



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

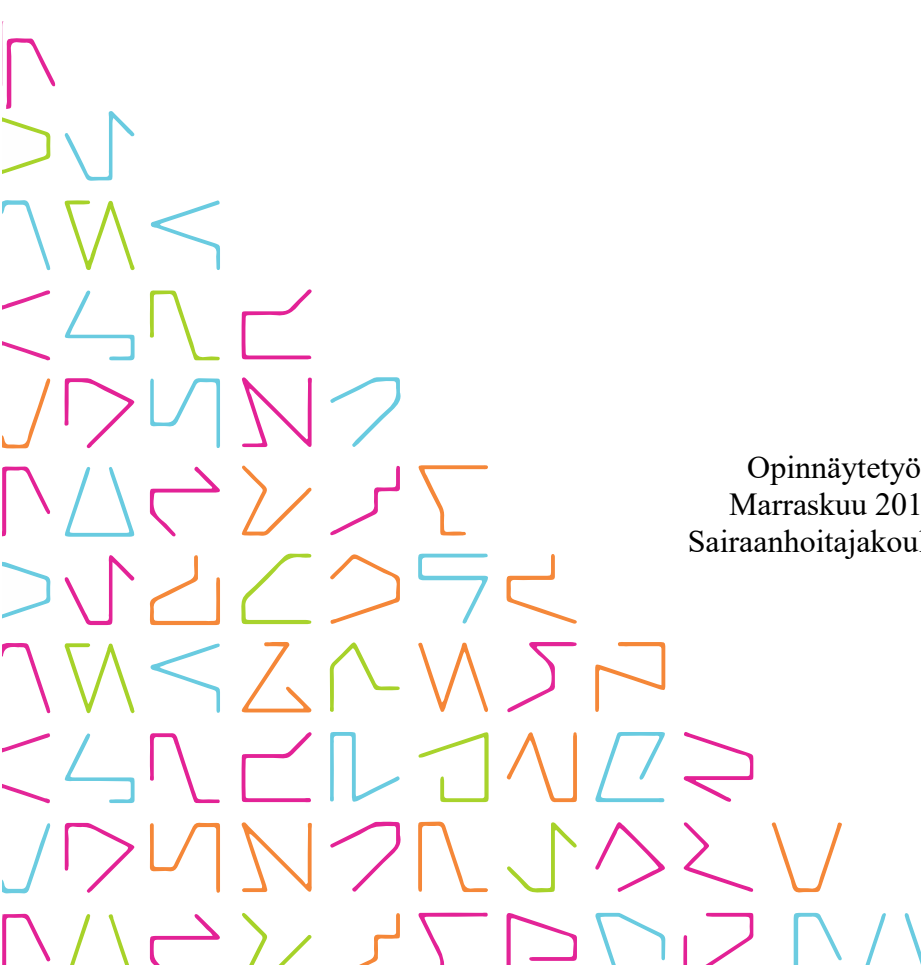
HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA POTILASTURVALLISUUDESTA JA RAKENTEISESTA KIRJAAMISESTA ORGANISAATIOMUUTOKSESSA

Lisbet Lahtela

Marjut Schroderus

Heli Selin

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

LAHTELA, LISBET & SCHRODERUS, MARJUT & SELIN, HELI
Hoitohenkilökunnan kokemuksia potilasturvallisuudesta ja rakenteisesta kirjaamisesta organisaatiomuutoksessa

Opinnäytetyö 74 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Marraskuu 2018

Vuoden 2018 alusta voimaan tullut terveydenhuoltolain muutos velvoittaa anestesiaa edellyttävän leikkaustoiminnan keskittämisen sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Tästä seurasi Toimeksiantajasairaalan yhdistyminen sairaanhoitopiirin Kantasairaalaan. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoitohenkilökunnan kokemuksia potilasturvallisuuden ja rakenteisen kirjaamisen toteutumisesta toimeksiantajan organisaatiomuutoksessa. Opinnäytetyön tehtävä oli selvittää, miten hoitohenkilökunta koki potilasturvallisuuden sekä rakenteisen kirjaamisen potilastietojärjestelmän vaihtuessa. Lisäksi selvitettiin, mitä uutta tietoa organisaatiomuutoksesta ja uuden tietojärjestelmän käyttöönotosta saataisiin vastaavanlaisen tilanteen varalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että hoitohenkilökunnan ääni ja kokemukset muutoksesta tulevat kuuluviin.

Opinnäytetyö tehtiin laadullisella tutkimusmenetelmällä ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin yksilöllistä teemahaastattelua. Aineisto kerättiin haastatteleamalla toimeksiantajasairaalassa kymmentä lähi- ja sairaanhoitajaa. Saatu aineisto litteroitiin ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Haastatteluiden perusteella hoitohenkilökunta koki sairaaloiden yhdistymisen kokonaisuudessaan myönteiseksi asiaksi. Organisaatiomuutos paransi tiedonkulkua sairaaloiden välillä uuden potilastietojärjestelmän myötä. Henkilökunnan valmistelu ja muutokseen sitouttaminen koettiin riittämättömäksi. Uuden potilastietojärjestelmän käyttöönottokoulutus koettiin suppeaksi ja osastojen ominaispiirteet huomiotta jättäväksi. Potilasturvallisuuden koettiin hetkellisesti vaarantuneen potilastietojärjestelmän vaihdoksessa, ja rakenteisen kirjaamisen heikentyneen erityisesti muutoksen alkuvaiheessa.

Tuloksien perusteella ilmenee, että hoitohenkilökunta arvostaa riittävää ja hyvissä ajoin tapahtuvaa tiedottamista sekä varhaista sitouttamista muutokseen. Uuden potilastietojärjestelmän onnistunut implementointi edellyttää henkilökunnan tarkoituksenmukaista kouluttamista sekä toimintayksiköiden ominaispiirteiden huomioimista. Nämä toimenpiteet mahdollistaisivat sen, että tulevaisuudessa vastaavanlaisiin muutoksiin voitaisiin valmistautua entistä laadukkaammin.

Opinnäytetyöaineiston pohjalta ehdotetaan, että jatkotutkimuksena voisi selvittää, miten rakenteinen kirjaaminen on saavuttanut aikaisemman laatutason muutoksen kokeneessa sairaalassa.

Asiasanat: potilasturvallisuus, rakenteinen kirjaaminen, organisaatiomuutos, potilastietojärjestelmä

ABSTRACT

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

LAHTELA, LISBET & SCHRODERUS, MARJUT & SELIN, HELI
Nurses' Experiences of Patient Safety and Structured Documentation during Organisational Change in the Hospitals' Unification

Bachelor's thesis 74 pages, appendices 5 pages
November 2018

The purpose was to determine how patient safety and structured documentation were implemented during the critical change of patient information system in the organizational change of the Hospitals' unification. The aim was to reveal the personnel's experiences during the change.

The study was qualitative in nature. The data were collected through semi-structured interviews from a nursing staff at Client Hospital and were analysed using content analysis.

The personnel felt the change positive concerning the collaboration between hospitals. The results indicated that patient safety and structured documentation suffered temporarily due electronic patient information system change. The respondents agreed that the change was transformational and affected daily nursing processes for a while but normalized quickly.

A majority of the respondents thought that practical training of the new system was insufficient, and timing was not optimal. These results indicate that healthcare professionals need to commit more profoundly to change at an early stage of organisational change. Training of the new IT-system needs to be planned together with the staff and the timing carefully in advance.

Further studies on the subject could analyse how the structural documentation has already reached previous level of quality in the Client Hospital.

Key words: patient safety, structured documentation, organisational change, electronic patient information system

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
	2.1. Potilasturvallisuus.....	9
	2.1.1 Potilasturvallisuuden normatiivinen ohjaus.....	11
	2.1.2 Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä	13
	2.1.3 Sähköiset palvelut ja potilasturvallisuus	17
	2.2. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen	18
	2.2.1 Potilasasiakirjat	19
	2.2.2 Potilastietojen rakenteisuus.....	20
	2.2.3 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt ja haitat.....	23
	2.3 Organisaatiomuutos	25
	2.3.1 Muutos ja organisaatio	26
	2.3.2 Muutosjohtaminen	27
	2.3.3 Organisaatiokulttuuri ja muutos.....	28
	2.3.4 Muutos ja tunteet.....	29
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	31
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	32
	4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	32
	4.2 Kirjallisuuskatsaus	33
	4.3 Aineiston keruu.....	36
	4.4 Aineiston analyysi.....	37
5	TULOKSET	40
	5.1 Potilasturvallisuuteen liittyvät tekijät	40
	5.1.1 Lääkehoito.....	40
	5.1.2 Hoitajan ammattitaito.....	41
	5.1.3 Työn kuormittavuus	41
	5.1.4 Potilaan hoitotyö	42
	5.2 Rakenteiseen kirjaamiseen liittyvät tekijät	43
	5.2.1 Kirjaamiskäytännöt	43
	5.2.2 Rakenteisen kirjaamisen muutokset.....	44
	5.2.3 Potilastietojärjestelmä	45
	5.3 Organisaatiomuutokseen liittyvät tekijät	46
	5.3.1 Koulutus	47
	5.3.2 Muutoksen johtaminen.....	48
	5.3.3 Tiedonkulku	48
	5.3.4 Resursointi	49

5.3.5	Organisaatiokulttuuri.....	50
6	POHDINTA.....	52
6.1	Tulosten tarkastelu.....	52
6.1.1	Potilastietojärjestelmän vaihtuminen organisaatiomuutoksessa ...	52
6.1.2	Rakenteinen kirjaaminen organisaatiomuutoksen jälkeen	54
6.1.3	Potilasturvallisuus potilastietojärjestelmän vaihtuessa	55
6.1.4	Kokemukset organisaatiomuutoksesta ja sen vaikutuksista.....	57
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	59
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	62
	LÄHTEET	63
	LIITTEET	70
	Liite 1 Haastattelurunko	70
	Liite 2 Tiedote	71
	Liite 3 Suostumuslomake	73
	Liite 4 Analyysitaulukko	74

ERITYISSANASTO

CCC	Clinical Care Classification, kansainvälinen kirjaamisen luokitus
Cinahl	Kansainvälinen terveystieteellinen viitetietokanta
EHR	Electronic Health Records
ePotku	Uranus-potilastietojärjestelmässä oleva toiminto, jolla voidaan tilata potilaskuljetuksia sairaalan sisällä
eResepti	Kansallinen sähköinen reseptijärjestelmä
ETENE	Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta
FinCC	Finnish Care Classification, rakenteisen kirjaamisen luokitus
FinMeSH	Finnish Medical Subject Headings, Suomalainen lääketieteellinen jäsennelty asiasanasto
GDPR	General Data Protection Regulation, EU:n yleinen tietosuojasetus
HaiPro	Terveydenhuollon turvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenetelmä ja tietotekninen työkalu
HIT	Health Information Technology, terveystieteellinen informaatioteknologia
Hoidokki	Sairaanhoitajien koulutussäätiön erikoissanasto
IOM	Institute of Medicine, Yhdysvaltalainen kansallisen lääketieteen akatemia
Medic	Kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta
MeSH	Medical Subject Headings, lääketieteellinen jäsennelty asiasanasto
OPC	Oulu Patient Classification, potilaan hoitoisuuden luokitusmittari
PeVL	Perustuslakivaliokunnan lausunto
PubMed	Kansainvälinen lääketieteellinen viitetietokanta
SHTaL	Suomalaisen hoidon tarveluokitus
SHToL	Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus
SHTuL	Suomalaisen hoidon tuloluokitus
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
YSA	Yleinen suomalainen asiasanasto
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö

1 JOHDANTO

Jokaisella Suomessa laillisesti oleskelevalla henkilöllä on ”oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun” (785/1992, 3 §). Tämä tarkoittaa potilaalle turvallista, asianmukaista ja huolellista terveydenhuoltoa ja tarpeenmukaista sairaanhoitoa potilaan itsensä valitsemissa terveydenhuollon yksiköissä.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) jatketaan 12 §:ssä: ”Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot”. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista 298/2009 täsmennetään 3 §:ssä, että ”potilasasiakirjat tulee laatia ja säilyttää sellaisia välineitä ja menetelmiä käyttäen, että asiakirjoihin sisältyvien tietojen eheys ja käytettävyys voidaan turvata tietojen säilytysaikana”. Potilastiedot säilytetään laissa määrätyn ajan, jonka jälkeen ne tulee hävittää luotettavalla tavalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (298/2009) potilasasiakirjoista sanotaan, että potilaan asiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon kannalta olennainen tieto selkeästi ja ymmärrettävästi riittävällä laajuudella, merkintöjen tulee olla tunnettuja sekä hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Kirjaamisella on merkittävä rooli potilaan hoidossa. Huolimatta siitä, millaista potilastietojärjestelmää missäkin hoitoyksikössä käytetään, tullessaan rakenteista potilastietojärjestelmää käyttämään osana hoitotyötä. Sekä potilaat, henkilökunta että koko terveydenhuollon organisaatio hyötyvät rakenteisesta sähköisestä kirjaamisesta. Suomessa sähköistä ja rakenteista potilaskertomusta on kehitetty jo useiden vuosien ajan. (Iivanainen & Syväoja 2016, 11.)

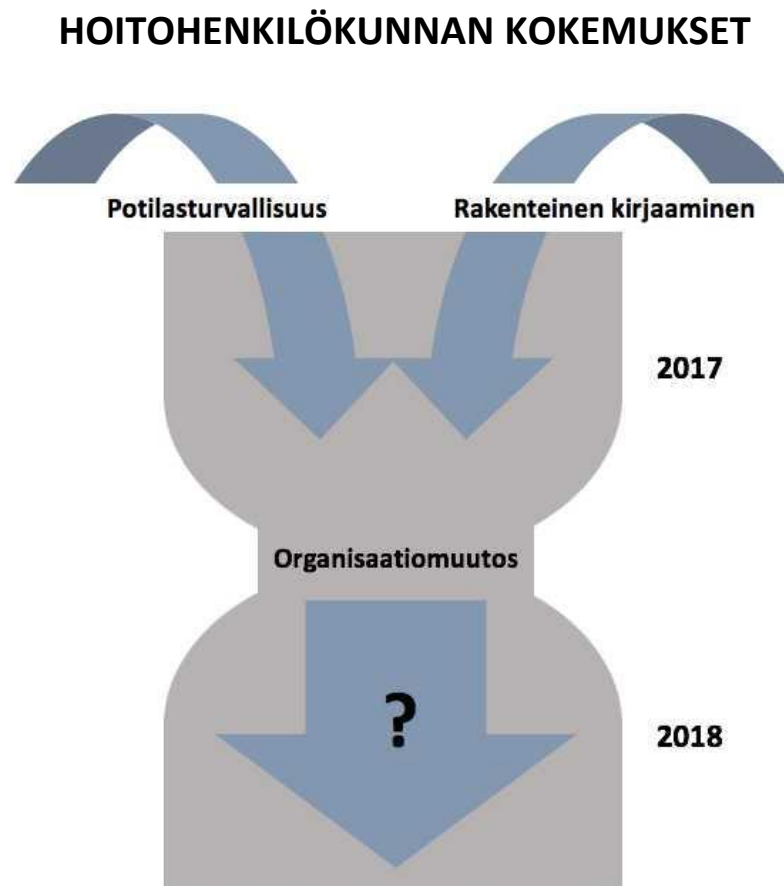
Vuoden vaihteessa 2018 opinnäytetyön Toimeksiantajasairaala* siirtyi sairaanhoitopiirin omistukseen, ja organisaatiomuutoksessa sairaalassa käytetty potilastietojärjestelmä Pegasos vaihtui sairaanhoitopiirin Kantasairaalan* käyttämään Uranukseen. Organisaatiomuutos vaikutti merkittäväällä tavalla suureen joukkoon työntekijöitä muuttamalla heidän työskentelytapojaan. Uranus-potilastietojärjestelmä on toimintalogiikaltaan erilainen kuin Pegasos, ja rakenteinen kirjaaminen toteutuu siinä aikaisemmasta poiketen.

Tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu Toimeksiantajasairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia potilasturvallisuudesta ja rakenteisesta kirjaamisesta organisaatiomuutoksessa. Rakenteinen kirjaaminen ja potilasturvallisuus linkittyvät tiiviisti toisiinsa, joten opinnäytetyössä on tutkittu molempia näkökulmia. Potilastietojärjestelmän vaihtumisen vaikutus hoitotyöhön on ajankohtainen ja kiinnostava tutkimuskohde, ja myös tämä on vaikuttanut aiheen valintaan. Valtakunnallisesti meneillään on suuria hankkeita potilastietojärjestelmien kehittämiseksi ja yhdistämiseksi. Nämä hankkeet tulevat vaikuttamaan laajaan joukkoon terveydenhuollon ammattilaisia sekä yksityishenkilöitä. (esim. Apotti 2018.) Potilastietojen liikkuvuus ja saavutettavuus ovat merkittävässä roolissa terveydenhuollon uusissa kehityshankkeissa, kuten ihmisten sitouttamisessa oman terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen (European Patients Forum 2018).

**Opinnäytetyössä käytetään nimityksiä Toimeksiantajasairaala ja sairaanhoitopiirin Kantasairaala anonymiteetin suojaamiseksi.*

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tutkimusaiheen pohjalta teoreettisiksi lähtökohdiksi tarkentuivat seuraavat käsitteet: potilasturvallisuus, rakenteinen kirjaaminen ja organisaatiomuutos. Teoreettiset käsitteet esitetään kuviossa 1.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

2.1. Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon laadun perusta (Vincent 2010, ix). Potilasturvallisuus tarkoittaa sekä hoitotyön että potilaan näkökulmasta sitä, että potilas saa tarvitsemansa lääketieteellisesti perustellun hoidon oikeaan aikaan ja oikealla tavalla siten, että siitä aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Organisaatioissa potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä

toimintatapaa, joka muodostuu yksittäisten ammattilaisten ja koko toimintajärjestelmän yhteisvaikutuksesta. Vahva potilasturvallisuuskulttuuri edistää potilaiden hoidon turvallisuutta ja hoitotyön laatua. (Turunen ym. 2015, 149; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Yhdysvaltalainen kansallisen lääketieteen akatemia (IOM) on määrittänyt potilasturvallisuuden potilasvahinkojen ehkäisemiseksi. Painopiste on ennaltaehkäistä virheitä, oppia tapahtuneista virheistä ja rakentaa potilasturvallisuuden kulttuuria, joka huomioi sekä henkilökunnan, potilaat että organisaation. (Mitchell 2008.) Potilasturvallisuus tarkoittaa myös sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan vaivaan, oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Hoidon tulee olla sellaista, että se aiheuttaa potilaalle mahdollisimman vähän inhimillistä kärsimystä ja haittaa. Suomessa potilasturvallisuuden strategiassa jaotellaan kaksi kehittämissinjaa, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuden toteutumiseen: ammatillinen osaaminen ja potilasturvallisuusosaaminen. Esimerkiksi lääke pistoksen antaminen lihakseen edellyttää kliinisiä taitoja, mutta potilaan tunnistaminen asianmukaiseksi pistoksen saajaksi on potilasturvallisuusosaamista. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 181.)

Potilasturvallisuuteen kiinnitetään nykyisin organisaatioissa aktiivisesti huomiota. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan virheitä tapahtuu kaikkialla terveydenhuollon yksiköissä, missä ihmiset tekevät töitä. Suomessa ei ole laadittu systemaattisia potilasturvallisuuskartoituksia koko maata kattavasti. THL:n arvion mukaan vertailukelpoisista maista saatujen vastaavien tutkimusten yhteneväisten tulosten perusteella voidaan arvioida, että Suomen sairaaloissa tapahtuu vuosittain vähintään 700 kuolemaan johtanutta hoitovirhettä, enimmillään jopa 1700. Kuolemantapausten määrää voitaisiin estää erilaisilla keinoilla, kuten riskienhallinnalla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla ja vaara- ja haittatapahtumista oppimalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9–10.) Eri lähteiden perusteella voidaan arvioida, että maailmassa joka kymmenes hoidossa ollut potilas vahingoittuu tavalla tai toisella hoidon vuoksi (Tingle 2017b). Noin 15 prosenttia Euroopassa sairaanhoitoon käytetyistä kustannuksista kuluu potilasvahinkotapahtumien korjaamiseen (Tingle 2017a). Suurin osa vahingoista johtuu jollain tavoin esimerkiksi kommunikaation ongelmista, puutteista tiedoissa, taidoissa, osaamisessa tai koulutuksessa sekä organisaatiokulttuurista (Slawomirski, Aaraaen & Klazinga 2017, 9).

Sairaanhoitajat ovat keskeisessä roolissa potilasturvallisuuden kehittäjinä. Sairaanhoitajia velvoittaa työssään Sairaanhoitajan eettiset ohjeet, joihin on sisäkirjoitettu potilasturvallisen työn periaatteet. Sairaanhoitajan tehtävänä on niiden mukaan esimerkiksi suojella ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvinvointia. Sairaanhoitajan on myös toimitava oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti jokaista potilasta yksilönä kunnioittaen. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.) Nämä perusarvot ovat pohjana potilasturvallisuuden kehittymiselle. Ihmiselämän kunnioittamisen periaatteet kumpuavat kaksituhatta vuotta vanhoista Hippokrateen periaatteista, joiden pohjalta myös lääkärit vannovat valansa valmistuessaan. Ihmiselämän kunnioittaminen ja suojeleminen sekä potilaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tulee olla kaikkien terveydenhuoltoalan ammattilaisen ammattitaidon perusprioriteetti. (Rumbold 2002, 5.)

2.1.1 Potilasturvallisuuden normatiivinen ohjaus

Potilasturvallisuudesta säädellään kansallisessa lainsäädännössä. Potilasturvallisuuden kannalta keskeisiä normeja ovat 1.5.2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja siihen liittyvä sosiaali- ja terveysministeriön asetus. Lain 8§:ssä laatu ja potilasturvallisuus todetaan: ”Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.” Potilasturvallisuutta ohjataan olennaisesti myös tietosuojan osalta yllä mainituissa laeissa sekä eräissä muissa, kuten laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Lisäksi tietosuojan osalta noudatetaan henkilötietolakia ja keväällä voimaan astunutta EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (GDPR). Sen tueksi on Suomessa ollut valmisteilla tietosuoja laki ja -asetus. Ne osaltaan tulevat vaikuttamaan myös potilaiden tietoturvaan koskeviin asioihin. Perustuslakivaliokunnan lausunto (24/2018) uudesta tietosujalaista annettiin eduskunnalle 21.9.2018, joten asian käsittely eduskunnassa on vielä opinnäytetyötä kirjoitettaessa kesken. (Eduskunta 2018.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettama työryhmä laati vuosille 2009–2013 ensimmäisen potilasturvallisuusstrategian, joka päivitettiin vuosille 2017–2021 potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiaksi. Sen keskeinen ajatus on turvata oikea-aikainen, turvallinen ja vaikuttava hoito sekä hoiva ja palvelut, joista on mahdollisimman vähän haittaa potilaalle ja asiakkaalle. Jokaisessa organisaatiossa tulee olla toimintoja ja periaatteita,

joilla taataan hoidon, hoivan ja palvelun turvallisuus. Nämä neljä tekijää ovat turvallisuuskulttuuri, johtaminen, vastuut sekä säädökset. Potilaat, asiakkaat ja omaiset osallistuvat aktiivisesti omaan hoitoonsa laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi. (Valtioneuvoston periaatepäätös 2017, 11.) Uuden potilasturvallisuusstrategian keskeiset tavoitteet on esitelty taulukossa 1.

<ul style="list-style-type: none"> • ”Potilas, asiakas ja läheiset osallistuvat aktiivisesti potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistamiseen ja kehittämiseen.
<ul style="list-style-type: none"> • Laatu sekä potilas- ja asiakasturvallisuus ovat osa riskienhallintaa.
<ul style="list-style-type: none"> • Palveluprosessit ja toimintatavat ovat turvallisia ja suojaavat potilaita ja asiakkaita vaaratapahtumilta.
<ul style="list-style-type: none"> • Turvallisen hoidon ja hoivan edellyttämät voimavarat ja osaaminen on varmistettu.
<ul style="list-style-type: none"> • Laadun ja turvallisuuden seuranta ja kehittäminen on varmistettu.
<ul style="list-style-type: none"> • Potilas- ja asiakasturvallisuutta edistetään kansallisesti.”

TAULUKKO 1. Potilasturvallisuusstrategian keskeiset tavoitteet (Valtioneuvoston periaatepäätös 2017, 11).

Jokaisella suomalaisella ja Suomessa pysyvästi oleskelevalla henkilöllä on oikeus hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon ja siihen liittyvään asianmukaiseen kohteluun riippumatta ihmisen taloudellisesta, terveydellisestä, psyykkisestä, etnisestä ja vakaumuksellisista tekijöistä (785/1992). Tätä potilaan oikeutta ja osallisuutta omaan hoitoon vahvistettiin vuonna 2010 voimaan tulleella terveydenhuoltolailla (1326/2010).

Jotta potilas osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa, edellyttää se potilaan motivoimista sekä riittävää tiedon ja neuvonnan antamista hänelle (Gerard ym. 2017). Potilaalle on annettava tietoa hänen sairaudestaan ja sen hoidosta, erityisesti lääkehoidosta. Potilaan hoitoon liittyvät riskit tulee tunnistaa heti alussa, ja niistä tulee keskustella potilaan kanssa ymmärrettävällä tavalla. Lisäksi potilaan kanssa tulee keskustella odotettavissa olevista hoidon tuloksista. Potilasta tulee kuunnella, ja hänelle on annettava mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen ilman, että hän on yksin vastuussa hoidostaan. Hoitovastuun tulee aina olla terveydenhuollon henkilöstöllä ja viime kädessä organisaation johdolla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 17–18.)

Potilaan hoitoon liittyvät terveysongelmat ja niihin liittyvät suunnitelmat kootaan potilasta kuunnellen terveys- ja hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmaan kootaan tietoja potilaalle suunnitelluista tutkimuksista, sairauden hoidosta sekä lääkehoidosta ja päivittäisistä hoitotoimista. Hoitosuunnitelman laatimisen yhteydessä potilasta haastatellaan muun muassa perussairauksista, lääkityksistä, allergioista sekä kaikkeen hoitoon vaikuttavista tekijöistä. Terveystuollon henkilöstön on tuettava potilasta hoitosuunnitelmaan kirjattavien tietojen tuottamisessa, sillä potilas ei välttämättä itse tunnista, mitkä kaikki tiedot ovat olennaisia potilasturvallisen hoidon kannalta. Hoitosuunnitelmaa laadittaessa on potilasta informoitava potilaan sairaudesta, siihen vaikuttavista tekijöistä, hoitovaihtoehdoista ja hoitoon liittyvistä riskitekijöistä. Hoitosuunnitelman laatimiseen voivat osallistua potilaan kanssa yhdessä myös hänen läheisensä, mikäli potilas kokee sen tarpeelliseksi. (Terveystuollon ja hyvinvoinnin laitos 2011, 17–18.)

2.1.2 Potilasturvallisuuden vaikuttavia tekijöitä

Kansainväliset ohjeistukset ja protokollat

Maailman terveysjärjestöllä (WHO) on useita kansainvälisiä työryhmiä ja potilasturvallisuuden kehittämishankkeita, joiden tavoitteena on luoda kansainvälisiä ohjeistuksia ja työkaluja potilasturvallisuuden edistämiseksi maailmanlaajuisesti. ”Global Patient Safety Challenges”, maailmanlaajuiset potilasturvallisuushaasteet, ovat edenneet vuonna 2017 julkaistuun kolmanteen ohjelmaan ”Medication without harm”, lääkitystä ilman haittoja. Lääkitysturvallisuuden edistämishjelman tavoitteena on parantaa lääkitysturvallisuutta seuraavan viiden vuoden aikana siten, että lääkityksestä johtuvat lääketieteelliset haitat vähenevät puoleen seuraavan viiden vuoden aikana. (Sheikh ym. 2017, 546; WHO 2017.) Turvalliset lääkkeet ja turvallinen lääkehoito ovat kriittisiä tekijöitä potilasturvallisuuden kannalta myös suomalaisessa terveydenhuollossa. Lappalainen, Niemi-Murola ja Sarjakoski-Peltola (2014) korostavat, että lääkitysvirheiden vuoksi laaditut HaiProt ovat tavanomaisimpia poikkeamia suomalaisessa terveydenhuollossa. Ongelmia esiintyy etenkin hoitovastuun siirron tai hoitolaitossiirtojen yhteydessä (Lappalainen ym. 2014, 1749).

Kaksi aikaisempaa WHO:n ohjelmaa olivat Clean Care is Safer Care, käsihygienian edistämishjelmä, jonka tavoitteena oli vähentää sairaanhoitoon liittyviä infektioita, sekä Safe Surgery Saves Lives, leikkausturvallisuuden edistämishjelmä, joka keskittyi

parantamaan kirurgisten toimenpiteiden turvallisuutta. Käsihygienian edistämisohjelman pohjalta myös suomalaisissa sairaaloissa on edistetty ponnekkaasti käsihygieniaa. Leikkausturvallisuuden edistämisohjelmassa on laadittu leikkaustiimin tarkistuslista, ”Guidelines for Adverse Events Reporting and Learning Systems”, sekä lisäksi muita kansainvälisiä ohjeita haattatapahtumien raportointiin ja niistä oppimiseen. (WHO 2008; WHO 2018.)

Tarkistuslistoja on kehitetty myös eri maiden tutkimusyhteisöissä. Mohanin (2015) mukaan Englannissa on tutkittu gastrokirurgisen leikkauksen jälkeistä tarkastuslistaa, jonka tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää postoperatiivisia leikkauskomplikaatioita ja niistä johtuvia kuolemia. Edellä mainittuja potilasturvallisuuteen vaikuttavia toimintamalleja hyödynnetään aktiivisesti myös suomalaisessa terveydenhuollossa. Suomalaisissa sairaaloissa käytössä olevat leikkausta edeltävät tarkistuslistat on laadittu kansainvälisten standardien mukaisesti, mutta suomalaista lainsäädäntöä ja hoitokäytäntöjä mukaillen. Näiden protokollien avulla pyritään minimoimaan inhimillisistä tekijöistä johtuvia hoitovirheitä ja niistä aiheutuvia vakavia haattatapahtumia. (Helovuori ym. 2011, 25–26.)

Organisaatio ja organisaatiokulttuuri

THL:n laatimassa Potilasturvallisuusoppaassa (2011) listataan potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä, jotka koskevat koko organisaatiota. Turvallisuuteen vaikuttavat organisaation johto, henkilöstöjohtaminen, laadunhallinta-asiakirjat, turvallisuusriskien hallinta, dokumentointi ja tiedonkulku, raportointi ja ilmoitusjärjestelmät, henkilökunta sekä potilaat ja jopa heidän läheisensä. Johdolla on kokonaisvastuu organisaation potilasturvallisuuden rakentumisesta ja sen laadunhallinnasta. Johto myös vastaa henkilöstöjohtamisesta ja -politiikasta, jonka pohjalta avoin organisaatiokulttuuri voi rakentua. Johtamisella on suuri vaikutus siihen, kuinka hyvin henkilöstö osallistuu ja sitoutuu organisaation toiminnan arvoihin ja päämääriin, sekä kuinka hyvin henkilöstö perehdytetään ja koulutetaan tehtäviinsä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 11-32.)

Yksi henkilöstöjohtamisen tärkeistä ulottuvuuksista terveydenhuollossa on henkilökunnan työkuormituksen huomioiminen ja arvioiminen. Hall ym. (2016) selvittivät kirjallisuuskatsauksessaan, että hoitohenkilökunnan hyvinvoinnilla ja burnout-tuntemuksilla on merkittävä yhteys potilaiden hoidon turvallisuuteen. Tämä tarkoittaa sitä, että potilasturvallisuuden takaamiseksi työyhteisöjen on entistä suuremmassa määrin kiinnitettävä huomiota hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin.

Organisaation potilasturvallisuus- ja laatuvaastavien vastuulla on laadunhallinta-asiakirjojen laatiminen ja ylläpitäminen. Näitä asiakirjoja ovat esimerkiksi lääkehoitosuunnitelma, hoitoon liittyvien infektioiden torjuntasuunnitelma sekä erilaiset turvallisuussuunnitelmat vakavien onnettomuuksien varalta. Lisäksi organisaatioissa tulee olla ajantasainen turvallisuusriskien hallinta- ja dokumentointijärjestelmä, sekä suunnitelma tiedonkulusta. Sairaaloissa käytössä oleva HaiPro-järjestelmä on esimerkki turvallisuusriskien dokumentointijärjestelmästä. Organisaatioissa tulee olla suunnitelma raportointi- ja ilmoitusjärjestelmistä sekä protokolla siihen, miten erilaisiin poikkeamailmoituksiin reagoidaan ja kuinka niitä korjataan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 11–32.)

Koulutus ja ammattitaito

Potilasturvallisuuden edistäminen edellyttää organisaatiolta systemaattista paneutumista hoidon laadun kehittämiseen. Potilasturvallinen työtapaperustuu ennalta suunniteltuun, arvioituun ja jäsentyneeseen työskentelytapaan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 10.) Mitchellin (2008) mukaan erilaiset hoitoprotokollat, ohjeet ja toimintasäännöt luovat raamit laatua edistävälle toiminnalle tietoja, taitoja, osaamista ja koulutusta yhdistämällä. Hyvä hoito on turvallista, vaikuttavaa ja potilaskeskeistä sekä oikea-aikaista, tehokasta ja kohtuullista (Mitchell 2008). Jotta kaikki nämä vaateet saavutettaisiin, olisi Brasaitén (2016) väitöstutkimuksen mukaan henkilökunnan oltava koulutettua ja ammattitaitoista, tehtäviinsä hyvin perehdytettyjä ja jatkuvasti tehtävässään koulutusta saavia. Myös työympäristö, organisaation toimintatavat ja kulttuuri vaikuttavat potilasturvallisuuden toteutumiseen (Brasaité 2016, 14).

Hoitohenkilökunnan, niin sairaanhoitajien kuin lääkäreidenkin koulutuksessa, omaksutun tiedon siirtyminen teoriasta käytäntöön on kriittistä. Tiedon siirtymistä pyritään varmistamaan jo koulutuksen aikana niin käytännön harjoittelujen kuin simulaatioidenkin avulla. Simulaatiossa pyritään jäljittelemään todellista hoitotyöhön liittyvää tilannetta tai toimintaa, jonka suorittaminen käytännössä voisi jopa vaarantaa potilaan turvallisuuden tai olisi epäeettistä. (Eyikara & Baykara 2017.) Esimerkkejä oppimisesta ovat ammattilaisten suorittamat simulaatioharjoitukset eri teemoista Tampereen yliopiston, Tampereen ammattikorkeakoulun ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhteisissä simulaatiotiloissa Taitokeskuksessa (Tampereen yliopistollinen sairaala 2018).

Sote-uudistus on suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen ja palvelujen uudistus, jonka tavoitteena on parantaa ihmisten palveluita ja niiden saavutettavuutta sekä

samalla hillitä kustannusten kasvua. Lisäksi sote-uudistuksen tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta. (Maakunta- ja soteuudistus, 2018.) Tämä tarkoittaa paitsi tulevien ammattilaisten jatkuvaa kouluttamista, myös työssä olevien asiantuntijoiden jatkuvaa oppimista. Otalan (2014, 1742) mukaan oppimista tapahtuu terveydenhuollossa ”tekemällä, harjoittelemalla, kokeilemalla ja arvioimalla toimintaa sekä kehittämällä ja parantamalla omaa tekemistä arvioinnin kautta”.

Tiedonkulku

Vaikka potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä on runsaasti, yksi merkittävimmistä on tiedonkulku ihmiseltä toiselle. Potilastiedon siirtymistä varten on luotu useita mekanismeja, joilla tiedonkulkuun liittyviä ongelmia pyritään ennalta ehkäisemään. Potilastiedon sähköinen kirjaaminen on yksi merkittävimpiä muutoksia potilastyössä: Parhaimmillaan tieto potilaan tilasta, lääkehoidosta ja toimenpiteistä on seurattavissa reaaliaikaisesti usealla toimijalla eri puolilla hoitopaikkaa, huonoimmillaan taas kaatunut potilastietojärjestelmä estää hoidon toteutumisen turvallisella tavalla. (Helovuori ym. 2011, 72–73.)

Itä-Suomen yliopistossa julkaistun Turusen, Mäntysen, Kvistin, Miittisen, Vehviläinen-Julkusen, Turusen ja Partasen (2015, 149) pitkittäistutkimuksen mukaan sairaanhoitajat Itä-Suomen ja Pohjois-Savon erityisvastuualueella arvioivat potilasturvallisuuden kannalta virhealtteimmiksi osa-alueiksi työvuorojen vaihdot ja potilassiirtymät, ja näihin liittyvät tiedonkulun katkokset hoitajalta toiselle. Näistä työvuorojen vaihto on Ferraran ym. (2017) tutkimuksen perusteella yksi kriittisimmistä kohdista tiedonkulun kannalta: useat tekijät voivat vuorovaihtotilanteessa vaikuttaa hoidon laatuun ja aiheuttaa virheitä. Tutkijat korostavat, että yksi hoitajan tärkeimmistä taidoista on sujuva, tarkoituksenmukainen ja virheetön kommunikointi potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Heikot vuorovaikutustaidot tai puutteellinen kommunikointi hoitovuoron vaihtuessa voivat vaarantaa potilaan kokonaisturvallisuuden hoitopaikassa (Ferrara ym. 2017, 882, 885).

Hoitosuunnitelma, kuten kaikki muutkin potilaan hoitoon liittyvät asiat, kirjataan ylös organisaatioissa käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. Hoitosuunnitelmaa varten on laadittu omat ohjeet Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuella. Potilastietojen kirjaaminen korostuu erityisesti tänä päivänä terveydenhuollon toimintaympäristön erikoistumisen ja hoidon hajaantumisen myötä. Hoitoprosessien, hoitotahojen ja palvelujärjestelmän pirstaleisuuden vuoksi erityisesti tiedonkulun katkokset vaarantavat potilasturvallisuutta. Potilaan hoidon turvallisen toteutumisen kannalta potilastietojärjestelmien rooli on

olennainen. Niiden toimintaan on valtakunnallisesti investoitu runsaasti resursseja, jotta tiedon tallentuminen ja -kulku toteutuisivat mahdollisimman hyvin. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 17–18.)

2.1.3 Sähköiset palvelut ja potilasturvallisuus

Sähköisten palveluiden tarkoituksena on helpottaa asiointia sekä lisätä yhdenvertaisuutta käyttäjien kesken riippumatta asuinpaikasta tai etäisyyksistä palveluihin. Sähköisten palveluiden kautta ihmisten tiedonsaantimahdollisuudet paranevat ja omien tietojen reaaliaikainen seuranta mahdollistuu. Potilastietojen arkistointia on kehitetty valtakunnallisen Kanta-arkistojärjestelmän myötä. Valtakunnallisen Kanta-palvelun muodostavat Reseptipalvelu, Lääketietokanta, Potilastiedon arkisto ja Tiedonhallintapalvelu sekä Omakanta. Kanta-palveluiden käyttöönotto tapahtuu vaiheittain. Omakanta-palvelussa asiakkaalle muodostuu vähitellen potilastietojen kansio, johon on koottu tietoa eri terveystietopalveluiden tuottajilta, reseptilääkkeistä sekä potilaan omista tahdonilmaisista. (Kansaneläkelaitos 2018a.) Sähköisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiointipalveluiden käyttämisessä läheisten tuki on sekä ikäihmisille että lapsille tärkeää. Tästä syystä on merkityksellistä kehittää palveluita niiden ominaisuuksien osalta, jotka mahdollistavat toisen puolesta asiointin kuten ajanvaraukset, reseptilääkkeiden uusimiset, palveluntarjoajien etsimisen ja yhteydenpidon hoitavaan tahoon. (Hyppönen ym. 2014, 77–78.)

Potilastietojen ollessa sähköisessä muodossa, pystytään paitsi kehittämään kirjaamista, myös hallitsemaan terveydenhoitoon liittyviä kustannuksia. Sähköisessä muodossa oleva tieto on helpommin potilaiden itsensä käytettävissä. Tämän ajatellaan vahvistavan potilaiden omia kykyjä ja vastuuta omasta hoidostaan. Sähköisen potilasdatan käyttö on kustannustehokasta, ja sen erityisenä tavoitteena on edistää potilaan aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa. (Vezyridis & Timmons 2015, 113, 115.) Koivusen, Rautavirran ja Asikaisen (2016) tutkimuksessa selvitettiin, millä tavoin tietoturvallista sähköpostia voitaisiin hyödyntää diabetespotilaan ja hoitajan välisessä yhteydenpidossa ja hoidon ohjauksessa. Diabeetikon hoidon kulmakiviä ovat säännöllinen seuranta ja yhteydenpito hoitopaikkaan, jotta hoitomyöntyvyys säilyy vahvana ja komplikaatioiden riski pienenee. Tietoturvallisten sähköpostin todettiin antaneen potilaille uuden ajankohdasta riippumattoman, potilaslähtöisen keinon pitää yhteyttä hoitopaikkaan. Hoitajille kokeilu

taas lisäsi saavutettavuuden tunnetta, uuden työkalun ja tavan toimia. (Koivunen ym. 2016, 74,76,79.)

Sähköiset potilastietojärjestelmät ja niissä tapahtuva tietojen käsittely ovat luoneet uuden uhkan potilasturvallisuuden kannalta. Potilastiedot ovat laajalti saatavilla useilla toimijoilla, ja mahdollisuus epäasialliseen käyttöön lisääntyy. Epäasiallista käyttöä on esimerkiksi se, jos työssä oleva sairaanhoitaja tarkistaa potilastietojärjestelmästä omat tai perheenjäsenten laboratoriovastaukset ilman voimassa olevaa hoitosuhdetta. Sähköisten järjestelmien etuna on kattavat lokitietosysteemit, jotka mahdollistavat tietoja käyttäneiden henkilöiden identifioinnin, jolloin todennäköisyys asiattomaan käyttöön vähenee. (Kansaneläkelaitos 2018b.) Tietosuojakoulutuksen merkitystä henkilökunnalle ei voi kylliksi korostaa, ja muistin virkistämiseksi tietoiskuja tietoturvasta tulisi järjestää säännöllisesti (Taitsman, 2013).

2.2. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Tiedon rakenteisuus tarkoittaa eri mekanismeilla tietoteknisesti hallittavaan muotoon rakenteistettuja potilas- ja asiakastietoja (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2018). Hoitotietojen rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kirjaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä erilaisten hoidollisen päätöksentekovaiheiden mukaisesti. Hoitotyö jakautuu hoitotyön eri prosesseihin, joiden kautta potilaan hoitoa suunnitellaan ja toteutetaan. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10.) Rakenteisen kirjaamisen tarkoituksena on yhdenmukaistaa kirjaamiskäytänteitä. Se helpottaa potilastiedon kirjaamista, asiasisältöjen hakua sekä hoidon seuranta. (Kinnunen ym. 2014, 196.)

Rakenteinen kirjaaminen hyödyttää niin potilasta, ammattihenkilöstöä kuin koko terveydenhuollon organisaatiota (Jokinen & Virkkunen 2018, 14–15). Hoitotyön kirjaaminen on usein aikaa vievää. Hoitotyön muuttuessa yhä monimutkaisemmaksi yhtenäinen, harmonisoitu kirjaamismalli helpottaa kaikkien työtä. Sähköiseen potilastietojärjestelmään sisäänrakennettu rakenteinen kirjaamismalli mahdollistaa tiedon hakemisen nopeasti ja tehokkaasti. Ennalta määritetyt otsikoinnit auttavat ja ohjaavat hoitotyön ammattilaisia työssään. (Krumm ym. 2014, 88.)

Hoitotyön kansallisen sähköisen kirjaamismallin perustana on WHO:n päätöksenteon prosessimalli, rakenteinen ja sähköinen kirjaaminen (Iivanainen & Syväoja 2016, 15-16). Rakenteisen kirjaamisen ensimmäinen malli kehitettiin Georgetownin yliopistossa Virginia K. Saban johdolla analysoimalla lähes 9000 potilastapausta. Niiden pohjalta rakennettiin hoitotyön luokittelumalli, jota jatkokehitetään edelleen. Rakenteisen kirjaamisen mukaan tehtyjen hoitotyön tietojen analysoinnin perusteella voidaan esimerkiksi saada selville, millaisia vaikutuksia hoitotyöllä ja siihen liittyvällä päätöksenteolla on potilaiden selviytymiseen. (Saba & Taylor 2007, 325, 327.)

2.2.1 Potilasasiakirjat

Terveystieteiden alan kirjaamista ohjaavat useat lait ja asetukset, kuten terveydenhuoltolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä erilaiset kansalliset ohjeistukset. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (2017) ohjeistaa potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävistä, eri hoitopaikoissa laadituista tai sinne saapuneista asiakirjoista nimitystä potilasasiakirjat. Liljamon ym. (2012, 9) ja Valviran (2017) mukaan potilasasiakirjat toteutuvat tarkoituksenmukaisesti ja tukevat potilaan hyvää hoitoa silloin, kun niihin merkitään hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen sekä seurannan kannalta tarpeelliset potilaan tiedot riittävällä laajuudella.

Hoitotyö on prosessi, joka rakentuu potilaan hoidon tarpeen määrittelystä, tavoitteiden asettamisesta ja hoidon toteutuksen suunnittelusta sekä sen toteuttamisesta eri hoitotyön toimintoja hyväksi käyttäen. Hoitotyössä tulosta tulee tarkastella ja arvioida säännöllisesti. (Iivanainen & Syväoja 2016, 15–18.) Hoitotyössä kirjataan potilaan terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvät merkittävät ja riittävät tiedot, sekä muita potilaan hoidon kannalta välttämättömiä tietoja (Jokinen & Virkkunen 2018, 10–11).

Liljamon ym. (2012) mukaan potilasasiakirjat tulee laatia ymmärrettävällä tavalla, sekä hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä käyttäen. Merkintöjen tulee olla sellaisia, joiden perusteella asiakirjojen käsittelijä pystyy rakentamaan selkeän ja ymmärrettävän kokonaisuuden hoidon tarpeesta. Potilasasiakirjojen merkinnöistä tulee ilmetä, miten potilaan hoito on toteutettu missäkin vaiheessa, ja ketkä kaikki ovat potilaan hoitoon osallistuneet. Merkinnöistä tulee ilmetä, kuinka potilaan lakisääteiset oikeudet on hoidossa otettu huomioon. (Liljamo ym. 2012, 9.) Jokaisesta potilastapahtumasta tulee tehdä merkintä

potilasasiakirjoihin soveltaen sitä, onko kyseessä yksittäinen avoterveydenhuollonkäynti vai pidempiaikainen osastohoito (Valvira 2017). Potilasasiakirjamerkinnoistä tulisi ilmetä muutokset potilaan voinnissa sekä tehdyt tutkimukset ja toteutettu hoito (Liljamo ym. 2012, 9).

Nykäsen ja Junntilan (2012, 3) mukaan yksi osa potilaskertomusta on hoitokertomus, jossa hoitohenkilökunta dokumentoi potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta, seuranta ja arviointia. Hoitokertomus sisältää kokonaissuunnitelman lisäksi potilaan hoitoa ja vointia koskevat päivittäiset merkinnät (Valvira 2017). Hoitokertomus on moniammatillinen työkalu, jossa kirjaamistavan ja potilastietojärjestelmän käytettävyydet ovat merkittäviä tehokkaan ja toimivan kirjaamisen näkökulmasta katsottuna (Nykänen & Junntila 2012, 3). Rakenteista kirjaamista käytettäessä tulee tarkasti huomioida, että potilastiedot säilyvät potilaslähtöisinä. Potilastieto keskittyy sähköisessä potilastietojärjestelmässä helposti biometrisiin tietoihin, ja potilaan omat kokemukset ja tuntemukset jäävät huomioida. (Lanier ym. 2017.) Rakenteisen kirjaamisen avulla näitäkin aspekteja pystytään huomioimaan aikaisempaa paremmin (Saba & Taylor 2007, 327).

2.2.2 Potilastietojen rakenteisuus

Kansallinen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen malli muodostuu hoitotyön keskeisistä tiedoista eli niin sanotuista ydintiedoista, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos sekä hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön ydintietoja kuvattaessa hoitoprosessin eri tiedot kirjataan FinCC-luokitusmallin mukaisesti. (Liljamo ym. 2012, 10.) FinCC-luokitusmalli pohjautuu Virginia K. Saban kehittämään CCC-luokitusmalliin (Kinnunen, Mykkänen & Härkönen 2016, 45). FinCC sisältää Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL) ja Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) sekä Suomalaisen hoidon tuloluokituksen (SHTuL) (Liljamo ym. 2012, 10).

Rakenteisessa kirjaamisessa on hierarkkinen tarve- ja toimintoluokitusrakenne. Tasoja sekä tarve- että toimintoluokituksessa on kolme: komponentti, pääluokka ja alaluokka. Kirjaaminen tapahtuu komponentteihin luotujen tarveluokitusten ja toimintoluokitusten pää- ja alaluokkien mukaan. Tuloluokituksen avulla voidaan hoidon tarpeeseen liitettyä hoidon tulosta arvioida. Vaihtoehtoina ovat kolme luokkaa: ennallaan, parantunut ja heikentynyt. (Liljamo ym. 2012, 9, 45.)

Liljamon ym. (2012) mukaan potilaskertomus rakentuu erilaisista strukturoiduista tietokokonaisuuksista ja -ryhmistä. Tietokokonaisuudet ryhmitellään erilaisiksi tietoryhmiksi eri vaiheiden ja toimintojen mukaan. Otsikoiden tarkoituksena on helpottaa olennaisen tiedon löytämistä potilaskertomuksesta. (Liljamo ym. 2012, 14.) Potilaan ydintietoja on mahdollista vapaalla tekstillä muotoillen kirjata otsikointien alle (Moss, Andison & Sobko 2007, 543).

Hoitotyön tarpeet

Hoitotyön tarpeella tarkoitetaan hoitohenkilökunnan koostamaa kuvausta potilaan terveydentilaan liittyvistä tekijöistä, jotka ovat jo olemassa tai ilmenevät tulevaisuudessa mahdollisina tarpeina. Tarpeet ovat sellaisia, joita voidaan eri hoitotyön toimintoja toteuttamalla lievittää tai poistaa. Hoitotyön tarpeet määritellään käyttämällä erilaisia tiedonkeruumenetelmiä, kuten analysointia, haastattelua ja mittauksia. (Iivanainen & Syväoja 2016, 16.) Hoidon kannalta merkittävimmät tiedot kirjataan potilastietojärjestelmään tarveluokituksen mukaisesti (Liljamo ym. 2012, 14).

Potilaan tarpeet voivat ilmentyä fyysisinä, psyykkisinä ja sosiaalisina. Potilaan tarpeet voivat olla aktuaalisia eli olemassa olevia, havaittavia ja mitattavia. Ne voivat olla myös potentiaalisia eli sellaisia, jotka mahdollisesti uhkaavat potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Havaittavat tarpeet voivat olla subjektiivisia, potilaan omakohtaisia tuntemuksia ja näkemyksiä, tai objektiivisia, hoitajan havaintoon perustuvia. Olennaista potilaan kannalta on, että tarpeet tunnistetaan ja nimetään. (Iivanainen & Syväoja 2016, 16.) Erilaisten potilaan antamien tai hoitajan havainnoimien tietojen pohjalta rakentuu potilaan hoidon suunnitelma (Whittenburg & Meetim 2016, 13).

Hoitotyön tavoitteet

Potilaan hoidolle tulee asettaa tavoitteet suhteessa hoidon tarpeisiin: millaisia muutoksia potilaan vointiin tai toimintaan odotetaan tai mitä potilas itse toivoo hoidon avulla saavuttavansa. Tavoitteet asetetaan tiedossa olevien tarpeiden poistamiseksi tai helpottamiseksi tietyn ajan kuluessa. Asetettujen tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä, eikä niiden tule kuvata hoitajan toimia tai tehtyjä toimenpiteitä. Tavoitteen tulee olla riittävän täsmällinen kuvaus potilaan selviytymisestä itsenäisesti tai autettuna, ja realistinen suhteessa potilaan vointiin ja voimavaroihin. Tavoitteet kirjataan lyhyesti ja siten, että ne alkavat toimintaa kuvaavalla verbillä, kuten pesee, pukee, ruokailee. (Iivanainen & Syväoja 2016, 16–17.)

Hoitotyön toiminnot

Hoitotyön toiminnoilla eli auttamiskeinoilla kuvataan hoidon suunnittelua ja toteutusta (Ensio & Saranto 2004, 37). Liljamon ym. (2012, 14) mukaan nämä ovat toimia, joilla hoitohenkilökunta pyrkii mahdollisimman hyvin vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen. Suunnitellut toiminnot valitaan tavoitteiden pohjalta siten, että ne ovat tarkoituksenmukaisia. Hoitotoimintojen suunnittelussa pohjana käytetään hoitajan tietoja ja taitoja, sekä hoitotyön periaatteita ja näyttöön perustuvaa tietoa. (Iivanainen & Syväoja 2016, 17.) Liljamon ym. (2012) mukaan potilaan ja omaisten tiedot ja taidot sekä näkemykset tilanteesta ovat merkityksellisiä hoitotoimintoja määriteltäessä. Keskeisiä hoitotyön toimintoja ovat esimerkiksi potilaan tilan ja oireiden seuranta ja tarkkailu, potilaan ohjaaminen ja avustaminen sekä auttaminen, hoitaminen, toteuttaminen ja suorittaminen (Liljamo ym. 2012, 14–15).

Hoitotyön tulokset

Hoitotyön tuloksissa tarkastellaan potilaan tilassa tapahtunutta muutosta. Tarkastelussa huomioidaan potilaan vointi ja selviytyminen suhteessa hänen hoidon tarpeisiin ja tavoitteisiin sekä toteutuneeseen hoitoon. (Liljamo ym. 2012, 18.) Tuloksia arvioitaessa Iivanainen ja Syväoja (2016) pohtivat seuraavia kysymyksiä: Kuinka potilaan tarpeeseen on vastattu, onko tavoitteet saavutettu ja millaisia muutoksia potilaan voinnissa on tapahtunut. Potilaan kokemus saamastaan hoidosta tulee ottaa arviointiin mukaan. Tulosten lisäksi voidaan arvioida asetettuja tavoitteita: oliko tavoitteet asetettu sopivalle tasolle sekä oliko ne tavoiteltavissa olevia ja realistisia. (Iivanainen & Syväoja 2016, 18.) Hoidon arvioinnissa käytetään tulosluokitusta, ja asteikkoa voidaan täydentää vapaalla tekstillä (Liljamo ym. 2012, 18).

Hoitoisuus

Potilaan hoitoisuuden eri osa-alueita arvioitaessa hyväksikäytetään päivittäisten toimien kirjauksia, jotka on tehty tarve- ja hoitotyön toimintoluokituksen avulla. Potilaan tarvelähtöinen kirjaaminen luo sisällön hoitoisuuden arvioinnille, mikä vahvistaa luotettavuutta ja mahdollistaa tietojen hyödynnettävyyden. (Liljamo ym. 2012, 19.)

Suomessa käytetyin hoitoisuusluokitus on OPC eli Oulu Patient Classification -hoitoisuusluokitusmittari. Mittaristoa voidaan käyttää joko itsenäisenä tai osana RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmää. Päivittäisten toimien kirjaaminen pää- ja alaluokkien kautta, mahdollistaa hoitoisuuskoostenäkymälle OPC-otsikkojen mukaisen ryhmittelyn.

Hoitajan on mahdollista tarkistaa hoitoisuuskoostenäkymältä, millaisia hoidon suunnitelmia ja toteutusta kuvaavia luokkia on valittu ja kuinka ne asettuvat hoitoluokitukseen. Hoitoisuusluokka on tieto, joka liitetään potilaan hoitojakson päättyessä hoitotyön yhteenvedon. (Liljamo ym. 2012, 19.)

Hoitotyön yhteenvedo

Hoitotyön yhteenvedo laaditaan osana palvelutapahtumaa, kun potilaan hoitojakso päättyy osastolla tai hoitolaitoksessa (Liljamo ym. 2012, 18). Hoitotyön yhteenvedo on kokonaisvaltainen arviointi potilaan senhetkisestä voinnista suhteessa tulotilanteeseen. Yhteenvedo laaditaan erikoisalalehdelle tai ammatilliselle näkymälle. Lisäksi hoitotyön yhteenvedossa näkyy annettu hoito ja hoidon aikana tapahtuneet keskeiset asiat. (Iivanainen & Syväoja 2016, 18.) Liljamon ym. (2012, 18) mukaan hoitotyön yhteenvedo varmistaa hoidon jatkuvuuden lähetettäessä potilas jatkohoitoon tai mahdollisella seuraavalla hoitajaksolla.

2.2.3 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt ja haitat

Kinnusen ym. (2014) mukaan rakenteisen kirjaamisen suurimpina hyötyinä voidaan pitää sitä, että potilastiedot ovat potilaskeskeisiä, järjestelmällisiä, täsmällisiä, vakioituja, informatiivisia ja luotettavia. Tulkintavirheet potilastietojen osalta ovat tietojen rakenteisuuden ansiosta viime vuosina vähentyneet. Potilastiedot ovat myös monipuolisempia ja hoitotyötä kokonaisvaltaisemmin huomioon ottavia. Kirjaamiseen kuluva aika on hoitohenkilökunnalla vähentynyt rakenteisen kirjaamisen myötä. Rakenteisesti kirjatut tiedot ovat haettavuutensa vuoksi aikaisempaa paremmin ja systemaattisemmin käytettävissä hoitotyön päätöksenteossa. Kirjaamisesta saatujen tietojen avulla voidaan arvioida hoitotyön kuormittavuutta ja sitä kautta esimerkiksi henkilöstömitoituksen riittävyttä jokaisessa työvuorossa. (Kinnunen ym. 2014, 198.)

Potilaille hyödyt rakenteisesta kirjaamisesta näkyvät hoidon laadussa. Potilaiden saama hoito on perusteellisempaa ja turvallisempaa, kun jokaisessa vuorossa hoitajat kirjaavat hoitotyöhön liittyvät tiedot rakenteisesti potilastietojärjestelmään. Tieto on systemaattisesti haettavissa, ja jokaiselle yksikössä toimivalle hoitajalle tarvittaessa näkyvissä. Osa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua on ajantasainen tieto sekä sen oikea-aikainen ja oikeanlainen käyttö. (Jokinen & Virkkunen 2018, 15.) Sähköinen potilastietojärjestelmä

sisältää potilaan laadukkaan hoidon kannalta merkittäviä ulottuvuuksia kuten oikeellisuuden, uskottavuuden, ajantasaisuuden ja täydellisyyden. Potilastietojärjestelmään kirjatut asiat ovat ajantasaisia ja oikea-aikaisia. (Ford ym. 2016, 2.)

Sensmeierin (2015, 25) mukaan sairaanhoitajat ovat ensimmäisiä ammattiryhmiä, jotka ovat ottaneet käyttöön standardoidun tietojen tallennusmuodon. Sähköisen potilastietojärjestelmän avulla on mahdollista minimoida virheitä, lisätä tehokkuutta ja parantaa hoidon koordinoitua sekä tarjota käyttökelpoisia tietolähteitä mahdollisia tutkimuksia varten (Knake ym. 2016, 1). Sähköiseen potilastietojärjestelmään muodostuvalla kokonaisuudella, kertomusjärjestelmällä, pyritään saamaan digitaaliset potilaskirjat muodostamaan kokonaisuuden erilaisista, monella eri tavalla kerätyistä ja useaan eri tarkoitukseen hyödynnettävistä potilaan hoitotiedoista (Ensio & Saranto 2004, 13). Luokitellut, sähköiset potilastiedot muodostavat valtavan tietomassan, ”big datan”, jota voidaan hyödyntää useaan eri tarkoitukseen potilaan hyväksi. Suuri tietomassa antaa ennennäkemättömiä mahdollisuuksia hoitotyön ammattilaisille kehittää ja parantaa esimerkiksi kansanterveydellisiä suunnitelmia tai pitkäaikaissairaiden potilaiden omaseurantaa. (Sensmeier 2015, 22, 25.)

Tietojen, kuten potilaan tarpeiden, hoitajan havaintojen ja toimintojen kirjaaminen strukturoidusti luokitellen mahdollistaa entistä paremmin potilastietojen hakemisen ja hyödynnettävyyden hoitotyössä. Kirjattaessa potilastiedot yhtenäisten kirjaamisperiaatteiden mukaisesti, voidaan rakenteisesti kirjattua tietoa käyttää myös eri toimipisteiden ja terveydenhuollon organisaatioiden välisessä tiedonsiirrossa. (Saba & Taylor 2007, 331.) Tähän poikkeuksia saattaa kuitenkin aiheuttaa eroavaisuudet eri potilastietojärjestelmien rakenteisuuden toteuttamistavoissa, esimerkiksi otsikoinneissa (Kinnunen ym. 2014, 200).

Rakenteisessa kirjaamismuodossa voi olla käytössä otsikoita, jotka Kinnusen ym. (2014) tutkimuksen mukaan ovat monitulkintaisia tai osaston omille hoitokäytännöille vieraita käyttää. Otsikoinnit ovat pirstaloituneet osassa potilastietojärjestelmiä liian yksityiskohtaisiksi, eivätkä ne tue osastojen hoitokäytäntöjä. Rakenteinen kirjaamisen luokittelu ei tutkimuksen mukaan sovi kaikille terveydenhuollon toimijoille yksikön toiminnan luonteesta johtuen. Tällaisia yksiköitä ovat esimerkiksi ensiavut ja monet muut julkisen ja yksityisen sektorin toimijat. (Kinnunen ym. 2014, 200.)

Rakenteisen kirjaamistavan käyttöä hankaloittavat myös tietotekniset käytettävyyden ongelmat, joiden ratkaisemiseen on otettava mukaan myös hoitoalan toimijat. Potilastietojärjestelmästä on saatava entistä paremmin tietoa nopealla silmäyksellä yhdeltä näkymältä, ja toimipaikka- tai osastokohtaisesti on kehitettävä standardoituja hoitosuunnitelmia osaston tarpeiden mukaisesti. Järjestelmien sisälle olisi rakennettava toimivia linkkejä kansallisiin hoitosuositukseen tai näyttöön perustuviin hoitosuositukseen sairauskohtaisesti. Lisäksi hoitotyön ammattilaiset ovat esittäneet, että rakenteisen hoitotyön dokumentaatio tulisi olla sellaisenaan käytettävissä eri terveystieteen toimijoilla potilasta hoidettaessa. (Kinnunen ym. 2014, 200–201.)

Kirjaamisessa käytettävien termien tulisi olla loogisia ja helposti muistettavia. Niitä tulisi olla myös rajallinen määrä, jotta niiden käyttö ja käytettävyys paranisivat. Hoitosuunnitelmissa tulisi jo lähtökohtaisesti ottaa huomioon potilaan tarpeen mukainen monialainen hoidon tarve. (Kinnunen ym. 2014, 200.) Tulkintaepäselvyydet vähenevät, kun kirjaajilla ja käyttäjillä on yhtenevä käsitteistö. Tämä, yhdessä ajantasaisten potilastietojen käytettävyyden kanssa, edistää potilasturvallisuutta ja potilaan oikeusturvaa, sillä sähköisten tietojen käyttöä on mahdollista seurata paperikertomuksia paremmin. (Jokinen & Virkkunen 2018, 14–15.)

2.3 Organisaatiomuutos

Sairaaloiden yhdistymisen taustalla on vuoden 2018 alusta voimaan tullut terveydenhuoltolain muutos, joka velvoittaa anestesiaa edellyttävän leikkaustoiminnan keskittämisen sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys (1326/2010; 583/2017).

Sairaaloiden yhdistämistä valmisteltiin tavoitteellisena projektina, jolle oli nimetty ohjaus-, johto-, projekti- ja teemaryhmiä, sekä palvelutoimintaryhmä, joka suunnitteli ja vastasi kirjaamista koskevista käytännöistä (Toimeksiantajan lähde 2017, 10). Valmisteluvaiheessa linjattiin, että Kantasairaalassa käytössä oleva Uranus-tietojärjestelmä tullaan ottamaan käyttöön Toimeksiantajasairaalassa heti vuoden 2018 alusta. Uuteen potilastietojärjestelmään siirtymisen sujuvoittamiseksi Toimeksiantajasairaalan hoitohenkilökunta osallistui muutosta edeltävästi Uranus-koulutukseen loppuvuodesta 2017. (Kantasairaala 2017.)

Muutosprojektin riskien kartoitussuunnitelmassa suurimmaksi riskitekijäksi nostettiin sairaaloiden yhdistymisen haasteellinen aikataulu. Potilastietojärjestelmän muutos oli yksi suurista toiminnallisista ja henkilöstöä koskevista muutoksista, joka tapahtui hyvin lyhyen ajan sisällä. (Toimeksiantajan lähde 2017, 12.)

2.3.1 Muutos ja organisaatio

Muutos ilmiönä on hyvin tyypillinen nyky-yhteiskunnalle. Muutoksen voidaan ajatella olevan itsestäänselvyys ja välttämätön asia, joka väistämättä seuraa ympäristön muuttumisesta ja jopa oikeuttaa siihen. Muutos nähdään hyvänä asiana: asioiden kehittymisenä ja paranemisenä. (Juuti, Rannikko & Saarikoski 2004, 35.) Muutosta voidaan kuvailla sanoilla absoluuttinen ja suhteellinen. Absoluuttisuudella tarkoitetaan sitä, että muutosta ei voida estää vaan kaiken, kuten maailmankaikkeudenkin, nähdään olevan jatkuvassa muutoksessa ja liikkeessä. Muutos on aina suhteellista. Yksilötasolla joku saattaa kokea muutoksen hyvinkin suurena asiana, jollekin toiselle se voi olla lähes yhdentekevä. (Juuti & Virtanen 2009, 12–13.)

Juutin ja Virtasen (2009) mukaan organisaatio on sekä sosiaalinen, taloudellinen että toiminnallinen kokonaisuus. Sosiaalisia elementtejä ovat arvot, käyttäytymiskoodisto, viestintä ja toimintatavat. Taloudellisia ja toiminnallisia osatekijöitä puolestaan ovat suunnittelu, valvontajärjestelmät, toiminnan ohjaus sekä toiminnan ja talouden suunnittelu. (Juuti & Virtanen 2009, 56.)

Useimmat organisaatiot ja työyhteisöt ovat ajautuneet jatkuvaan muutoksen tilaan. Muutokset tapahtuvat kiihtyvällä tahdilla. Organisaatioiden on siitä huolimatta pystyttävä toimimaan joustavasti ja muuntautumiskykyisesti, usein hyödyntämällä sitä osaamista, jota organisaatiosta jo löytyy. Terveystieteiden organisaatiomuutoksen päämääränä tulisi aina olla potilaan hyvä hoito tai palvelu. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 80.)

Strategiaan pohjautuva muutos on hallittu prosessi. Strategiatyö aloitetaan arvokeskustelulla. Arvot kuvastavat ihmiselle, organisaatiolle ja yhteiskunnalle tärkeitä ja arvokkaita asioita. Ne voidaan nähdä pysyvinä päämäärinä, ihanteina ja prioriteetteina. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita ohjaa eettinen ohjeistus, terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Keskeisiä arvoja ovat ihmisarvo,

itseäänmääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Terveystieteiden keskeisiä eettisiä periaatteita ovat: oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itseäänmääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen avunanto. (Laaksonen & Ollila 2017, 107–108; ETENE 2001.)

2.3.2 Muutosjohtaminen

Parhaimmillaan organisaatiomuutos on tarkkaan suunniteltu jäsenelty prosessi, jossa jokainen muutosvaihe on määritelty ennalta. Tällaisissa tilanteissa myös muutoksen edellyttämät resurssivaatimukset ja mahdolliset riskit ovat tiedossa jo etukäteen. Hyvin suunniteltu organisaatiomuutos pohjautuu analyyttiseen ajatteluun. Muutostarpeiden tulee olla huomioitu, muutosta pitää johtaa ja yksilöiden mahdollinen käyttäytyminen muutoksessa tulisi huomioida. (Juuti & Virtanen 2009, 27.)

Mattila (2007) jakaa onnistuneen muutoksen avaintehtävät neljään vaiheeseen: perustan luomiseen, käynnistystoimiin, hallittuun etenemiseen ja vakiinnuttamiseen. Ensimmäisessä vaiheessa luodaan kokonaiskuva muutoksesta ja sen vaikutuksista, sekä pohditaan kriittisesti oman organisaation lähtötilannetta ja siihen liittyviä riskejä. Toisessa vaiheessa käynnistystoimien tehtävänä on mahdollistaa liikkeellelähden sujuvuus, sitouttaa ja innostaa, sekä vaimentaa muutosvastarintaa. Seuraavan vaiheen, hallitun etenemisen, voidaan ajatella kattavan pääosan muutosjohtamisen tehtävistä: uusien alkavien tehtävien ja päättyvien vaiheiden limittymisestä sekä korjaavista toimenpiteistä ja tarvittaessa eri osaluokkien auttamisesta. Viimeisessä vakiinnuttamisen vaiheessa muutoksen hyödyt ja lopputulos konkretisoituvat. Muutoksen loppuunsaattaminen on tärkeää viimeistelyn kannalta. Vakiinnuttamisvaiheessa myös muutoksen toteuttamisessa hyödynnetyt resurssit kohdistetaan uudelleen. Muutosvaiheet seuraavat toisiaan lähes kaikissa muutostilanteissa, mutta sisällöt eivät ole tarkkaan rajattuja. On tavallista, että edellisen vaiheen tehtävät jatkuvat läpi muutoksen tai käynnistyvät myöhemmin uudestaan. (Mattila 2007, 131–132, 135, 153, 164, 192.)

Muutostyö on kehittämistyötä. Nykyisin organisaatioiden odotetaan olevan muutosvalmiita kehittämään menetelmiä ja toimintoja, jotka kestävät muutoksien keskellä. Organisaatiomuutoksien tarpeellisuus on helppo perustella, jos muutoksella tavoitellaan jotain

parempaa. Esimiehen tehtävänä on suunnata työntekijöiden voimavarat oikein, hälventää mahdollisia pelkoja ja uhkakuvia, kannustaen muutoksen läpiviemiseen. (Laaksonen & Ollila 2017, 117–118.) Menestyvät organisaatiot kykenevät käyttämään hyväkseen työyhteisön kaikkien jäsenten kokemuksia (Juuti 2005, 96). Smithin (2011) mukaan terveydenhuollon jatkuvat muutokset vaativat esimiehiä toimimaan uudistavina johtajina (transformational leader) rohkaisten ja sitouttaen työntekijöitä muutokseen. Uudistava johtaja on osallistuva, keskusteleva, luotettava, optimistinen ja inspiroiva. Hän kannustaa alaisiaan tiimityöhön ja motivoi henkilökuntaa tekemään parhaimpansa. (Smith 2011, 44.)

Hoitotyön johtajan toiminnan tulee olla näyttöön perustuvaa (evidence-based management). Mitä suuremmasta muutoksesta on kyse, sitä enemmän johtajalta edellytetään näyttöön perustuvia päätöksiä. Päätöksentekoon vaikuttaa neljä tekijää: johtajan kokemus ja harkinta, asiayhteyteen liittyvä paikallinen tieto, kriittisesti arvioitu tutkimusnäyttö sekä päätöksenteon vaikutuspiirissä olevien sidosryhmien näkökulma. Hoitotyön johtajalta edellytetään kykyä tunnistaa esteitä ja löytää keinot niiden poistamiseen. (Holopainen ym. 2013, 32.)

Lumbersin (2018) mukaan terveydenhuoltoalalle, jossa sekä johtajan että työntekijöiden rooleissa toimivat sairaanhoitajat, sopisi muutoksen läpiviemiseksi parhaiten työntekijöiden tarpeisiin vastaava demokraattinen ja uudistava johtamistyyli. Tyypillistä näille johtamistyyliille on arvostaa ja hyödyntää esiin nousevia mielipiteitä sekä antaa työntekijöiden osallistua päätöksentekoon. Työntekijöiden aiempia tietoja ja taitoja, sekä parhaimpia työtapoja kannattaa hyödyntää muutoksen sujuvoittamiseksi. (Lumbers 2018, 557.)

2.3.3 Organisaatiokulttuuri ja muutos

Organisaatiokulttuuri on keskeisessä asemassa kehitettäessä terveydenhuollon toimintaa ja pyrittäessä pysyvään muutokseen. Työntekijät luovat organisaatiokulttuurin, joka näytetään heidän tavassaan kohdella työtovereita, esimiehiä, potilaita ja opiskelijoita. Organisaatiokulttuuri heijastuu siihen, nähdäänkö uudistukset kielteisinä ja omaa työtä hankaloittavina, vai haluna kehittää oman organisaation toimintaa. (Holopainen ym. 2013, 46.) Organisaatiokulttuurin kehittyminen vie aikaa. Organisaatio pystyy paremmin ennakoimaan ja toteuttamaan muutostarpeita, jos organisaatiokulttuuria on tuettu muutokseen.

johdon toimesta. Ihmisten johtamisella on tärkeä merkitys muutokseen valmistautumisessa. (Juuti & Virtanen 2009, 55.)

Organisaation rakennemuutokset vaativat onnistuakseen myös organisaatiokulttuurin muovautumisen. Johdolla on vaikutusta organisaatiokulttuuriin etenkin muutosten läpikäynnin aikana. Muutos vaikuttaa organisaation valtasuhteisiin ja piilossa olleet kulttuuriset piirteet saattavat muutoksen yhteydessä tulla esiin. Muutokset eivät jää pysyviksi elleivät myös organisaation syvemmät rakenteet muutu. Terveysthuollon organisaatioiden osalta tiedetään, että organisaatiokulttuurin muuttuminen on hidasta ja kokonaisuudessaan pitkä prosessi. Organisaatiokulttuurin muutos vie 2–10 vuotta. Suuremman strategisen muutoksen, kuten kahden organisaation yhdentyminen, vie 1–5 vuotta. (Laaksonen & Ollila 2017, 112–113.)

2.3.4 Muutos ja tunteet

Kaikki organisaatiomuutokset liittyvät jollakin tapaa tunteisiin. Muutos on yksilöllinen kokemus. Oman itsensä tunteminen ja aikaisemmat kokemukset auttavat toimimaan muutoksessa. (Juuti & Virtanen 2009, 28, 58.) Muutos voidaan kokea uhkana, joka useimmiten on turvattomuuden tunnetta, pelkoa työyhteisön hajoamisesta tai työpaikan menettämisestä. Joskus uhka voi olla pelkoa vallan menettämisestä. Uhat tulisi nimetä ja miettiä toimintavaihtoehdot uhkien poistamiseksi tai hyväksymiseksi, sillä uhantunne ylläpitää epävarmuutta ja epätietoisuutta. Nämä voivat poistua vasta, kun muutoksen tarkka sisältö ja merkitys ovat selvillä. (Laaksonen & Ollila 2017, 114.)

Muutoksessa työntekijöiden tiedon tarve on suuri (Laaksonen & Ollila 2017, 114). Tiedon jakaminen ja vuorovaikutus ovat tärkeä osa muutoksen toteuttamista. Oikean tiedon jakaminen on muutosvaiheessa tärkeää, jotta huhut ja väärä tieto eivät pääse vaikuttamaan ihmisten mielipiteisiin ja asenteisiin. Kommunikaatio on avainasemassa sekä organisaatiomuutoksen perustelemiselle että vastalauseiden esittämiselle. Tärkeintä on monipuolinen ja avoin dialogi. Työntekijät tarvitsevat riittävästi aikaa, jotta he voivat sopeutua ajatukseseen muutoksesta ja ehtivät jäsentää ajatuksiaan tulevan suhteen. Saadessaan tukea ja arvostavaa kohtelua, ihmiset alkavat kokea vastuullisuutta muutoksesta. (Juuti & Virtanen 2009, 68–69, 73, 103.) Lumbersin (2018) mukaan terveydenhuoltoalan muutoksissa sairaanhoitajilta vaaditaan muutosagentin kykyjä. Sairaanhoitajan tulee sopeutua

muutokseen, mutta samalla pystyä myös toimimaan edelleen itsenäisenä työntekijänä ja potilaan puolestapuhujana (Lumbers 2018, 557.) Haasen, Francon ja Félixin (2015, 919) tutkimuksen tulokset osoittavat, että työntekijät, joiden osaaminen perustuu jatkuvaan oppimiseen, pystyvät toimimaan tarpeen mukaan joustavasti ja mukautumaan myös vastoin käymisiin.

Muutoksessa jokainen on kiinnostunut siitä, miten se vaikuttaa omaan tilanteeseen. Tunneiden ymmärtäminen luo yhden suurimmista haasteista muutoksen johtamiseen. Esimies voi innostamalla vahvistaa yhteisöllisyyttä ja pahimmillaan lannistamalla lisätä negatiivista ilmapiiriä. Parhaimmillaan yhteisöllisyyden kokemukset luovat uutta toimintakulttuuria muutoksen keskelle ja vahvistavat tunnetta siitä, että muutoksesta selvitään yhdessä. (Juuti & Virtanen 2009, 69.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia potilasturvallisuudesta ja rakenteisesta kirjaamisesta Toimeksiantajasairaalan organisaationmuutoksessa.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää seuraavat asiat:

1. Miten hoitohenkilökunta koki potilastietojärjestelmän vaihtumisen organisaatiomuutoksessa?
2. Millaiseksi henkilökunta kokee hoitotyön rakenteisen kirjaamisen organisaatiomuutoksen jälkeen?
3. Millä tavoin potilasturvallisuus ilmentyi hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilastietojärjestelmän vaihtuessa?
4. Mitä uutta tietoa organisaatiomuutoksesta ja potilastietojärjestelmän vaihtumisesta saataisiin vastaavanlaisen tilanteen varalle?

Opinnäytetyön tavoitteena on, että hoitohenkilökunnan ääni ja kokemukset potilasturvallisuudesta ja rakenteisesta kirjaamisesta potilastietojärjestelmän vaihtuessa organisaatiomuutoksessa tulevat kuuluviin. Työn tavoitteena on, että tulevaisuudessa vastaavanlaisiin muutoksiin voitaisiin valmistautua entistä laadukkaammin.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössä tarkastellaan hoitajien henkilökohtaisia kokemuksia siitä, miten Toimeksiantajasairaalan organisaatiomuutos vaikutti hoitotyön arjessa rakenteiseen kirjaimiseen ja potilasturvallisuuteen. Tässä luvussa tarkastellaan tarkemmin laadullista tutkimusmenetelmää ja opinnäytetyössä tehtyä kirjallisuuskatsausta. Lisäksi luvussa on kuvattu opinnäytetyön sisällönanalyysi ja sen eri vaiheet.

4.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiiviselle tutkimusmenetelmälle on tyypillistä suosia metodeja, joissa tutkittavien yksilölliset näkökulmat ja ääni pääsevät esille (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 116). Laadullinen tutkimusmenetelmä pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan ihmisten kokemuksia ja ilmiöiden välisiä suhteita (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 20). Menetelmä valikoitui opinnäytetyön metodiksi, koska näin toteutettu tutkimus antaa yksityiskohtaisempaa tietoa ainutkertaisista tapahtumista ja tapahtumaan liittyvistä syy-seuraussuhteista (Metsämuuronen 2006, 88).

Yleisimpiä tapoja kerätä aineistoa laadullisessa tutkimuksessa on haastattelu. Haastatteluita voidaan toteuttaa usealla eri tavalla. Opinnäytetyössä käytettiin aineiston hankintamenetelmänä puolistrukturoitua teemahaastattelua, jonka tarkoituksena oli löytää vastauksia tutkimustehtävien mukaisesti. (Eskola & Suoranta 2000, 85–86.) Teemahaastattelussa ei ole Hirsjärven ja Hurmeen (2004, 47–48) mukaan ennalta tiukasti määriteltyjä kysymyksiä vaan tutkimussuunnitelman pohjalta laaditut haastatteluteemat. Haastattelussa edetään teemojen ja niiden pohjalta ennalta laadittujen, sekä haastatteluiden myötä tarkentuvien kysymysten avulla (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87). Sanamuotojen ja kysymysten järjestystä voidaan vaihdella haastattelujen kuluessa (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47–48).

Opinnäytetyössä käytettiin yksilöhaastatteluita, joiden tarkoituksena on saada hoitohenkilökunnan ääni kuuluviin kokemuksista organisaatiomuutoksessa. Ryhmähaastattelussa ryhmän sisäinen dynamiikka saattaisi vaikuttaa siihen, kuinka asioista uskalletaan puhua toisten kuullen. Yksilöhaastatteluiden avulla pystytään saamaan autenttisempaa tietoa

hoitajien henkilökohtaisista ajatuksista ja näkemyksistä tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 61,63.)

4.2 Kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ovat potilasturvallisuus, rakenteinen kirjaaminen ja organisaatiomuutos. Potilasturvallisuus perustuu sekä kansainväliseen että kansalliseen normistoon, ja pohjatieto tälle on löydettävissä lainsäädännöstä ja tieteellisistä tutkimuksista. Rakenteinen kirjaaminen on Suomessa otettu viime vuosina laajasti käyttöön, ja siihen liittyen löytyy tieteellisten julkaisujen ohella kansallisia rakenteisen kirjaamisen ohjeita ja oppaita. Organisaatiomuutos terminä on laajasti käytetty ja perustuu organisaatiotieteelliseen tutkimukseen. Teoreettisista lähtökohdista löytyy runsaasti tutkimuksia, minkä vuoksi tietokantahaussa oli tarkemmin määriteltävä ja rajattava, mitkä olivat relevantteja lähteitä juuri tälle opinnäytetyölle (Metsämuuronen 2006, 27).

Opinnäytetyössä käytettiin keskeistä tieteellistä lähdeaineistoa uskottavasti ja pätevästi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 27). Työtä varten tehtiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka perusteella valikoidut lähteet tukevat opinnäytetyön teoreettisia lähtökohtia. Kirjallisuushaun pohjalta valitut tutkimukset toivat vertailtavaa tietoa omiin tutkimusaineiston pohjalta saatuihin tutkimustuloksiin. (Metsämuuronen 2006, 31.) Lisäksi kirjallisuuskatsaus tuki puolistrukturoidun teemahaastattelun kysymysten laatimista (Hirsjärvi & Hurme 2004, 66).

Opinnäytetyön tiedonhaussa käytettiin hyväksi muun muassa seuraavia hoitotieteen ja terveysalan sanastoja: YSA, Hoidokki, MeSH ja FinMeSH (taulukko 2). Opinnäytetyötä varten tehtiin systemaattinen tiedonhaku hakusanojen perusteella seuraavista terveysalan kannalta keskeisistä tietokannoista: Cinahl, Medic, TAMK Finna ja PubMed. (Metsämuuronen 2006, 26–27.) Koska tutkimusaiheeseen liittyvää tutkimusta on julkaistu runsaasti, rajattiin tutkimustiedon haku vuosille 2014–2018. Julkaisujen tuli olla vertaisarvioituja, koko tekstin saatavilla ja englanninkielisiä. Hakuja tehtiin taulukon 2 termejä eri tavoin yhdistelemällä. Esimerkiksi patient safety AND organisational change AND EHR, tuotti edellä mainituilla rajauksilla tulokseksi 210 kansainvälistä, tieteellistä artikkelia. Näistä valittiin tiivistelmän perusteella 27 artikkelia lähempään tarkasteluun. (Metsämuuronen 2006, 31–32.)

Opinnäytetyön lähdeaineistona käytettiin tieteellisesti tuotettua tietoa, tutkimusartikkeleita, alkuperäistutkimuksia ja kirjallisuutta. Lisäksi lähteinä käytettiin aiheeseen olennaisesti liittyviä kansallisesti tuotettuja ohjeita ja oppaita, lainsäädäntöä sekä niihin liittyviä valmisteluaineistoja. Muissa tehdyissä tietokantahauissa tulokseksi tuli tutkimusartikkeleiden ja kirjallisuuden lisäksi eriasteisia opinnäytetöitä, kuten ammattikorkeakoulun opinnäytteitä ja pro gradu -tutkielmia. Niitä ei tässä opinnäytetyössä käytetty lähteinä, mutta niiden lähdeluetteloita pystyttiin hyödyntämään tiedonkeruussa. (Metsämuuronen 2006, 28.)

	Käsite 1	AND	Käsite 2	AND	Käsite 3
Oma hakusana	potilasturvallisuus		organisaatiomuutos		rakenteinen kirjaaminen
	OR		OR		OR
YSA	hoitovirheet potilasvahingot turvallisuus		organisaatiomuutos organisaation muutokset uudelleenjärjestely uudelleenjärjestelyt uudelleenorganisointi		sähköinen kirjaaminen
	OR		OR		OR
MeSH (englanniksi)	patient safety		organisational innovation		documentation
	OR		OR		OR
FinMeSH (suomeksi)	turvallisuushallinta		organisaatiouudistus uudistukset organisaatiossa		dokumentointi
	OR		OR		OR
Hoidokki	haittavaikutus hoitamisen turvallisuus poikkeama vaaratapahtuma				hoitomerkinnot systemaattinen kirjaaminen sähköinen kirjaaminen electronic documentation nursing records
	OR		OR		OR
Hakusana englanniksi mm. Terminologian tietokannat, MOT			organisation alteration organisational change		electronic health records (EHR) structured documentation structured recording
	OR		OR		OR
CINAHL Headings Subject terms	patient safety		organisational change organizational change		documentation

TAULUKKO 2. Tietokantahauissa käytetyt termit.

4.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin teemahaastatteluin kesä- ja heinäkuun aikana. Haastatteluihin valikoitui helmikuussa 2018 pidetyssä työelämäpalaverissa toimeksiantajan ehdotuksesta viisi osastoa, joilla organisaatiomuutoksen vaikutusten oletettiin olleen suurimpia.

Opinnäytetyön tekijät ottivat toukokuun 2018 aikana yhteyttä osastonhoitajiin ja sopivat haastatteluajankohdat. Haastatteluihin oli varattu aikaa enintään 1,5 tuntia haastateltavaa kohden. Saatekirjeessä informoitiin opinnäytetyön toteutuksesta, kuten siitä, että haastattelu on hoitajan työaikaa, ja haastattelu nauhoitetaan litterointia varten.

Työelämän toiveiden mukaisesti jokaiselta valitulta osastolta haastateltiin kahta hoitajaa, siten haastateltavia oli yhteensä kymmenen. Haastattelut jaettiin ennalta sovitusti opinnäytetyön tekijöiden kesken siten, että jokainen haastatteli vähintään kolmea hoitajaa. Osastonhoitajat valitsivat tutkimukseen motivoituneita ja muutoksen hetkellä työskennelleitä haastateltavia. Tutkimukseen osallistui kolme lähihoitajaa ja seitsemän sairaanhoitajaa, joilla kaikilla oli kokemusta hoitotyöstä vähintään neljä vuotta.

Ennen haastattelujen tekemistä koostettiin teemahaastattelun peruskysymykset (liite 1) ja apukysymyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87–88). Puolistrukturoitu haastattelu mahdollisti sen, että kysymysten teemat olivat kaikille samoja ja ennalta määrättyjä, mikä varmistti aiheessa pysymisen (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47). Haastattelujen lomassa opinnäytetyön tekijät tapasivat ja refleктоivat kokemuksiaan haastatteluista. Opinnäytetyön tekijöiden keskinäinen haastattelukysymysten analysointi ja pohdinta mahdollistivat peruskysymysten ja täydentävien kysymysten muokkauksen siten, että tulevien haastattelun myötä voitiin vielä saada mahdollisimman paljon uutta tietoa aiheesta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 66; Tuomi & Sarajärvi 2018, 85, 87.)

Kaikki haastattelut nauhoitettiin, jotta aineisto oli luotettavasti käytettävissä myöhempää analyysia varten. Haastattelun tallentaminen mahdollistaa, että haastateltava ja haastattelijat pystyvät keskustelemaan vapaasti ilman, että haastattelijan muistiinpanojen tekeminen häiritsee keskustelua. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 92.) Jokainen haastateltu hoitaja allekirjoitti suostumuslomakkeen, jossa antoi suostumuksensa haastatteluaineiston hyödyntämiseen osana opinnäytetyötä. Haastateltaville annettiin tiedoksi, että heillä on

mahdollisuus kieltää oman haastattelunsa käyttö missä opinnäytetyöprosessin vaiheessa tahansa. (Aineistohallinnan käsikirja 2018; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018a.)

4.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä laadittiin haastattelujen pohjalta induktiivinen sisällönanalyysi, jossa aineisto informaatiotaan kadottamatta järjestettiin tiiviiseen ja selkeään muotoon. Laadullisen aineiston analyysin avulla hajanaisesta haastatteluaineistosta saadaan loogisen päätelyn ja tulkinnan avulla tuotettua uudelleen järjestelty kokonaisuus, joka tarjoaa uutta tietoa tutkimusaiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.)

Opinnäytetyön haastattelut kuunneltiin ja kirjoitettiin auki haastattelutilaisuuksien jälkeen. Haastattelut kestivät haastateltavaa kohden keskimäärin tunnin. Litteroitua materiaalia kertyi haastatteluista yhteensä 140 sivua. Litteroinnin jälkeen opinnäytetyön tekijät lukivat aukikirjoitettuja tekstejä ja perehtyivät sisältöön. Tekstistä haettiin ja alleviivattiin vastauksia opinnäytetyön tehtäviin. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja listattiin taulukkolaskentaohjelma Exceliin (taulukko 3). Redusoinnissa eli pelkistämässä käsiteltävästä haastatteluaineistosta poimitaan merkittävä tutkimuskysymyksiin vastaava tieto, joka muokataan yksinkertaisempaan ja helposti käsiteltävämpään muotoon (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–123).

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>Olihan siinä alussa paljon kaikkea asioita, mistä tuli tarkistamista. Että se oli hirveästi siirrettävää asiaa kaikki varatut ajat.</i>	Paljon tarkistamista ja siirrettäviä asioita.
<i>Se niin kauan, ku mitään tavallaan ei sillai virallisesti tehty millekään, ennen kuin se virallinen tulos tuli. Ja sehän tuli siinä hirveen myöhään.</i>	Tieto yhdistymisestä tuli myöhään.
<i>Lääkäritkäänhän ei myöskään heti osannu käyttää sitä ohjelmaa, eli myös silloin hoitajan rooli korostui siinä, että se kävi auttamassa niitä lääkäreitä.</i>	Lääkäreiden neuvominen uuden potilastietojärjestelmän käytössä lisäsi hoitajien työtä.

TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Seuraavassa vaiheessa aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä, aineistosta laaditut pelkistykset ryhmiteltiin yhtenevien teemojen mukaisesti ja muodostettiin alaluokat (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124). Taulukossa 4 on esitelty esimerkkejä pelkistyksistä muodostetuista alaluokista.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Otsikoita ymmärrettiin väärin	Potilastietojärjestelmän ominaisuudet
Liiallinen klikkailtavuus	
Rakenteinen kirjaaminen hankalampaa	
Liian monta paikkaa mistä potilastietoja tarkistetaan	
Potilastiedot suoraan taulukossa (Kurva)	
Koulutuksesta puuttui yksilöllisyys	Koulutus
Eri palvelulinjoille olisi voinut olla omat koulutukset	
Valepotilailla harjoittelu koulutuksessa oli hyvä asia	
Koulutukset eivät olleet samansisältöisiä kaikille	
Ei aikaa kysymyksiin tai avun antoon	
Lääkelistoilta ei löytynyt tietoja kaikista lääkkeistä	Lääkelistojen ajantasaisuus
Lääkelistoihin ei voinut täysin luottaa	
Uranuksen viikoittaisesta lääkehoitolistasta näkee helpommin tehdyt muutokset	
Lääkkeitä jäi pois listoilta tai päinvastoin tuli jostain liikaa	
Hoitaja tarkistaa potilaiden kotilääkelistan ja muuttaa milligrammat tableteiksi	

TAULUKKO 4. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Aineistoanalyysin seuraavassa vaiheessa aineiston abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä alaluokat koottiin teemoittain yläluokiksi. Luokittelua jatkettiin siihen asti, kuin se aineiston sisällön näkökulmasta oli mahdollista. Näin muodostettiin aineiston pääluokat.

Tässä analyysin vaiheessa aineistosta erotettiin tutkimuksen kannalta merkittävä tieto ja tämän tiedon pohjalta päädyttiin tutkimuksen teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sara-järvi 2018, 125.) Taulukossa 5 havainnollistetaan aineiston käsitteellistämistä pääluokiksi.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Osaston toimintatavat	Kirjaamis- käytännöt	Rakenteinen kirjaaminen
Kirjaamiskäytäntöjen ohjeistus		
Paperille kirjaaminen		
Kirjaamisen laatu		
Kirjaamistaidot		
Reaaliaikainen kirjaaminen		
Rakenteisuuden muutokset	Rakenteisen kirjaamisen muutokset	
Hoitosuunnitelmien puutteet		
Väärät otsikoinnit		
Riskitiedot ja pysyväistiedot		
Potilastietojärjestelmän ominaisuudet		
Rakenteisen kirjaamisen kehitys		
Potilastietojärjestelmän vaihdos	Potilastieto- järjestelmä	
Käyttöoikeudet		
Järjestelmän käyttöohjeet		
Ominaisuudet		
Käytettävyys		

TAULUKKO 5. Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä

Vaikka aineistoanalyysi esitetään tässä johdonmukaisesti etenevänä prosessina, on vaiheille ominaista limittyä toisiinsa. Analyysille on tyypillistä, että sen vaiheissa palataan usein aiempiin aiheisiin ja tarkastellaan niitä kriittisesti, osin päällekkäinkin. Jotta työtä voidaan sanoa tieteelliseksi tutkimukseksi, on kaikki analyysin vaiheet käytävä läpi. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 12.) Taulukko aineiston analyysistä on liitteenä 4.

5 TULOKSET

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyön keskeiset tulokset sisällönanalyysiin pohjautuen. Tuloksissa kuvataan luokittelujen avulla muodostetut yläkäsitteet ja niiden sisällöt. Tässä osuudessa pyritään aineiston perusteella keskustelemaan opinnäytetyön teoreettisten lähtökohtien kanssa, ja esittelemään haastatteluiden pohjalta löydetyt keskeiset tulokset (Ruusu vuori ym. 2010, 29).

5.1 Potilasturvallisuuden liittyvät tekijät

Hoitohenkilöstön arjessa potilasturvallisuus linkittyy useaan eri tekijään. Haastatteluissa hoitajien selkeä sidonnaisuus potilasturvallisuuslainsäädäntöön oli nähtävillä. Hoitajat tuntevat vahvan veloitteen hoitaa potilaitaan turvallisesti ja asianmukaisesti parhaalla mahdollisella tavalla.

5.1.1 Lääkehoito

Uusi potilastietojärjestelmä toi mukanaan parannuksia lääkehoidon sujuvuuteen. Potilaan siirryttyä Kantasairaalaan jatkohoitoon Toimeksiantajasairaalaan potilaan lääkitystiedot olivat heti näkyvillä uudessa hoitopaikassa. Uuden potilastietojärjestelmän lääkeosiossa lääkkeiden antokirjaukset olivat heti ajan tasalla, ja niiden perusteella oli helppo seurata potilaan päivittäisiä lääkeannoksia.

Toisaalta merkittävässä osassa haastatteluista nostettiin esille uuden potilastietojärjestelmän lääkeosioon liittyviä ongelmia. Lääkelistojen ajantasaisuudesta kannettiin huolta. Hoitajat kokivat turhautumista siitä, että lääkelistojen päivittämisessä oli toimenkuvissa epäselvyyksiä, listojen päivittyminen kesti ja lääkelistoilla löytyi useita poikkeamia, jotka aiheuttivat virheitä lääkehoidossa. Käytännön esimerkkinä haastatteluissa nousi esiin tulostettujen lääkelistojen puutteelliset ja virheelliset merkinnät, jolloin potilaan lääkkeiden jako hankaloitui, jopa viivästyi. Virheellisten listojen vuoksi esimerkiksi jaettiin turhia lääkkeitä, joista osa päätyi jopa potilaille asti. Lääkkeenantomuoto ei myöskään tullut esille uudessa järjestelmässä tarpeeksi selkeästi.

5.1.2 Hoitajan ammattitaito

Haastateltavat pohtivat, että hoitohenkilökunnan kyky sopeutua muutokseen, esimerkiksi uuden potilastietojärjestelmän käyttöönottoon, vaihteli iän, työkokemuksen ja asenteen mukaan. Tyypillisesti koettiin, että nuoremmille hoitajille uuden potilastietojärjestelmän haltuunotto sujui mutkattomammin kuin iäkkäämmille. Kirjaamisvastaavilta löytyi rohkeutta lähteä kokeilemaan uuden potilastietojärjestelmän ominaisuuksia. Tätä vahvisti heidän syvällisempi näkemyksensä rakenteellisesta kirjaamisesta, toisaalta myös heille tarjottu lisäkoulutus Uranus-järjestelmästä. Aineiston pohjalta oli tulkittavissa, että henkilöiden, jotka kokivat rakenteisen kirjaamisen haasteelliseksi jo ennestään, oli vaikeinta omaksua uuden järjestelmän käyttöönotto ja sen rakenteisen kirjaamisen käytännöt.

Muutos vaati hoitajilta erityistä oman työn johtamisen taitoa. Uuden järjestelmän käyttöönoton haasteet korostuivat ”aikasyöppöinä”, jotka veivät aikaa varsinaiselta potilaan hoitotyöltä. Toisaalta myös hoitajien antama käytännön tuki kollegoille kirjaamisen käytännöistä vei aikaa perustyöltä. Tämä kaikki piti erityisesti kirjaamisvastaavien huomioida oman työnsä suunnittelussa. Hoitotyön koettiin siirtyneen entistä enemmän potilaan viereltä tietokoneen ääreen, etenkin muutoksen alkuvaiheessa. Riippumatta organisatiomuutoksen mukanaan tuomista haasteista, vastuuta potilaasta, potilaiden hyvinvoinnista huolehtimista, sekä hyvää ja turvallista hoitoa pidettiin hoitajien ensisijaisena tehtävänä.

Uuden järjestelmän myötä hoitajille siirtyi tehtäviä lääkäreiltä, mikä koettiin lisääntyneenä työmääränä. Uusia tehtäviä olivat esimerkiksi lääkelistojen tarkistamiseen liittyvät asiat, kuten lääkkeiden antoaikojen ohjelmointi. Osa hoitajista koki, ettei heidän koulutuksensa anna riittäviä valmiuksia arvioida esimerkiksi kaikkien lääkkeiden yhteisvaikutuksia, joita saattaa aiheutua yhtäaikaisesta annostelusta.

5.1.3 Työn kuormittavuus

Potilastietojärjestelmän muutoksen koettiin rasittavan hoitohenkilökuntaa. Uuden potilastietojärjestelmän omaksuminen ja haasteet sen käyttöönotossa kuormittivat muistia. Tämä hankaloitti uuden oppimista ja aiheutti työuupumusta, joka ilmeni muun muassa lisääntyneinä sairauspoissaoloina. Kirjaamisen viemän ajan koettiin olevan pois

hoitotyöstä, ja kaikkien työtehtävien yhteensovittaminen tähän aiheutti kiireen tunteen hoitajille. Tämä siitä huolimatta, että joillakin osastoilla oli vuoden vaihtuessa potilassulkuja ja potilasmäärät olivat vähäisempiä. Hoitajien kokema kuormitus kasvoi kuitenkin heti alkuvuodesta, sillä potilaita oli ylipaikoilla ja he olivat hoidollisesti vaativia. Lisäksi osaa hoitajista kaiheri epävarmuus järjestelmäosaamisesta ja siitä, onko kaikki tullut tehtyä ja kirjattua hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Hoitajien kokemus työn kuormittavuudesta muutoksen alkuvaiheessa, loi tunteen työajan riittämättömyydestä kaikkiin tarvittaviin työtehtäviin. Osa haastatelluista hoitajista kertoi, että esimerkiksi hoitotyön haittatapahtumien, HaiProjen, laatimiseen ei ollut aikaa.

5.1.4 Potilaan hoitotyö

Potilastietojärjestelmän vaihtuminen aiheutti osastoilla toimintatapojen muutoksia potilaiden sisään- ja uloskirjauksiin. Yhteistyö Kantasairaalan suuntaan on helpottunut, kun potilastietojärjestelmä on yhteinen. Toisaalta kotihoidon ja Toimeksiantajasairaalan entisenkaltainen yhteistyö ei enää toteudu vaan on muuttanut hoitotyön käytäntöjä osastoilla. Esimerkiksi potilaan tullessa kotihoidosta tai siirtyessä kotihoitoon potilaan tiedot eivät ole enää aikaisempaan tapaan käytettävissä Toimeksiantajasairaalassa.

Toimeksiantajasairaalassa käytössä oleva hiljainen raportointi ei toteutunut heti muutoksen alkuvaiheessa yhtä laadukkaasti kuin aikaisemmin. Tämä johtui hoitajien kokemuksen mukaan siitä, että kirjaamisen muuttunut toimintatapa heikensi myös raportoidun tiedon laatua ja määrää. Hoitajat kokivat, että työvuoron aikana ei ehtinyt kirjata riittävästi tietoja potilaasta. Tämä oli erityisesti muutoksen alkuvaiheen ongelma, ja on ajan myötä korjaantunut.

Uranuksessa käytössä oleva hoitotyön taulukko, kurva, koetaan raportoinnin kannalta erittäin hyödylliseksi ja informatiiviseksi, mikä nopeuttaa potilaan tilan arviointia. Kurvalla on esimerkiksi näkyvillä potilaan vitaalit, ja kooste tärkeimmistä veriarvoista. Kurva antaa yhdellä silmäyksellä paljon tietoa potilaan voinnista ja sen kehittymisestä hoitojakson aikana.

Osa potilaista oli tuskastuneita, kun potilastietojärjestelmän muutoksen takia hoito viivästyi. Toisaalta hoitajat toivat esiin toisenlaisiakin kommentteja potilailta. Potilaat ovat hoitajien kertoman mukaan suhtautuneet muutokseen ja sen mukanaan tuomiin haasteisiin myös ymmärtäväisesti. Tämä on helpottanut hoitajien kokemusta kiireestä ja haitoista, jota uuden järjestelmän opetteluun viemä aika aiheuttaa hoitotyölle.

Monesta haastatteluista kävi ilmi, että potilaan hyvästä hoidosta huolehtiminen on ollut tärkeintä myös haastavina muutoksen aikoina. Vaikka ajan tietokoneen vieressä koettiin lisääntyneen, vain harva haastateltava koki, että potilaan hoitotyö suoranaisesti olisi kärsinyt muutoksesta. Hoitotyön nähtiin toteutuvan muutoksen jälkeen yhtä laadukkaana kuin ennen vuoden vaihdetta.

5.2 Rakenteiseen kirjaamisen liittyvät tekijät

Rakenteinen kirjaaminen on ollut käytössä Toimeksiantajasairaalassa useamman vuoden ajan. Kirjaamista on auditoitu sairaalan sisäisesti Kailan lomakkeella (Kaila & Kuivalainen 2014, 113). Haastattelujen mukaan Toimeksiantajasairaalan rakenteinen kirjaaminen on auditoitu Pegasos-potilastietojärjestelmän aikana hyvälle tasolle.

5.2.1 Kirjaamiskäytännöt

Potilastietojärjestelmän muutos on tuonut kirjaamiskäytäntöihin muutoksia. Vaikka eri osastojen välillä on ollut suuria eroavaisuuksia kirjaamiskäytännöissä, haastateltavista suurin osa oli sitä mieltä, että Pegasos-potilastietojärjestelmässä rakenteinen kirjaaminen oli kokonaisvaltaisempaa ja syvällisempää kuin uudessa Uranus-järjestelmässä. Käytönottovaiheeseen olisi kaivattu yhtenäistä, koko talon ohjeistusta, jonka mukaan osastoilla olisi toimittu. Hoitajat kokivat, että yksinkertaiset, tiivistetyt tarkistuslistat potilaiden sisään kirjaamisesta ja rakenteisesta kirjaamisesta Uranukseen olisivat tukeneet muutostavaihetta parhaiten.

Haastatteluissa nousi esiin, että potilastietojärjestelmän vaihtumishetkellä potilaita koskevat tiedot kirjattiin paperille, jotka myöhemmässä vaiheessa siirrettiin Uranukseen. Paperille kirjaaminen oli suppeaa ja hoitotyön toimintoihin keskittyvää. Muutoksen

alkuvaiheessa hoitotyön kokonaisuuden hahmottaminen kirjaamisen osalta koettiin haasteelliseksi ja potilasturvallisuutta uhkaavaksi.

Potilastietojärjestelmän vaihtuminen aiheutti alkukuukausien aikana sen, että hoitajat kokivat kirjaamisen laadun kärsineen: asioita kirjattiin yhden ja saman otsikon alle, ja osa tärkeistä asioista saattoi jäädä kirjaamatta. Osa hoitajista koki, että Uranus-järjestelmä on hankala, eikä sovellu rakenteiseen kirjaamiseen. Toiset taas kokivat, että Uranus on monipuolisempi ja enemmän potilastietoa sisältävä kuin Pegasos. Tunteet vaihtelivat sen mukaan, miten luontevaksi hoitaja koki muutoksen ja uuden järjestelmän tietoteknisen omaksumisen.

Kokemukset kirjaamiskäytännöistä ja uusista laitteista, kuten tietokoneista, vaihtelivat osastokohtaisesti. Joillakin osastoilla reaaliaikaisen kirjaamisen koettiin heikentyneen muun muassa laitteiden toimimattomuuden ja epäkäytännöllisyyden vuoksi. Toisaalta muutoksessa osa osastoista sai lisää kannettavia tietokoneita, jolloin kirjaamisen koettiin muuttuneen reaaliaikaisemmaksi ja potilaslähtöisemmäksi, vaikkakaan ei kaikilta osin rakenteiseksi.

5.2.2 Rakenteisen kirjaamisen muutokset

Alkuvaiheessa Uranukseen ei laadittu rakenteisia hoitosuunnitelmia samalla tavoin kuin aiemmin Pegasokseen, vaan keskityttiin pääsääntöisesti hoitotyön toimintojen kirjaamiseen. Hoitosuunnitelmien laatiminen koettiin pelkistetyimmäksi kuin Pegasoksessa. Hoitajat kokivat, että heti vuoden vaihteen jälkeen rakenteinen kirjaaminen ei toteutunut riittävällä tarkkuudella. Haastattelujen mukaan hoitotyön toiminnot kirjattiin alkuvaiheessa helposti yhden ja saman otsikon alle, koska otsikoiden hakeminen Uranuksessa koettiin monimutkaiseksi ja epäselväksi. Käytössä oli esimerkiksi päivittäiset toiminnot -otsikko, jonka alle useimmat potilaan hoitoon liittyvät asiat vuoron aikana kirjattiin.

Uranuksessa käytössä olevien riski- ja pysyväistietolehtien koettiin parantaneen potilasturvallisuutta, vaikka alkuvaiheessa niiden kirjauskäytännöt olivat epäselviä. Osassa haastatteluja ilmeni, että potilaan riskitietojen siirtyminen järjestelmien välillä oli puutteellista ja niiden tarkistamisessa oli epäselvyyksiä.

Osa hoitajista koki, että Uranuksen ominaisuudet mahdollistivat monipuolisemman ja yksityiskohtaisemman kirjaamisen kuin Pegasos. Esimerkiksi Uranuksen potilastietotaulukko ”kurva”, koetaan hyödylliseksi ja kirjaamista nopeuttavaksi, kun tiedon pystyy yhdellä kirjauksella tallentamaan sekä kertomukselle että taulukkoon.

Hoitajat kertoivat, että kevään kuluessa rakenteinen kirjaaminen on kehittynyt parempaan suuntaan ja on jo lähes samalla tasolla kuin aiemmin. Keväällä perustettiin Toimeksiantajasairaalassa kirjaamisen työryhmä, jonka tehtävänä on luoda yhtenäisiä käytäntöjä ja kehittää kirjaamista kokonaisvaltaisesti. Tämän koettiin edistävän kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistä kehittymistä.

5.2.3 Potilastietojärjestelmä

Haastateltavat kokivat, että osastojen toimintatavat Uranuksen ennakkokäyttöoikeudessa vaihtelivat. Esimerkiksi potilastietojen vieminen järjestelmään etukäteen vaihteli osastokohtaisesti. Vuoden vaihteessa molemmat potilastietojärjestelmät olivat pääsääntöisesti käytössä. Potilastietojärjestelmiä pystyi käyttämään siten, että lukuoikeus Pegasoksen säilyi, mutta vuoden vaihteen jälkeen kaikki potilastiedot kirjattiin Uranukseen. Osa haastatelluista kertoi, että Pegasoksen käyttötarve oli lyhytaikaista ja vähäistä, eikä Pegasosta juuri enää vaihdoksen jälkeen käytetty.

Käytön tueksi oli laadittu käyttöohjekansioita, joiden sisällön osa koki monimutkaiseksi. Usealla osastolla päädyttiin laatimaan omia, yksinkertaisempia käyttöohjeita, joiden avulla järjestelmän käytössä päästiin nopeasti alkuun. Hyviksi koettiin myös intranetissä olevat, Toimeksiantajasairaalan oman henkilökunnan laatimat ohjeet.

Alkuvaiheessa Uranus koettiin epäloogiseksi ja hankalaksi hahmottaa, mutta käytön myötä järjestelmän ominaisuudet tulivat tutummiksi. Erilainen käytettävyyys ja erilaiset ominaisuudet koettiin käytön kannalta haasteellisiksi. Hoitajat kokivat, että käyttöä hankaloittaa järjestelmän ”liiallinen klikkailtavuus”: esimerkiksi jokainen hoitopäivä on luotava erikseen, ja jokaiselle päivälle on valittava uudelleen tarvittavat otsikot.

Yhdeksi ongelmakohtaksi koettiin erityisesti Uranuksessa oleva ”nuija”-osio. Nuijien alla olevat määräykset jäivät helposti huomaamatta ja kuittaamatta, koska aluksi oli epäselvää, kuka saa kirjata nuijia, ja kuka voi kuitata niitä tehdyiksi.

Osa hoitajista koki, että Uranuksessa hoitotyön tarpeet, tavoitteet ja toiminnot olivat vaikeasti hahmotettavissa. Alussa jotkut hoitajat esimerkiksi kirjasivat vahingossa hoitotyön toimintoja hoitotyön suunnitelmaan. Moni hoitaja myös koki, että olisi ollut hyödyllistä saada luokitella hoitotyön tarpeet tärkeysjärjestykseen, mikä oli mahdollista Pegasoksessa. Moni haastatelluista piti Pegasosta visuaalisesti selkeämpänä. Hoitotyön tulosten arviointi koettiin myös helpommaksi ja selkeämmäksi Pegasoksessa, jossa hoitotyön tulosta pystyi arvioimaan toteutetun ja kirjatun toiminnon kautta. Uranuksessa esimerkiksi lääkkeen vaikutuksen arviointi kirjataan erikseen hoitotyön toimintona.

Uranuksessa potilaskertomukset koettiin olevan erikoisaloittain selkeämmin löydettävissä kuin Pegasoksessa. Osa hoitajista koki, että hoitotyön yhteenvedon laatiminen on helpottunut, koska Uranuksessa pystyy tarkastelemaan useampaa hoitotyön lehteä rinnakkain yhteenvedoa laadittaessa. Lisäksi Uranuksessa koettiin olevan muitakin hyviä ominaisuuksia, esimerkiksi ePotku, jonka koettiin nopeuttavan kyytien tilauksia ja nopeuttavan siten potilaiden kotiutumista tai siirtymistä jatkohoitoon.

5.3 Organisaatiomuutokseen liittyvät tekijät

Toimeksiantajasairaalan yhdistyminen Kantasairaalaan oli vaativa prosessi. Organisaatiomuutokseen liittyi paitsi työnantajan vaihtuminen, myös uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotto. Hoitohenkilökunnan kannalta uusi potilastietojärjestelmä koettiin muutoksessa suurimpana haasteena hoitotyön kannalta. Muutoin muutoksen tunnettiin aiheuttaneen vain vähän käytännön vaikutuksia. Haastateltavat kertoivat, että usein Kantasairaalan työntekijät eivät edes tienneet heidän olevan samaa organisaatiota ja käyttävän yhteistä potilastietojärjestelmää.

5.3.1 Koulutus

Potilastietojärjestelmän vaihtumista tuettiin koko henkilökunnalle järjestetyllä Uranus-koulutuksella syksyn 2017 aikana. Haastateltavien mukaan kouluttajat olivat Kantasairaalan kirjaamisvastaavia. Toimeksiantajasairaalan kirjaamisvastaaville järjestettiin tämän ohella lisäkoulutusta, joka koettiin erittäin tarpeelliseksi. Haastatteluissa järjestelmäkoulutus sai eniten kriittistä palautetta ja kehitysehdotuksia. Usean haastateltavan mielestä koulutus ei vastannut eri osastojen hoitohenkilökunnan tarpeita, eikä huomioinut yksilöitä oppijana. Koulutuksen ajankohta koettiin ongelmalliseksi: koulutus oli liian varhaisessa vaiheessa muutoksen kannalta, ja asiat ehtivät unohtua ennen vuoden vaihdetta.

Haastatteluissa ilmeni, että osastokohtainen valmistautuminen muutokseen vaihteli. Koulutuskokonaisuuteen kuului kolmen tunnin käytännön perehdytys sekä muita, erillisiä komponentteja. Osa hoitajista puhui muutaman tunnin mittaisesta opetusvideosta, joka katsottiin ennen varsinaista koulutusta, osa puolestaan kertoi verkkokurssista. Toiset eivät maininneet videota tai verkkokurssia lainkaan. Joidenkin haastateltujen mukaan osastoilla oli varattu yksi tietokone, jossa oli Uranus-harjoitusohjelma, käytännön harjoittelua varten. Harjoittelumahdollisuus ei kuitenkaan toteutunut toivotulla tavalla: Syksyn mittaan osoittautui, että hoitajilla ei ollut työaikana aikaa harjoitella ohjelmankäyttöä. Toisaalta harjoittelukone oli pääasiallisesti hoitohenkilökunnan työkäytössä.

Hoitohenkilökunnan mukaan kouluttajat olivat osaavia, mutta käsittelivät järjestelmän käyttöä Kantasairaalan toimintatapojen mukaisesti, eikä koulutuksessa huomioitu Toimeksiantajasairaalan toimintaprosesseja. Haastateltavat toivoivat, että kouluttajilla olisi ollut syvällisempää ymmärrystä rakenteisesta kirjaamisesta sekä kokemusta osastotyöstä.

Koulutus koettiin tunnelmaltaan kireäksi: koulutuksessa oli liian paljon sisältöä liian lyhyessä ajassa omaksuttavaksi. Kysymyksille ja käytännön harjoittelulle ei ollut tarpeeksi aikaa. Haastateltavat toivoivat, että koulutukselle olisi varattu pidempi aika, tempo olisi ollut hitaampaa ja konkreettiselle harjoittelulle olisi varattu hyvin aikaa. Lisäksi olisi ollut hyvä, jos koulutuksessa olisi ollut enemmän ohjaajia opastamassa käytännön harjoittelua.

Koulutus koettiin joiltain osin myös väärin kohdennetuksi: osa hoitajista osallistui osastokirjaamisen koulutukseen, kun toimintatavaksi uudessa järjestelmässä valikoitui kuitenkin poliklinikkakirjaaminen. Hoitajat kokivat, että yksiköiden ominaispiirteitä ei

huomioitu riittäväällä tavalla koulutuksessa. Kaiken kaikkiaan koulutus koettiin epätarkoituksenmukaiseksi. Parhaimmaksi avuksi muutoksessa koettiin kollegiaalinen tuki, ja potilastietojärjestelmän käyttö on opittu käytännössä yrityksen ja erehdyksen kautta.

5.3.2 Muutoksen johtaminen

Haastateltavat kokivat, että Toimeksiantajasairaalan yhdistymistä Kantasairaalaan leimasi epävarmuus ja epätietoisuus. Viralliset päätökset viipyivät, ja varsinainen muutokseen valmistautumisaika koettiin liian lyhyeksi. Toisaalta jotkut kokivat jo varhaisessa vaiheessa, että muutos on varma, vaikka virallinen päätös asiasta tulikin vasta lokakuussa 2017. Haastatteluissa ilmeni, että muutostiedotus alkoi toden teolla vasta päätöksen jälkeen, ja henkilökunnan valmistelemisen muutokseen pääsi etenemään.

Muutoksesta tiedotettiin intrassa, sekä keskusteltiin osastotunneilla ja kahvihuoneissa. Hoitajat kokivat, että organisaatiomuutoksen tukeminen jäi varhaisessa vaiheessa pidettyyn järjestelmäkoulutukseen. Johdon tuki koettiin ristiriitaisesti: Osa hoitajista koki, että hoitohenkilökunnan pelkoihin ja epävarmuuteen muutoksen sujuvuudesta suhtauduttiin vähätellen, osa puolestaan koki tulleen kuulluksi ja tuetuksi hyvin. Lähiesimiesten tuki koettiin tärkeäksi muutoksessa.

Organisaatiomuutoksen ajankohta koettiin haasteelliseksi: Muutoksen ajoittuminen juhlapyhälle aiheutti turvattomuuden tunnetta hoitohenkilökunnassa, joka koki olevansa omillaan muutoksen hetkellä. Osa osastoista ennakoivat muutosta muun muassa pidättäytymällä potilassiirroista ja uusien potilaiden sisään ottamisesta. Osastoilla myös ennakoitiin järjestelmävaihdosta siten, että potilaiden lääkitykset tarkistettiin ajan tasalle ennen muutoshetkeä.

5.3.3 Tiedonkulku

Tieto organisaatiomuutoksesta koettiin epämääräiseksi: tieto oli hajallaan, ja sitä tuli riipotella. Uuden potilastietojärjestelmän käyttöönottoon liittyvä informaatio koettiin hajanaiseksi. Kommunikointi eri henkilöstöryhmien välillä koettiin puutteelliseksi, mikä

aiheutti muun muassa epäselvyyksiä Uranuksen kirjaamisvastuissa. Suunnitellut toimitatavat esimerkiksi kirjaustavoista elivät viime hetkeen asti, mikä huoletti henkilökuntaa.

Potilastietojärjestelmän vaihdosta leimasivat tietotekniset ongelmat. Osa haastatelluista koki haastavaksi sen, että kaikki tietokoneet eivät olleet vielä Kantasairaalan sairaanhoidopiirin verkossa muutoksen hetkellä, tai verkkoyhteyksissä oli ongelmia, mikä esti pääsyn Uranukseen. Kirjaaminen ei siten toteutunut suunnitellusti ja ajantasaisesti. Alkuvaiheessa Uranuksen kanssa oli sekaannusta myös käyttäjätunnuksissa: osalla hoitajista tunnukset eivät olleet aktivoituneet sovitulla tavalla, mikä häiritsi potilastietojen lukemista ja kirjaamista. Uranus-järjestelmän alkuvaiheen toimintahäiriöiden aikana esimerkiksi potilaan hoitotietoja tai lääkityksiä ei päästy lukemaan. Haasteltavien kokemusten mukaan tämä saattoi aiheuttaa turhia kärsimyksiä potilaille, kun lääkäri ei voinut määrätä potilaalle tarvittavia lääkkeitä. Hoitajat myös kokivat, että häiriötilanteissa joutui luottamaan liiaksi omaan muistiin ja kollegoiden tietoihin potilaasta. Tietojen kirjaaminen saattoi myös jäädä vaillinaisiksi toimintakatkosten vuoksi, jolloin potilastiedot eivät olleet ajan tasalla esimerkiksi vuorojen vaihtuessa.

5.3.4 Resursointi

Haastatellut hoitajat kertoivat, että uuden järjestelmän myötä heidän työkuormansa on lisääntynyt. Kollegoiden ohjaaminen ja kirjaamisen tukeminen työllisti ja vei aikaa omalta hoitotyöltä. Tätä ei kokemuksien mukaan oltu joka yksikössä riittävästi huomioitu työn organisoinnissa. Uusi järjestelmä vei hoitajilta aiempaa enemmän työaikaa, kun potilaan tietoja kirjattiin järjestelmään. Muutoksen vuoksi hoitotyö oli hitaampaa, minkä pelättiin näkyvän myös potilaille asti.

Muutosvaiheeseen oli varauduttu joillakin osastoilla siten, että vuosilomia ei saanut pitää vuoden vaihteessa. Johdon koettiin reagoivan herkästi lisääntyneeseen työvoiman tarpeeseen alkuvaiheessa. Osa osastoista varautui muutokseen lisäämällä henkilökuntaa työvuoroihin vuoden vaihteessa, jolloin työkuorma esimerkiksi potilaiden sisäänkirjaamisen vuoksi oli raskainta. Lisääntynyt työkuorma ja muutoksen kuormittavuus kuitenkin vaikutti henkilöstön hyvinvointiin ja jaksamiseen: sairauslomien koettiin lisääntyneen etenkin alkuvuodesta.

Muutosvaiheeseen varauduttiin Uranus-tukihenkilöillä, joiden tarkoituksena oli opastaa ja ohjeistaa potilastietojärjestelmään liittyvissä haasteissa. Tukihenkilöt olivat tavoitettavissa puhelimitse ja kiersivät osastoilla auttamassa. Kokemukset Uranus-tuesta olivat risiiriitaisia: Tukihenkilöt koettiin hyvin kiireisiksi, eikä heitä aina tavoittanut tarpeen tullen. Tukihenkilöt eivät aina osanneet ratkaista Uranuksen käyttöön liittyviä ongelmia eivätkä myöskään pystyneet neuvomaan rakenteiseen kirjaamiseen liittyvissä asioissa. Hoitohenkilökunnalla kuitenkin riitti ymmärrystä Uranus-tukihenkilöiden kuormitukseen, ja heidän tarjoama tuki koettiin erittäin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi.

Hoitajat kertoivat, että muutoksen jälkeen joillekin osastoille saatiin lisää kannettavia tietokoneita, mikä mahdollisti paremmin potilastietojen kirjaamisen potilaan vierellä, reaaliaikaisesti ja potilaslähtöisesti. Tämän koettiin pienentävän virhekirjausten määrää ja siten parantavan potilasturvallisuutta.

It-laitteiden vaihtuminen koettiin erityisen haastavaksi potilaiden kotona toteutettavassa hoitotyössä. Hoitajilla oli ollut aiemmin käytössä tabletit, jotka koettiin helpoiksi ja näppäriksi käyttää. Organisaatiomuutoksen jälkeen käyttöön otettiin kannettavat tietokoneet, joiden toimivuudessa alkuvaiheessa oli suuria ongelmia. Kannettavat koettiin myös hankaliksi käyttää ja raskaiksi kantaa mukana. Alkuvaiheen runsaiden tietojärjestelmäkatkosten vuoksi potilasturvallisuuden koettiin vaarantuneen, kun potilastietoja ei päässyt lukemaan potilaiden luona.

5.3.5 Organisaatiokulttuuri

Hoitajat tukeutuivat potilastietojärjestelmän vaihtuessa toisiinsa ja kokivat, että yhteistyö auttoi jaksamaan muutoksen vaikeimman hetken yli. Haastatellut kokivat, että potilastietojärjestelmän käytössä ja kirjaamisessa autettiin kollegiaalisesti yli osastorajojen. Kirjaamiskäytäntöjä ja -ohjeita jaettiin osastojen välillä ja kehitystyö kirjaamisen osalta jatkuu edelleen kirjaamisvastaavien perustaman työryhmän toimesta. Lähiesimiesten koettiin turvanneen muutokseen valmistautumista koulutusta tukemalla, resursoimalla sekä henkistä tukea tarjoamalla.

Muutos stressasi hoitajia, jotka kokivat monenlaisia tunteita epätietoisuudesta ja epävarmuudesta voitonriemuun. Hoitajat olivat huolestuneita, kuinka uuden

potilastietojärjestelmän käyttöönotto sujui, ja miten kaikki oppisivat käyttämään uutta järjestelmää. Muutosvaihe koettiin kaoottiseksi. Kirjaaminen sujui alkuvaiheessa kömpelösti ja rakenteisen kirjaamisen taso heikkeni, mikä harmitti hoitohenkilökuntaa. Aiemmin hyvälle tasolle auditoidun rakenteisen kirjaamisen taantuminen kannusti hoitajia opettelemaan uuden potilastietojärjestelmän käyttöä mahdollisimman nopeasti. Kevään mittaan koettiin, että rakenteinen kirjaaminen Uranuksessa on kehittymässä jo lähes aikaisemmalle tasolle.

Osa hoitajista on sopeutunut muutokseen nopeasti, osalla hyväksyminen on vienyt kauemmin aikaa. Alkuvaiheessa Uranus koettiin hankalammaksi kuin Pegasos, mutta oppimisen ja tottumisen myötä suurin osa hoitajista kokee Uranuksen aikaisempaa monipuolisemmaksi ja käytettävyydeltään paremmaksi järjestelmäksi. Uranus koetaan myös laajemmaksi, enemmän tietoa sisältäväksi ja potilasturvallisemmaksi järjestelmäksi kuin Pegasos.

6 POHDINTA

Kuudennessa luvussa käsitellään opinnäytetyön tuloksia suhteessa teoreettisiin käsitteisiin ja aikaisempiin tutkimuksiin sekä pohditaan työn luotettavuutta ja eettisyyttä. Opinnäytetyön luotettavuuden ja eettisyyden arviointi on tärkeä osa analyttistä tutkimusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205, 211).

6.1 Tulosten tarkastelu

Tässä alaluvussa pohditaan, kuinka teoreettisten lähtökohtien ja haastatteluaineistojen pohjalta syntyneet opinnäytetyön tulokset olisivat yleistettävissä tieteellisistä tutkimuksista esiin nousseiden tulosten kanssa (Ruusuvoori ym. 2010, 29).

6.1.1 Potilastietojärjestelmän vaihtuminen organisaatiomuutoksessa

Potilastietojärjestelmän vaihdos koettiin vuoden vaihteessa kaoottiseksi ja uuvuttavaksi. Muutoksia potilastietojärjestelmän käyttöön tuli viime hetkillä, eikä osastoilla tiedetty mitä voidaan tehdä etukäteen ja mitä vuoden vaihteessa. Päätökset kirjaamistavoista venyivät viimeisille arkipäiville, ja hoitohenkilökunta tunsu suurta huolta järjestelmävaihdoksesta. Uranus koettiin alkuvaiheessa hankalaksi ja aikaa vieväksi käyttää. Ajan kuluessa ja taitojen kehittyessä, uuden potilastietojärjestelmän käytettävyys on parantunut. Hoitajat myös kokivat, että yhteinen potilastietojärjestelmä paransi yhteistyötä Kantasairaalan kanssa.

Hoitohenkilökunnan potilastietojärjestelmän käytön oppimisen myötä, Uranus koettiin monipuolisemmaksi ja enemmän informaatiota sisältäväksi. Tutkimuksessaan Ekholm ja Kinnunen (2016) ovat todenneet, että yksilölliset taidot vaikuttavat taidot vaikuttavat siihen, kuinka helppokäyttöisenä ja hyödyllisenä järjestelmä koetaan. Yksilön kykyä esimerkiksi omaksua it-taitoja ei voida mitenkään ennustaa, näin ollen käyttöönottoprosessin, tietojärjestelmän ja sen sopeuttamisen henkilöstön käyttötaitoihin tulisi tapahtua yksilöllisistä lähtökohdista. (Ekholm & Kinnunen 2016, 70.) Hoitohenkilökunta koki

suoriutuneensa potilastietojärjestelmän käyttöönotosta muutosvaiheessa olosuhteisiin nähden hyvin ja ansiokkaasti.

Potilastietojärjestelmän vaihdosta ei valmisteltu hoitohenkilökunnan mielestä riittävällä vakavuudella: useassa haastattelussa koulutus koettiin liian lyhyeksi, epätarkoituksenmukaisesti suunnitelluksi ja sisällöltään puutteelliseksi. Kouluttajien kerrottiin pahoitelleen, ettei kysymyksille valitettavasti ollut aikaa, sillä koulutuksen sisältö oli suunniteltu hyvin täydeksi. Keskustelulle, harjoittelulle tai kertaamiselle ei oltu varattu aikaa. Koulutus ei antanut riittäviä valmiuksia hoitajille ottaa Uranusta täysipainoisesti käyttöön vuoden vaihteessa. Vaikka joillakin osastoilla oli mahdollisuus opetella Uranuksen käyttöä harjoitteluohjelmalla, oli kone useimmiten työkäytössä, tai hoitajien työaika ei riittänyt harjoitteluun.

Rouleau, Gagnonin ja Côtén (2015) mukaan järjestelmämuutos vaikuttaa eri tavoin niin potilaisiin, hoitohenkilökuntaan kuin hallintoonkin. Hoitajat ovat kuitenkin se ammattiryhmä, jonka työhön muutos vaikuttaa eniten, ja sen vuoksi heidän valmisteluunsa ja koulutukseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. (Rouleau ym. 2015). Ekholmin ja Kinnusen (2016) mukaan ulkoiset ja sisäiset tekijät vaikuttavat siihen, kuinka hyvin henkilöstö hyväksyy tietojärjestelmämuutoksen. Ulkoisia tekijöitä ovat esimerkiksi potilaat ja organisaation sijainti, kun taas sisäisiä tekijöitä ovat organisaation koko, tarjolla oleva tekninen tuki, järjestelmän käyttöönottokoulutus, järjestelmän vaikutus työkulkuihin, henkilöstön keskinäinen vuorovaikutus, henkilöstön suhtautuminen tietojärjestelmään sekä henkilöstön taustamuuttujat, kuten työntekijän ikä. (Ekholm & Kinnunen 2016, 65–66.)

Tutkimuksin on voitu osoittaa, että työn kulkuihin mukautettu tietojärjestelmä ja henkilöstön mukaan ottaminen työkulkujen kuvaamiseen ja määrittämiseen ovat keskeisiä ja merkityksellisiä tekijöitä järjestelmän käyttöönoton onnistumiselle terveydenhuollossa. Mitä varhaisemmassa vaiheessa henkilöstö otetaan osalliseksi muutosta, sitä paremmin potilastietojärjestelmän, järjestelmän käyttäjien ja organisaation työkulun yhteensovittamisessa onnistutaan. (Ekholm & Kinnunen 2016, 70.)

6.1.2 Rakenteinen kirjaaminen organisaatiomuutoksen jälkeen

Henkilökunta koki, että muutoksessa rakenteinen kirjaamisen taso taantui aikaisempaan verrattuna. Koko Toimeksiantajasairaala koskevia rakenteisen kirjaamisen linjauksia ei oltu laadittu ennalta. Yleiset kirjaamisen ohjeistukset olivat laajoja, ja alkuun päästäkseen hoitajat laativat osastojen ominaispiirteitä huomioon ottavia kompakteja pikaoppaita helpottaakseen kirjaamista. Kirjaamisen ei koettu toteutuvan rakenteisesti muutoksen alkuvaiheessa. Esimerkiksi hoitotyön suunnitelmat puuttuivat ja järjestelmään kirjattiin vain hoitotyön toimintoja. Mahdollisuudet toteuttaa rakenteista kirjaamista koettiin erilaiseksi Uranuksessa verrattuna Pegasokseen. Otsikoinnit ovat Uranuksessa erilaisia, niiden valikoima on suppeampi ja niitä on hankalampi hakea. Lisäksi hoitotyön arviointimahdollisuus ei ole Uranuksessa samalla tavalla hyödynnettävissä kuin Pegasoksessa. Haastattelujen perusteella kuitenkin ilmeni, että rakenteinen kirjaaminen on kevään mittaan kehittynyt ja palautunut lähes aikaisemmalle tasolle.

Daly (2016) korostaa, että sairaaloiden, jotka ovat vaihtamassa tai integroimassa terveydenhuollon uusia sähköisiä potilastietojärjestelmiä, tulisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ottaa opikseen vastaavista onnistuneista prosesseista. Yhdeksi tärkeäksi tavoitteeksi asiakirjajärjestelmien muutoksessa nostetaan potilasturvallisuus ja laatutekijät. Eräässä onnistuneen muutoksen toimeenpanon yhteydessä oli perustettu laaturyhmä, jonka jäsenenä oli sekä sairaanhoitajia että laadusta vastaavia päälliköitä. Ryhmän tehtävänä oli pitää huolta siitä, että potilaan hoidon dokumentointi toteutui tarkoituksenmukaisena ja itse kirjaaminen ei kärsisi teknisten seikkojen muutoksesta. (Daly 2016, 45.) Muutoksen myötä Toimeksiantajasairaalassa perustettiin keväällä 2018 rakenteisen kirjaamisen työryhmä, jonka tavoitteena on kehittää ja parantaa rakenteisen hoitotyön kirjaamisen tasoa koko sairaalassa tulevaisuudessa.

Kirjaamisvastaaville annettiin muuta hoitohenkilökuntaa enemmän koulutusta uudesta potilastietojärjestelmästä, mikä edesauttoi ohjelman sisäistämistä ja mahdollisti kollegoiden opastamista. Kirjaamisvastaavat tukivat muuta hoitohenkilökuntaa muutosvaiheessa, mutta kaikkialla ei tästä aiheutuvaa työkuormaa otettu huomioon työsuunnittelussa siinä määrin kuin olisi ollut tärkeää muutoksen onnistumiselle. Høstgaardin, Bertelsenin ja Nøhrin (2017) tutkimuksessa selvisi, että varhainen avainhenkilöiden sitouttaminen ja riittävä kouluttaminen sekä erityisesti muutosvaiheen työkuorman huomioiminen työsuunnittelussa ovat avaintekijöitä onnistuneelle potilastietojärjestelmän käyttöönotolle.

Sun ja Qu (2014) tarkastelevat tutkimuksessaan terveystietoteknologian (HIT) omaksumista sekä yksilö- että yhteisötasolla. Terveystietoteknologian, kuten esimerkiksi potilastietojärjestelmien, omaksuminen yksilötasolla voidaan käsittää toiminnaksi, jossa toimija käyttää erilaisia teknologisia ratkaisuja kerätäkseen, siirtäkseen, käsitelläkseen ja tallentaakseen digitaalista informaatiota. Järjestelmien omaksuminen terveydenhuollossa voidaan nähdä yhteiseksi toiminnaksi, jossa useilla eri toimijoilla on pääsy samaan järjestelmään. (Sun & Qu 2014.) Hoitajien kokemukset potilastietojärjestelmän vaihdoksesta olivat pääosin subjektiivisia näkökulmia siitä, miten potilastietojen käsittely järjestelmänvaihdoksen myötä oli muuttunut ja kehittynyt. Haastatteluista kävi ilmi, että hoitajien yksilölliset tavat kirjaamisessa heijastuivat toisten hoitajien työhön. Suppeammin toteutunut kirjaaminen muutoksen alkuvaiheessa vaikutti hiljaisen raportin tietomäärään ja -laatuun. Toisaalta tiedonkulku parani Toimeksiantajasairaalan ja Kanta-sairaalan välillä. Tiedonkulun katkoksia ilmenee tosin edelleen eri potilastietojärjestelmiä käyttävien terveydenhuollon yksiköiden välillä. Valtakunnallisen Kanta-järjestelmän avulla terveydenhuoltoalan toimijoiden välinen tiedonkulku on kuitenkin kehittynyt potilastietojärjestelmien eroavaisuuksista riippumatta (Kansaneläkelaitos 2018b).

6.1.3 Potilasturvallisuus potilastietojärjestelmän vaihtuessa

Potilasturvallisuuden koettiin vaarantuneen muutoksen hetkellä esimerkiksi tietojärjestelmäkatkosten vuoksi, mutta haastattelujen mukaan suuremmilta potilasvahingoilta säästettiin. Oikeiden ja relevanttien potilastietojen löytäminen uudesta järjestelmästä koettiin hankalaksi, ja lääkelistojen ajantasaisuus kärsi muutoksessa hetkellisesti. Tämä koettiin johtuneen siitä, että henkilökunta koki tietojärjestelmäkoulutuksen ja käyttöohjeet puutteellisiksi sekä työnjaon epäselväksi.

Tietojärjestelmien käytettävyysongelmat aiheuttavat usein riskejä potilasturvallisuudelle. Hautamäen, Kinnusen & Palojoen (2017) tutkimuksessa selvitettiin tietojärjestelmien käytettävyyttä. Tutkimuksessa ilmeni, että ”tiedon jakautuminen usealle näkymälle, valitun potilaan tunnistamisen ongelmat sekä päivittäisten perustoimintojen suorittamisen jättäminen käyttäjän muistin varaan” aiheuttavat merkittävimmät ongelmat käytettävyydessä (Hautamäki ym. 2017, 6). Opinnäytetyön haastatteluista ilmeni, että potilastietojärjestelmän vaihdos, puutteelliset käyttötaidot ja alkuvaiheessa ilmenneet tietotekniset ongelmat aiheuttivat sen, että hoitajat kokivat tiedon löytymisen järjestelmästä ja sinne

kirjaamisen hankalaksi. Tästä seurasi se, että potilastietojärjestelmään ei kirjattu potilaan hoidon kannalta oleellisia asioita riittävällä intensiteetillä tai niitä ei löydetty oikeassa määrin. Tämän vuoksi hiljaisen raportin tavoitteena oleva potilastiedon siirtyminen ei tapahtunut entiseen tapaan, jolloin hoitajalla ei välttämättä ollut riittäviä tietoja hoidettavasta potilaasta. Osa hoitajista taas koki parhaaksi luottaa omaan muistiin ja ammattitaitoon hoitotyössä käytettävyysongelmiensa ilmetessä.

Lappalaisen ym. (2014) mukaan lääkelistojen ylläpitäminen ja päivittäminen ei sähköisissä järjestelmissä ole ongelmattonta. Esimerkiksi potilaan ollessa pitkäaikaishoitopaikassa ja siirtyessä sieltä akuutissa tilanteessa erikoissairaanhoidon, eivät hoitopaikan ja sairaalan potilastietojärjestelmät todennäköisimmin keskustele keskenään (Lappalainen ym. 2014, 1749). Potilaan sen hetkinen lääkelista ei aina kulje potilaan mukana hoitopaikasta toiseen. Opinnäytetyön haastatteluissa lääkelistojen ongelmat nousivat myös esiin: Tervetulleeksi muutokseksi koettiin potilaan tietojen näkeminen erikoissairaanhoidosta, eli Kantasairaalaan. Toisaalta taas heikennykseksi se, että kunnallisista hoitopaikoista, joissa käytössä on Pegasos-potilastietojärjestelmä, tieto ei siirry suoraan Toimeksiantajasairaalan käyttöön. Lääkelistojen päivittymiseen liittyvä ongelma ei poistunut, kuten toivottiin, vaan sen koettiin siirtyvän solmukohdasta toiseen.

Lääkelistojen ylläpitämiseen liittyvä tieto on usein pirstaleista. Sähköinen eResepti on edesauttanut siinä, että reseptitiedot ovat keskitetysti näkyvissä Reseptikeskuksessa, mutta se ei edelleenkään paljasta täysin tietoa siitä, onko potilaan lääkitys ajantasaista. (Lappalainen ym. 2014, 1749.) Lappalaisen ym. (2014) tutkimuksessa selvitettiin eräässä sairaanhoitopiirissä esiin nousseita ongelmia lääkelistojen päivittämisessä eReseptiin liittyen. Esimerkiksi, jos resepti mitätöidään Reseptikeskuksessa, tieto ei aina päivity lopettavien lääkkeiden listaan. eReseptillä olevat lääkkeet saattavat myös kadota lääkelistoilta tai erilaiset tietotekniset yhteysvirheet aiheuttavat tunnistamattomia keskeytyksiä reseptinkirjoitusprosessissa, jolloin tiedot eivät siirry eteenpäin odotetulla tavalla. Ongelmana voi olla myös se, että sähköisiä tietojärjestelmiä on vasta viime vuosina ajettu voimakkaammin sisään terveydenhuoltoon, jossa henkilökunta on joutunut sopeutumaan tiedon siirron voimakkaaseen muutosvaiheeseen. Uusien työtapojen opetteleminen on kohdannut voimakkaita, ristiriitaisiakin tunteita, kun aikuisiällä on jouduttu opettelemaan esimerkiksi uudenlaisten työkalujen käyttöä. (Lappalainen ym. 2014, 1751.) Tämä hankaluus nousi esiin myös opinnäytetyön haastatteluissa.

Siirtymävaiheet potilaan hoidossa ovat erittäin haavoittuvaisia paikkoja tiedon oikealle siirtymiselle. Vaikka potilas olisi kykenevä hoitamaan asioitaan arjessa omatoimisesti ja itsenäisesti, sairaalaan joutuminen yllättäen on kriisitilanne potilaalle. Näissä tilanteissa tarvittaisiin hoitavalta henkilökunnalta erityistä motivaatiota ja kykyä potilaskeskeiseen toimintaan, mutta tutkimusten mukaan kiire ja henkilökunnan työpaine estävät sitä. Siirtymätilanteiden tiedonsiirto-ongelmia aiheuttavat myös ajanpuute tärkeiden tietojen vaihtamiseen sekä puutteellinen perehtyminen potilaan tietoihin. Lyhytkestoisessa hoitosuhteessa emotionaalista suhdetta potilaan kanssa ei pääse syntymään, jolloin saatetaan jättää huomiotta heikkoja signaaleja potilaan terveydestä. (Lappalainen ym. 2014, 1752.)

6.1.4 Kokemukset organisaatiomuutoksesta ja sen vaikutuksista

Potilastietojärjestelmien onnistunut implementointi edellyttää organisaation ydinprosessien tuntemusta, ja niiden määrätietoista johtamista muutosprosessin aikana (Deokar & Sarnikar 2016, 733). Osasta hoitohenkilökunnan vastauksista oli luettavissa turhautumista prosessiin: he tunsivat, että muutokseen ei suhtauduttu riittäväällä intensiteetillä. Muutos oli koko ajan ”ehkä”, eikä selkeää päätöstä yhdistymisestä saatu ennen lokakuuta 2017, kun muutos tapahtui vuoden vaihteessa 1.1.2018. Deokarin ja Sarnikarin mukaan (2016, 734) onnistuneen muutoksen kannalta oleellista on, että muutosjohtamiseen suhtaudutaan vakavasti, ja muutoksen prosessin vaiheet tunnistetaan huolellisesti.

Henkilökunta toivoi, että muutoksesta olisi tiedotettu tarpeeksi ja oikea-aikaisesti prosessin aikana. Haastatteluissa esimerkiksi nostettiin esiin muutosagenttien hyödyntäminen, jotka olisivat valmistelleet ja pohjustaneet muutosta osastoittain. Rogersin innovaatioteorian (2003, 27–28, 282–285) mukaan muutosagenttien ja varhaisten omaksujien hyödyntäminen muutosprosessissa, samoin kuin myöhäisen enemmistön ja hitaiden omaksujien tunnistaminen, mahdollistaa jokaisen omien vahvuuksien hyödyntämisen ja tukemisen muutoksen läpiviennissä ja hyväksymisessä.

Baird ja Boak (2016) kuvaavat Yhdysvalloissa toteutettua tutkimusta, jossa tarkasteltiin uuden sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönoton haasteita ambulanssihenkilökunnan keskuudessa. Tutkimuksessa ilmeni, että uuden järjestelmän ja uudemman teknologian, tablettitietokoneen, käytön omaksuminen oli haastavinta hoitohenkilökunnalle, jolla oli työkokemusta yli 11 vuotta. Helpointa uuden järjestelmän käyttöönotto oli alle viisi

vuotta työssä olleille. (Baird & Boak 2016, 143.) Samansuuntaisia kokemuksia välittyi Toimeksiantajasairaalan sairaanhoitajien haastatteluista: Nuoremmat hoitajat kokivat Uranuksen käyttöönoton helpommaksi, osin opiskeluaikaisten käyttökokemustensa vuoksi. Lisäksi he näkivät järjestelmässä jo muutoksen alkuvaiheessa enemmän positiivisia puolia kuin kauemmin hoitoalalla toimineet kollegansa.

Ekholmin ja Kinnusen (2016) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten palvelujen kehittämisen tarkoituksena on parantaa palvelua kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille. Siihen hyväksyykö terveydenhuollon henkilöstö uuden tietojärjestelmän vaikuttaa moni tekijä, joista yksi merkittävä tekijä on teknologian sopivuus organisaation työkulkuihin ja prosesseihin (Ekholm & Kinnunen 2016, 63). Osa haastatteluista koki, että Toimeksiantajasairaalan hoitotyön prosesseja ei oltu otettu huomioon riittävästi muutoksessa. Ekholmin ja Kinnusen (2016) mukaan erilaisten tietojärjestelmien käyttöönottoprosesseissa on todettu olevan suuria ongelmia. Suurimmaksi ongelmaksi käyttöönotossa ja henkilöstön tietojärjestelmän hyväksymisessä on osoittautunut yhteensovittaminen organisaation työkulkujen ja tietojärjestelmän toiminnallisuuksien välillä (Ekholm & Kinnunen 2016, 65).

Toimeksiantajasairaalan organisaatiomuutoksessa tarjottu järjestelmäkoulutus koettiin riittämättömäksi ja epätarkoituksenmukaiseksi uuden potilastietojärjestelmän sujuvaa käyttämistä ajatellen. Hoitajat oppivat järjestelmän käytön käytännössä yrityksen ja erehdyksen kautta, toinen toisiaan tukien. Muutosvaiheeseen oli varattu Uranus-tukihenkilöitä, jotka eivät aina ehtineet paikalle, eivätkä osanneet vastata kaikkiin osastolla ilmenneisiin kirjaamisen kysymyksiin. Thaimaan sairaaloissa toteutettua sähköisen potilastietojärjestelmän omaksumista tarkastelevassa tutkimuksessa Narattharaksa, Speece, Newton ja Bulyalert (2016) osoittavat, että käyttöönottoprosessin johtaminen on jopa tärkeämpää kuin potilastietojärjestelmän tekniset ominaisuudet. Käyttöönottoprosessin tulee olla johdonmukainen, tavoitteiden tulee olla tarkasti määriteltyjä ja perusteltuja. Tavoitteiden tulee olla ymmärrettäviä ja niistä tulee tiedottaa läpi prosessin. Tehokas tiedonkulku, johdon ja henkilöstön välillä, on avainasemassa, jotta prosessi voi edetä suunnitellusti. Tärkeää on, että esimiehet rohkaisevat ja sitouttavat työntekijöitä prosessiin. Lisäksi työntekijöille tulisi tarjota riittävästi koulutusta sekä varata lisähenkilökuntaa autamaan mahdollisissa tietoteknisissä ongelmissa. (Narattharaksa ym. 2016, 1000–1002.)

Teknologian käyttöönoton edistämiseksi on käytettävissä erilaisia teoreettisia malleja. Niissä otetaan käyttöönottoprosessi laajempaan kokonaisuuteen huomioon sekä yksilön että organisaation näkökulmasta. Mallit ovat useimmin eri tieteistä johdettuja teorioita, joilla on pyritty selittämään ja ennakoimaan yksilöiden tekemiä päätöksiä liittyen teknologian hyväksymiseen. Tietojärjestelmien käyttöönottoprosessien onnistumiseen kehitettyjen teoreettisten mallien tunteminen ja hyödyntäminen voi ennaltaehkäistä käyttöönottoon liittyvien haasteiden ilmenemistä sekä mahdollistaa aikaisten tukitoimien käyttöönottamisen yksilöiden hyväksynnän edistämiseksi. Teoreettiset mallit voidaan teoreettisten lähtökohtien perusteella jakaa kahteen eri kategoriaan: yksilöiden hyväksyntäpäätöstä ennakoiviin ja selittäviin malleihin tai organisaatiotason käyttöönottoa tukeviin malleihin. Jälkimmäisissä tarkastellaan ja hyödynnetään eritoten työnkulkua, teknologiaa ja teknologian yhteensopivuutta. (Ekholm & Kinnunen 2016, 67–69.)

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön aihe on kiinnostava, sillä se on ajankohtainen terveydenhuollon muutosprosessi ja kansalliselta mittakaavaltaan ainutlaatuinen. Työn Toimeksiantajasairaala näki tarpeelliseksi selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia muutoksesta ja tarjosi mahdollisuutta tehdä aiheesta opinnäytetyö.

Tutkimuslupa opinnäytetyölle haettiin Kantasairaalan opetusylihoitajalta keväällä 2018 (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Hakemus toimitettiin myös Toimeksiantajasairaalaan tutkimuksen tilaajille. Lupahakemus lähetettiin kaikille sähköisesti, ja lisäksi paperiversioina tutkimusluvan myöntäjälle ja Toimeksiantajasairaalaan. Toimeksiantajan edustajat tiedottivat tutkimuksesta asianomaisia osastonhoitajia, jotka rekrytoivat hoitajat haastatteluihin osastoiltaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Haastateltavia oli kymmenen, kaksi jokaiselta tutkimukseen valitulta osastolta.

Opinnäytetyön toteutuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Opinnäytetyössä noudatettiin huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimusaineiston keräämisessä, analysoinnissa ja raportoinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018b). Tutkimukseen osallistuville kuvailtiin suostumuslomakkeessa tutkimuksen aihe, ja selvennettiin, mitä tutkimukseen osallistuminen heidän kohdaltaan konkreettisesti tarkoitti. Suostumuslomakkeesta ilmenivät myös

tutkijoiden yhteystiedot, aineistonkeruun konkreettinen toteutustapa ja arvioitu haastatteluiden ajankohta sekä arvioitu haastattelun kesto. Lisäksi selvennettiin, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, ja haastattelusta voi kieltäytyä missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Haastattelut ovat luottamuksellisia, ne tehtiin anonymisti ja aineisto säilytetään salassa ja ulkopuolisilta suojassa. Haastattelutallenteet ja litteroitu aineisto hävietään asianmukaisesti opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018a.)

”Tutkimuksen ja etiikan yhteys on kahtalainen. Toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin. Toisaalta taas eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin.” (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 147.) Tutkimuksen eettisyyden kannalta on tärkeää, että luottamus haastattelijoiden ja haastateltavien välillä säilyy (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 29), vaikka tutkittavien äänen tulee olla selkeästi kuultavissa (Hirsjärvi & Hurme 2004, 48). Opinnäytetyössä pyrittiin suojaamaan haastateltavien anonymiteettiä esimerkiksi välttämällä suorien lainauksien käyttöä. Myös toimeksiantajan anonymiteettiä suojeltiin jättämällä opinnäytetyöstä tilaajan nimi pois.

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129). Tutkimuksen tekijät käyttivät työssään haastateltaviltaan saamia henkilökohtaisia näkemyksiä ja kokemuksia muodostaen vastauksia tutkimuskysymyksiin. Uskottavuutta lisäsi myös tutkijoiden pitkäaikainen paneutuminen tutkimustyöhön ja haastatteluaineistoihin, ja sen kautta ymmärryksen lisääntyminen tutkimusaiheesta. Toisaalta tässä opinnäytetyössä saadun haastatteluaineiston laajuus ja sen analysointiin käytettävissä oleva aika saattoi heikentää luotettavuutta. (Sulkunen 1990, 275–276.) Analyysiin olisi haastatteluaineiston runsauden puolesta voinut hyvin käyttää vielä enemmän aikaa, mikä olisi voinut vielä entisestään syventää tuloksia. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista opinnäytetyöaikataulujen puitteissa.

Opinnäytetyön toteutti kolme opiskelijaa, jotka kaikki osallistuivat tasapuolisesti ja ennalta sovitusti aineiston keräämiseen ja analysointiin. Teoreettisen tiedon haussa hyödynnettiin mahdollisimman laajasti luotettavia tietokantoja. Opinnäytetyöhön valittiin huolellisesti mahdollisimman ajantasaista tutkimusaineistoa. Tutkijoiden keskinäinen reflektointi oli välttämätöntä työn luotettavuuden varmistamiseksi. Tutkijat varmistivat näin, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä

tutkimuskohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyön haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina, ja jokaisella haastattelijalla oli kolme tai neljä haastateltavaa. Jokainen haastattelija perusti kysymyksensä ennalta laadittuihin kysymyksiin. Haastattelujen edessä jokainen haastattelija täydensi kysymyksiä omalla, persoonallisella tavallaan, mikä saattoi vaikuttaa haastattelujen luotettavuuteen. Vaikka haastattelut olivat yksilöllisiä, haastatteluaineistosta nousi kuitenkin esille samankaltaisuuksia haastattelijasta ja haastateltavasta riippumatta, mikä vahvisti tulosten luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Tutkimusprosessi on aineistoinen ja lähteinen esitetty mahdollisimman yksityiskohtaisesti, jotta tutkimustulos olisi luotettava ja siten siirrettävissä vastaavanlaisessa tilanteessa toiseen toimintaympäristöön (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tämä on tekijä, joka puoltaa tutkimuksen luotettavuutta, ja mahdollistaa tutkimustulosten hyödyntämistä muiden terveydenhuoltoalan organisaatioiden integraatioissa. Toisaalta laadulliseen tutkimukseen ei liity samanlaista toistettavuutta kuin määrälliseen tutkimukseen tutkijoiden subjektiivisista taustoista ja näkökulmista johtuen (Metsämuuronen 2009, 259). Luotettavuutta vahvistaa, jos tutkijat päätyvät analyysin ja arvioinnin kautta keskustelemalla samaan lopputulokseen (Hirsjärvi ja Hurme 2004, 186). Opinnäytetyön tekijöiden tuli tiedostaa omat ennakkokäsityksensä tutkittavasta asiasta ja pitäytyä analyysissä ja tulosten tarkastelussa saatuihin haastatteluihin ja tieteelliseen aineistoon. Opinnäytetyössä on tärkeää, että raportti on kirjoitettu siten, että sen jokainen osa-alue vakuuttaa lukijan tehtyjen ratkaisujen oikeutuksesta ja perusteltavuudesta. (Mäkelä 1990, 42–59.)

Vahvistettavuus ilmeni tässä opinnäytetyössä siten, että tutkimuksen tekijät kirjasivat systemaattisesti tutkimusprosessin eri vaiheet ylös, jotta työstä käy selville, miten tutkijat päätyivät tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä kuvaillaan, miten aineisto kerättiin ja käsiteltiin. Tutkimusvaiheiden dokumentointi on tärkeää, jotta tutkimus voisi olla mahdollisimman samankaltaisesti toistettavissa myös toisen tekijän toteuttamana. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijät olivat tietoisia ja vastuullisia vaikutuksestaan vuorovaikutukseen tutkimusaineiston keräämisessä ja käsittelyssä. Haastattelijan tulee tutkijana tiedostaa oma vaikutuksensa tutkimusaineistoon ja –prosessiin, ja pyrkiä puolueettomaan näkökulmaan tutkittavan aiheen osalta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160).

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Huolimatta alkuvuoden haasteista, hoitohenkilökunta koki yhteisen potilastietojärjestelmän Kantasairaalan kanssa potilasturvallisuutta ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä parantavaksi tekijäksi. Opinnäytetyön tuloksena ilmeni, että potilasturvallisuuden koettiin hetkellisesti vaarantuneen ja rakenteisen kirjaamisen tason taantuneen potilastietojärjestelmän vaihtuessa. Kirjaamisen taso on henkilökunnan oppimisen ja tottumisen myötä palautumassa aikaisemmalle tasolle.

Henkilökunnan toiveena oli, että muutokseen tulisi sitouttaa riittävän ajoissa ja siitä tulisi tiedottaa jo varhaisessa vaiheessa. Muutoksessa voitaisiin hyödyntää yksilöiden henkilökohtaisia ominaisuuksia koettua tehokkaammin. Hoitohenkilökunta toivoi, että koulutusta kohdennettaisiin entistä paremmin osastojen ja koulutettavien yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi. Koulutuksen ajoittaminen tulisi suunnitella huolellisesti, jotta se tukisi muutosta parhaiten. Koulutuksen suunnittelussa tulisi huomioida rakenteisen kirjaamisen asettamat vaatimukset, ja hyödyntää aikaisempaa osaamista ja tietotaitoa sen osalta.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan, että tutkimuksella voitaisiin tarkemmin selvittää, miten rakenteinen kirjaaminen on saavuttanut aikaisemman tasonsa Toimeksiantajasairaalassa. Saadun opinnäytetyöaineiston pohjalta jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan myös hoitotyöhön ja potilasturvallisuuteen liittyvien HaiProjen analysointia, erityisesti muutosvaiheessa.

LÄHTEET

- Aineistohallinnan käsikirja. 2018. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Tampereen yliopisto. Luettu 16.10.2018. <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html>
- Apotti. 2018. Apotti hankkeena. Luettu 9.11.2018. <https://www.apotti.fi/apotti-hanke/>
- Baird, S. & Boak, G. 2016. Leading change: introducing an electronic medical record system to a paramedic service. *Leadership in Health Services* 29 (2), 136–150.
- Brasaité, I. 2016. Health Care Professionals' Knowledge and Attitudes Regarding Patient Safety and Skills for Safe Patient Care. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Eduskunta. 2018. EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) täytäntöönpano – Uusi tietosuojalaki. Luettu 18.10.2018. https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/EUn-tietosuojauudistus/Sivut/EUn-yleinen-tietosuoja-asetus.aspx
- Ekholm, S. & Kinnunen, U-M. 2016. Tietojärjestelmän käyttöönottoa tukevat teoreettiset mallit terveydenhuollossa. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 8 (2–3), 63–73.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Luettu 20.3.2018. <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja+%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>
- European Patients Forum. 2018. Patient Empowerment Campaign. Luettu 9.11.2018. <http://www.eu-patient.eu/campaign/PatientsprescribE/>
- Eyikara, E. & Baykara, Z.G. 2017. The Importance of simulation in nursing education. *World Journal on Educational Technology* 9 (1).
- Ferrara, P., Terzoni, S., Davi, S., Bisesti, A. & Destrebecq, A. 2017. A tool for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing* 26 (15), 882–888.
- Ford, E., Carroll, J., Smith, H., Davies, K., Koeling, R., Petersen, I., Rait, G. & Cassell, J. 2016. What evidence is there for a delay in diagnostic coding of RA in UK general practice records? An observational study of free text. *British Medical Journal Open* 6 (6).
- Gerard, M., Fossa, A., Folcarelli, P. H., Walker, J. & Bell, S. K. 2017. What Patients Value About Reading Visit Notes: A Qualitative Inquiry of Patient Experiences With their Health Information. *Journal of Medical Internet Research* 19 (7), 237.

- Haase, H., Franco, M. & Félix, M. 2015. Organisational learning and intrapreneurship: evidence of interrelated concepts. *Leadership & Organization Development Journal* 36 (8), 906–926.
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. & O’Connor, D. B. 2016. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS ONE* 11 (7), e0159015.
- Hautamäki, E., Kinnunen, U-M. & Palojoki, S. 2017. Health information systems’ usability-related use errors in patient safety incidents. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare* 9 (1), 6–17.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. *Potilasturvallisuus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. *Tutki ja kirjoita*. 19. painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hyppönen, H., Hyry, J., Valta, K. & Ahlgren, S. 2014. *Sosiaali- ja terveyshuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet*. Luettu 14.10.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125597/URN_ISBN_978-952-302-410-6.pdf?sequence=1
- Høstgaard, A. M. B., Bertelsen, P. & Nøhr, C. 2017. Constructive eHealth evaluation: lessons from evaluation of HER development in 4 Danish hospitals. *BioMed Central Medical Informatics and Decision Making*. 1 (45).
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. *Hoida ja kirjaa*. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Jokinen, T. & Virkkunen, H. (toim.). 2018. *Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas. Osa I. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Luettu 4.10.2018. <https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1+++final+2018.pdf/0e08fabe-0a4a-4311-9260-463648b3b7e2>
- Juuti, P. 2005. *Toivon johtaminen*. 2. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Juuti, P., Rannikko, H. & Saarikoski, V. 2004. *Muutospuhe. Muutoksen retoriikka johtamisen ja organisaatioiden arjen näyttämöillä*. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Juuti, P. & Virtanen, P. 2009. *Organisaatiomuutos*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2014. *Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kehittäminen ja tulokset*. Teoksessa Kaila A. (toim.) *Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008–2013. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä*. 113–125. Luettu 29.10.2018. http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/julkaisutoiminta_julkaisuluettelo.html

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kansaneläkelaitos. 2018a. Mitä Kanta-palvelut ovat? Luettu 22.8.2018. <https://www.kanta.fi/mita-kanta-palvelut-ovat>.
- Kansaneläkelaitos. 2018b. Potilastiedon arkisto. Luettu 19.9.2018. <https://www.kanta.fi/fi/ammattilaiset/potilastiedon-arkisto>
- Kantasairaalan potilastietojärjestelmä Uranus käyttöön Toimeksiantajasairaalassa vuonna 2018. 2017. Kantasairaala. Luettu 3.4.2018. *Anonymiteetin vuoksi lähde suojattu.*
- Kinnunen, U-M., Junttila, K., Liljamo, P., Sonninen A. L., Härkönen, M. & Ensio, A. 2014. FinCC and the National Documentation Model in EHR – User Feedback and Development Suggestions. Teoksessa Saranto, K., Weaver C. A. & Chang, P. (toim.) Nursing Informatics 2014. East Meets West eSMART+. Proceedins of the 12th International Congress on Nursing Informatics, 196–202.
- Kinnunen, U-M., Mykkänen, M. & Härkönen, M. 2016. Adaption, implementation and outcomes for meaningful use. Terveiset Clinical Care Classification (CCC) käyttäjätapaamisesta, Nashvillistä 3. –4.12.2015. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 8 (1), 45–49.
- Knake, L. A., Ahuja, M., McDonald, E. L., Ryckman, K. K., Weathers, N., Burstain, T., Dagle, J. M., Murray, J. C. & Nadkarni, P. 2016. Quality of EHR data extractions for studies of preterm birth in a tertiary care center: Guidelines for obtaining reliable data. *BioMed Central Pediatrics*, 16 (59).
- Koivunen, M., Rautavirta, M. & Asikainen, P. 2016. Tietoturvallinen sähköposti tyypin 1 diabeetikon omahoidon ja diabetesohjaajan työn tukena – käyttökokeilun tuloksia. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2016 8 (2–3), 74–80.
- Krumm, R., Semjonov, A., Tio, J., Duhme, H., Bürkle T., Haier, J., Dugas, M. & Breil, B. 2014. The need for harmonized structured documentation and chances of secondary use - results of a systematic analysis with automated form comparison for prostate and breast cancer. *Journal of Biomedical Informatics* 51, 88–99.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtaminen terveydenhuollossa. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtaminen terveydenhuollossa. 3. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.
- Lanier, C., Dao, M. D., Hudelson, P., Cerutti, B. & Perron, N. J. 2017. Learning to use electronic health records: can we stay patient-centered? A pre-post intervention study with family medicine residents. *BMC Family Practise* 18 (1), 69.

- Lappalainen, J., Niemi-Murola, L. & Sarjakoski-Peltola, S. 2014. Tietotekniikka ja potilaan kotilääkityksen arvoitus. Potilasturvallisuus-teema. *Duodecim* 130 (17), 1749–1753. Luettu 18.10.2018. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/17/duo11822>
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 19.3.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%c3%a4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1
- Lumbers, M. 2018. Approaches to leadership and managing change in the NHS. *British Journal of Nursing* 27 (10), 554–558.
- Maakunta- ja soteuudistus. 2018. Sosiaali- ja terveystalouden ohjaus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 4.11.2018. <https://alueuudistus.fi/ohjaus>
- Mattila, P. 2007. Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Metsämuuronen, J. 2006. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 16–77.
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. laitos. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mitchell, P.H. 2008. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Editor Hughes RG. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Rockville MD. Luettu 23.9.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20626/toc/?report=reader>
- Mohan, N. 2015. A checklist-based tool for postoperative complications may improve and standardise patient care. *Evidence-Based Nursing* (18), 124.
- Moss, J., Andison, M. & Sobko, H. 2007. An analysis of narrative nursing documentation in an otherwise structured intensive care clinical information system. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 543–547.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, Painokaari Oy, 42–59.
- Narattharaksa, K., Speece, M., Newton, C. & Bulyalert, D. 2016. Key success factors behind electronic medical record adaption in Thailand. *Journal of Health Organization and Management* 30 (6), 985–1008.
- Nykänen, P. & Junttila, K. 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Luettu 19.8.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf

- Otala, L. 2014. Potilasturvallisuutta oppivassa sotessa. Potilasturvallisuus-teema. Duodecim 130 (17), 1742–1743. Luettu 15.10.2018. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo11826>
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. – 2. painos. Juva: WSOY.
- Rogers, M. E. 2003. Diffusion of Innovations. 5. laitos. Free Press. New York: A Division of Simon & Schuster Inc.
- Rouleau, G., Gagnon, M-P. & Côte, J. 2015. Impacts of information and communication technologies on nursing care: an overview of systematic reviews (protocol). Systematic Reviews 4 (75).
- Rumbold, G. 2002. Ethics in Nursing Practise. 3. laitoksen uusintapainos. Kiina: RDC Group Limited.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.). Haastattelun analyysi. Tal- linna: Osuuskunta Vastapaino, 9–38.
- Saba, V. K. & Taylor, S. L. 2007. Moving Past Theory: use of a standardized, coded nursing terminology to enhance nursing visibility. Computers, Informatics, Nursing 25 (6), 324–331.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto 28.9.1996. Luettu 18.8.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-oh- jeet/>
- Sensmeier, J. 2015. Big data and the future of nursing knowledge. Nursing Management 46 (4), 22–27.
- Sheikh, A., Dhingra-Kumar, N., Kelley, E., Kieny, M. P. & Donaldson, L. J. 2017. The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm. Bulletin World Health Organization (95) 546–546a.
- Slawomirski, L., Auraaen, A. & Klazinga, N. 2017. "The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", OECD Health Working Papers, (96), OECD Publishing, Paris.
- Smith, M.A. 2011. Are you a transformational leader? Nursing Management 42 (9), 44–50.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.11.2009/298
- Sulkunen, P. 1990. Ryhmähaastatteluiden analyysi. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) Kvali- tatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, Painokaari Oy, 264–285.
- Sun, J. & Qu, Z. 2015. Understanding health information technology adoption: A synthe- sis of literature from an activity perspective. Information Systems Frontiers, 17 (5), 1177–1190.

- Taitsman, J.K, Grimm, C. M, Agrawal, S. 2013. Protecting Patient Privacy and Data Security. *New England Journal of Medicine* 2013 (368), 977–979.
- Tampereen yliopistollinen sairaala. 2018. Taitokeskus. Luettu 2.11.2018. <https://www.tays.fi/fi-FI/Koulutus/Taitokeskus>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas – potilasturvallisuuslain-säädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Tampere: Juvenes Print - Yliopistopaino Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Potilasturvallisuus. Luettu 20.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Luettu 10.11.2018. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>
- Tingle, J. 2017a. Understanding the global causes and costs of patient harm. *British Journal of Nursing*. 26 (9), 526–527.
- Tingle, J. 2017b. World Health Organization: providing global leadership for patient safety. *British Journal of Nursing*. 26 (13), 778–779.
- Toimeksiantajan lähde. 2017. Toimeksiantajasairaalan ja Kantasairaalan toiminnallinen ja hallinnollinen yhdistäminen. Projektisuunnitelma. Luettu 20.3.2018. *Anonymiteetin vuoksi lähde suojattu*.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Turunen, E., Mäntynen, R., Kvist, T., Miettinen, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Turunen, H. & Partanen, P. 2015. Sairaalan potilas turvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. *Hoitotiede* 27 (2), 148–162.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2018a. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Luettu 20.3.2018. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2018b. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Luettu 15.4.2018. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>
- Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 24.8.2017/583.
- Valtioneuvoston periaatepäätös. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 19.8.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf

Valvira. 2017. Potilasasiakirjat. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettu 19.8.2018. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/potilasasiakirjat>

Vezyridis, P. & Timmons, S. 2015. On the adoption of personal health records: some problematic issues for patient empowerment. *Ethics and Information Technology* 17 (2), 113–124.

Vincent, C. 2010. Patient Safety. Toinen painos. Singapore: John Wiley & Sons, Incorporated. Luettu 18.10.2018. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/tamperepoly-ebooks/reader.action?docID=534008 &query=>

WHO. 2008. The Second Global Patient Safety Challenge. Safe Surgery Saves Lives. Luettu 18.10.2018. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70080/WHO_IER_PSP_2008.07_eng.pdf?sequence=1

WHO. 2017. Global Patient Safety Challenge: Medication without Harm. Luettu 18.10.2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=9C017971567222A9628DD28450E98321?sequence=1>

WHO. 2018. Clean Care is Safer Care. Background to Clean Care is Safer Care. Luettu 18.10.2018. <http://www.who.int/gpsc/background/en/>

Whittenburg, L. & Meetim, A. 2016. Electronic Nursing Documentation: Patient Care Continuity Using the Clinical Care Classification System (CCC). *Nursing Informatics* 225, 13–17.

LIITTEET

Liite 1 Haastattelurunko

1. Taustatiedot
 - ikä
 - Koulutus: AMK/opistotaso
 - Työkokemus (sairaanhoitaja) vuosina
 - Mahdolliset lisäkoulutukset

2. Kuinka hyvin etukäteinen potilastietojärjestelmäkoulutus tavoitti ja tuki hoitohenkilökuntaa järjestelmämuutoksessa?

3. Miten potilastietojärjestelmän vaihtuminen ilmeni hoitotyössä?

4. Millaiseksi henkilökunta kokee hoitotyön kirjaamisen organisaatiomuutoksen jälkeen?

5. Millä tavoin potilasturvallisuus ilmeni kirjaamisen osalta järjestelmämuutoksen yhteydessä hoitohenkilökunnan näkökulmasta?

6. Mitä uutta tietoa organisaatiomuutoksen ja potilastietojärjestelmän vaihtumisesta saataisiin vastaavanlaisen tilanteen varalle?

Liite 2 Tiedote

Hyvä hoitotyön ammattilainen!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia potilasturvallisuuden toteutumisesta rakenteisessa kirjaamisessa potilastietojärjestelmän vaihtuessa Toimeksiantajasairaalan organisaationmuutoksen seurauksena.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan teemahaastattelemalla kymmentä ammattilaista anonymisti, kahta jokaiselta tutkimukseen valitulta osastolta. Haastatteluihin valikoitiin työelämäpä-laverissa Toimeksiantajasairaalan sairaalaylihoitajan kanssa osastot, joilla koetaan orga-nisaatiomuutoksen olleen suurin.

Tutkimukseen osallistuvat haastateltavat valikoituvat osastonhoitajien kautta. Haastattelu kestää enintään puolitoista tuntia, ja on hoitajan työaika. Tutkimuksessa haastatellaan sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia. Haastattelu nauhoitetaan analysointia varten.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedos-toina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksit-täistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa, ellei Toimeksiantajasairaalan kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Lisbet Lahtela, sairaanhoitajaopiskelija (AMK), Tampereen ammattikorkeakoulu

Marjut Schroderus, sairaanhoitajaopiskelija (AMK), Tampereen ammattikorkeakoulu

Heli Selin, sairaanhoitajaopiskelija (AMK), Tampereen ammattikorkeakoulu

Tarvittaessa opinnäytetyöstäni lisätietoja antavat tutkimukseen osallistuvien osastojen osastonhoitajat.

Liite 3 Suostumuslomake

**SUOSTUMUS****Potilasturvallisuuden toteutuminen Toimeksiantajasairaalan organisaatiomuutoksessa rakenteisen kirjaamisen näkökulmasta**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia potilasturvallisuuden toteutumisesta rakenteisessa kirjaamisessa potilastietojärjestelmän vaihtuessa Toimeksiantajasairaalan organisaationmuutoksen seurauksena sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys

Suostumuksen vastaanottaja:

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 4 Analyysitaulukko

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Uranuksen lääkeosio Lääkelistojen ajantasaisuus Lääkkeenanto Lääkepoikkeamat	Lääkehoito	POTILASTURVALLISUUS
Työkokemus Kognitiiviset taidot Oman työn johtaminen Potilaan hoitotyö Vastuu potilaasta Hoitajan toimenkuvan laajeneminen	Hoitajan ammattitaito	
Haasteet Uranuksen käyttöönotossa Muistin kuormittuminen Kiire Epävarmuudet	Työn kuormittavuus	
Toimintapojen muutos Raportointi Hoitotyön sujuvuus Potilaiden kokemukset Hoitotyön laatu	Potilaan hoitotyö	
Osastojen toimintatavat Kirjaamiskäytäntöjen ohjeistus Paperille kirjaaminen Kirjaamisen laatu Kirjaamistaidot Reaaliaikainen kirjaaminen	Kirjaamiskäytännöt	RAKENTEINEN KIRJAAMINEN
Rakenteisuuden muutokset Hoitosuunnitelmien puutteet Väärät otsikoinnit Riskitiedot ja pysyväistiedot Potilastietojärjestelmän ominaisuudet Rakenteisen kirjaamisen kehitys	Rakenteisen kirjaamisen muutokset	
Potilastietojärjestelmän vaihdos Käyttöoikeudet Järjestelmän käyttöohjeet Ominaisuudet Käytettävyys	Potilastietojärjestelmä	
Kouluttajat Sisältö Aikataulutus Materiaalit	Koulutus	
Tiedotus Muutostuki Aikataulutus Ennakointi	Muutoksen johtaminen	ORGANISAATIOMUUTOS
Tiedon hajanaisuus Vuorovaikutus Tietotekniset ongelmat	Tiedonkulku	
Työkuorma Ajanpuute Henkilöstöresurssit Uranus-tuki IT-laitteet	Resurssointi	
Tiimityö Henkinen tuki Lähiesimiestyö Tunteet Muutokseen sopeutuminen	Organisaatiokulttuuri	