen viivästyminen vähentymiseen ja epäsuorasti se liittyi virheiden vähentymiseen lääkkeiden antamisessa ja potilasvalituksissa. Tiedon saatavuudella oli vähäinen suora vaikutus tiedon menettämiseen vuoron vaihteessa tai potilaan siirtyessä, ja epäsuora vaikutus tiedon viivästyminen ja potilasturvallisuuden tuloksiin. Kirjaamisen virheillä oli vahvin vaikutus muihin tiedon-

hallinnan tapauksiin ja kaikkiin potilasturvallisuus tuloksiin. Tiedon häviäminen työvuoron vaihteessa myötävaikutti tietojen viivästymiseen, lääkkeenannon virheisiin ja kanteluihin, kun taas tiedon häviäminen potilaan siirrossa myötävaikutti tietoon liittyviin haittatapahtumiin ja kanteluihin. Tiedon viivästyminen vaikutti lääkkeen antamisen virheisiin ja kanteluihin. (Jylhä 2017, 58.)

Hoitotyön kirjaamisen kehittyessä on ollut mahdollista vähentää suullisia raportteja, joista hoitohenkilöstöllä on pitkät perinteet. Käytännössä suullinen raportti tarkoittaa hoitotyön toteuttamista muistinvaraiseen tietoon perustuen ja tällainen menettely vaarantaa potilasturvallisuuden sekä hoitohenkilöstön oma oikeusturva heikkenee. Suullisten raporttien vähentyessä aikaa jää enemmän välittömään potilastyöhön. Tämä muutos on vähentänyt myös työn kiireisyyttä eikä se ole lisännyt työmäärää tai työskentelyyn liittyvää painetta tai stressaavuutta. (Salo 2005, 125.) Suulliset raportit vievät aikaa ja tiedonkulku vaarantuu, kun muistinvaraista tietoa kerrotaan henkilöltä toiselle, ja jos raportin saanut toimii koko työvuoronsa muistinvaraisesti. (Hallila 2005a, 35.)

Esimiesten vastuunottaminen kirjaamisen kehittämisestä, siihen aktiivisesti osallistuminen, kirjaamisvastaavien tukeminen sekä kirjaamismahdollisuuksien luominen ovat erittäin tärkeitä. Merkittävää esimiestyötä on myös kirjaamisen kehittymisen seuranta ja palautteen antaminen henkilöstölle. Kirjaamiseen liittyvistä asioista tulisi ylläpitää keskustelua sekä niiden tulisi olla kokouksien teemana koko ajan. Esimiesnäkökulman huomiointi on tärkeää kirjaamiskoulutuksissa. Tätä kautta heidän sitouttamisensa kirjaamisen kehittämiseen edistyisi varmasti, ja koko toiminnasta tulisi mielekkäämpää ja sisäistetympää. Esimiesten tulee saada palautetta oman yksikkönsä kirjaamisesta esimerkiksi raportin muodossa. Tällöin oman yksikön kirjaamisen merkitys korostuu. (Salmela ym. 2011, 19.)

4.7 Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset

2000- ja 2010-luvulla hoitotyön kirjaamisessa on tapahtunut suuria muutoksia. Kirjaamisessa on siirrytty manuaalisesta paperille kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen. Sähköinen kirjaaminen on mahdollistanut rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton. Sähköisten potilastietojärjestelmien levinneisyys julkisessa terveydenhuollossa on ollut täydet 100 % jo vuodesta 2007 (Reponen, Kangas, Hämäläinen & Keränen 2015, 39).

Suomessa on käytössä tällä hetkellä useampia sähköisiä potilastietojärjestelmiä, kuten esimerkiksi Uranus, Effica, Pegasos, Mediatri ja ESKO (Jormanainen 2015). Hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavia muutoksia tapahtuu mitä todennäköisemmin jatkossakin, sillä lähitulevaisuuden uudet sosiaali- ja terveystalvet edellyttävät potilastietojärjestelmien kehittämistä (Sairaanhoitajaliitto 2017).

4.8. Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Kuten edellä on mainittu, hoitotyön kirjaamisessa on tapahtunut suuria muutoksia 2000- ja 2010-luvulla, kun kirjaamisessa on siirrytty käsin paperille kirjoittamisesta sähköiseen kirjaamiseen ja siinä edelleen rakenteiseen kirjaamiseen (Reponen ym. 2015, 39). Mitä todennäköisemmin muutoksia on myös jatkossakin tulossa (Sairaanhoitajaliitto 2017). Esimiesten muutosjohtamistaidot ovat hoitotyön kirjaamisessa tapahtuvien muutosten johtamisessa tärkeitä, minkä vuoksi opinnäytetyön yhtenä teoreettisena lähtökohtana onkin käsitelty muutosjohtamista terveydenhuollossa. Tärkeimpiä muutosjohtamisen taidoista ovat kommunikointi ja henkilöstön osallistaminen (Moen & Core 2012, 255; Nyberg 2014, 255, 423). Henkilöstö kokee, että muutoksia johdetaan usein autoritäärisesti, eikä henkilöstö pääse mukaan muutoksen valmisteluun (Nyberg ym. 2014, 423).

Hoitotyön kirjaamisen kehittämistä suositellaan, sillä hoitosuunnitelmaan kirjattujen tietojen on havaittu olevan hyvin epämääräisiä ja jopa virheellisiä. Vaikka hoitotyön kirjaaminen onkin kehittynyt viime vuosina huomasti, sitä tulisi edelleenkin kehittää potilaslähtöisemmäksi (Suhonen 2005, 38, 50). Kirjaamisen kehittäminen on kuitenkin pitkäjänteinen prosessi (Laaksonen ym. 2011, 53). Hoitotyön kirjaamisen kehittyessä on ollut mahdollista vähentää suullisia raportteja. Käytännössä suullinen raportti tarkoittaa hoitotyön toteuttamista muistinvaraiseen tietoon perustuen ja tällainen menettely vaarantaa potilasturvallisuuden sekä hoitohenkilöstön oman oikeusturvan. Suullisten raporttien vähentyessä aikaa jää myös enemmän välittömään potilastyöhön. Tämä muutos on vähentänyt myös työn kiireisyyttä eikä se ole lisännyt työmäärää tai työskentelyyn liittyvää painetta ja stressaavuutta. (Hallila 2005a, 35; Salo 2005, 125.)

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1. Kvantitatiivinen menetelmä

Opinnäytetyössä käytetään kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää. Sille ominaista on tiedon strukturointi, mittaaminen, tiedon esittäminen numeroin, objektiivisuus eli tutkijan puolueettomuus ja vastaajien suuri määrä. (Vilkkä 2007, 13.) Kvantitatiivisessa menetelmässä hyödynnetään määrällisyyttä, kuten määrien jakaumia ja tutkittavaa ilmiötä kuvataan niiden avulla (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2014, 83). Kvantitatiivisessa menetelmässä tutkittava asia hajotetaan mitattaviksi osioiksi, esimerkiksi kysymyksiksi kyselylomakkeelle niin, että kaikki ymmärtävät ne samalla tavalla (Vilkkä 2007, 15; Ronkainen ym. 2014, 84). Mitä suurempi otos on, sitä paremmin on edustettuna perusjoukon mielipiteet, asenteet ja kokemukset tutkittavasta asiasta (Vilkkä 2007, 17).

Kvantitatiivisessa menetelmässä keskeistä on johtopäätökset aiemmin tehdyistä tutkimuksista sekä aiemmat teorit. Myös hypoteesien esittäminen ja käsitteiden määrittäminen ovat keskeisessä asemassa. Suunnitelma aineiston keräämisestä on tärkeää, ja huomioitava on, että havaintoaineisto on soveltuva määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen. Keskeistä on myös muodostaa muuttujat taulukkomuotoon sekä aineiston saattaminen sellaiseen muotoon, että se voidaan käsitellä tilastollisesti. Keskeisessä asemassa on myös päätelmien tekeminen havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen, muun muassa tulokset kuvaillaan prosenttilukoiden avulla ja tulosten merkitsevyys testataan tilastollisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 140.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista menetelmää, sillä aiheesta haluttiin saada yleistettävää tietoa ja kartoittaa tämän hetkinen tilanne. Tutkimusmenetelmän avulla pyrittiin saamaan numeerista tietoa, jota on mahdollista esitellä myös havainnollistavin kuvioin. Opinnäytetyössä aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Sähköisen kyselylomakkeen käyttö alkaa olla jo vakiintunut kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä, ja se on helppo tapa kerätä tietoa, sekä myös vastaajien kannalta helppo vastata. Tällä menetelmällä on myös mahdollista saada laajempi otos ja tulos voi mahdollisesti olla yleistettävissä.

5.2. Kohderyhmä

Koehenkilöiden eli tutkittavien valitseminen on keskeistä. Usein määritellään tarkasti koehenkilöt ja suunnitelma otannasta. Myös perusjoukko, johon tulosten on pädeittävä, määritellään ja tästä perusjoukosta otetaan otos. (Hirsjärvi ym. 2014, 140.) Tietoa kerätään suurista joukoista, jotta sattumanvaraisuus häviäisi (Ronkainen ym. 2014, 85).

Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä on hoitohenkilöstö (määritelty tutkimuksen tarkoituksen yhteydessä). Vastaajia on kahdesta eri organisaatiosta; Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä ja Tammenlelväkeskus Oy:stä (kyselylomakkeelle (liite 1) nimellä Kuntoutusyksikkö). Kummastakin organisaatiosta osallistui neljän osaston hoitohenkilöstö eli yhteensä 177 henkilöä. Opinnäytetyön tekijöiden omat työyksiköt on jätetty kyselyn ulkopuolelle tutkimuseettisistä syistä.

5.3. Aineiston kerääminen

Kvantitatiivisessa opinnäytetyössä kysely on tavallisin tutkimusaineiston keräämisen muoto. Kyselyn tulee olla vakioitu, eli kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat kysymykset samalla tavalla. Kyselylomake sopii hyvin aineistonkeräämiseen, kun kyseessä on suuri tai hajallaan oleva joukko. Tätä tiedonkeräämistapaa käytetään myös, jos aihe on arkaluontoinen. Etuna on se, että vastaaja jää tuntemattomaksi. Kyselylomakkeella kysymykset voivat olla monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä tai sekamuotoisia kysymyksiä. (Vilkka 2015, 94, 106.) Kyselylomakkeen yhteyteen tulee liittää saatekirje, jonka tehtävänä on vastaajien motivoiminen lomakkeen täyttämiseen. Siinä myös selvitetään tutkimuksen taustaa sekä kyselyyn vastaamista. Saatekirjeen tulee olla kohtelias, enintään yhden sivun pituinen. (Heikkilä 2014b, 59.)

Opinnäytetyössä aineisto kerättiin hoitohenkilöstöltä strukturoidulla sähköisellä kyselylomakkeella (liite 1). Kyselylomakkeen laativat opinnäytetyön tekijät ja se tehtiin Tampereen ammattikorkeakoulun e-lomake-editorilla. Kyselylomakkeen yhteyteen liitettiin saatekirje (liite 2). Kyselylomakkeen taustatietoja selvittävässä osiossa tiedusteltiin vastaajan ikää, työkokemusta hoitoalalta, ammattinimikettä, organisaatiota sekä potilastietojärjestelmää, jota tällä hetkellä käyttää. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin opinnäy-

tetyön ongelmiin perustuen (taulukko 1). Taustatietojen (kysymykset 1-5) jälkeen kyselyssä pyydettiin arvioimaan väittämiä, jotka liittyvät hoitotyön kirjaamisen nykytilaan, hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneisiin muutoksiin ja muutosjohtamiseen hoitotyön kirjaamisen muutoksissa. Kysymyksissä (kysymykset 8, 9 (osittain), 10-11,13-14 ja 17-19) oli väittämiä, joiden arviointiasteikkona käytettiin pääasiassa 5-portaista Likert-asteikkoa. Asteikon 1-5 arviot oli kuvattu sanallisesti (1 täysin eri mieltä, 2 osittain eri mieltä, 3 ei samaa eikä eri mieltä, 4 osittain samaa mieltä sekä 5 täysin samaa mieltä). Lisäksi kahdessa kysymyksessä (kysymykset 6-7) käytettiin toisenlaista 5-portaista arviointia (5 erinomainen, 4 hyvä, 3 kohtalainen, 2 välttävä ja 1 huono). Yhdessä osiossa (kysymys 9 osittain) oli vastausvaihtoehdot ”kyllä”, ”ei”, ”ei kokemusta”. Kahdessa kysymyksessä (kysymykset 15-16) vastausvaihtoehdot olivat ”samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä” ja ”eri mieltä”. Kahdessa kysymyksessä (kysymykset 12 ja 16 osittain) vastattiin rastittamalla sopiva/sopivat vastausvaihtoehdot ja viimeinen kysymys numero 20 oli avoin kysymys, johon vastaaja sai sanallisesti tuoda omia ajatuksiaan.

TAULUKKO 1. Tutkimuskysymykset ja niitä vastaavat kyselylomakkeen kysymykset

Tutkimusongelmat	Kyselylomakkeen kysymykset
1. Miten hoitotyön kirjaaminen toteutuu tällä hetkellä?	6-14
2. Miten hoitohenkilöstö kehittäisi hoitotyön kirjaamista?	avoin kysymys 20
3. Miten hoitohenkilöstö arvioi hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset?	15-17
4. Millaisina hoitohenkilöstö arvioi esimiestensä muutosjohtamistaidot hoitotyön kirjaamiseen liittyen?	18-19

Likertin asteikkoa käytetään mielipideväittämissä ja se on tavallisesti 4- tai 5-portainen. Useimmiten asteikon toisessa ääripäässä on ”täysin samaa mieltä” ja toisessa ääripäässä puolestaan ”täysin erimieltä”. Vastaaja valitsee parhaiten omaa käsitystään kuvaavan vaihtoehdon asteikolta. Likertin -asteikko kuuluu asenneasteikkoihin. Etuna siinä on, että saadaan paljon tietoa pieneen tilaan. Heikkoutena voidaan taas pitää sitä, että vastauksista ei voi päätellä, mikä painoarvo kohteilla on vastaajille. Jälkimmäisiin vastauksiin saattaa myös vaikuttaa se, miten edellisiin on vastattu, sillä vastaaja saattaa pyrkiä saamaan loogisuutta vastauksiinsa. (Heikkilä 2014b, 51.) Opinnäytetyön kyselylomakkeelle valittiin Likertin asteikko 5-portaisena. Se sopii hyvin käytettyyn kyselylomakkeeseen, koska väittämiä oli paljon, ja näin saatiin paljon tietoa pieneen tilaan. Tämä on myös vastaajalle helppo vastata, eikä vie paljoa aikaa.

Kyselylomake tulee aina testata ennen varsinaisen kyselyn suorittamista eli antaa kohdejoukon edustajille vastattavaksi. Lomakkeen testaukseen riittää 5-10 henkilöä. Testauksen jälkeen tehdään tarvittavat muutokset kyselylomakkeelle. (Heikkilä 2014b, 58.) Tässä opinnäytetyössä kyselylomake testattiin hoitohenkilöstöön kuuluvilla henkilöillä ennen kyselylomakkeen lähettämistä kohderyhmälle. Testaajat olivat opinnäytetyön tekijöiden tuntemia sairaanhoitajia. Kyselylomakevedos lähetettiin kahdeksalle (n=8) sairaanhoitajalle sähköpostitse ja saimme heistä neljältä (n=4) sähköisesti palautetta kyselylomakkeesta. Testauksen avulla saatujen muutosehdotusten perusteella kyselylomaketta muokattiin ennen tutkimusluvan hakemista.

Tutkimusta suunniteltaessa tulee huomioida tutkimusluvan hankinta (Ronkainen ym. 2014, 36). Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tutkimuslupaa haettiin opetusylihoitajalta. Haimme tutkimuslupaa tutkimuksen toteuttamiseksi erään toimialueen vuodeosastoilla. Opetusylihoitaja oli yhteydessä kyseisen toimialueen vastuualueiden ylihoitajiin tutkimushalukkuuden selvittämiseksi. Tutkimukseen lupautui neljä vuodeosastoa. Vuodeosastojen osastonhoitajia tiedotettiin tulevasta tutkimuksesta sähköpostitse ja heiltä tiedusteltiin osastojen henkilöstömäärät tutkimuksen otosta varten. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen osastonhoitajille lähetettiin tutkimuksen saatekirje (liite 2.) ja kyselyn vastaamislinkki ohjeineen (liite 3), jotka ohjeistettiin välittämään eteenpäin osaston hoitohenkilöstön henkilökohtaisiin sähköposteihin. Osastonhoitajilta selvitettiin osastojen henkilöstömäärä. Lisäksi osastonhoitajia pyydettiin muistuttamaan kyselyyn vastaamisesta kahden viikon kuluttua kyselyn alkamisesta paremman vastausprosentin saavuttamiseksi.

Tammenlelväkeskus Oy:ssä tutkimuslupaa haettiin hoitotyönjohtajalta ja tutkimukseen osallistuivat neljän kuntoutusosaston hoitohenkilöstö. Kyseisten osastojen osastonhoitajia tiedotettiin tulevasta tutkimuksesta sähköpostitse. Hoitotyönjohtajalta kysyttiin osastojen henkilöstömäärät tutkimuksen otosta varten. Kun tutkimuslupa oli saatu, lähetettiin osastojen sähköposteihin saatekirje (liite 2) ja vastauslinkki kyselyyn ohjeineen (liite 3). Nämä lähetettiin myös tiedoksi osastonhoitajien sähköposteihin ja pyydettiin tiedottamaan ja myös muistuttamaan kyselyyn vastaamisesta, jotta päästäisiin tavoiteltuun vastausprosenttiin.

Kyselyyn vastaaminen oli mahdollista työajalla, työtietokoneella, työsähköpostin kautta. Kysely avautui sähköpostilinkin kautta, eikä vastaamaan pääseminen vaatinut erityisiä

tietoteknisiä taitoa tai erillisiä salasanoja. Suunnitelmasta poiketen, kyselyyn vastaamisesta pyydettiin muistuttamaan useammin tavoiteltuun vastausprosenttiin pääsemiseksi ja toisessa organisaatiossa lopulta päädyttiin kyselyn linkki saatekirjeineen laittamaan organisaation intranettiin, mikä lisäksi vastauksien määrää hyvin.

5.4. Aineiston analyysimenetelmä

Kvantitatiivisessa menetelmässä hyödynnetään määrällisyyttä; määrät ja niissä tapahtuvat muutokset tiivistetään tunnusluvuiksi ja analysoidaan yleensä tilastollisesti (Ronkainen ym. 2014, 83). Opinnäytetyössämme tutkimusaineisto analysoitiin SPSS –ohjelmalla. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) on monipuolinen ohjelmisto tilastolliseen tietojenkäsittelyyn. Se on hyvä työkalu kvantitatiivista tutkimusta tehtäessä, koska sillä pystytään tekemään kaikki tavallisimmin kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarpeelliset analyysit. (Mamia 2005, 6.) SPSS-ohjelma valikoitui analyysiin, koska sen avulla saadaan kuvailevia lukuja, joita on helppo vertailla ja esittää myös havainnollistavina kuvioina. Tulosten analysoinnissa käytettiin useita erilaisia tilastollisia menetelmiä, jotka ovat nähtävissä taulukosta 2.

Muuttujien arvojen informaatio voidaan pelkistää muuttujaa kuvaavaan tunnuslukuun. Kun käytetään tunnuslukuja, osa informaatiosta häviää, mutta toisaalta taas suurestakin aineistosta saadaan tieto tiiviiseen muotoon. Keskiarvo on yksi keskiluvuista ja se kuuluu tunnuslukuihin kuuluvaan ryhmään sijaintiluvut. Sijaintiluvut kuvaavat jakauman sijaintia. Keskiarvo tarkoittaa yleisemmin aritmeettista keskiarvoa, joka saadaan, kun jaetaan havaintoarvojen summa havaintojen lukumäärällä. Opinnäytetyön kyselylomakkeella käytössä ollut Likertin asteikko on järjestysasteikkotasoinen muuttuja, milloin ei yleensä keskiarvoa lasketa. Kuitenkin paljon kysymyksiä sisältävissä mielipidetiedusteluissa keskiarvoa voidaan käyttää yleiskuvan saamiseksi. (Heikkilä 2014b, 52, 82-83.) Tässä opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään väittämässä keskiarvoa, sillä silloin saa yksinkertaisesti havainnollistavan luvun, joka kertoo vastausten jakautumisesta ja näyttää suuntaa sille, miten kyseinen asia yleisesti koetaan. Keskiarvot saavat arvoja välillä 1-5.

Mittauksen reliabiliteettia voidaan mitata erilaisilla kertoimilla, kuten Cronbachin alfalla, joka niistä lienee käytetyin. Kertoimen suuret arvot kertovat korkeasta reliabiliteetista, mikä puolestaan kertoo sen, että mittarin osiot mittaavat samantyyppistä asiaa. Kerroin

saisi mielellään olla yli 0,7, mutta tarkkaa rajaa sille ei ole annettu. (Heikkilä 2014b, 178.) Testituloksen jäädessä alle 0,6 suositellaan poistettavaksi jokin osamuuttuja alfa-kertoimen arvon kasvattamiseksi (Holopainen, Tenhunen & Vuorinen 2004, 128-130). Kysymyslomakkeen aihealueita testattiin selvittämällä jokaisesta osiosta reliabiliteettia kuvaava Cronbachin Alfa -arvo. Osioista, jotka valittiin mukaan reliabiliteettitestiin, muodostettiin summamuuttuja. Reliabiliteettitestin tulokset esitellään opinnäytetyön luotettavuuden pohdinnassa (taulukko 16).

Summamuuttujalla tarkoitetaan muuttujaa, jonka arvot on saatu yhteen laskemalla useiden erillisten samaa ilmiötä mittaavien muuttujien arvot. Usein kyselytutkimuksessa summamuuttuja käytetään asenneväittämien vastausten yhdistämisessä. Muuttujat, jotka lasketaan yhteen ovat yleensä järjestystasoisia. Muuttujien yhteen laskemista käytetään esimerkiksi silloin, kun on käytetty Likertin asteikkoa. (KvantiMOTV 2009.) Tulosten analysointivaiheessa voitiin selvittää eri kysymysosioiden keskiarvot muodostamalla ensin summamuuttujat jokaisesta kysymysosiosta. Näin saatiin kuvaava luku siitä, miten koko osion väittämissä kysytyt asiat koetaan.

Vastauksia analysoitiin tarkastelemalla keskiarvojen lisäksi vastausten jakautuneisuutta. Kysymysosioiden vastausarvot yhdistettiin siten, että entisten viiden vastausvaihtoehdon sijaan ne tiivistettiin kolmeksi arvoksi, jossa 1=eri ja osittain eri mieltä, 2= ei samaa eikä eri mieltä ja 3= osittain samaa ja samaa mieltä. Tuloksissa esitellään uusien 1 ja 3 vastausvaihtoehtojen jakautuneisuus prosenttiosuuksina. Prosenttiosuudet havainnollistavat hyvin vastauksien jakautumista ja niiden avulla saa nopeasti käsityksen, miten asia koetaan olevan.

Vastausten normaalijakautuneisuus selvitettiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Minkään kysymyksen vastausjakauma ei ollut normaalijakautunut, sillä kaikkien p-arvo oli testin mukaan alle 0,05. Jos p-arvo olisi ollut yli 0,05, olisi jakaumaa voinut kutsua normaaliksi (Karjalainen 2010, 223). Kun normaalijakaumaolettaimus ei ole voimassa tai käytössä on luokittelu- tai järjestysasteikon muuttujat, on käytettävä jakaumasta riippumattomia testejä. Mann Whitney U-testin avulla voitiin selvittää, oliko vastausten keskiarvoissa tilastollista eroa. (Holopainen & Pulkkinen 2015, 195-197.) Testi valikoitui aineiston käsitteilyyn, sillä kyselyn muuttujat olivat järjestysasteikollisia eivätkä ne olleet normaalijakautuneita.

Aineistosta selvitettiin myös eri muuttujien välisiä riippuvuussuhteita eli korrelaatiota. Selvittämällä muuttujien välinen korrelaatiokerroin voitiin nähdä niiden välinen lineaarinen riippuvuus numeroarvona. Jos korrelaatiokerroin on nolla, ei muuttujien välillä ole lainkaan lineaarista yhteyttä. Korrelaatiokerroin voi saada arvoja 1 ja -1 välillä. Jos molemmat arvot kasvavat samansuuntaisesti, kyseessä on positiivinen korrelaatio ja jos toisen arvon kasvaessa toisen arvo laskee, on kyseessä negatiivinen korrelaatio. Pearsonin korrelaatiokertoimen käyttö edellyttää vähintään välimatka-asteikollisia muuttujia, mutta Spearmanin korrelaatiokerroin puolestaan soveltuu parhaiten järjestysasteikollisille muuttujille. (Vilkkä 2007, 130; Karjalainen 2010, 121-125; Tähtinen ym. 2011, 141, 144.) Korrelaatiokertoimen ollessa yli 0,7 riippuvuus on voimakasta ja kertoimen ollessa välillä 0,3 - 0,7 riippuvuus voidaan tulkita kohtalaiseksi (Karjalainen 2010, 128). Aineiston analyysissä käytettiin Spearmanin korrelaatiota järjestysasteikollisten muuttujien vuoksi.

Korrelaation yhteydessä selvitetään myös sen merkitsevyytensä eli riskitaso, p (probability) eli Sig. (Significance), joka ilmoittaa sen, kuinka suuri riski on, että riippuvuus johtuu sattumasta. Jos p on yli 0,05, tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta ei ole, ja on yli 5 prosentin riski, että saatu riippuvuus johtuu sattumasta. Jos p on alle 0,05, riippuvuus on tilastollisesti merkitsevä. (Heikkilä 2014b, 135-136.) Taulukossa 2 esitellään vielä tarkemmin tilastollisen merkitsevyyden arvot.

Ristiintaulukoinnin yhteydessä käytettävän khiin neliö-testin käytön edellytyksenä on, että korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä on pienempiä kuin 5 ja jokaisen odotetun frekvenssin on oltava suurempi kuin 1 (Heikkilä 2014b, 157; Holopainen & Pulkkinen 2015, 200). Tutkimusaineiston ollessa pieni odotetuista frekvensseistä suurin osa oli alle 5, joten testin käytön edellytykset eivät tässä aineistossa toteutuneet, ja sitä ei voinut analysoinnissa käyttää.

Kyselyssä oli yksi avoin kysymys. Se analysoitiin käyttämällä vastausten luokittelua. Heikkilän (2014a) mukaan tämä analysointimenetelmä sopii avoimen kysymyksen ollessa tarpeeksi rajattu. Liitteenä raporttiin voidaan laittaa vastaukset suorina lainauksena, mutta tässä on huomioitava tietosuojaan säilyminen ja ettei vastauksia voi kohdistaa yksittäisiin henkilöihin (Heikkilä 2014a.) Avoin kysymys oli rajattu yhteen asiaan, joten tämä menetelmä katsottiin sopivaksi analyysitavaksi.

TAULUKKO 2. Tulosten analysoinnissa käytetyt tilastolliset menetelmät

TILASTOLLISET MENETELMÄT	ARVOT	TARKOITUS
Tilastollinen merkitsevyys	<i>p, testissä Sig.</i> tilastollisesti erittäin merkitsevä ,000-,001 tilastollisesti merkitsevä ,001-,010 tilastollisesti melkein merkitsevä ,010-,050	Kertoa tuloksen tilastollinen merkitsevyys
Reliabiliteetti-testi	<i>Cronbachin alfa</i> tydyttävä ,60-.70 hyvä yli ,70	Tutkia kysymysosoiden luotettavuutta eli testaavatko samaa asiaa
Suorat jakaumat	<i>Frekvenssit, prosenttijakaumat</i>	Tutkia vastausten jakautumista
Korrelaatiotesti	<i>Spearmanin korrelaatiokerroin (rho)</i> 0 ei riippuvuutta alle 0,3 heikko riippuvuus 0,3 - 0,7 kohtalainen riippuvuus yli 0,7 voimakas riippuvuus	Testata muuttujien välisen riippuvuuden voimakkuutta
Mann-Whitney U-testi	<i>kts. tilastollinen merkitsevyys</i>	Tutkii kahden toisistaan riippumattoman ryhmän eroja

6 TULOKSET

Kyselyn tulokset on käsitelty kyselylomakkeelle tehdyn aihealuejaon mukaisesti. Jokainen kysymys avataan sanallisesti tulososiossa. Tulososiossa on käytetty myös taulukoita ja kuvioita havainnollistamaan tuloksia paremmin. Tulosten analysoinnissa on yhdistetty vastaukset ”täysin samaa mieltä” ja ”osittain samaa mieltä” uudeksi vastausluokaksi ”samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä” ja ”osittain eri mieltä” uudeksi vastausluokaksi ”eri mieltä”. Taulukoissa on lihavoituna pienin ja suurin vastausten keskiarvo tai opinnäytetyön tekijöiden mielestä muutoin oleellinen luku. Taulukoista on nostettu sanallisesti esiin oleellisemmat kohdat, jottei osio olisi raskaslukuinen.

6.1. Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 56 (31,6 %) hoitohenkilöstöön kuuluvaa henkilöä kahdesta eri organisaatiosta. Vastaajien ikä vaihteli 23 vuodesta 63 vuoteen. Keski-ikä oli 40,52 ja mediaani-ikä oli 37 vuotta. Työkokemusta oli keskiarvoltaan 15,18 vuotta ja mediaani oli 12 vuotta. Suurin osa vastaajista oli ammatiltaan sairaanhoitajia, 78,6 % (n=44). Ammatinimikkeeseen vaihtoehdon ”Jokin muu” oli vastannut 3,6% (n=2). Yksi vastaajista oli vastannut ammattinimikettä kysyttäessä olevansa lähihoitaja, sairaanhoitaja sekä lisäksi terveydenhoitaja ja yksi vastaajista oli sairaanhoitajaopiskelija. Suurin osa vastaajista, 73,2% (n=41), oli PSHP:stä ja käytti potilastietojärjestelmänään Uranusta/Mirandaa. Kyselylomakkeen kaikki taustamuuttujat on esitelty taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Kyselylomakkeen taustamuuttujat

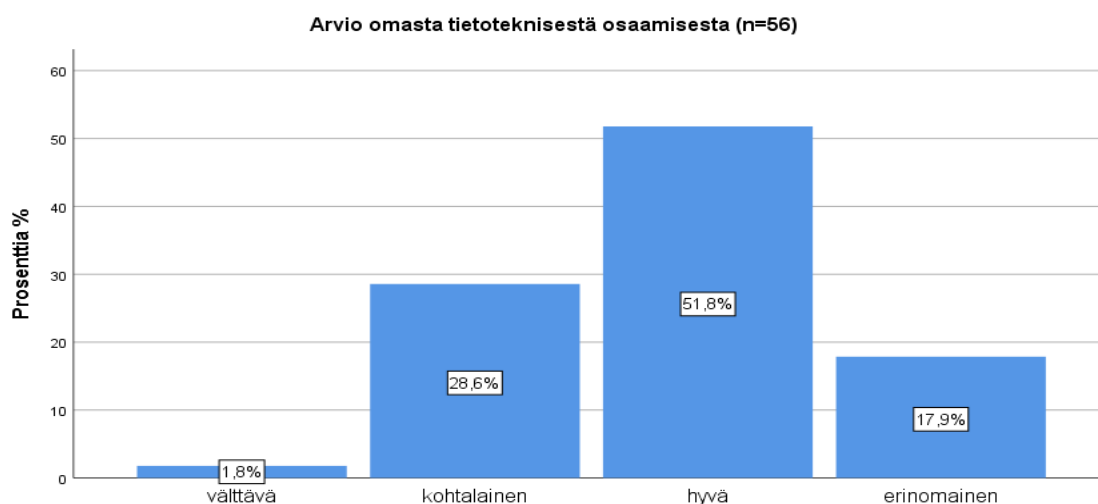
TAUSTAMUUTTUJAT (n=56)					
Ikä	20-29v 21,4 %	30-39v 35,7 %	40-49 v 10,7 %	50-59v 26,8 %	yli 60v 5,4 %
Työkokemus	1-5 v 26,8 %	6-10v 14,3%	11-20v 32,1 %	21-30v 12,5 %	31-40v 14,3 %
Ammattinimike	Sairaanhoitaja 78,6 %			Perus- tai lähihoitaja 17,9 %	
Organisaatio	PSHP 73,2 %			Kuntoutusyksikkö 26,8 %	
Potilastietojärjestelmä	Uranus/Miranda 73,2 %			Pegasos 26,8 %	

6.2 Hoitotyön kirjaamisen nykytila

Tutkimusongelmaan ”Miten hoitotyön kirjaaminen toteutuu tällä hetkellä?” pyrittiin vastaamaan kyselylomakkeen osioiden 6-14 avulla. Osiot selvittivät tietotekniseen osaamiseen, potilastietojärjestelmään, sähköiseen kirjaamiseen, hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen, koulutukseen, kirjaamisen käytännön toteutukseen sekä työyksikköjen käytänteisiin ja ohjeistuksiin liittyviä seikkoja.

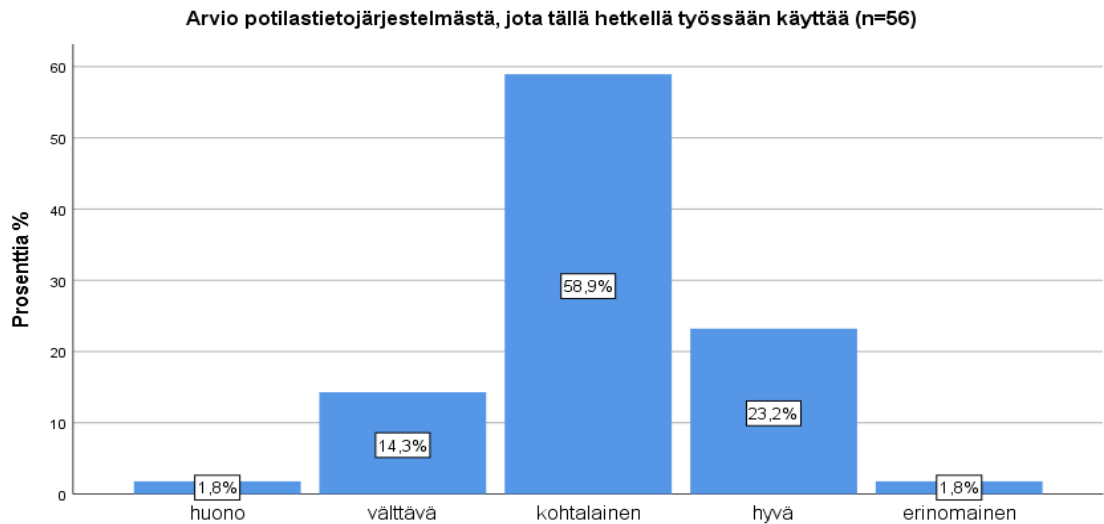
Omalle tietotekniselle osaamiselle ja potilastietojärjestelmälle annetut arviot

Tietoteknistä osaamistaan hyvänä piti yli puolet vastaajista (kuvio 1). Osaamistaan huonona ei pitänyt kukaan. Keskiarvo tietoteknisestä osaamisesta oli 3,86. Vastaajien iällä oli heikko negatiivinen korrelaatio arvioon omasta tietoteknisestä osaamisesta ($\rho = -0,242$, $p = 0,073$) ja vastaajien työkokemuksella oli kohtalainen negatiivinen, mutta tilastollisesti merkitsevä, korrelaatio koettuun tietotekniseen osaamiseen ($\rho = -0,328$, $p = 0,014$).



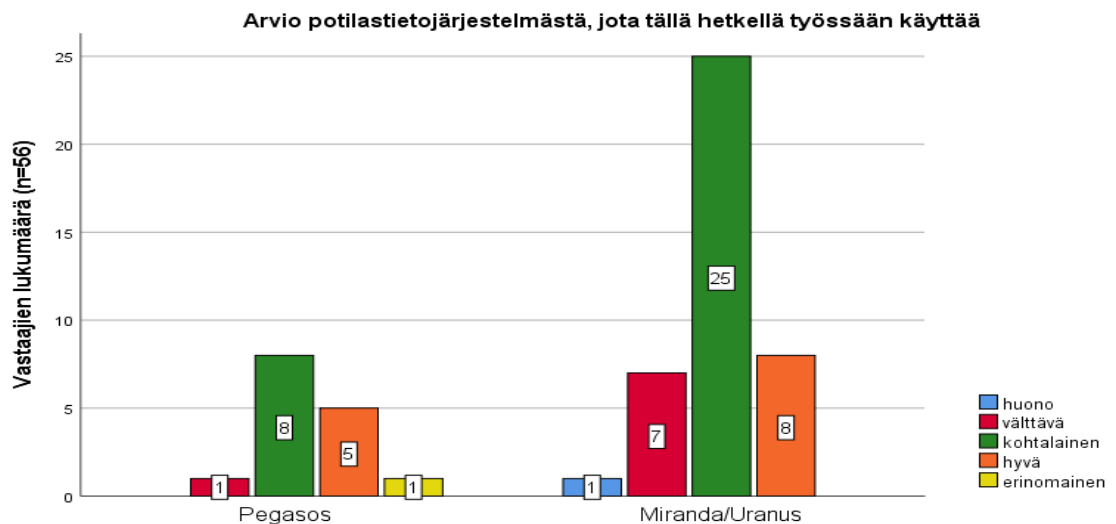
KUVIO 1. Vastaajien arvio omasta tietoteknisestä osaamisesta

Suurin osa vastaajista (58,9 %) arvioi käyttämänsä potilastietojärjestelmän olevan kohtalainen (kuvio 2). 23,2 % arvioi käyttämänsä potilastietojärjestelmän hyväksi ja 14,3% välttäväksi. Huonoksi tai erinomaiseksi potilastietojärjestelmän koki 1,8%. Tulosten mukaan potilastietojärjestelmä sai keskiarvokseen 3,09 ja eriteltyinä järjestelmän mukaan Pegasoksen keskiarvo oli 3,4 ja Uranuksen/Mirandan 2,98. Mann-Whitneyn U-testin mukaan Uranukselle/Mirandalle ja Pegasokselle annettujen arvioiden keskiarvojen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,068$).



KUVIO 2. Vastaajien arvio potilastietojärjestelmästä, jota tällä hetkellä käyttää

Vertailtaessa potilastietojärjestelmien arvioita (kuvio 3) voidaan nähdä, että kumpaakin potilastietojärjestelmää pidetään pääosin kohtalaisena tai hyvänä. Kuitenkin myös useampi vastaaja koki Uranuksen/ Mirandan välttäväksi. Kumpaakaan järjestelmää ei pidetty erityisen erinomaisena tai huonona.



KUVIO 3. Vertailu potilastietojärjestelmien arvioinneista

Sähköinen kirjaaminen

Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että sähköinen kirjaaminen on nykypäivää (taulukko 4). Vastaajista 98,2 % kirjaa mieluummin sähköisesti kuin, että kirjaisi manuaalisesti paperille. Vastaajista 75 %:n mielestä sähköinen kirjaaminen mahdollistaa laadukkaan hoitotyön kirjaamisen. Sähköinen kirjaaminen- osion keskiarvo oli korkea, jopa 4,61.

TAULUKKO 4. Sähköinen kirjaaminen

Väittämät sähköisestä kirjaamisesta	Samaa mieltä	Eri mieltä	Keskiarvo
Sähköinen kirjaaminen on nykypäivää	100 %	0 %	4,86
Kirjaan mieluummin sähköisesti potilastietojärjestelmään kuin manuaalisesti paperille	98,2 %	0 %	4,79
Sähköinen kirjaaminen mahdollistaa laadukkaan hoitotyön kirjaamisen	75 %	3,6 %	4,07

Potilastietojärjestelmä

Vastaaajilta tiedusteltiin mielipiteitä käyttämästään potilastietojärjestelmästä (taulukko 5). Vastaaajista vain 17,9 % piti potilastietojärjestelmää tekniseltä toimivuudeltaan vakaana ja tietokoneiden toimintaa ongelmattomana. Vain 19,6 %:n mielestä potilastietojärjestelmä toimii nopeasti. Potilastietojärjestelmän helppokäyttöiseksi kokee 37,5 %, mutta lähes saman verran vastaaajista on eri mieltä (32,1 %). Järjestelmä ei ole ulkoasultaan selkeä 39,3 %:n mielestä. Vain 28,6 % mielestä kirjaaminen on näppärää ja sujuvaa. Järjestelmän käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa vain 44,6 % vastaaajista kokee saavansa apua.

35,8 % vastaaajista on sitä mieltä, että potilastietojärjestelmän avulla on helppo saada esiin potilaasta tarvittavat tiedot (taulukko 5). Jopa hieman yli puolet vastaaajista on sitä mieltä, että potilastietojärjestelmän käyttö vaatisi pitkän ja perusteellisen perehdytyksen. Kirjaamisen yhteisesti sovitulla tavalla koetaan helpottavan hoidossa tarvittavien tietojen hakua (69,6%). Vain 46,4%:n mielestä hoitokertomukseen kirjatut tiedot ovat helposti luettavassa muodossa. Tietojärjestelmä tukee hyvin yhteistyötä ja tiedonkulkua lääkärin ja hoitajien välillä vain kolmasosan vastaaajista mielestä. Hieman yli puolet vastaaajista oli sitä mieltä, että tietojärjestelmä auttaa turvaamaan hoidon jatkuvuutta. 66,0% osaa mielestään käyttää potilastietojärjestelmää monipuolisesti tarpeidensa mukaan ja 39,3% kaipaa lisäkoulutusta potilastietojärjestelmän käyttöön. Potilastietojärjestelmäosion keskiarvo oli kohtalainen, 3,0.

TAULUKKO 5. Potilastietojärjestelmä

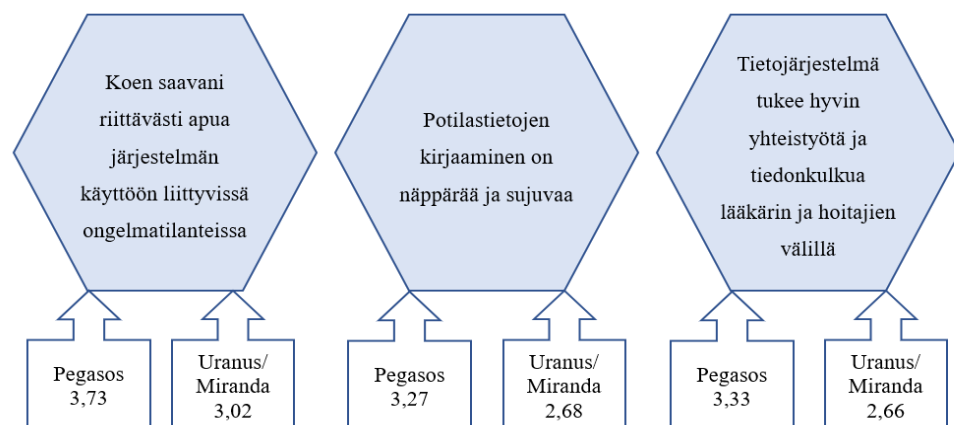
Väittämät liittyen tällä hetkellä työssä käytössä olevaan potilastietojärjestelmään	Samaa mieltä	Eri mieltä	Keskiarvo
Järjestelmä on tekniseltä toimivuudeltaan vakaa (ei kaatuile, ei käyttökatkoksia)	17,9 %	55,4 %	2,57
Tietokoneet toimivat ongelmitta	17,9 %	55,4 %	2,55
Järjestelmä toimii nopeasti	19,6 %	55,5 %	2,52
Järjestelmä on helppokäyttöinen	37,5 %	32,1 %	3,07
Järjestelmä on ulkoasultaan selkeä	33,9 %	39,3 %	2,98
Potilastietojen kirjaaminen on näppärää ja sujuvaa	28,6 %	42,9 %	2,84
Koen saavani riittävästi apua järjestelmän käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa	44,6 %	26,8 %	3,21
Potilastietojärjestelmän avulla on helppo saada esiin potilaasta tarvittavat tiedot	35,8 %	35,7 %	3,02
Potilastietojärjestelmän käyttö ei vaadi pitkää ja perusteellista perehdytystä	19,7 %	55,4 %	2,57
Kirjaaminen työyksikössä yhteisesti sovitulla tavalla helpottaa hoidossa tarvittavien tietojen hakua	69,6 %	16,1 %	3,75
Hoitokertomukseen kirjatut tiedot ovat helposti luettavassa muodossa	46,4 %	33,9 %	3,13
Tietojärjestelmä tukee hyvin yhteistyötä ja tiedonkulkua lääkärin ja hoitajien välillä	33,9 %	39,3 %	2,84
Tietojärjestelmä auttaa turvaamaan hoidon jatkuvuuden	51,8 %	19,6 %	3,3
Osaan käyttää potilastietojärjestelmää monipuolisesti ja tarpeideni mukaisesti	66,0 %	7,1 %	3,79
Kaipaen lisäkoulutusta potilastietojärjestelmän käyttöön	39,3 %	32,1 %	3,11

Potilastietojärjestelmäkohtaiset väittämien tulokset olivat pääosin samansuuntaisia (taulukko 6), sillä kummassakin järjestelmässä nähtiin puutteita toimivuudessa ja nopeudessa. Tulosten mukaan Uranuksen/Mirandan käyttäjät olivat tyytymättömämpiä järjestelmän ulkoasuun, kirjaamisen näppäryyteen ja sujuvuuteen sekä tietojen luettavuuteen kuin Pegasoksen käyttäjät. Uranuksen/Mirandan käyttäjät myös kokivat Pegasoksen käyttäjiä enemmän, ettei tietojärjestelmä tue yhteistyötä ja tiedon kulkua lääkärin ja hoitajien välillä. Pegasoksen käyttäjät puolestaan kokivat selvästi Uranuksen/Mirandan käyttäjiä enemmän saavansa riittävästi apua järjestelmän käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa, mutta heillä oli myös selkeämmin tarvetta lisäkoulutukselle potilastietojärjestelmän käytössä.

TAULUKKO 6. Potilastietojärjestelmäkohtaiset tulokset

Potilastietojärjestelmän mukaan (Pegasos vrt. Uranus/Miranda)	Pegasos Eri mieltä	Pegasos Samaa mieltä	Uranus/ Miranda Samaa mieltä	Uranus/ Miranda Eri mieltä
Järjestelmä on tekniseltä toimivuudeltaan vakaa (ei kaatuile, ei käyttökatkoksia)	46,7 %	20,0 %	17,1 %	58,5 %
Tietokoneet toimivat ongelmitta	53,3 %	13,3 %	19,5 %	56,1 %
Järjestelmä toimii nopeasti	53,3 %	13,3 %	22,0 %	56,1 %
Järjestelmä on helppokäyttöinen	20,0 %	53,3 %	31,7 %	36,6 %
Järjestelmä on ulkoasultaan selkeä	20,0 %	40,0 %	31,7 %	46,3 %
Potilastietojen kirjaaminen on näppärää ja sujuvaa	20,0 %	46,7 %	22,0 %	51,2 %
Koen saavani riittävästi apua järjestelmän käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa	20,0 %	66,7 %	36,6 %	29,3 %
Potilastietojärjestelmän avulla on helppo saada esiin potilaasta tarvittavat tiedot	26,7 %	33,3 %	36,6 %	39,0 %
Potilastietojärjestelmän käyttö ei vaadi pitkää ja perusteellista perehdytystä	53,3 %	20,0 %	19,5 %	56,1 %
Kirjaaminen työyksikössä yhteisesti sovitulla tavalla helpottaa hoidossa tarvittavien tietojen hakua	6,7 %	66,7 %	70,7 %	19,5 %
Hoitokertomukseen kirjatut tiedot ovat helposti luettavassa muodossa	13,3 %	60,0 %	41,5 %	41,5 %
Tietojärjestelmä tukee hyvin yhteistyötä ja tiedonkulkua lääkärin ja hoitajien välillä	13,3 %	53,3 %	26,8 %	48,8 %
Tietojärjestelmä auttaa turvaamaan hoidon jatkuvuuden	20,0 %	60,0 %	48,8 %	19,5 %
Osaan käyttää potilastietojärjestelmää monipuolisesti ja tarpeideni mukaisesti	6,7 %	73,3 %	63,4 %	7,3 %
Kaipaen lisäkoulutusta potilastietojärjestelmän käyttöön	26,7 %	66,7 %	29,3 %	34,1 %

Mann Whitneyn U-testin mukaan tilastollisesti merkitseviä eroja potilastietojärjestelmien välillä oli väittämässä ”Potilastietojen kirjaaminen on näppärää ja sujuvaa” ($p=,029$), ”Koen saavani riittävästi apua järjestelmän käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa” ($p=,024$) ja ”Tietojärjestelmä tukee hyvin yhteistyötä ja tiedonkulkua lääkärin ja hoitajien välillä” ($p=,024$). Pegasos sai näissä väittämässä paremman keskiarvon (kuvio 4).



KUVIO 4. Tilastolliset merkittävät erot keskiarvoissa potilastietojärjestelmien välillä

Rakenteiseen kirjaamiseen liittyvä koulutus

Rakenteiseen kirjaamiseen riittävästi koulutusta kokee saaneensa vain 37,5 % vastaajista (taulukko 7) ja 42,9 % vastaajista kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta rakenteiseen kirjaamiseen. Kokemuksella riittävästä koulutuksesta ja lisäkoulutuksen tarpeesta on keskenään vahva negatiivinen korrelaatio ($\rho = -,715$), joka on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = ,000$) eli vastaajat, jotka kokevat saaneensa riittävästi koulutusta rakenteiseen kirjaamiseen, eivät todennäköisimmin koe tarvitsevansa lisäkoulutusta siihen.

TAULUKKO 7. Rakenteiseen kirjaamiseen liittyvä koulutus

Väittämät rakenteiseen kirjaamiseen liittyvästä koulutuksesta	Samaa mieltä	Eri mieltä	Keskiarvo
Olen saanut riittävästi koulutusta rakenteiseen kirjaamiseen	37,5 %	39,3 %	2,91
Tarvitsen lisäkoulutusta rakenteiseen kirjaamiseen	42,9%	30,4 %	3,2

Kirjaamiseen liittyvät käytänteet ja ohjeistukset työyksiköissä

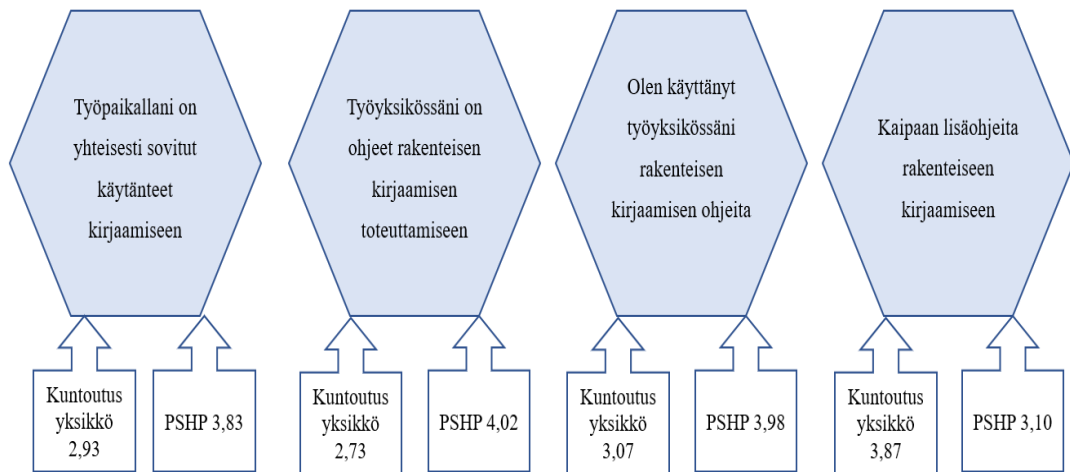
64,3 % ilmoittaa työpaikallaan olevan yhteisesti sovitut käytänteet kirjaamiseen (taulukko 8). Lähes puolet vastaajista kokee, etteivät yhteisesti sovitut käytänteet kirjaamiseen toteudu hyvin. Vastaajista 67,9 % tuo esiin, että työyksikössä on ohjeet rakenteisen kirjaamisen toteuttamiseen, mutta vain hieman yli puolet tietää, kuinka työyksikön ohjeiden mukaan rakenteista kirjaamista tulee toteuttaa. 66,1 % on käyttänyt työyksikössään rakenteisen kirjaamisen ohjeita ja 46,5 % kaipaa lisäohjeita rakenteiseen kirjaamiseen. Kirjaamiseen liittyvät käytänteet ja ohjeistukset työyksiköissä- osion keskiarvo oli 3,5.

TAULUKKO 8. Kirjaamiseen liittyvät käytänteet ja ohjeistukset työyksiköissä

Väittämät työyksiköiden kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista	Samaa mieltä	Eri mieltä	Keskiarvo
Työpaikallani on yhteisesti sovitut käytänteet kirjaamiseen	64,3 %	23,2 %	3,59
Työpaikallani yhteisesti sovitut käytänteet kirjaamiseen toteutuvat hyvin	33,9 %	46,4 %	2,77
Työyksikössäni on ohjeet rakenteisen kirjaamisen toteuttamiseen	67,9 %	21,4 %	3,68
Tiedän, kuinka työyksikön ohjeiden mukaan rakenteista kirjaamista tulee toteuttaa	51,8 %	23,2 %	3,43
Olen käyttänyt työyksikössäni rakenteisen kirjaamisen ohjeita	66,1 %	14,3 %	3,73
Kaipaen lisäohjeita rakenteiseen kirjaamiseen	46,5 %	25,0 %	3,3

Mann Whitney U-testin mukaan kirjaamiseen liittyvät käytänteet ja ohjeistukset työyksiköissä- osion väittämien keskiarvoilla oli organisaatiokohtaisia tilastollisesti merkitseviä eroja väittämässä ”Työpaikallani on yhteisesti sovitut käytänteet kirjaamiseen” ($p = 0,007$), ”Työyksikössäni on ohjeet rakenteisen kirjaamisen toteuttamiseen” ($p = 0,001$), ”Olen

käyttänyt työyksikössäni rakenteisen kirjaamisen ohjeita” ($p=0,044$) ja *”Kaipaen lisäohjeita rakenteiseen kirjaamiseen”* ($p=0,015$). Organisaatiokohtaiset keskiarvot voi nähdä kuvioista 5.



KUVIO 5. Tilastollisesti merkittävät erot keskiarvoissa organisaatioiden välillä

Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen

Vastaajista 75 % pyrkii luomaan potilaslähtöiset hoidon tavoitteet (taulukko 9), mutta vain puolet laatii tavoitteet potilaan toimintaa kuvaavina. Suurin osa vastaajista kirjaa hoidon tavoitteet mahdollisimman lyhyesti ja yli puolet valitsee hoitotyön suunnitelmaan tavoitteiden mukaiset hoitotyön toiminnot. Puolet vastaajista kokee hoitotyön suunnittelun olevan hoidon kannalta oleellista, mutta vain noin kolmannes vastaajista päivittää kirjallista hoitotyön suunnitelmaa säännöllisesti. Lähes kaikki kirjaavat tehdyt hoitotyön toiminnot hoitotyön toteutukseen ja noin puolet vastaajista kirjaa hoitotyön toiminnot ajantasaisesti ja mennessä aikamuodossa. Hieman yli puolet vastaajista kokee hoidon tulosten kirjallisen arvioinnin olevan tärkeää ja vastaajista 64,3 % kokee osaavansa arvioida hoidon toteutumista suhteessa tarpeeseen ja tavoitteisiin.

Vain kolmasosa vastaajista kokee, että hoitotyön yhteenvedo on helppo laatia ja noin puolet vastaajista tekee hoitotyön yhteenvedon aina potilaan hoidon päättyessä. Suurin osa (76,8 %) vastaajista on lukenut potilastietojärjestelmästä sähköisiä hoitotyön yhteenvedoja ja paperisia hoitotyön yhteenvedoja on lukenut 57,2 %. Vain hieman yli puolet kokee, että hoitotyön yhteenvedosta on ollut hyötyä potilaan siirtyessä jatkohoitoon ja 66,1 % uskoo, että hänen tekemästään hoitotyön yhteenvedosta on hyötyä jatkohoitopaikassa po-

tilaan sinne siirtyessä. Vastaajista 42,8 % kiinnittää hoitotyön yhteenvedon laatuun enemmän huomiota kuin päivittäisten kirjausten laatuun. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen – osion keskiarvo oli 3,55.

TAULUKKO 9. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen

Väittämät hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta	Samaa mieltä	Eri mieltä	Keskiarvo
Pyrin luomaan potilaslähtöiset hoidon tavoitteet	75,0 %	7,1 %	3,93
Laadin tavoitteet potilaan toimintaa kuvaavina	50,0 %	17,9 %	3,45
Kirjaan hoidon tavoitteet mahdollisimman lyhyesti	76,8 %	8,9 %	3,93
Valitsen hoitotyön suunnitelmaan tavoitteiden mukaiset hoitotyön toiminnot	64,3 %	12,5 %	3,66
Päivitän kirjallista hoitotyön suunnitelmaa säännöllisesti	32,1 %	39,3 %	2,88
Koen, että hoitotyön suunnittelu on hoidon kannalta oleellista	50,0 %	25,0 %	3,30
Kirjaan hoitotyön toteutukseen tehdyt hoitotoimet	92,9 %	0 %	4,50
Kirjaan hoitotyön toiminnot menneessä aikamuodossa	53,5 %	8,9 %	3,64
Kirjaan hoitotyön toiminnot ajantasaisesti	55,4 %	26,8 %	3,36
Hoidon tulosten kirjallinen arviointi on tärkeää	57,1 %	10,7 %	3,63
Osaan arvioida hoidon toteutumista suhteessa tarpeeseen ja tavoitteisiin	64,3 %	10,7 %	3,70
Hoitotyön yhteenvedo on helppo laatia	32,1 %	53,6 %	2,70
Teen hoitotyön yhteenvedon aina potilaan hoidon päättyessä	48,2 %	37,5 %	3,30
Olen lukenut potilastietojärjestelmästä sähköisiä hoitotyön yhteenvedoja	76,8 %	12,5 %	3,96
Olen lukenut paperisia hoitotyön yhteenvedoja potilaan saapuessa jatkohoitoon	57,2 %	25,0 %	3,48
Hoitotyön yhteenvedosta on minulle hyötyä potilaan siirtyessä yksikköni jatkohoitoon	57,2 %	17,9 %	3,64
Uskon, että tekemästäni hoitotyön yhteenvedosta on hyötyä jatkohoitopaikassa potilaan sinne siirtyessä	66,1 %	19,6 %	3,79
Kiinnitän hoitotyön yhteenvedon laatuun enemmän huomiota kuin päivittäiskirjausten laatuun	42,8 %	33,9 %	3,11

Voimakas yhteys hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen väittämistä löytyi ”*Hoitotyön yhteenvedosta on minulle hyötyä potilaan siirtyessä yksikköni jatkohoitoon*” ja ”*Uskon, että tekemästäni hoitotyön yhteenvedosta on hyötyä jatkohoitopaikassa potilaan sinne siirtyessä*” väliltä ($\rho=,765$, $p=,000$). Työntekijä, joka pitää yhteenvedoa itselleen hyödyllisenä, näkee myös tekemänsä yhteenvedon olevan jatkohoitopaikassa hyödyllinen.

Kirjaamisen käytännön toteutus

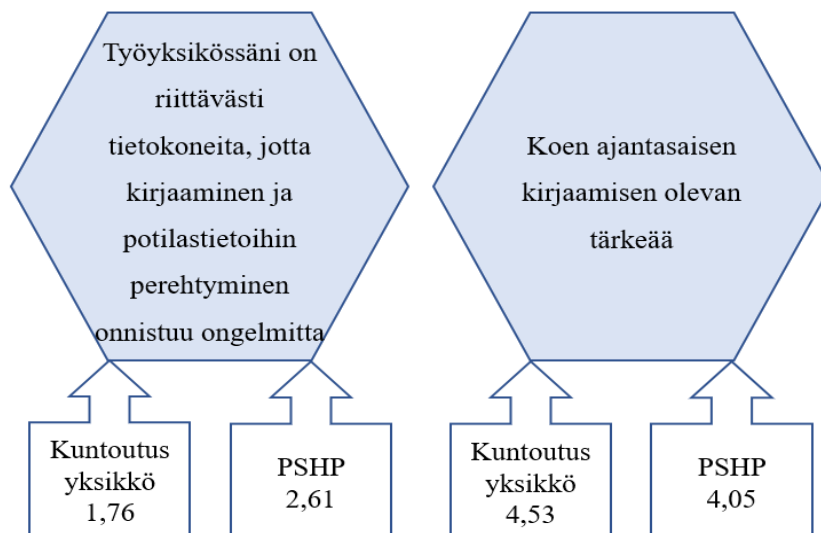
Kaiken tarvitsemansa tiedon hoitotyön kirjauksista hyvän hoidon toteuttamiseksi kokee saavansa hieman alle puolet vastaajista (taulukko 10). Vastaajista jopa 71,4 % on sitä mieltä, ettei kirjaamiseen ole riittävästi aikaa ja 66,1 % mielestä työyksikössä ei ole riit-

tävästi tietokoneita, jotta kirjaaminen ja potilastietoihin perehtyminen onnistuisi ongelmitta. Ajantasainen kirjaaminen koetaan tärkeäksi (89,3 %), mutta vain pieni osa (23,2 %) kokee sen olevan työyksikössään mahdollista. 42,8 % mielestä puutteelliset kirjaukset ovat vaarantaneet potilasturvallisuuden työyksikössä. Kirjaamisen käytännön toteutuksen keskiarvoksi tuli 2,98.

TAULUKKO 10. Kirjaamisen käytännön toteutus

Väittämät kirjaamisen käytännön toteutumisesta työyksiköissä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Keskiarvo
Saan kaiken tarvitsemani tiedon hoitotyön kirjauksista hyvän hoidon toteuttamiseksi	44,6 %	30,4 %	3,16
Minulla on riittävästi aikaa kirjaamiseen	9,0 %	71,4 %	2,14
Työyksikössäni on riittävästi tietokoneita, jotta kirjaaminen ja potilastietoihin perehtyminen onnistuu ongelmitta	21,4 %	66,1 %	2,38
Koen ajantasaisen kirjaamisen olevan tärkeää	89,3 %	5,7 %	4,18
Ajantasainen kirjaaminen on mahdollista työyksikössäni	23,2 %	60,7 %	2,48
Puutteelliset kirjaukset ovat vaarantaneet potilasturvallisuuden työyksikössäni	42,8 %	30,7 %	3,18

Mann Whitney U-testin mukaan kirjaamisen käytännön toteutuksen väittämien keskiarvoilla oli organisaatiokohtaisia tilastollisesti merkitseviä eroja väittämässä ”*Työyksikössäni on riittävästi tietokoneita, jotta kirjaaminen ja potilastietoihin perehtyminen onnistuu ongelmitta*” ($p=,012$) ja ”*Koen ajantasaisen kirjaamisen olevan tärkeää*” ($p=,022$) (kuvio 6).

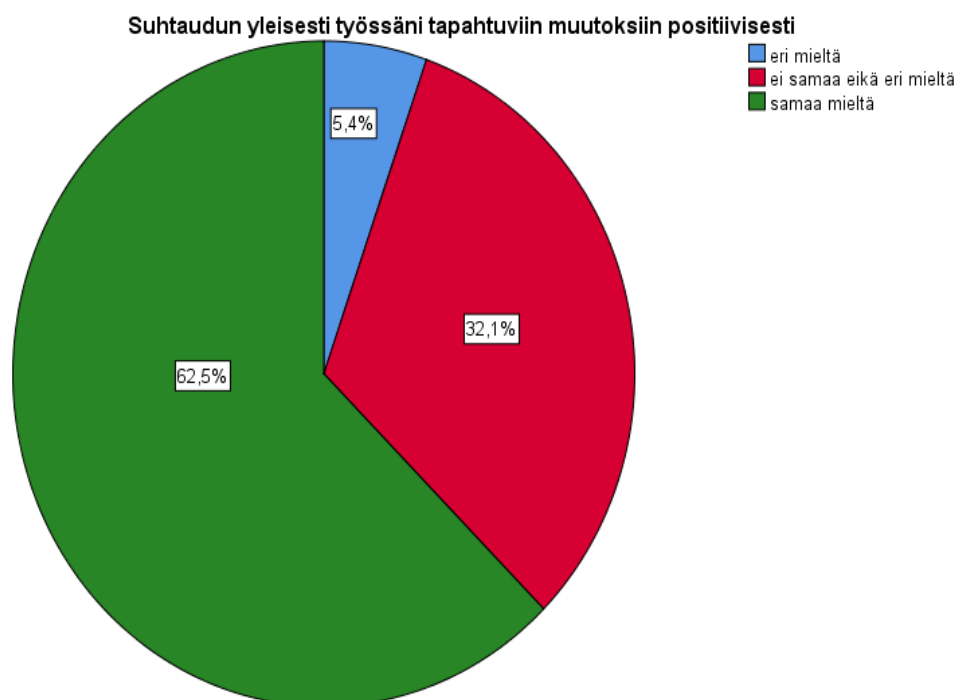


KUVIO 6. Tilastollisesti merkittävät erot keskiarvoissa organisaatioiden välillä

6.2. Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset

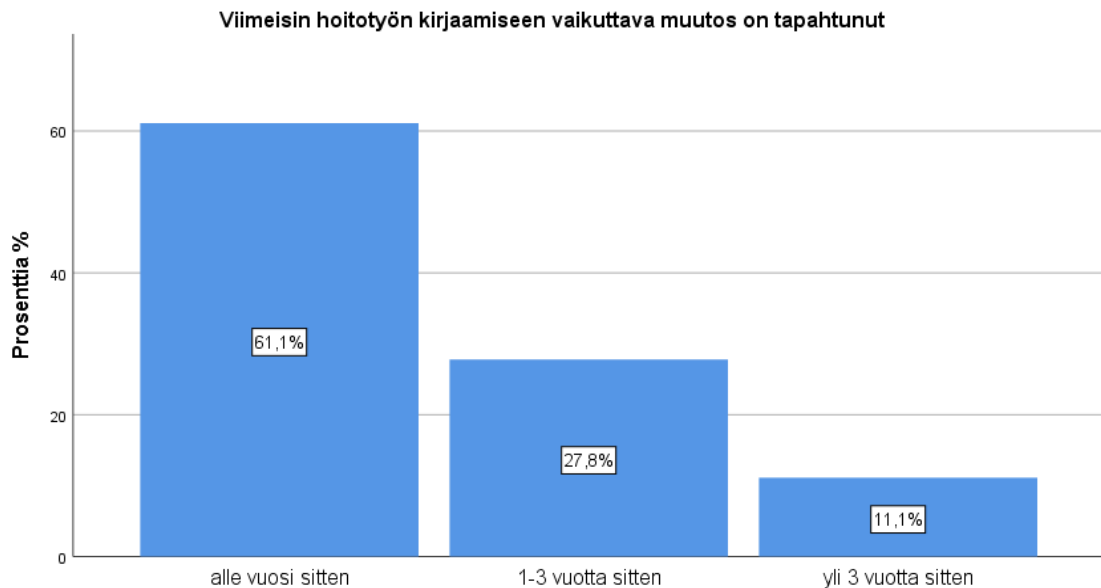
Yhtenä tutkimusongelmana selvitettiin, miten hoitohenkilöstö arvioi hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset. Kysymyslomakkeen osioiden 15-17 avulla pyrittiin vastaamaan tähän tutkimusongelmaan. Kuviossa 9 esitellään Spearmanin korrelaation avulla muutosmyönteisyyden yhteys koettuihin muutosten vaikutuksiin. Vastausluokat luokiteltiin ennen korrelaation selvittämistä yhteneväisiksi väittämien kesken eli *samaa mieltä*, *ei samaa eikä eri mieltä* ja *eri mieltä*.

Vastaajista 62,5 % suhtautuu yleisesti positiivisesti työssään tapahtuviin muutoksiin (kuvio 7) ja vain 5,4 % vastaajista ei suhtaudu yleisesti positiivisesti työssään tapahtuviin muutoksiin. Hieman yli kolmannes (32,1 %) vastaajista ei osannut sanoa, suhtautuuko työssään tapahtuviin muutoksiin positiivisesti.



KUVIO 7. Positiivinen suhtautuminen työssä tapahtuviin muutoksiin

Vastaajista 94,6 % on kokenut hoitotyön kirjaamisen muutoksen työuransa aikana (kuvio 8). Viimeisimmän hoitotyön kirjaamiseen vaikuttavan muutoksen oli suurin osa vastaajista kokenut alle vuosi sitten. Hieman alle kolmasosa oli kokenut muutoksen 1-3 vuoden aikana ja 11,1 % vastaajista koki, että muutoksesta oli aikaa jo yli 3 vuotta.



KUVIO 8. Viimeisimmän hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneen muutoksen ajankohta

Suurin osa vastaajista, 87,5 %, oli viimeisimpänä muutoksena kokenut siirtymisen rakenteiseen kirjaamistapaan. Vastaajista 5,4 % kertoo viimeisimmän kokemansa hoitotyön kirjaamisen vaikuttavan muutoksen olleen siirtyminen paperikirjaamisesta tietokoneelle kirjaamiseen. Vastaajista 10,7 % oli kokenut viimeisimmäksi muutokseksi siirtymisen uuteen sähköiseen potilastietojärjestelmäversioon sekä myös 10,7% oli kokenut siirtymisen potilastietojärjestelmästä toiseen.

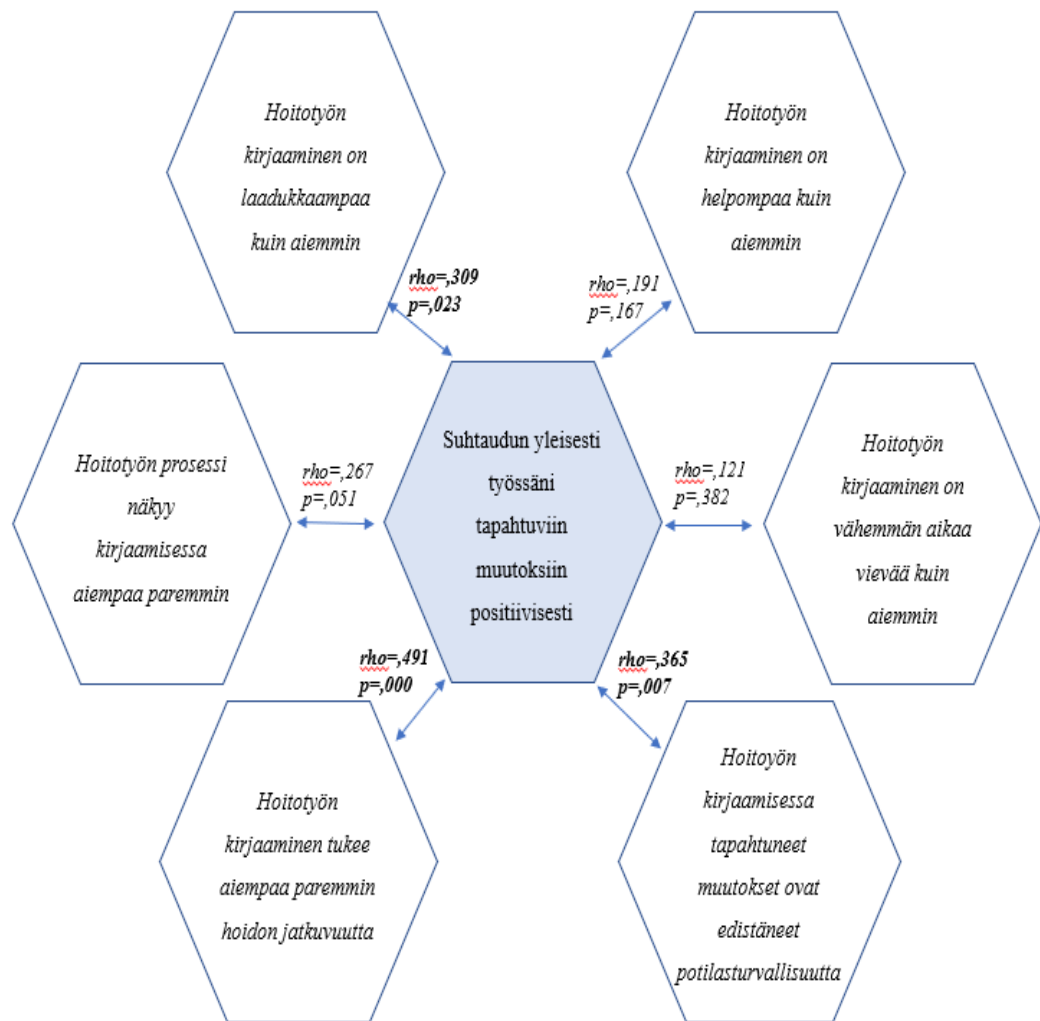
Muutoksen vaikutus kirjaamiseen

Vastaajien arvioidessa viimeisimmän kokemansa hoitotyön kirjaamiseen liittyvän muutoksen vaikutusta eri tekijöihin (taulukko 11) nähtiin, että 64,9 % koki hoitotyön kirjaamisen olevan laadukkaampaa kuin aiemmin ennen muutosta. Hoitotyön kirjaamisen helpoudesta muutoksen jälkeen oltiin montaa mieltä, kolmasosa vastaajista koki, että se oli helpompaa, mutta hieman yli kolmasosa (38,9 %) koki, ettei se ole helpompaa. 75,9 % vastaajista koki, ettei hoitotyön kirjaaminen ole vähemmän aikaa vievää kuin aiemmin. Vastaajista 45,2 % koki hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneiden muutosten edistäneen potilasturvallisuutta ja 48,2 % koki hoitotyön kirjaamisen tukevan aiempaa paremmin hoidon jatkuvuutta. Hoitotyön prosessi näkyy kirjaamisessa aiempaa paremmin 48,1 % vastaajista mielestä. Muutoksen vaikutus kirjaamiseen- osion keskiarvoksi tuli 3,08.

TAULUKKO 11. Muutoksen vaikutus kirjaamiseen

Arvioi viimeisimmän kokemasi hoitotyön kirjaamiseen liittyvän muutoksen vaikutusta	Samaa mieltä	Eri mieltä	Keskiarvo
Hoitotyön kirjaaminen on laadukkaampaa kuin aiemmin	64,9 %	24,1 %	3,48
Hoitotyön kirjaaminen on helpompaa kuin aiemmin	33,3 %	38,9 %	2,93
Hoitotyön kirjaaminen on vähemmän aikaa vievää kuin aiemmin	9,3 %	75,9 %	2,09
Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset ovat edistäneet potilasturvallisuutta	45,2 %	20,8 %	3,26
Hoitotyön kirjaaminen tukee aiempaa paremmin hoidon jatkuvuutta	48,2 %	24,1 %	3,31
Hoitotyön prosessi näkyy kirjaamisessa aiempaa paremmin	48,1 %	25,9 %	3,24

Vastaajien yleinen suhtautuminen positiivisesti työssä tapahtuviin muutoksiin korreloi kokemuksiin muutosten positiivisista vaikutuksista kirjaamiseen (kuvio 9). Korrelaatiot eivät olleet kovin voimakkaita, mutta osassa väittämiä kuitenkin tilastollisesti merkittäviä. Voimakkain ja tilastollisesti erittäin merkittävä korrelaatio löytyi väittämään ”*Hoitotyön kirjaaminen tukee aiempaa paremmin hoidon jatkuvuutta*”, jossa $\rho=,491$ ja $p=,000$. Tilastollisesti merkittävät korrelaatiot on esitelty tummennettuna kuviossa 9.



KUVIO 9. Muutosmyönteisyyden yhteys koettuihin muutosten vaikutuksiin

Muutosten vaikutus kirjaamiseen- väittämällä oli keskenään tilastollisesti merkittäviä korrelaatioita (taulukko 12). Taulukossa on esitelty korrelaatiot, jotka ovat yli 0,3. Voimakkain ja tilastollisesti merkitsevä korrelaatio löytyi väittämien ” *Hoitotyön kirjaaminen on helpompaa kuin aiemmin*” ja ” *Hoitotyön kirjaaminen on laadukkaampaa kuin aiemmin*” väliltä (rho=,739, p=,000). Toinen voimakas ja tilastollisesti merkitsevä yhteys havaittiin väittämien ” *Hoitotyön kirjaaminen tukee aiempaa paremmin hoidon jatkuvuutta*” ja ” *Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset ovat edistäneet potilasturvallisuutta*” välillä. Tästä voidaan päätellä, että vastaajat, jotka pitävät hoitotyön kirjaamista aiempaa helpompana, näkevät myös kirjaamisen aiempaa laadukkaampana ja vastaajat, jotka mieltävät kirjaamisen tukevan hoidon jatkuvuutta aiempaa paremmin, näkevät myös muutosten edistäneen potilasturvallisuutta.

TAULUKKO 12. Tilastollisesti merkitsevät yhteydet Muutoksen vaikutus kirjaamiseen-
osion väittämien välillä

	Hoitotyön kirjaaminen on laadukkaampaa kuin aiemmin	Hoitotyön kirjaaminen on helpompaa kuin aiemmin	Hoitotyön kirjaaminen on vähemmän aikaa vievää kuin aiemmin	Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset ovat edistäneet potilasturvallisuutta	Hoitotyön kirjaaminen tukee aiempaa paremmin hoidon jatkuvuutta	Hoitotyön prosessi näkyy kirjaamisessa aiempaa paremmin
Hoitotyön kirjaaminen on laadukkaampaa kuin aiemmin	=	rho=,739 p=,000		rho=,648 p=,000	rho=,633 p=,000	rho=,357 p=,008
Hoitotyön kirjaaminen on helpompaa kuin aiemmin	rho=,739 p=,000	=	rho=,460 p=000	rho=,684 p=,000	rho=,594 p=,000	
Hoitotyön kirjaaminen on vähemmän aikaa vievää kuin aiemmin		rho=,460 p=,000	=		rho=,485 p=,000	
Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset ovat edistäneet potilasturvallisuutta	rho=,648 p=,000	rho=,684 p=,000		=	rho=,712 p=,000	rho=,565 p=,000
Hoitotyön kirjaaminen tukee aiempaa paremmin hoidon jatkuvuutta	rho=,633 p=,000	rho=,594 p=,000	rho=,485 p=,000	rho=,712 p=,000	=	rho=,492 p=,000
Hoitotyön prosessi näkyy kirjaamisessa aiempaa paremmin	rho=,357 p=,008			rho=,565 p=,000	rho=,492 p=,000	=

6.3. Muutosjohtaminen hoitotyön kirjaamisen muutoksissa

Tutkimusongelmaan ” Millaisina hoitohenkilöstö arvioi esimiestensä muutosjohtamistaidot hoitotyön kirjaamiseen liittyen?” etsittiin vastausta kysymyslomakkeen osioiden 18 ja 19 avulla. Kuviossa 10 esitellään korrelaatiot muutosmyönteisyyden ja muutosjohtajuuden välillä. Ennen korrelaation selvittämistä väittämien vastausluokat muokattiin yhteneväisiksi.

Vastaajista 42,6 % koki, ettei ollut saanut kirjaamistapojen muutoshetkellä riittävästi tukea ja ohjausta kirjaamiseen (taulukko 13). 40,7 % vastaajista koki kirjaamisen vastuuhenkilöiden auttaneen muutoksessa ja uusien kirjaamistapojen oppimisessa, mutta lähes saman (35,2 %) verran koki, ettei ollut heiltä apua saanut. Hieman yli puolet vastaajista koki, ettei esimies johtanut ja tukenut kirjaamisen muutosta työpaikalla ja ettei esimies

pitänyt yllä kirjaamisen muutokseen liittyvää keskustelua työyhteisössä. Vastaajista vain 13,0 % koki esimiehen osallistuvan kirjaamisen käytännön kehittämiseen yhdessä työyhteisön kanssa.

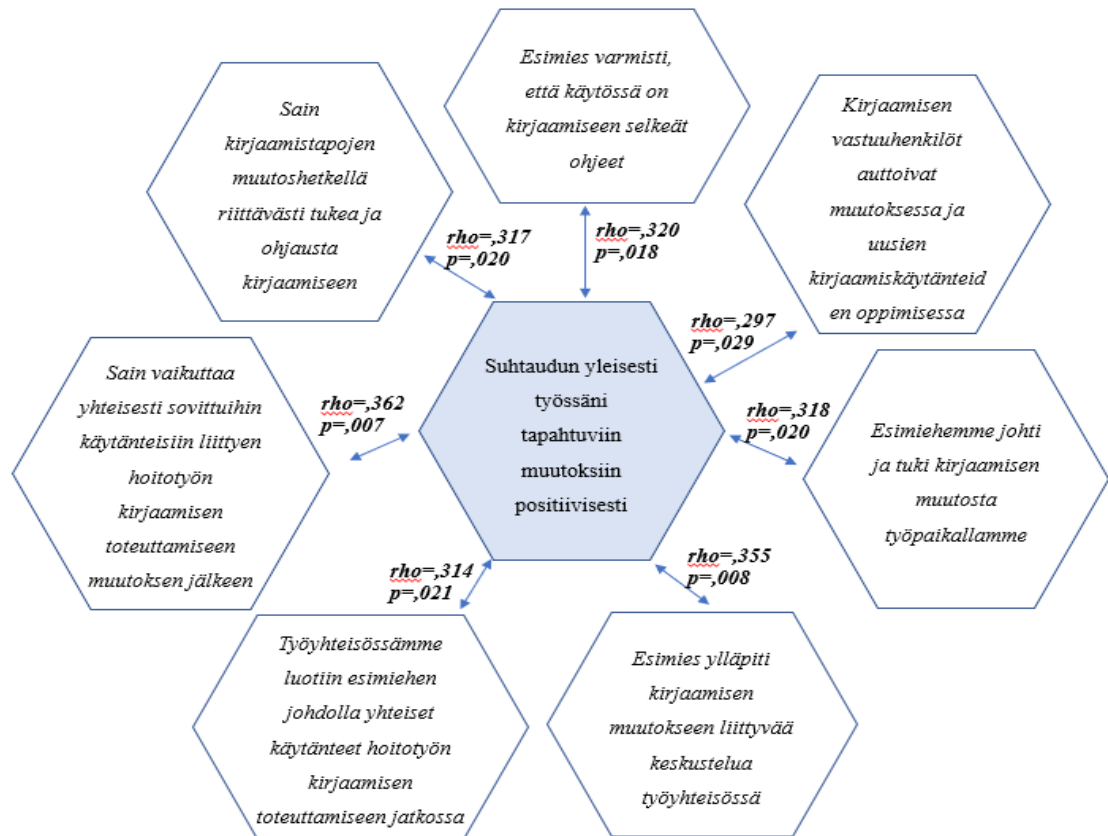
Vastaajista 64,8 % koki, että esimies mahdollisti kirjaamiskoulutuksen ja siihen pääsyn. Vastaajista 37,0 % mielestä esimies on varmistanut, että kirjaamiseen on käytössä selkeät ohjeet, mutta hieman suurempi osa (40,7 %) oli toista mieltä. 66,7 % vastaajista koki, ettei esimies ollut antanut palautetta muutoksen jälkeen kirjaamisen toteutumisesta ja vain 7,4 % koki saaneensa palautetta. Esimiehen roolin tärkeydestä oltiin montaa mieltä, sillä 29,7 % koki roolin olevan tärkeä, mutta 35,7 % koki puolestaan, ettei esimiehen rooli ollut muutoksessa tärkeä.

Vastaajista vain 16,7 % koki, että työyhteisössä oli luotu yhteiset käytänteet liittyen hoitotyön kirjaamisen toteuttamiseen muutoksen jälkeen ja yli puolet vastaajista oli asiasta eri mieltä. Vain 18,6 % koki saaneensa vaikuttaa yhteisesti sovittuihin käytänteisiin liittyen hoitotyön kirjaamisen toteuttamiseen muutoksen jälkeen. Hieman yli puolet oli sitä mieltä, ettei muutokseen varauduttu hyvin etukäteen. Muutoksesta tiedotettiin 42,6 % vastaajista mielestä hyvin, mutta 35,2 % koki, ettei tiedotus ollut riittävästi. Muutosjohtaminen- osion keskiarvo jäi melko alhaiseksi, 2,66.

TAULUKKO 13. Muutosjohtaminen

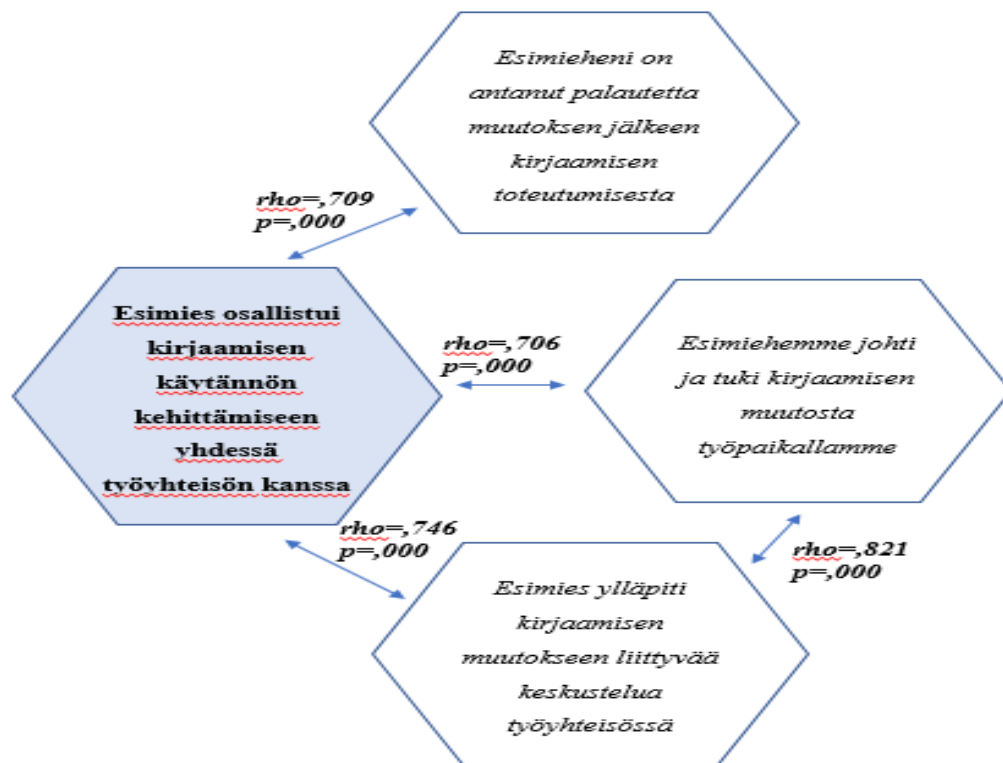
Arvioi väittämiä viimeisimpään hoitotyön kirjaamisen muutokseen liittyen	Samaa mieltä	Eri mieltä	Keskiarvo
Sain kirjaamistapojen muutoshetkellä riittävästi tukea ja ohjausta kirjaamiseen	27,8 %	42,6 %	2,76
Kirjaamisen vastuhenkilöt auttoivat muutoksessa ja uusien kirjaamiskäytänteiden oppimisessa	40,7 %	35,2 %	3,00
Esimiehemme johti ja tuki kirjaamisen muutosta työpaikallamme	18,9 %	52,8 %	2,45
Esimies ylläpiti kirjaamisen muutokseen liittyvää keskustelua työyhteisössä	16,7 %	55,6 %	2,43
Esimies osallistui kirjaamisen käytännön kehittämiseen yhdessä työyhteisön kanssa	13,0 %	57,4 %	2,30
Esimies mahdollisti kirjaamiskoulutuksen ja siihen pääsyn	64,8 %	11,1 %	3,72
Esimies varmisti, että käytössä on kirjaamiseen selkeät ohjeet	37,0 %	40,7 %	2,91
Esimies on antanut palautetta muutoksen jälkeen kirjaamisen toteutumisesta	7,4 %	66,7 %	2,09
Esimiehen rooli muutoksessa oli tärkeä	29,7 %	35,2 %	2,85
Työyhteisössämme luotiin yhteiset käytänteet hoitotyön kirjaamisen toteuttamiseen jatkossa	16,7 %	55,6 %	2,41
Sain vaikuttaa yhteisesti sovittuihin käytänteisiin liittyen hoitotyön kirjaamisen toteuttamiseen muutoksen jälkeen	18,6 %	44,4 %	2,61
Muutokseen varauduttiin hyvin etukäteen	16,7 %	53,7%	2,46
Muutoksesta tiedotettiin hyvin	42,6 %	35,2 %	2,94

Vastaajien yleinen suhtautuminen positiivisesti työssä tapahtuviin muutoksiin korreloi jonkin verran koettuun muutosjohtamiseen (kuvio 10). Korrelaatiot eivät olleet kovin voimakkaita, mutta kuitenkin samansuuntaisia ja osassa väittämiä tilastollisesti merkittäviä. Kuviossa 10 on esitelty muutosjohtamisen osion väittämät, joilla on tilastollisesti merkittävä korrelaatio muutosmyönteisyyteen.



KUVIO 10. Muutosmyönteisyyden yhteys koettuun muutosjohtamiseen

Muutosjohtamisen väittämien välillä oli runsaastikin korrelaatiota, mutta tuloksissa päädyttiin esittelemään ainoastaan voimakkaat korrelaatiot (yli 0,7). Voimakkaan korrelaation perustella voidaan päätellä esimiehen, joka osallistuu kirjaamiseen käytännön kehittämiseen yhdessä työyhteisön kanssa, antavan myös palautetta muutoksen jälkeen, ylläpitävän muutokseen liittyvää keskustelua työyhteisössä sekä johtavan ja tukevan muutosta työpaikalla (kuvio 11).



KUVIO 11. Voimakkaat tilastollisesti merkitsevät korrelaatiot muutosjohtamisen osa-alueen väittämässä

Tulevaisuuden muutoksissa toimiminen

Tulevaisuuden muutoksissa toimimista selvitettiin taulukossa 14 olevilla väittämillä. Puolet vastaajista halusi olla mukana vaikuttamassa hoitotyön kirjaamiseen. Kaikkien mielestä hoitajia tulee kuunnella potilastietojärjestelmän kehityksessä. Esimiehen rooli hoitotyön kirjaamisen muutoksissa koetaan tärkeäksi (78,6%). Tulevaisuuden muutoksissa toimiminen- osion keskiarvoksi tuli 4,29.

TAULUKKO 14. Tulevaisuuden muutoksissa toimiminen

Väittämät mahdollisiin tuleviin hoitotyön kirjaamisen muutoksiin liittyen	Samaa mieltä	Eri mieltä	Keskiarvo
Haluaisin jatkossa olla mukana vaikuttamassa hoitotyön kirjaamiseen	50,0 %	17,9 %	3,54
Hoitajia tulee kuunnella potilastietojärjestelmien kehityksessä	100,0 %	0,0 %	4,88
Esimiehen rooli hoitotyön kirjaamisen muutoksissa on tärkeä	78,6 %	8,9 %	4,18

6.4 Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen

Tutkimusongelmaan ”Miten hoitohenkilöstö kehittäisi hoitotyön kirjaamista?” pyrittiin saamaan vastauksia avoimen kysymyksen avulla. Kyselyssä kysyttiin (kysymys 20), miten vastaajien mielestä tulisi kehittää hoitotyön kirjaamiseen liittyviä asioita. Avoimeen kysymykseen oli vastannut 26 vastaajaa, osa toi esille useamman asian vastauksessaan ja osa yhden. Vastauksissa nousi esille useita eri asioita (taulukko 15). Eniten esiin nousivat seuraavat asiat (lihavoituna taulukossa): itsestään selvyudet, toistot, turhat kirjaamiset pois (n=6), tarve yhteisille ohjeille/toimintatavoille (n=6), tarvittaisiin lisää tietokoneita (n=5), koulutuksen tarve (n=4), tarvittaisiin enemmän aikaa (n=4) ja rauhallisempi tila kirjaamiselle (n=4).

Muina kehitettävänä asioina esille nousivat yhteinen kirjaamisen pohtiminen työyhteisöissä, ettei se olisi vain kirjaamisvastaavien vastuulla. Koulutuksen kaivattiin myös olevan ajoissa ennen muutoksen tapahtumista ja tietoa pitäisi myös päivittää. Esille tuli, että tarvittaisiin nykyaikainen potilastietojärjestelmä sekä nopeammat ja toimivammat tietokoneet. Pegasoksen toivottaisiin olevan nopeampi aukeamaan ja selkeämpi. Esille nousi myös, että muutokset pitäisi hyväksyä. Kirjauksissa pitäisi kiinnittää enemmän huomiota asiakkaan kuntoutumisen edistymisen arviointiin ja kirjauksien pitäisi olla asiakaslähtöisiä. Tavoitteet tulisi tehdä kunnolla ja niitä pitäisi arvioida ja päivittää. Esille nostettiin, että kirjaamisen laatu on nyt kiinni siitä, kuka on kirjannut. Enemmän kaivattiin aikaa hoitotyön suunnitteluun sekä hoitotyön yhteenvedon tekemiseen. Esille tuotiin se, kuinka tärkeää olisi, jos potilastietojärjestelmät keskustelisivat keskenään. Otsikoiden käyttöön kaivattiin selkeyttä. Mainittiin myös se, että mittaukset, esimerkiksi verenpaine, siirtyisivät suoraan mittarilta potilastietojärjestelmään.

TAULUKKO 15. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen

Miten kehittäisit yksikössäsi hoitotyön kirjaamiseen liittyviä asioita?	Vastaaajien lukumäärä (n=26)
Kaikki potilastiedot sähköiseen muotoon	1
Itsestään selvyudet, toistot, turhat kirjaamiset pois	6
Kirjaamisen miettiminen yhteisesti työyhteisössä, ei vain kirjaamisvastaavien vastuulla	1
Enemmän aikaa kirjaamiselle	4
Koulutus kaikille uusista asioista, ohjausta, ohjaajien koulutusta	4
Koulutusta ajoissa ennen muutoksia	1
Riittävä tiedon päivittäminen	1
Malli esim. hoitotyön yhteenvedosta – yhtenäisyys, yhteiset ohjeet/toimintatavat, niihin sitoutuminen	6
Nykyaikainen potilastietojärjestelmä	1
Lisää tietokoneita	5
Nopeammat ja toimivammat tietokoneet	1
Rauhallisempi tila kirjaamiseen	4
Pegasoksen nopeampi aukeaminen	1
Pegasoksesta selkeämpi	1
Muutosten hyväksyminen	1
Asiakkaan kuntoutumisen arviointia enemmän kirjauksiin	1
Kirjaamiset asiakaslähtöisesti, ei hoitajalähtöisesti	1
Tavoitteiden tekeminen kunnolla ja niiden arviointia/päivittämistä	1
Kirjaamisen laatu; nyt kiinni siitä kuka kirjaa	1
Selkeyttä otsikoiden käyttöön	1
Enemmän aikaa hoitotyön suunnitteluun	1
Enemmän aikaa hoitotyön yhteenvedon tekemiseen	1
Tekniikka; mittausvälineistä saisi suoraan siirrettyä lukeman potilastietojärjestelmään	1
Potilastietojärjestelmät keskustelemaan keskenään	1

7 POHDINTA

7.1. Luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksen tulosten luotettavuuteen vaikuttavat aineiston keruu, valitut mittarit ja aineiston analyysissä käytetyt menetelmät sekä oleellista on, että kaikki eri vaiheet on suoritettu onnistuneesti (Karjalainen 2010, 16). Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetilla (luotettavuus) ja validiteetilla (pätevyys). **Reliabiliteetti** tarkoittaa tulosten tarkkuutta ja luotettavuutta eli sitä, kuinka yhdenmukaisesti mittaus on suoritettu sekä kuinka tarkasti ja johdonmukaisesti mittari toimii. (Heikkilä 2014b, 28; Ronkainen ym. 2014, 130-131.) Reliabiliteettia tarkasteltaessa on kysyttävä, kuinka systemaattisesti ja virheet eliminoiden tutkimus on tehty, miten pysyviä ja jatkuvia toimintatavat ovat ja ovatko toimintatapojen muutokset perusteltuja ja tutkijan hallinnassa (Ronkainen ym. 2014, 133).

Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen mittareiden reliabiliteetti vahvistettiin Cronbachin alfa-reliabiliteettitestin avulla. Sen avulla voitiin tarkastella kysymysosioden sisäistä yhtenäisyyttä. Testin alfa-kertoimeen vaikuttaa alentavasti se, jos kysymysosiot ovat pieniä ja sen vuoksi kysymysosio 10, joka sisälsi vain kaksi kysymystä, ja yksittäiset kysymykset jätettiin automaattisesti testin ulkopuolelle. Reliabiliteettitestin tulokset voidaan nähdä taulukosta 16.

TAULUKKO 16. Reliabiliteettitestin tulokset

KYSELYLOMAKKEEN OSIOT	VÄITTÄMIEN MÄÄRÄ (n)	RELIABILITEETTI – TESTIN TULOS (Cronbachin alfa-kertoimen)
8. Sähköinen kirjaaminen	3	0,572
9. Potilastietojärjestelmä	15	0,845
10. Koulutus	2	-
11. Käytännöt ja ohjeistukset	6	0,677
13. Prosessimallin mukainen kirjaaminen	18	0,849
14. Käytännön toteutus	5	0,713
17. Muutoksen vaikutus kirjaamiseen	6	0,867
18. Muutosjohtaminen	13	0,913
19. Tulevaisuuden muutoksissa toimiminen	3	0,288

Reliabiliteettitestin tuloksista voidaan nähdä, että kysymysosiot 9, 13, 14, 17 ja 18 ovat reliabiliteetiltaan hyviä, sillä Cronbachin alfa-kertoimen arvo on yli 0,7. Kysymysosio 11 on tyydyttävällä tasolla. Kysymysosio 14 puolestaan tuotti heikon reliabiliteetti -testin tuloksen 0,462, mutta se saatiin kohotettua hyvälle tasolle poistamalla yksi väittäjä ”*Puutteelliset kirjaukset ovat vaarantaneet potilasturvallisuuden työyksikössäni*”. Kysymysosiot 8. ja 19. saivat huonon tuloksen reliabiliteettitestistä, eikä niitä ollut mahdollista parantaa poistamalla muuttujia, sillä kummassakin oli muuttujia ennestäänkin vain kolme, mikä vaikuttaa itsessään jo tulosta heikentävästi. Kaikista reliabiliteettitestiin otetuista osioista muodostettiin summamuuttuja huolimatta reliabiliteettitestin tuloksesta. Tästä syystä osioista 8, 11 ja 19 muodostettujen summamuuttujien antamiin tuloksiin tulee suhtautua kriittisyydellä.

Validiteetilla eli pätevyydellä viitataan siihen, miten tutkimus tai mittari tutkittavaa ilmiötä kuvaa. Validiteetti voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen. Sisäinen validiteetti viittaa tutkimuksen sisäiseen logiikkaan ja johdonmukaisuuteen, kun taas ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan siirtää yhden tutkimuksen yhteydestä toiseen yhteyteen. Validiteetin peruskysymykset ovat samat; tutkiiko tutkimus sitä, mitä se sanoo, ovatko sen tuottamat käsitteet ilmiötä kuvaavia ja aineiston perustelemia, onko tieto tuotettu pätevästi ja päteekö tieto tutkimuskohteeseen. Validiteettia käytetään myös tutkimuksen laatua kuvaavana yleisempänä terminä, jolloin sillä tarkoitetaan muun muassa sitä, että tieto on tuotettu pätevällä tavalla eli käyttäen sellaisia ratkaisuja ja käytäntöjä, jotka ovat perusteltavissa tieteen yleisten kriteerien ja tai tutkimuksen edustaman tutkimusperinteen näkökulmasta. (Ronkainen ym. 2014, 130-131.)

Opinnäytetyön analysoinnissa käytettiin useita eri kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytettäviä tilastollisia testejä; kuvailevia tietoja eli prosentteja ja keskiarvoja, Cronbachin alfaa, non-parametrisista testeistä Mann Whitney U-testiä, korrelaatiotesteistä Spearmanin testiä, ristiintaulukointia sekä summamuuttujia. Normaalijakaumaa ei voitu käyttää, sillä sitä käytetään välimatka- ja suhdelukuasteikollisista muuttujista esimerkiksi syntymävuosi (Heikkilä 2014b, 82).

7.2. Eettisyyden tarkastelu

Tutkimuksen teossa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimus tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja siten, kuin tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset edellyttävät. Tutkimuksen raportointi ei saa olla puutteellista tai harhaanjohtavaa ja käytetyt menetelmät on kerrottava tarkasti. On muistettava myös se, että tutkimuksen mahdolliset puutteet tuodaan esiin. Tutkimusta tehtäessä tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta sekä soveltaa tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisiä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2014, 23-24, 26.) Tutkimusta tehdessä tulee huomioida myös objektiivisuus eli puolueettomuus. Tutkimuksen tulokset siis eivät saa riippua tutkijasta. (Heikkilä 2014b, 28-29). Tuloksia julkaistaessa tulee toteuttaa avoimuutta. Tuloksia ei pidä yleistää ilman kritiikkiä, eikä niitä myöskään saa vääristellä tai kaunistella. Ihmisarvon kunnioittaminen tulee olla lähtökohdana tutkimuksessa. Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan siten, että ihmisillä on mahdollisuus itse päättää, ottavatko osaa tutkimukseen. Selvitettävä on myös, miten suostumus tutkimukseen osallistumisesta hankitaan ja mitä tietoa annetaan. (Hirsjärvi ym. 2014, 24-26.) Opinnäytetyöstä laadittiin aluksi tarkka suunnitelma. Opinnäytetyötä tehtäessä on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Opinnäytetyö on raportoitu yksityiskohtaisesti. Kyselyn tulokset on julkaistu avoimesti sellaisina kuin ne ovat, eikä niitä ole pyritty kaunistelemaan. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista.

Tutkimuksen lähteitä valittaessa tarvitaan harkintaa, eli lähdekritiikkiä. Tulee huomioida kirjoittajan tunnettuus ja arvostettuus, lähteen ikä ja lähteessä olevan tiedon alkuperä sekä lähteen uskottavuus ja julkaisijan arvovalta. Toisten tekstiä ei saa plagioida eli lainata luvottomasti ja esittää omissa nimissään. Lainaukset on siis osoitettava käyttämällä asianmukaisia lähdemerkintöjä. Nykyisin on olemassa ohjelmia, joiden avulla voidaan tarkistaa verkosta otetut suorat lainaukset ja lainaukset, joita on osittain muuteltu. Myöskään itseään ei saa plagioida. Muiden osuutta tutkimuksessa ei saa vähätellä, vaan julkaisuissa on mainittava kaikki tutkimuksen tekoon osallistuneet henkilöt. (Hirsjärvi ym. 2014, 26-27, 113-114.)

Lähteitä opinnäytetyössä on käytetty runsaasti, myös tutkittua tietoa (liite 4) löytyi hyvin (15kpl). Lähteenä on käytetty myös paria pro gradua, sillä niiden tuloksissa oli hyvää aineistoa lähteeksi käytettäväksi. Lähteet ovat suurimmaksi osaksi suomalaisia, sillä si-

sällöltään opinnäytetyöhön sopivia kansainvälisiä tutkimuksia ei aihepiiriin löytynyt juurikaan, englannin kielellä julkaistuja lähteitä opinnäytetyössä on muutama. Käytettyjä lähteitä on arvioitu kriittisesti. Lähteinä on pyritty käyttämään tuoreita, alle 10 vuotta vanhoja, materiaaleja. Osa lähteistä on kuitenkin vanhempia, jos samaa tietoa ei ole löytynyt uudemmissa lähteistä, mutta se on kuitenkin vielä ajankohtaista. Opinnäytetyön lähteet on etsitty luotettavista tietokannoista ja huomioitu se, missä lähde on julkaistu ja kuka sen on kirjoittanut. Lähdemerkinnät ovat totuudenmukaisesti tehtyjä ja lähteitä ei ole plagioitu.

Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui tietyt osastot molemmista organisaatioista. Toisesta organisaatiosta yhteyshenkilö määrittäi osastot ja toisessa organisaatiossa tutkimukseen valikoituneet osastot selvitettiin tiedustelemalla tietyn toimialueen osastojen osallistumishalukkuutta. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja tapahtui nimettömästi, vastaajat eivät ole tunnistettavissa. Kysely toteutettiin sähköisesti lähettämällä kyselyn linkki vastaajille sähköpostiin. Kyselyn yhteydessä lähetettiin saatekirje (liite 2). Kyselyn yhteydessä oli myös ohje kyselyyn vastaamisesta (liite 3). Saadut vastaukset hävitetään poistamalla ne Tampereen ammattikorkeakoulun e-lomake editorista, kun opinnäytetyö on valmistunut. Opinnäytetyö julkaistaan, kun luvat saadaan organisaatioista ja oppilaitokselta ja niiden määrittäminen ehdoin. Opinnäytetyön raportoinnissa on huomioitu tutkimusluvan yhteydessä määritetyt ehdot; mitä organisaatioista saa kertoa ja kuinka tarkalla nimellä niistä voidaan raportissa puhua. Tuloksissa esiteltiin joitakin organisaatioiden välisiä eroja, jotta organisaatioissa saataisiin parempi käsitys juuri sen tilasta. Pääasiallisena tarkoituksena ei kuitenkaan ollut tuoda ilmi eroja organisaatioiden välillä. Organisaatioiden tilastollisesti merkittävät erot voivat myös osittain johtua otoksen pienestä koosta. Tuloksia ei myöskään voi yleistää koskemaan esimerkiksi koko Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä, sillä tulokset kuvaavat vain neljän eri osaston henkilöstön näkemyksiä.

Kyselylomaketta testattiin sairaanhoitajilla ennen varsinaista kyselyä. Saadun palautteen mukaan kyselylomakkeeseen tehtiin joitakin muutoksi ennen varsinaista kyselyä. Kyselylomaketta pidettiin pääsääntöisesti sopivan mittaisena, eikä siihen vastaamiseen koettu menevän liikaa aikaa. Yhden testaaajan mielestä kyselyyn vastaaminen oli aikaa vievää. Kyselyssä olevia väittämiä kuitenkin pidettiin tärkeinä ja niiden avulla ajateltiin saatavan monipuolista tietoa, joten niitä ei alettu karsimaan.

Vastausprosentti jäi pieneksi, 31,6 %. Tutkimussuunnitelmasta poiketen osastonhoitajia pyydettiin muistuttamaan vastaamisesta useammin, koska huomattiin vastausprosentin jäävän alhaiseksi. Toisessa organisaatiossa pyydettiin laittamaan osastolle näkyville paperisia muistutuksia, jos sillä olisi vaikutusta vastauksien määrään. Toisessa yksikössä päädyttiin lopulta laittamaan osastojen sähköposteihin laitettujen muistutusten ja osastonhoitajien muistutuksien lisäksi, muistutus organisaation intranettiin. Vastausprosenttiin saattoi vaikuttaa se, että kesäloma kausi oli jo ehtinyt käynnistyä. Myös hoitotyössä valitseva kiire vähäisen henkilöstön vuoksi voi olla yksi syy siihen, miksi vastausprosentti jäi pieneksi, eli hoitajien ajanpuute. Toisessa yksikössä ei myöskään ole hoitohenkilöstöllä henkilökohtaisia sähköposteja, joten sillä on varmasti vaikutusta vastauksien määrään. Kyselyn toteuttaminen oli kuitenkin sovittu yhteyshenkilön kautta siten, että se voidaan toteuttaa lähettämällä kysely linkki osastojen yhteisiin sähköposteihin. Lopulta sovittiin myös kyselyn linkin laittamisesta saatekirjeineen (liite 2) organisaation intranettiin toisessa yksikössä. Sähköinen kyselymuoto on myös nykyaikainen, minkä vuoksi se valikoitui kuitenkin kyselyn toteuttamisen muodoksi. Voi myös olla, että aihetta ei koettu itselle ajankohtaiseksi, joten ei koettu merkitykselliseksi vastata kyselyyn. Kysely oli myös pitkä, joten tämäkin saattoi karsia vastaajia, vaikka itse vastaaminen sujuikin kohdalaisen nopeasti, sillä suurin osa kysymyksistä oli väittämiä, joissa rastitettiin itsestä so-piva vastaus.

Kyselyllä saaduissa vastauksissa ilmeni ristiriitaisuuksia. Esimerkiksi yksi vastaajista oli vastannut, että ei ole tapahtunut muutoksia, mutta kuitenkin hän oli sitten vastannut, milloin muutos on tapahtunut ja niin edelleen. Esimerkiksi tällaiset asiat vaikuttavat tuloksissa ilmaistaviin prosentiosuuksiin ja keskiarvoihin. Opinnäytetyö eteni suunnitellussa aikataulussa.

7.3. Keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyön kirjaamisen nykytilaa, kirjaamisessa tapahtuneita muutoksia sekä esimiesten muutosjohtamistaitoja liittyen hoitotyön kirjaamisen muutoksiin hoitohenkilöstön näkökulmasta. Opinnäytetyöhön liittyvässä kyselyssä oli yhtenä osiona kysymyksiä hoitotyön kirjaamisen tämän hetkisestä toteutumisesta. Hoitotyön kirjaaminen toteutuu kaikkialla Suomessa sähköisesti. Hoitohenkilöstö on

omaksunut sähköisen kirjaamisen olevan nykypäivää ja heille on luontevaa kirjata sähköisesti. Suurin osa hoitohenkilöstä näkee sähköisen kirjaamistavan mahdollistavan laadukkaamman kirjaamisen, vaikka Linqvist ym. (2014, 112) tuo esiin, että nykyisten tietojärjestelmien ei koeta tukevan kirjaamista ja hakumahdollisuudet ovat heikkoja. Myös opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin potilastietojärjestelmiin liittyviä haasteita ja puutteita, jotka hankaloittavat kirjaamista. Hyppösen ym. (2018, 39) tutkimuksen mukaan suurimpina haasteina nousivat esille tietojärjestelmien hitaus ja käyttökatkokset. Tämän toivat esille vastaajat, jotka työskentelevät sairaalaympäristössä. (Hyppönen ym. 2018, 39). Sairaalaympäristössä työskentelevät vastaajat vastasivat väittämään ”järjestelmä on teknisesti toimivuudeltaan vakaa (ei kaatuile, ei käyttökatkoksia)” olevansa asiasta eri mieltä. Pegasosta käyttävistä jopa 72% oli eri mieltä ja Uranusta käyttävistä 49% kertoi olevansa eri mieltä (Hyppönen ym. 2018, 39-40).

Väittämästä ”hoitotyön kirjaaminen on näppärää ja sujuvaa” eri mieltä oli yli puolet sekä Pegasoksen että Uranuksen käyttäjistä, jotka työskentelevät sairaalaympäristössä. (Hyppönen ym. 2018, 41). Opinnäytetyön tuloksissa tuli myös ilmi sama kokemus, ettei kirjaaminen ole näppärää ja sujuvaa. Opinnäytetyön tuloksissa nousi oleellisesti esiin henkilöstön kokemus siitä, ettei potilastietojärjestelmä tue lääkärin ja hoitajien välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua tarpeeksi hyvin. Sama asia tuli ilmi myös Hyppösen ym. (2018, 41) tutkimuksen tuloksista Pegasosta ja Uranusta käyttävien sairaalaympäristössä työskentelevien vastaajien kertomana.

Hyppösen ym. (2018, 40) tutkimuksen mukaan sairaalaympäristössä työskentelevien kokemus vaihtelee siitä, että potilastietojärjestelmän avulla on helppo saada esiin potilaasta tarvittavat tiedot, sillä Pegasoksen käyttäjistä vain noin kolmannes on samaa mieltä ja Uranuksen käyttäjistä 51% samaa mieltä. Puolestaan opinnäytetyön tulosten perusteella vain 35,8 % vastaajista on sitä mieltä, että potilastietojärjestelmän avulla on helppo saada esiin potilaasta tarvittavat tiedot. Tietojärjestelmät auttavat turvaamaan hoidon jatkuvuuden hieman yli puolen vastaajista mielestä, jotka työskentelevät sairaalaympäristössä ja käyttävät Pegasosta tai Uranusta (Hyppönen ym. 2018, 41). Opinnäytetyön tuloksissa vastaajat olivat samoilla linjoilla.

Myös Rajalahden ym. (2014, 192) artikkelin tuloksissa nousi esille toimivan potilastietojärjestelmän tärkeys. Kirjaamisen käytännön toteuttamisessa voi työyksiköissä kuitenkin olla haasteita, jos työpisteissä on rauhatonta ja kirjaamiseen keskittyminen sen vuoksi

vaikeaa, työasemia on liian vähän ja sähköiset järjestelmät ovat hitaita sekä monimutkaisia. (Hallila 2005a, 32; Hallila 2005d, 14). Nämä asiat nousivat myös esiin opinnäytetyön tuloksissa, hoitohenkilöstö toivoo enemmän tietokoneita, jotta ajantasainen kirjaaminen mahdollistuisi, myös rauhallisempaa tilaa kirjaamiselle kaivattaisiin.

Rakenteinen kirjaamistapa on yleisesti jo käytössä, mutta kuitenkin hoitohenkilöstö kokee, ettei ole saanut riittävästi koulutusta sen toteuttamiseen ja he kaipaavat lisäkoulutusta. Vain puolet vastaajista tiesi, kuinka rakenteista kirjaamista tulisi omassa työyksikössä toteuttaa ja lisäohjeita rakenteiseen kirjaamiseen kaipasi moni vastaaja. Työyksiköissä on melko hyvin yhteisesti sovittu kirjaamisen käytänteistä, mutta kuitenkin sovitujen käytänteiden toteutuksessa olisi parannettavaa. Aiemman tutkimuksen mukaan kirjaamiskäytännöt ovat kirjavia ja eri ammattiryhmät käyttävät samojakin luokituksia hyvin eri tavoin ja kaikki miettivät rakenteisuutta oman näkökulmansa kautta (Hyppönen & Doupi 2014, 32; Linqvist ym. 2014, 112).

Johdon on tuettava rakenteisuuden käyttöönottoa ja sitouduttava rakenteisuuden hyödyntämiseen, jotta rakenteisuuden mahdollistamat hyödyt saadaan (Linqvist ym. 2014, 113). Jo useiden vuosien ajan ainakin esimerkiksi Tampereen ammattikorkeakoulussa on opetettu hoitotyön opiskelijoille rakenteista kirjaamista asiakkaan näkökulmasta, mutta kirjaamistapaan käytännön työssä ei ole saatu muutosta, vaan edelleen usein kirjataan sitä, mitä hoitaja on tehnyt eikä asiakkaan näkökulmasta asiakaslähtöisesti.

Jylhän (2017, 57) väitöskirjan tuloksissa sairaanhoitajat uskovat, että puuttuva tai virheellinen tieto ei ole koskaan aiheuttanut läheltä piti- tai haittatapahtumaa potilaan hoidossa. Tämä kuulostaa oudolta ja vaaralliselta ajattelutavalta; jos näin koetaan, niin ei koeta sen olevan niin tärkeää, että kaikki on kirjattu ja kirjaukset ovat oikein. Tämä voi johtaa siihen, että kirjaamisen tärkeyttä vähätellään, eikä siihen kiinnitetä huomiota. Opinnäytetyön tuloksissa hieman alle puolen vastaajista mielestä puutteelliset kirjaukset ovat vaarantaneet potilasturvallisuuden työyksikössä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kiinnitetään hoitotyön yhteenvedon laatuun enemmän huomiota, kun päivittäisten kirjasten laatuun. Tämä on mielenkiintoinen näkökulma, koska myös päivittäisten kirjausten laatuun tulisi kiinnittää huomiota. Tähän mahdollisesti vaikuttaa se, että ajatellaan hoitotyön yhteenvedon olevan tarkemmassa tarkastelussa jatkohoitopaikassa ja siinä myös näkyy heti sen tekijän nimi. Hoitotyön yhteenvedon

koostamisen vaikeus tuotiin esille Hyppösen ym. (2018,42) tutkimuksen keskeisenä kehittämiskohtana. Voi siis olla, että jos hoitotyön yhteenvedon tekeminen koetaan hankalaksi, siihen myös kiinnitetään enemmän huomiota kuin päivittäin tapahtuvaan kirjaamiseen. Opinnäytetyön tuloksissa havaittiin myös voimakas yhteys hoitotyön yhteenvedon hyödyllisyyden kokemisessa. Työntekijä, joka kokee hoitotyön yhteenvedon itselleen hyödylliseksi, kokee myös tekemänsä hoitotyön yhteenvedon hyödyttävän jatkohoitopaikan henkilöstöä.

Kirjaamisen tulee tapahtua oikeaan aikaan, olla riittävää, virheetöntä ja huolellista, jolloin se lisää myös potilasturvallisuutta sekä edistää luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä. (Salo 2005, 111; Niemi ym. 2006, 314). Opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin, ettei kirjaaminen ajantasaisesti onnistu kovin hyvin. Alle puolet kokee saavansa kaiken tarvitsemansa tiedon hoitotyön kirjauksista hyvän hoidon toteuttamiseksi. Suurin osa on sitä mieltä, ettei kirjaamiseen ole riittävästi aikaa, ja että kirjaaminen vie yhä aiempaa enemmän aikaa. Suurempi osa on sitä mieltä, että työyksikössä ei ole riittävästi tietokoneita, jotta kirjaaminen ja potilastietoihin perehtyminen onnistuisi ongelmitta. Ajantasainen kirjaaminen koetaan tärkeäksi, mutta vain pieni osa vastaajista kokee sen olevan työyksikössään mahdollista.

Opinnäytetyön kyselyn avoimessa kysymyksessä pyydettiin vastaajia kertomaan, miten he kehittäisivät hoitotyön kirjaamista. Vastauksissa nousi esille seuraavaa; ”pois turhat ja itsestään selvät kirjaukset”. Kuka voi määrittää, mikä on turha kirjaus tai itsestään selvyyys. Kuitenkin kaiken pitäisi olla kirjattuna, mitä on tehty. Hyvä kirjaaminen kuvastaa usein hyvin toteutettua hoitotyötä ja arvellaan, että se mitä on kirjattu, on myös tehty (Hallila 2005e, 108). Tulosten mukaan hoitohenkilöstö kehittäisi kirjaamista luomalla yhtenäiset toimintatavat ja ohjeet kirjaamiseen, kouluttautumalla lisää ja parantamalla työyksiköidensä kirjaamisolosuhteita ja resursseja.

Opinnäytetyön tuloksissa hoitohenkilöstö arvioi kirjaamisessa tapahtuneita muutoksia. Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneiden muutosten jälkeen kirjaamisen koetaan olevan aiempaa laadukkaampaa ja vievän enemmän aikaa. Lähes puolet vastaajista koki muutosten edistäneen potilasturvallisuutta, kirjaamisen tukevan aiempaa paremmin hoidon jatkuvuutta ja hoitotyön prosessin näkyvyyttä, mutta kuitenkin noin neljäsosa vastaajista koki, ettei näin ollut tapahtunut. Muutosmyönteisyydellä nähtiin olevan lievää yhteyttä

koettuun muutosjohtajuuteen ja muutosten vaikutuksiin. Henkilöstö, joka suhtautuu yleisesti työssä tapahtuviin muutoksiin myönteisesti, saattaa kokea muutosten johtamisen ja muutosten vaikutukset positiivisemmin kuin ne, jotka suhtautuvat yleisesti työssään tapahtuviin muutoksiin varauksella. Sairaanhoidajat kritisoivat toimintamallien koulutuksen riittävyttä sekä he myös toivat esille kokemuksensa siitä, ettei perehdytys tietojärjestelmän käyttöön liittyviin toimintatavan muutoksiin ollut riittävää (Hyppönen ym. 2018, 51).

Esimiehen roolin tärkeyteen liittyvät mielipiteet jakautuivat tasaisesti, sillä hieman alle kolmannes koki roolin olevan tärkeä, hieman yli kolmannes koki, ettei esimiehen rooli ollut muutoksessa tärkeä ja lähes kolmannes ei ollut kumpaakaan mieltä. Kuitenkin mahdollisiin tuleviin hoitotyön kirjaamisen muutoksiin liittyen esimiehen rooli koettiin suurimman osan mielestä tärkeänä.

Rajalahden ym. (2014, 192-193) tuloksissa ilmeni, että osaamisen kehittymistä estävät ohjeistuksen puute, johtamisen puute ja muutosjohtamisen puute. Opinnäytetyön tuloksissa hoitohenkilöstö arvioi esimiestensä muutosjohtamistaitoja. Esimiehen rooli muutosjohtajana kirjaamisen muutoksissa näyttäytyi suppeana ja osallistuminen käytännön muutostyöhön koettiin vähäiseksi. Erityisesti parannettavaa esimiehen muutosjohtamisessa nähtiin muutokseen liittyvän keskustelun ylläpitämisessä työyhteisössä, henkilöstön tukemisessa muutoksessa sekä palautteen annossa kirjaamisen toteutumista muutoksen jälkeen. Vastaajista vain pieni osa koki, että työyhteisössä oli luotu yhteiset käytänteet liittyen hoitotyön kirjaamisen toteuttamiseen muutoksen jälkeen ja vain pieni osa koki saaneensa vaikuttaa niihin. Muutostyössä parhaiten esimiehet onnistuivat mahdollistamalla kirjaamiskoulutuksiin pääsyn. Tulosten mukaan kaikissa muutosjohtamisen osa-alueissa on esimiehillä kuitenkin yhä kehitettävää.

Potilastietojärjestelmien kehittäminen on jatkossakin tarpeellista. Kehittämisessä olisi tärkeää ottaa myös järjestelmien käyttäjät mukaan, jotta järjestelmät palvelisivat mahdollisimman hyvin heitä työssään ja osallistuminen kehittämistyöhön tulisi mahdollistaa osana jokapäiväistä työtä (Martikainen, Kotila, Kaipio & Lääveri 2018, 236). Opinnäytetyön tulosten mukaan puolet hoitohenkilöstöstä haluaisi olla mukana vaikuttamassa hoitotyön kirjaamiseen jatkossa ja kaikkien vastanneiden mielestä hoitajia tulee kuunnella potilastietojärjestelmän kehityksessä. Martikaisen ym. (2018) tuoreen tutkimuksen mu-

kaan potilastietojärjestelmien kehittämistyöhön on osallistunut lähes puolet kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista. Sairaanhoitajista 21 % oli valmiita osallistumaan kehittämisyhtymisiin ja suuri osa olisi ollut valmis osallistumaan jollain tapaa kehittämistyöhön, mutta toistaiseksi hyviä tapoja osallistua ohjelmakehitykseen ei ole löytynyt. Sairaanhoitajista 20 % ei ollut lainkaan kiinnostunut osallistumaan potilastietojärjestelmien kehittämiseen. (Martikainen ym. 2018, 236.) Hyppösen ym. (2018, 51) tutkimuksen mukaan puolestaan yli puolet sairaanhoitajista ei ollut osallistunut kehitystyöhön lainkaan, suunnilleen 40 % vain vähän ja vain alle 10 % toi esille runsaan osallistumisensa.

7.4. Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tulosten perusteella kehittämisehdotuksina esille nousee kyselyyn vastanneidenkin mainitsema asioita. Ajantasainen kirjaaminen onnistuisi paremmin, jos työyksiköissä olisi riittävästi tietokoneita. Olisi tärkeää, että jokaisella työvuorossa olevalla olisi käytössään vuoron ajan oma tietokone, jotta kirjaaminen olisi mahdollista silloin, kun hoitajalla on sille aikaa ja tarve, eikä tietokoneen vapautumista toiselta tarvitsisi odottaa. Tulisi myös varmistua siitä, että laitteet ovat toimivia, ettei esimerkiksi niiden hitaus kuluta hoitajan työaikaa. Kirjaamisen ajantasainen toteutus olisikin suotavaa mahdollistaa riittäväillä resursseilla työyksiköissä. Ajantasainen kirjaaminen parantaa kirjaamisen laatua, sillä moni kirjattava asia ehtii päivän aikana unohtua ja jää sitten päivän päätteeksi kirjatessa kirjaamatta. Hoitotyö ei voi perustua muistin varaan potilasturvallisuuden ja henkilöstön oikeusturvankaan vuoksi.

Kirjaamiseen liittyvien yhtenäisten toimintatapojen kehittäminen ja läpikäyminen esimiehen johdolla on tärkeää. Hoitohenkilöstö tarvitsee kirjaamiseen liittyvää koulutusta erityisesti muutosten yhteydessä ja huomiota tulisi kiinnittää enemmän asiakaslähtöiseen kirjaamiseen. Työyksiköihin tarvittaisiin hyvät ohjeet myös asiakaslähtöisestä kirjaamisesta, joissa olisi myös konkreettisia esimerkkejä kirjaamisen lauserakenteesta. Myös hoitosuunnitelman päivittäminen tulisi huomioida paremmin. Työyhteisöissä voitaisiin sopia ajankohta, jolloin hoitosuunnitelmat käydään läpi ja tarvittaessa päivitetään. Tietysti muinaakin ajankohtina tehtäisiin tarvittavat päivitykset, mutta tärkeää olisi, että jokainen hoitosuunnitelma tarkistettaisiin päivittäin, jotta suunnitelma oli ajantasainen ja sen mukaan voisi potilasta turvallisesti hoitaa.

Esimiehen roolin selkiyttäminen kirjaamiseen liittyvissä muutoksissa olisi tärkeää, sillä tulosten mukaan henkilöstön oli vaikea mieltää esimiehen roolia. Esimiesten olisi oleellista johtaa muutosta. Kirjaamisen kehittämisessä tulisi vastuuttaa ja ottaa mukaan myös muut kuin kirjaamisvastaavat. Hoitohenkilöstön osallistuminen potilastietojärjestelmien kehitykseen tulisi mahdollistaa, jotta järjestelmät lopulta palvelisivat paremmin käyttäjiään. Uusiin toimintatapoihin valmistavan koulutuksen kaivattiin myös olevan ajoissa ennen muutoksen tapahtumista eli muutokseen olisi valmistauduttava ajoissa. Jokaisen tulisi saada omasta kirjaamistavastaan säännöllisesti palautetta, jotta voisi myös sitä kautta kehittää omaa kirjaamistaan. Jatkossa myös muutokseen liittyvää tiedottamista tulisi kehittää ja kiinnittää erityisesti huomiota siihen, että sekin tehdään ajoissa ja niin, että tieto on kaikkien saatavilla.

Jatkossa aihetta voisi tutkia lisää esimerkiksi esimiesten kokemusten kautta; kuinka he kokevat muutosjohtamisen hoitotyön kirjaamisen muutoksissa. Lisäksi yksiköissä voisi palata aiheeseen myöhemmin ja toistaa kyselytutkimus siitä näkökulmasta, onko muutoksia tapahtunut verrattuna tämän opinnäytetyön tuloksiin. Tämä olisi hyvä toteuttaa silloin, kun uusia muutoksia hoitotyön kirjaamisessa on tapahtunut.

LÄHTEET

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

Haataja, M., Tiirinki, H., Suhonen, M. & Paasivaara, L. 2012. Muutosprosessin arvioinnin kehys lähijohtajan näkökulmasta: CSM-teorian sovellus terveydenhuollon työyksikössä. *Hallinnon tutkimus* 3/2012, 217-230. Luettu 4.4.2018. Elektra-aineisto, rajattu käyttöoikeus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1585729>

Harjumaa, M. 2018. Tietotekniikkaan ei perehdytetä kunnolla. *Sairaanhoitaja-lehti* 1/2018, 6-7.

Hallila, L., 2005a. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hallila, L., 2005b. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelu – nursing audit. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hallila, L., 2005c. Hoitotyön prosessimenetelmän mukaisen kirjaamisen osa-alueet. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hallila, L., 2005d. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hallila, L., 2005e. Potilaiden opettaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hallila, L., 2005f. Sähköinen kirjaaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Heikkilä, T. 2014a. Kvantitatiivinen tutkimus. PDF-materiaali.

Heikkilä, T. 2014b. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Kliinikko käsikirjat. Fioca. Sairaanhoitajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiö. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2015. Tilastolliset menetelmät. 5.-10. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

- Holopainen, M., Tenhunen L. & Vuorinen P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Järvenpää: Yrityssanoma Oy
- Hyppönen, H. & Doupi, P. 2014. Rakenteisen potilaskertomuksen arviointikäytännöt Suomessa. Teoksessa: Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 31/2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.
- Hyppönen, H., Lääveri, T., Hahtela, N., Suutarla, A., Sillanpää, K., Kinnunen, U-M., Ahonen, O., Rajalahti, E., Kaipio, J., Heponiemi, T. & Saranto, K. 2018. Kyvykkäille käyttäjille fiksut järjestelmät? Sairaanhoidtajien arviot potilastietojärjestelmistä 2017. Finnish Journal of EHealth and EWelfare 10/2018 (1), 30-59.
- Jormanainen, V. 2015. Terveydenhuollon tietojärjestelmät Suomessa nyt ja tulevaisuudessa. Aalto-yliopisto, Sähkötekniikan korkeakoulun AlumniWeekend 2015, esitys 24.10.2015. Luettu 26.1.2018. http://elec.aalto.fi/fi/midcom-serveattachmentguid-1e57d7f5ac168b07d7f11e589b0f5ad480af4e8f4e8/s1_jormanainen.pdf
- Jylhä, V. 2017. Information management in health care. A Model for Connecting Information Culture and Patient Safety. University of Eastern Finland. Publications of the University of Eastern Finland.
- Järvinen, P. 2016. Onnistu esimiehenä. 12. painos. Helsinki: Alma Talent.
- Kanta. 2017. Lainsäädäntö. <http://www.kanta.fi/fi/lainsaadanto>
- Karjalainen, L. 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Karlöf, B. & Lövingsson, F. 2009. Johtamisen näkökulmat. Peruskäsitteitä ja -malleja. 3. painos. Helsinki: Edita.
- Kuusisto, A. 2018. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.
- KvantiMOTV (kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto) 2009. Summamuuttuja. Päivitetty 21.12.2009. Luettu 3.10.2018. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>
- Laaksonen, M., Kääriäinen, A., Penttilä, M., Tapola-Haapala, M., Sahala, H., Kärki, J. & Jäppinen, A. 2011. Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa. Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- Laitinen, H. 2014. The Significance of Proximity and Timeliness for Patient-focused Nursing Care and Electronic Documentation in Acute Care Wards. Tampereen yliopisto. Hoitotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 1.7.2007/159.
- Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2.2.2007/61.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttö-opas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 25.1.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1

Linqvist, M., Vuokko, R. & Doupi, P. 2014. Käyttäjäkokeuksia Suomessa. Teoksessa: Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 31/2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.

Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S. & Haapalainen-Suomi, S. 2007. Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:53/2007.

Mamia, T. 2005. SPSS-alkeisopas. Statistical Package for Social Sciences. Tampereen yliopisto.

Martikainen, S., Kotila, J., Kaipio, J. & Lääveri T. 2018. Lääkärit ja hoitajat parempien tietojärjestelmien kehittämistyössä: kyvykkäät ja innokkaat käyttäjät alihyödynnettyinä. Finnish Journal of EHealth and EWelfare 10/2018 (2-3), 236-250.

Moen, C. & Core, G. 2012. Demystifying ward nurse manager's approach to managing change. The International Journal of Clinical Leadership 17/2012, 251-259.

Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2014. Potilaskertomuksen rakenteistamisen menetelmät Suomessa. Teoksessa: Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 31/2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.

Nevala-Nurmi, S. 2013. Veljeskoti – Tammenlehväkeskus. 25 vuotta kuntoutusta, hoitoa ja huolenpitoa. Tampere: Juvenes Print.

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

Nyberg, K., Perttula, J., Rannisto, P-H. & Stenvall J. 2014. Kun toinen puhuu aidasta ja toinen aidanseipästä: Persoonallisuudynaaminen näkökulma hoitotyöntekijöiden kokemuksiin työssä tapahtuneista muutoksista ja niiden johtamisesta. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 4/2014, 409-428. Luettu 4.4.2018. Elektra-aineisto, rajattu käyttöoikeus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1756885>

Nykänen P. & Junttila K. (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Raportti 40/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 25.1.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Hoitotyön kirjaamisen opas. Hoitotyön kirjaamistyöryhmä. Elokuu 2017. Omakanta- hoitotyön kirjaamisen kehittämishanke.

Pusenius, N. 2015. Sairaanhoidajien muutoksen kokeminen, muutososaaminen sekä muutostenmyönteisyyttä edistävät tekijät. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Rajalahti, E. 2014. Terveysalan opettajien tiedonhallinnan osaamisen uudistaminen. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio. Väitöskirja.

Rajalahti, E., Kallioinen, O. & Saranto, K. 2014. Hoitotyön tiedonhallinnan osaamisen kehittäminen terveydenhuollon organisaatioissa ja ammattikorkeakouluissa. Finnish Journal of EHealth and EWelfare 6/2014 (4), 186-199.

Rautava-Nurmi, H., Westwrgård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Reponen, J., Kangas, M., Hämäläinen, P. & Keränen, N. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014 - Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 12/2015. Luettu 26.1.2018. http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/126470/URN_ISBN_978-952-302-486-1.pdf?sequence=1

Reponen, J., Kangas, M., Hämäläinen, P., Keränen, N. & Haverinen, J. 2018. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2017: Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 5/2018. Luettu 7.10.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-108-9>

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Rönkkö, I., Kinnunen, U-M., Kiviharju, S. & Mäkinen, R. 2016. Potilastiedot hyötykäyttöön perusterveydenhuollossa – tarvitaan kysymisen taitoa, dataa ja tiedonlouhinnan osaamista. Finnish Journal of EHealth and EWelfare 8/2016 (1), 14-29.

Sairaanhoidajaliitto. 2017. Tutkimus: Potilastietojärjestelmissä kriittisiä kehittämistarpeita ennen sote-uudistusta. Tiedote 14.6.2017. Luettu 26.1.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/2017/tutkimus-potilastietojarjestelmissa-kriittisia-kehittamistarpeita-ennen-sote-uudistusta/>

Salmela, M, Ritvanen, J. & Ylönen, M. 2011. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Raportissa Von Shantz, M., Toivonen, H. & Lind, K. (toim.) Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla markkinoilla. Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 104, 12-21. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf#page=13>

Salo, R. 2005. Saumattomat palveluketjut. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Savolainen, L., Lammintakanen, J., Kivinen, T. & Sarkkinen, H. 2011. Muutos johtamisen haasteena: seurantatutkimus terveydenhuollon henkilöstön kokemuksista organisaatioiden yhdistyessä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1/2011, 8-23. Luettu 4.4.2018. Elektra-aineisto, rajattu käyttöoikeus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1561318>

Sillanpää, K. 2017. Hyvä johto varmistaa muutosten onnistumisen. Tehy. Ajankohtaista 18.9.2017. <https://www.tehy.fi/fi/ajankohtaista/hyva-johto-varmistaa-muutosten-onnistumisen>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

STM 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:3.

Suhonen, R. 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa: Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Tammenlehväkeskus. Luettu 18.5.2018. <http://www.tammenlehvakeskus.fi/tammenlehvakeskus>

Tammenlehväkeskuksen vuosikertomus 2017. Luettu 18.5.2018. <http://view.24mags.com/mera/tammenlehvavuosi2017#/page=8>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulokinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja C:20. Turku: Painosalama Oy.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Luettu 20.5.2018. <https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslain-säädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Opas 15.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Rakenteinen kirjaaminen. Kanta-palveluiden verkkokoulu. Luettu 26.1.2018. <https://verkkokoulut.thl.fi/web/kanta/rakenteinen-kirjaaminen/sisallot#/lesson/47/tincanpackage/Rakenteinen%20kirjaaminen/false>

Ukkonen, A-E. 2016. Sana on vapaa – narratiivisen tekstin rooli sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Finnish Journal of EHealth and EWelfare 8/2016 (2-3), 120-126.

Vehko, T., Hyppönen, H., Ryhänen, M. & Heponiemi, T. 2017. Sairaanhoitajien kokemuksia tietojärjestelmistä ja työhyvinvoinnista: Kyselytutkimus 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 25.1.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-985-9>

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.). 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas - Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, Osa I, Versio 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 25.1.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-479-3>

Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

LIITTEET

1(7)

Liite 1. Kyselylomake

TAUSTATIEDOT

1. Ikä	vuotta
2. Työkokemus hoitoalalta	vuotta
3. Ammattinimike	Perushoitaja/Lähihoitaja
	Sairaanhoitaja
	Jokin muu, mikä?
4. Organisaatio	Kuntoutusyksikkö
	Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
5. Potilastietojärjestelmä, jota tällä hetkellä käytät	Pegasos
	Uranus/Miranda

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN NYKYTILA

Sähköiseen hoitotyön kirjaamiseen ja potilastietojärjestelmään liittyvät kysymykset

	Erin- omainen	Hyvä	Kohtalainen	Välttävä	Huono
6. Arvioi yleisesti omaa tietoteknistä osaamistasi	5	4	3	2	1
7. Anna arvosana tällä hetkellä käyttämällesi potilastietojärjestelmälle	5	4	3	2	1
8. Vastaa väittämiin sähköisestä kirjaamisesta	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei eikä samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Sähköinen kirjaaminen on nykypäivää	5	4	3	2	1
Kirjaan mieluummin sähköisesti potilastietojärjestelmään kuin manuaalisesti paperille	5	4	3	2	1
Sähköinen kirjaaminen mahdollistaa laadukkaan hoitotyön kirjaamisen	5	4	3	2	1

(jatkuu)

2(7)

9. Vastaa oman käyttökokemuksesi perusteella seuraaviin väittämiin tällä hetkellä työssä käyttämästäsi potilastietojärjestelmästä	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Järjestelmä on tekniseltä toimivuudeltaan vakaa (ei kaatuile, ei käyttökatkoksia)	5	4	3	2	1
Tietokoneet toimivat ongelmitta	5	4	3	2	1
Järjestelmä toimii nopeasti	5	4	3	2	1
Järjestelmä on helppokäyttöinen	5	4	3	2	1
Järjestelmä on ulkoasultaan selkeä	5	4	3	2	1
Potilastietojen kirjaaminen on näppärää ja sujuvaa	5	4	3	2	1
Koen saavani riittävästi apua järjestelmän käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa	5	4	3	2	1
Potilastietojärjestelmän avulla on helppo saada esiin potilaasta tarvittavat tiedot	5	4	3	2	1
Potilastietojärjestelmän käyttö ei vaadi pitkää ja perusteellista perehdytystä	5	4	3	2	1
Kirjaaminen työyksikössä yhteisesti sovitulla tavalla helpottaa hoidossa tarvittavien tietojen hakua	5	4	3	2	1
Hoitokertomukseen kirjatut tiedot ovat helposti luettavassa muodossa	5	4	3	2	1
Tietojärjestelmä tukee hyvin yhteistyötä ja tiedonkulkua lääkärin ja hoitajien välillä	5	4	3	2	1
Tietojärjestelmä auttaa turvaamaan hoidon jatkuvuuden	5	4	3	2	1
Osaan käyttää potilastietojärjestelmää monipuolisesti ja tarpeideni mukaisesti	5	4	3	2	1
Kaipaen lisäkoulutusta potilastietojärjestelmän käyttöön	5	4	3	2	1

Potilasturvallisuus	Kyllä		Ei		Ei kokemusta
Järjestelmän virheellinen toiminta on ollut lähellä aiheuttaa haittatapahtuman potilaalle					
Järjestelmän virheellinen toiminta on aiheuttanut haittatapahtuman potilaalle					
Eri potilastietojärjestelmien käyttö eri yksiköissä on ollut lähellä aiheuttaa haittatapahtuman potilaalle					
Eri potilastietojärjestelmien käyttö eri yksiköissä on aiheuttanut haittatapahtuman potilaalle					

(jatkuu)

Hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen liittyvät kysymykset

10. Vastaa väittämiin rakenteiseen kirjaamiseen liittyvästä koulutuksesta	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Olen saanut riittävästi koulutusta rakenteiseen kirjaamiseen	5	4	3	2	1
Tarvitsen lisäkoulutusta rakenteiseen kirjaamiseen	5	4	3	2	1
11. Vastaa seuraaviin väittämiin työyksikkönnne kirjaamiseen liittyvistä käytänteistä ja ohjeistuksista	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Työpaikallani on yhteisesti sovitut käytänteet kirjaamiseen	5	4	3	2	1
Työpaikallani yhteisesti sovitut käytänteet kirjaamiseen toteutuvat hyvin	5	4	3	2	1
Työyksikössäni on ohjeet rakenteisen kirjaamisen toteuttamiseen	5	4	3	2	1
Tiedän, kuinka työyksikön ohjeiden mukaan rakenteista kirjaamista tulee toteuttaa	5	4	3	2	1
Olen käyttänyt työyksikössäni rakenteisen kirjaamisen ohjeita	5	4	3	2	1
Kaipaen lisäohjeita rakenteiseen kirjaamiseen	5	4	3	2	1

Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen

12. Mitä näistä kirjaamisen osa-alueista toteutat?	(x)				
Hoidon tarpeen määrittely					
Hoitotyön suunnitelma					
Hoitotyön toteutus					
Hoidon arviointi					
Hoitotyön yhteenveto					
13. Arvioi hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Pyrin luomaan potilaslähtöiset hoidon tavoitteet	5	4	3	2	1
Laadin tavoitteet potilaan toimintaa kuvaavina	5	4	3	2	1
Kirjaan hoidon tavoitteet mahdollisimman lyhyesti	5	4	3	2	1
Valitsen hoitotyön suunnitelmaan tavoitteiden mukaiset hoitotyön toiminnot	5	4	3	2	1
Päivitän kirjallista hoitotyön suunnitelmaa säännöllisesti	5	4	3	2	1
Koen, että hoitotyön suunnittelu on hoidon kannalta oleellista	5	4	3	2	1
Kirjaan hoitotyön toteutukseen tehdyt hoitotoimet	5	4	3	2	1
Kirjaan hoitotyön toiminnot mennessä aikamuodossa	5	4	3	2	1
Kirjaan hoitotyön toiminnot ajantasaisesti	5	4	3	2	1
Hoidon tulosten kirjallinen arviointi on tärkeää	5	4	3	2	1
Osaan arvioida hoidon toteutumista suhteessa tarpeeseen ja tavoitteisiin	5	4	3	2	1
Hoitotyön yhteenveto on helppo laatia	5	4	3	2	1
Teen hoitotyön yhteenvedon aina potilaan hoidon päättyessä	5	4	3	2	1
Olen lukenut potilastietojärjestelmästä sähköisiä hoitotyön yhteenvetoja	5	4	3	2	1
Olen lukenut paperisia hoitotyön yhteenvetoja potilaan saapuessa jatkohoitoon	5	4	3	2	1
Hoitotyön yhteenvedosta on minulle hyötyä potilaan siirtyessä yksikköni jatkohoitoon	5	4	3	2	1
Uskon, että tekemästäni hoitotyön yhteenvedosta on hyötyä jatkohoitopaikassa potilaan sinne siirtyessä	5	4	3	2	1
Kiinnitän hoitotyön yhteenvedon laatuun enemmän huomiota kuin päivittäiskirjausten laatuun	5	4	3	2	1

(jatkuu)

Hoitotyön kirjaamisen käytännön toteuttamiseen liittyvät kysymykset

14. Arvioi kirjaamisen käytännön toteutumista työpaikallasi	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Saan kaiken tarvitsemani tiedon hoitotyön kirjauksista hyvän hoidon toteuttamiseksi	5	4	3	2	1
Minulla on riittävästi aikaa kirjaamiseen	5	4	3	2	1
Työyksikössäni on riittävästi tietokoneita, jotta kirjaaminen ja potilastietoihin perehtyminen onnistuu ongelmitta	5	4	3	2	1
Koen ajantasaisen kirjaamisen olevan tärkeää	5	4	3	2	1
Ajantasainen kirjaaminen on mahdollista työyksikössäni	5	4	3	2	1
Puutteelliset kirjaukset ovat vaarantaneet potilasturvallisuuden työyksikössäni	5	4	3	2	1

HOITOTYÖN KIRJAAMISESSA TAPAHTUNEET MUUTOKSET

	Samaa mieltä		Ei samaa eikä eri mieltä		Eri mieltä
15. Suhtaudun yleisesti työssäni tapahtuviin muutoksiin positiivisesti	5		3		1
16. Hoitotyön kirjaaminen on muuttunut työurani aikana	5		3		1

Jos vastasit yllä olevaan kysymykseen (16.) samaa mieltä, ole hyvä ja vastaa seuraaviin kysymyksiin ja väittämiin. Jos vastasit eri mieltä tai en osaa sanoa, ole hyvä ja siirry kysymykseen 19.

Milloin viimeisin hoitotyön kirjaamiseen vaikuttava muutos on tapahtunut?	(x)				
alle vuosi sitten					
1-3 vuotta sitten					
yli 3 vuotta sitten					

6(7)

Viimeisin kokemani muutos on (voit valita useamman, jos muutokset tapahtuivat samanaikaisesti)	(x)				
Siirtyminen paperikirjaamisesta tietokoneelle kirjaamiseen					
Siirtyminen rakenteiseen kirjaamistapaan					
Siirtyminen uuteen sähköiseen potilastietojärjestelmäversioon					
Siirtyminen potilastietojärjestelmästä toiseen					
Jokin muu, mikä?					
17. Arvioi viimeisimmän kokemasi hoitotyön kirjaamiseen liittyvän muutoksen vaikutusta	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Hoitotyön kirjaaminen on laadukkaampaa kuin aiemmin	5	4	3	2	1
Hoitotyön kirjaaminen on helpompaa kuin aiemmin	5	4	3	2	1
Hoitotyön kirjaaminen on vähemmän aikaa vievää kuin aiemmin	5	4	3	2	1
Hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneet muutokset ovat edistäneet potilasturvallisuutta	5	4	3	2	1
Hoitotyön kirjaaminen tukee aiempaa paremmin hoidon jatkuvuutta	5	4	3	2	1
Hoitotyön prosessi näkyy kirjaamisessa aiempaa paremmin	5	4	3	2	1

(jatkuu)

MUUTOSJOHTAMINEN HOITOTYÖN KIRJAAMISEN MUUTOKSISSA

18. Arvioi väittämiä viimeispään hoitotyön kirjaamisen muutokseen liittyen	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Sain kirjaamistapojen muutoshetkellä riittävästi tukea ja ohjausta kirjaamiseen	5	4	3	2	1
Kirjaamisen vastuuhenkilöt auttoivat muutoksessa ja uusien kirjaamiskäytänteiden oppimisessa	5	4	3	2	1
Esimiehemme johti ja tuki kirjaamisen muutosta työpaikallamme	5	4	3	2	1
Esimies ylläpiti kirjaamisen muutokseen liittyvää keskustelua työyhteisössä	5	4	3	2	1
Esimies osallistui kirjaamisen käytännön kehittämiseen yhdessä työyhteisön kanssa	5	4	3	2	1
Esimies mahdollisti kirjaamiskoulutuksen ja siihen pääsyn	5	4	3	2	1
Esimies varmisti, että käytössä on kirjaamiseen selkeät ohjeet	5	4	3	2	1
Esimies on antanut palautetta muutoksen jälkeen kirjaamisen toteutumisesta	5	4	3	2	1
Esimiehen rooli muutoksessa oli tärkeä	5	4	3	2	1
Työyhteisössämme luotiin yhteiset käytänteet hoitotyön kirjaamisen toteuttamiseen jatkossa	5	4	3	2	1
Sain vaikuttaa yhteisesti sovittuihin käytänteisiin liittyen hoitotyön kirjaamisen toteuttamiseen muutoksen jälkeen	5	4	3	2	1
Muutokseen varauduttiin hyvin etukäteen	5	4	3	2	1
Muutoksesta tiedotettiin hyvin	5	4	3	2	1

19. Arvioi väittämiä mahdollisiin tuleviin hoitotyön kirjaamisen muutoksiin liittyen	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Haluaisin jatkossa olla mukana vaikuttamassa hoitotyön kirjaamiseen	5	4	3	2	1
Hoitajia tulee kuunnella potilastietojärjestelmien kehityksessä	5	4	3	2	1
Esimiehen rooli hoitotyön kirjaamisen muutoksissa on tärkeä	5	4	3	2	1
20. Miten kehittäisit yksikössäsi hoitotyön kirjaamiseen liittyviä asioita?					

Liite 2. Saatekirje kyselylle

Tiedote hoitohenkilöstölle

Hei, olemme kaksi sosiaali- ja terveysalan johtamisen YAMK-opiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä hoitotyön kirjaamisen muutoksista ja kirjaamisen nykytilasta sekä muutosjohtamisesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten hoitohenkilöstö kokee tapahtuneiden kirjaamiskäytänteiden muutokset sekä hoitotyön kirjaamisen nykytilan. Lisäksi kartoitamme hoitohenkilöstön mielipiteitä esimiesten muutosjohtamisesta liittyen hoitotyön kirjaamisessa tapahtuneisiin muutoksiin. Käytämme opinnäytetyössä määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineiston keräämme laatimallamme sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivomme tutkimuksen kannalta mahdollisimman hyvää vastausaktiivisuutta. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 20 minuuttia. Vastaaminen tapahtuu nimetömänä ja aineisto hävitetään tulosten valmistuttua. Kyselyyn vastaaminen on mahdollista seuraavan neljän viikon ajan. Mikäli teille ilmenee kysymyksiä opinnäytetyöhön tai kyselylomakkeeseen liittyen, vastaamme niihin mielellämme.

Terveisin

Maarit Laitinen

Sairaanhoidaja AMK

maarit.laitinen@soc.tamk.fi

Tiina Mäihäniemi

Sairaanhoidaja AMK

tiina.maihaniemi@soc.tamk.fi

Ohjaava opettaja:

Päivi Hautaviita

paivi.hautaviita@tamk.fi

Liite 3. Ohje kyselylomakkeeseen vastaamisesta

Tässä on kyselylomake liittyen opinnäytetyöhömmme hoitotyön kirjaamisesta ja muutosjohtamisesta. Kysymyksiä on yhteensä 20. Jokaista kysymystä edeltävästi on erikseen ohje kysymykseen vastaamisesta. Kysymyksiin ei ole oikeaa tai väärää vastausta, vaan olemme kiinnostuneita teidän näkemyksistänne asiasta, jotta toimintaa voitaisiin tulevaisuudessa kehittää. Aikaa vastaamiseen menee noin 20 minuuttia. Kiitos vastauksistanne.

Liite 4. Tutkimustaulukko

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Haataja, M., Tiirinki, H., Suhonen, M. & Paasi-vaara, L. 2012. Muutosprosessin arvioinnin kehys lähijohtajan näkökulmasta: CSM-teorian sovellus terveydenhuollon työyksikössä. Hallinnon tutkimus 3/2012.	Kuvata ja analysoida muutosprosessia terveydenhuollon yksiköissä lähijohtajien kokemusten näkökulmasta.	Kvalitatatiivinen tutkimus, teemahaastattelut Terveydenhuollon lähijohtajia n=10	Lähijohtajat tunnistavat hyvin oman roolinsa ja asemansa muutosprosessissa. Lähijohtajien kokemukset muutosprosessista olivat hyvin monitasoisia: omaan pohdintaan liittyviä, lähiympäristöön liittyviä, henkilökunnan tarpeisiin liittyviä, sekä kokemuksia rajapintana toimimisesta muutosprosessin ja työyhteisön välillä.
Hyppönen, H., Lääveri, T., Hahtela, N., Suutarla, A., Silanpää, K., Kinunen, U-M., Ahonen, O., Rajalahti, E., Kaipio, J., Hepo-niemi, T. & Saranto, K. 2018. Kyvykkäille käyttäjille fiksut järjestelmät? Sairaanhoidtajien arviot potilastietojärjestelmistä 2017. FinJeHew. Suomi.	Selvittää hoidtajien arviot potilastietojärjestelmistä	Kvantitatiivinen tutkimus, sähköinen kyselylomake Työikäiset sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja kättilöt n=3607	Yksi keskeisimpiä korjattavista ongelmista oli saman asian kirjaaminen moneen paikkaan. Kehittämiskohteiksi nousivat myös tietojärjestelmien käyttökatkot. Tutkimuksessa löytyi eroja tuotemerkkien välillä tietojärjestelmien käytettävyydessä ja potilaan hoidossa tarvittavan, ajantasaisen ja laadukkaan tiedon saamisessa paikallisesti, alueellisesti ja kansallisesti. Vastaajat kokivat tietojärjestelmien edellyttämien toimintatapojen muutosten käyttökoulutuksen riittämättömäksi. Tietojärjestelmien kehittämistyöhön aktiivisesti osallistuvat antoivat muita paremman kouluarvosanan tietojärjestelmälleen. Sairaanhoidajia on kuultava paremmin tietojärjestelmiä kehitettäessä.
Jylhä, V. 2017. Information management in health care. A Model for Connecting Information Culture and Patient Safety. Kuopio. University of Eastern Finland.	Kehittää ja testata mallia, joka yhdistää tietokulttuurin, tiedonhallintaan liittyvät vaaratilanteet sekä haittatapahtumat. Tutkimus tuotti	Monimenetelmäisyys: tutkimuksessa hyödynnettiin kahta erilaista aineistoa: rekisteritietoja Valviran virallisista lausunnoista (N = 57) ja sairaalan	Tiedonhallinnan vaaratapahtumat myötävaikuttavat haittatapahtumien kehittymiseen. Tietokulttuuri myös osaltaan vaikuttaa työn käytäntöihin luoden olosuhteet, jotka voivat heikentää potilasturvallisuutta ja johtaa haittatapahtumiin sairaalassa. Tiedonhallinnan kehittäminen on keskeisessä osassa parannettaessa potilasturvallisuutta.

Publications of the University of Eastern Finland.	myös ymmärrystä tiedonhallinnan vaaratilanteista ja tietoa turvallisen tiedonhallinnan kehittämiseen sairaaloissa.	vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä (HaiPro) (N = 824) sekä sairaanhoitajille tehty kyselytutkimus (N = 1080). Aineisto analysoitiin induktiivisella ja deduktiivisella sisällönanalyysillä, käytettyyn myös kuvailevia tilastomenetelmiä sekä soveltuvia monimuuttujamenetelmiä.	
Kuusisto, A. 2018. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.	Arvioida, miten erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyneiden potilaiden hoidon jatkuvuus toteutuu käytettäessä sähköistä hoitotyön yhteenvedon ja mikä yhteys sillä on hoidon tuloksiin hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta.	Poikkileikkaustutkimus sisältää haastattelututkimuksen sähköisen hoitotyön yhteenvedon kokeilusta (n = 22), kyselyn sähköisestä hoitotyön yhteenvedosta ja kartoittavan kirjallisuuskatsauksen. Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimusmetodeja. Suositukset laadittiin osajulkaisuja ja kirjallisuutta reflektoidulla.	Tiedollinen jatkuvuus toteutui huonosti potilaan siirtotilanteessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, kun käytössä oli sähköinen hoitotyön yhteenvedo. Hoitotyöntekijät arvioivat sähköisen hoitotyön yhteenvedon myönteiseksi työvälineeksi, mutta yhteenvedoja vastaanottaneet ammattilaiset olivat niiden perusteella huonosti tietoisia potilaita koskevista tiedoista. Tulokset osoittavat, että yhteiskäyttöisistä tiedoista ei ole hyötyä, ellei potilaan hoitoa koskevia oleellisia tietosisältöjä ole kirjattu tai kirjattuja tietoja ei hyödynnetä.
Laitinen, H. 2014. The Significance of Proximity and Timeliness for Patient-focused Nursing Care	Luoda substantiivinen teoria potilaslähtöisestä hoitotyöstä ja sen dokumentoinnista.	Aineisto kerättiin neljällä akuutin hoidon osastolla vuosina 2007 ja 2008. Tutki-	Ajalla ja paikalla havaittiin olevan merkitystä sähköisten potilaskertomusten kirjoittamiselle ja lukemiselle. Kirjoittaminen ja lukeminen muodostivat prosessin, joka vaikutti hoitohenkilökunnan tapaan työskennellä ja näin myös

<p>and Electronic Documentation in Acute Care Wards. Tampereen yliopisto. Hoitotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.</p>	<p>toinnista sähköisessä potilasasiakirjassa akuutin hoidon osastoilla.</p>	<p>muksen lähestymistapa oli Straussin ja Corbinin kehittämä grounded theory menetelmä. Aineisto kerättiin käyttämällä osallistuvaa havainnointia ja analysoimalla sähköisiä potilasasiakirjoja. Aineisto koostui neljäkymmenestä (N=40) sähköisestä potilasasiakirjasta sairaalan potilasrekisteristä ja osallistuvasta havainnoinnista neljänkymmenen kolmen potilaan (N=43) hoitotyöstä ja siihen liittyvästä dokumentoinnista.</p>	<p>potilaiden hoitoon. Hoitotyön jatkuva keskeytyminen ja häiriintyminen vaikeuttivat sekä hoitotyön että sen dokumentoinnin toteutumista.</p>
<p>Moen, C. & Core, G. 2012. Demystifying ward nurse manager's approach to managing change. The International Journal of Clinical Leadership 17/2012, 251-259</p>	<p>Selvittää, miten osastonhoitajat toteuttavat muutoksia ja miksi he valitsevat tietyn strategian toteuttaa muutosta sekä tarkastella muutosprosessia ja muutosjohtamista esimiesten näkökulmasta.</p>	<p>Tapaustutkimus, puolistrukturoidut kyselylomakkeet ja haastattelut Osastonhoitajat n=18</p>	<p>Osastonhoitajilla on pehmeä lähestymistapa muutoksen johtamiseen verrattuna ylempään tason johtajiin, jotka keskittyvät asijahtamiseen. Osastonhoitajat näyttävät suhtautuvan intuitiivisesti muutosmalleihin ja käyttävät pragmaattista, kokemuksellista lähestymistapaa muutoksen toteuttamiseen. Kuitenkin heidän kehittymistään aloittelijasta asiantuntijaksi heikentää heikko teoreettinen näyttöperusta ja heidän puutteelliset kokemuksensa johtaa muutosta. Muutosjohtamisen koulutusta osastonhoitajille suositellaan.</p>

<p>Nyberg, K., Perttula, J., Rannisto P-H. & Stenvall, J. 2014. Kun toinen puhuu aidasta ja toinen aidanseipästä: Persoonallisuusdynaaminen näkökulma hoitotyöntekijöiden kokemuksiin työssä tapahtuneista muutoksista ja niiden johtamisesta, Kunnallistieteellinen aikakauskirja 4/14, Suomi.</p>	<p>Saada kokemustietoa sosiaali- ja mielenterveysalalla työskentelevien henkilöiden työssä tapahtuneista muutoksista ja niiden johtamisesta, sekä ymmärtää tuota tietoa kyseisten henkilöiden persoonallisuuden ulottuvuuksien kautta.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, puolistrukturoidut teemahaastattelut</p> <p>Hoitotyöntekijä n=5</p>	<p>Sosiaali- ja mielenterveysalalla työntekijät suhtautuvat periaatteessa myönteisesti muutoksiin ja haluavat kehittää omaa työtään. Muutostilanteisiin liittyvä tyytymättömyys ja muutoksen vastustaminen liittyy 1) tapaan miten muutoksia johdetaan sekä 2) vaikeuteen mieltää muutoksen tarvetta tai päämäärää. Sosiaali- ja mielenterveysalan työssä tapahtuvan muutoksen onnistumiseen tai epäonnistumiseen vaikuttavat, muutosjohtamisessa huomioitavat kriittiset tekijät ovat 1) koko työyhteisön osallisuus ja 2) askeltava, työntekijöiden kognitiivinen tyylin huomioiva johtaminen. Näiden kautta saavutetaan kolmas kriittinen tekijä 3) jaettu visio, joka tekee mahdolliseksi yhteisen ymmärryksen muutoksen tarpeesta ja päämäärästä. Työntekijöiden osallisuus vaikuttaa olevan yksi tärkeimmistä muutoksen toteuttamisen menestystekijöistä.</p>
<p>Pusenius, N. 2015. Sairaanhoidajien muutoksen kokeminen, muutososaaminen sekä muutosmyönteisyyttä edistävät tekijät. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Kuvata sairaanhoidajien kokemuksia työmuutoksesta, muutososaamisesta, muutosmyönteisyydestä sekä sitä edistävistä tekijöistä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, haastattelut.</p> <p>Deduktiivinen ja induktiivinen sisällysanalyysi.</p> <p>Työmuutoksen keskellä yliopistosairaalassa työskentelevät sairaanhoidajat (n=10).</p>	<p>Sairaanhoitajat olivat työnsä ammattilaisia, uuden työn opettajia sekä kehittyviä ammattilaisia. Yhteistyötaitojaan sairaanhoidajat kuvasivat toimiviksi ja vuorovaikutustaitojaan pääosin toimiviksi. Vuorovaikutuksen kehityshaasteita olivat kuuntelu- ja asioiden ilmaisutaito. Sairaanhoitajat olivat halukkaita suunnittelemaan ja toteuttamaan työmuutoksia sekä asennoituivat niihin myönteisesti. Lisäksi he olivat tyytyväisiä työhönsä ja sitoutuneita toimimaan työmuutoksessa. Sairaanhoitajat määrittelivät muutosmyönteisyys käsitteen myönteiseksi suhtautumiseksi työmuutoksiin. Muutosmyönteiseen suhtautumiseen vaikuttivat persoonaan-, työhön- ja itsensä kehittämiseen liittyvät tekijät. Sairaanhoitajien myönteisissä muutoskokemuksissa ko-</p>

			<p>rostuivat halu itsensä kehittämiseen ja kehittymiseen sekä yhteistyö-, ammatti- ja muutostyökyisyyden taidot. Kielteiset muutkokemukset liittyivät työmuutoksen toteuttamiseen ja johtamiseen sekä työntekijöiden muutosaamiseen. Organisaation johtajilta kaivattiin työmuutosten kokonaisvaltaista hallintaa, ylemmän johdon vastuunottoa ja tuen antoa, laadukkaampaa viestintää, kommunikointia ja tunteiden käsittelyn taitoja sekä johtamisen hierarkisuuden purkamista.</p>
<p>Rajalahti, E. 2014. Terveysalan opettajien tiedonhallinnan osaamisen uudistaminen. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio. Väitöskirja.</p>	<p>Kuvata ja selittää terveysalan opettajien hoitotyön tiedonhallinnan osaamisen kehittämistä, osaamisalueita, tiedonhallinnan osaamisen kehittämisen edellytyksiä ja vaatimuksia teknologisoituvassa toimintaympäristössä.</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselyllä eNNI-hankkeen (2008–2010) työpajojen yhteydessä vaiheittain kailta terveysalan opettajilta (n=38), hoitotyön tekijöiltä ja muilta terveydenhuollon ammattilaisilta, yhteensä (n=136). Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisin kuvaus- ja monimuuttujamenetelmin numeerisen informaation tunnuslukuina ja taulukoina ja kuvioina. Avoimet vastaukset (n=193) analysoitiin sisälönanalyysillä, ja osaamisalueiden analyysi tuotettiin tutki-</p>	<p>Tuloksista oli johdettavissa perustelut ja yhteydet tuotettuihin ydinosaamisalueisiin eli opetuksen osaamisalueet, jotka ovat tiedonhallinnan tietoperusta, tiedonhallinnan tietotyövälineiden haltuunotto sekä hoitotiedon informaation hallinta ja integrointi-osaaminen. Tietoperustan ja tutkimuskirjallisuuden pohjalta tuotettiin tiedonhallinnan opetusta antavalle opettajalle vähimmäisosaamisvaatimuksiksi seuraavat osaamisalueet: Tiedonhallinnan osaamisen alue, joka sisältää tiedonhallinnan tietoperustan, tietotyövälineiden haltuunoton, hoitotyön tiedon ja informaation hallinnan sekä integroinnin osaamisen. Lisäksi luotiin tiedonhallinnalla painottuneet osaamisalueet, jotka ovat tutkiminen, kehittäminen ja innovaatiotoiminta; johtaminen ja opetussuunnittelu; verkostotyö ja - prosessien hallinta sekä eOppimisen toteuttaminen erilaisissa hoitamaan oppimisen -ympäristöissä. Osa tutkimusten ja kirjallisuusanalyysin tuloksia apuna käyttäen luotiin terveysalan hoitotyön opettajille kohdistettu tiedonhallinnan osaamisen uudistamisen malli. Mallissa ytimenä ovat hiljaisesta tiedosta tiedonluomisen</p>

		muskirjallisuuden pohjalta systeemissä ratkaisuprosesseissa.	syklin avulla kehittyvä osaaminen ja opetuksen sisällöt.
Rajalahti, E., Kallioinen, O. & Saranto, K. 2014. Hoitotyön tiedonhallinnan osaamisen kehittäminen terveydenhuollon organisaatioissa ja ammattikorkeakouluissa. FinJeHew. Vol 6 No 4 (2014), 186-199. Suomi.	Kuvata terveydenhuollon henkilöstön ja hoitotyön opettajien, hoitotyön tiedonhallinnan osaamisen haasteita terveydenhuollon organisaatioissa ja koulutuksessa tiedonhallinnan murroksessa.	Aineisto oli kerätty eNNI-hankkeeseen luodulla mittarilla. Hankkeessa toteutettiin kyselyyn saatiin yhteensä 193 vastausta. Vastausprosentti oli eNNI I:ssä 54 % ja eNNI II:ssä 42. Avoimet kysymykset (n=5) analysoitiin sisällön analyysillä ja määrälliset (n=5) käyttäen kuvailevaa monimuuttujamenetelmää.	Sekä työyhteisön että yksilön kehittämämäisen otteen havaittiin edistävän tiedonhallinnan osaamisen kehittymistä. Johtamisosaamisen puute ja tiedonkulun hallinnan vaikeus puolestaan estivät kehittymistä.
Rönkkö, I., Kinnunen, U-M., Kiviharju, S. & Mäkinen, R. 2016. Potilastiedot hyötykäyttöön perusterveydenhuollossa – tarvitaan kysymisen taitoa, dataa ja tiedonlouhinnan osaamista. FinJeHew. Suomi.	Kuvata, millaisia sairauksia ja terveysriskien muodostamia yhdistelmiä ilmenee asiakasryhmässä, jonka jäsenillä oli useita sairauksia ja terveysriskejä yhtäaikaisesti.	Tiedonlouhinnan menetelmä. Tutkimusaineistona käytettiin rakenteisia potilasrekisteritietoja retrospektiivisesti.	Organisaatioissa kannattaa päättää, mitä asiakkaista halutaan tietää, toimeenpanna sen edellyttämät kirjaamiskäytännöt ja varmistaa oma tiedonhallinnan osaaminen.
Savolainen, L., Lammintakanen, J., Kivinen, T. & Sarkkinen, H. 2011. Muutosjohtamisen haasteena: seuranta-tutkimus terveydenhuollon hen-	Kuvata henkilöstön kokemuksia muutosjohtamisesta organisaatioiden yhdistyttyä.	Kvalitatiivinen tutkimus, teemahaastattelut Laboratoriohoitajat n=16	Muutosprosessin johtamisessa korostui muutoksen rationaalinen ulottuvuus, joka ilmeni johtamisen keskittymisenä organisaatorakenteisiin sekä hallinnollisten ja taloudellisten johtamisjärjestelmien vakauttamiseen. Johtoa pidettiin etäisenä, johdon ja esimiesten rooleja epä-

<p>kilöoston kokemuksista organisaatioiden yhdistyessä.</p>			<p>selvinä ja johtamista hajautuneena. Kielteisesti muutoksen koettiin syntyneen johdon sanelupolitiikalla henkilöstön ääntä kuulematta. Laboratoriohoitajat tunsivat tullessa johdetuiksi ylhäältä annetuilla määräyksillä, eikä johtaminen mahdollistanut työyhteisön keskinäiseen vuorovaikutukseen perustuvaa keskustelua ja osallistumista.</p>
<p>Ukkonen, A-E. 2016. Sana on vapaa - narratiivisen tekstin rooli sähköisissä potilastietojärjestelmissä. FinJeHew. Suomi.</p>	<p>Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata narratiivisen eli vapaan tekstin roolia potilastietojärjestelmissä ja kuinka sitä voitaisiin paremmin hyödyntää.</p>	<p>Kuuden artikkelin analysointi.</p>	<p>Rakenteisen kirjaamisen lisääntymisestä huolimatta vapaalla tekstillä on edelleen oma, osittain korvaamatonkin sijansa. Se tarjoaa mahdollisuuden monipuolimpaan ilmaisuun ja ajatuskulkujen kuvaamiseen. Erilaisten näkökulmien ja moniammatillisen äänen kuulumisen sähköisissä potilaskertomuksissa edellyttää erilaisten kirjaamistarpeiden huomioimista. Molemmilla kirjaamismuodoilla on nähtävissä oma, toisiaan täydentävä tarkoituksensa.</p>
<p>Vehko, T., Hyppönen, H., Ryhänen, M. & Heponiemi, T. 2017. Sairaanhoidajien kokemuksia tietojärjestelmistä ja työhyvinvoinnista: Kyselytutkimus 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.</p>	<p>ks. yllä Hyppönen, H., Lääveri, T., Hahtela, N., Suutarla, A., Sillanpää, K., Kinnunen, U-M., Ahonen, O., Rajalahti, E., Kaipio, J., Heponiemi, T. & Saranto, K. 2018. Kyvykkäille käyttäjille fiksut järjestelmät? Sairaanhoidajien arviot potilastietojärjestelmistä 2017.</p>		
<p>Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suo-</p>	<p>Kuvata suomalaisten yliopistosairaa-</p>	<p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutki-</p>	<p>Osastonhoitajat valtuuttivat muutosjohtamisessa sairaanhoitajia toimintaan. He käyttivät johtamisessa tien näyttämistä,</p>

<p>malaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.</p>	<p>loiden osastonhoitajien muutosjohtamista osastonhoitajien sekä sairaanhoitajien arvioimana.</p>	<p>mus, kyselylomakkeet ja puolistrukturoidut ryhmähaastattelut Kyselyissä osastonhoitajat n=294 sairanhoitajat n=1307 Ryhmähaastattelussa osastonhoitajat n=13</p>	<p>joka ilmeni harkittuna ja suunnitelmallisena johtamisena. Rohkaiseminen tuli esille sairaanhoitajien tukemisena, kannustamisena sekä realistisena palkitsemisena. Yhteiseen visioon innostaminen osastonhoitajien johtamistoiminnassa tarkoitti yhteistyötä sekä asiantuntijoiden käyttämistä tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisen arvioinnissa. Prosessien kyseenalaistaminen näkyi maltillisuutena uudistuksissa perustehtävän turvaamiseksi.</p>
--	--	--	--