



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä ja potilaan turvallisen hoidon toteutuminen hoitohenkilöstön kokemana

Halonen, Tarja

2012 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä ja potilaan turvallisen hoidon toteutuminen hoitohenkilöstön kokemana

Tarja Halonen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2012

Tarja Halonen

Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä ja potilaan turvallisen hoidon toteutuminen hoitohenkilöstön kokemana

Vuosi 2012

Sivumäärä 34

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Riihimäen kuntayhtymän terveyskeskuksen vuodeosastojen hoitohenkilöstön kokemuksia rakenteisen kirjaamisen toteutumisesta Effica-tietojärjestelmässä ja sitä, miten potilaan turvallinen hoito näkyy rakenteisen kirjaamisen sisällössä ja miten turvallinen hoito näkyy raporttikäytännöissä. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että siitä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä osastojen raportointia.

Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen perustuu kansallisesti määriteltyihin hoitotyön ydintietoihin, kehitettyyn FinnCC-luokituskokonaisuuteen ja päätöksenteon prosessijatteluun. Rakenteinen kirjaaminen on kirjattua, yhdenmukaista informaatiota sähköisessä potilastietojärjestelmässä.

Opinnäytetyön tutkimus oli määrällinen ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoituja kyselylomakkeita, johon hoitajat vastasivat (N=90) kahden viikon aikana toukokuussa 2012. Tutkimusaineisto käsiteltiin SPSS-sisällönanalyysillä. Vastausprosentti oli 60.

Kaikki vastaajat olivat käyttäneet Effica-tietojärjestelmää yli kuusi kuukautta, mutta osa vastaajista ei ollut saanut yhtään koulutusta rakenteiseen kirjaamiseen yli kuuden kuukauden käytönkään jälkeen. Positiivista oli, että hoitajat kokevat saavansa hyvin tukea kollegoiltaan rakenteisessa kirjaamisessa. Tulosten mukaan hoitohenkilöstö kokee, että rakenteinen kirjaaminen on edelleen aikaa vievää ja kirjaamiseen käytetty aika on pois potilastyöstä. Hoitoprosessiin liittyvät tiedot tulevat selkeästi esille enemmistön mielestä, mutta hoidon kokonaisuuden arvioinnissa rakenteisen kirjaamisen ei koeta tuovan helpotusta kuin murto-osalle. Potilasturvallisuus ja turvallinen hoito vaarantuvat, koska osa vastaajista ei päivitä potilaan hoitoon liittyviä tarpeita ajantasalle omassa työvuorossaan ja hoitajat ovat lukeneet puutteellisia hoitosuunnitelmia usein. Kukaan vastaajista ei kannattanut hiljaista raportointia, vaan sekä hiljaista että suullista raportointia yhdessä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella kirjaamista tulisi kehittää tarjoamalla lisää koulutusta rakenteisesta kirjaamisesta. Kirjaamisen tasoa kehittämällä voitaisiin myös kehittää hiljaista raportointia.

Asiasanat: Rakenteinen kirjaaminen, hoitosuunnitelma, hiljainen raportointi, potilaan turvallinen hoito.

Halonen Tarja

Structured documentation in nursing care and its impact on safe care from the nursing staff's point of view

Year	2012	Pages	34
------	------	-------	----

The purpose of this Bachelor's thesis was to describe the experiences of the nursing staff in Riihimäki federation of municipalities' health center of the structured documentation data system Effica, and how patients' safe care can be seen in the content of the structured documentation and reporting practices. The aim of this study was that the results obtained can be used to develop departmental reporting.

The structured documentation of nursing care is based on nationally outlined core knowledge, FinnCC-categorization and the process model of decision-making. The structured documentation is recording uniform information in an electronic health record.

This thesis is a quantitative study and the study material was collected through a structured questionnaire. The respondents (N=90) were given a two weeks' time period in May 2012 to answer the questionnaire. The study material was analyzed by the SPSS-program. The response percentage was 60.

All respondents had used Effica data system for more than six months, but some of them had not received education on structured documentation. It was positive to notice that nurses got support from colleagues in the structured documentation. According to the results, the nurses experienced the structured documentation to be time-consuming and the recording takes resources from the patient work. The majority considered that the data regarding the treatment process became evident, but in the assessment of the whole treatment structural documentation brought relief only to a minor part of the personnel. Patient safety and safe treatment are jeopardized, because some respondents did not update the needs of a patient's treatment during their shift and the nurses read often incomplete treatment plans. None of the respondents supported the silent reporting, but both silent and oral reporting together were advocated.

According to the results the documentation should be developed by offering more education on structured documentation. By developing the overall level of documentation also silent reporting could be developed.

Key words: Structured documentation, nursing care plan, silent reporting, patients' safe care.

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Hoitotyön kirjaaminen	6
2.1	Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	6
2.2	Sähköisen potilasasiakirjan rakenteinen kirjaaminen	7
2.2.1	Hoitotyön luokitukset ja ydintiedot	8
2.2.2	Hoitotyön päätöksenteon prosessimalli	10
3	Hoitotyön kirjaaminen osana potilaan turvallista hoitoa	11
4	Hoitotyön raportointi hoidon jatkuvuuden turvaamisen välineenä	11
5	Tutkimuksia rakenteisesta kirjaamisesta	12
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	15
7	Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat ja toteuttaminen	15
7.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	15
7.2	Tutkimuksen kohdejoukko ja aineistonkeruu	16
7.3	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	17
8	Opinnäytetyön tulokset	18
8.1	Rakenteisen kirjaamisen toteutuminen hoitohenkilökunnan mielestä	19
8.2	Turvallisen hoidon toteutuminen hoitohenkilökunnan mielestä	21
8.3	Turvallisen hoidon toteutuminen raporttikäytännöissä ja tiedon kulussa hoitohenkilökunnan mielestä	23
9	Pohdinta	24
9.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	24
9.2	Tutkimustulosten tarkastelu	26
9.3	Jatkotutkimusehdotukset	27
	Lähteet	28
	Taulukot	30
	Liitteet	30
	Liite 1 Saatelomake	31
	Liite 2 kyselylomake	32

1 Johdanto

Rakenteisen kirjaamisen ja sähköisen potilaskertomuksen alku Suomessa perustuu valtioneuvostossa tehtyyn päätökseen vuonna 2002. Päätöksen tarkoituksena oli turvata terveydenhuollon tulevaisuus, parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä mahdollistaa uusien, kustannustehokkaampien toimintamallien käyttöönoton. Sähköisen potilaskertomuksen määrittelytyö aloitettiin vuonna 2003. Myöhemmin, vuonna 2007, astui voimaan laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä, joka myös osakseen nopeutti rakenteisen kirjaamisen ja potilastietojärjestelmien valmistumista. (STM 2004, 3, 13.) Kyseinen laki määräsi, että Suomessa on oltava vuoteen 2011 mennessä valtakunnallinen terveydenhuollon tietojärjestelmäkokonaisuus, joka sisältää potilasasiakirjojen sekä reseptien tallennus-, arkistointi- ja välityspalvelut.

Kansallisessa terveystietojärjestelmässä (KanTa) tehty työ on myös vauhdittanut voimakkaasti 2000-luvulla sähköisten tietojärjestelmien käyttöä ja nyt niiden käyttö on kattavaa terveydenhuollossa. Rakenteinen ja standardoitu potilaskertomusjärjestelmä on perusjärjestelmä, jota käytetään sähköisissä asiakastietojärjestelmissä valtakunnallisesti. (THL 2008a.) Kansalliseen terveystietojärjestelmään (KanTa-palveluihin) kuuluvat sähköinen lääkemääräys (eResepti), potilastietojen arkisto (eArkisto) ja kansalaisten omien terveystietojen katselumahdollisuus (eKatselu). Ne mahdollistavat asiakastietojen tehokkaan hallinnan, ajantasaisuuden ja saatavuuden eri palvelupisteissä, paremman tietoturvan sekä sähköisen arkistoinnin. (STM 2009.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Riihimäen kuntayhtymän terveyskeskuksen vuodeosastojen hoitohenkilöstön kokemuksia siitä, miten rakenteinen kirjaaminen toteutuu hoitotyössä Effica-potilastietojärjestelmässä ja miten potilaan turvallinen hoito näkyy rakenteisen kirjaamisen sisällössä ja miten turvallinen hoito näkyy raporttikäytännöissä. Opinnäytetyö toteutettiin hoitohenkilöstölle suunnatuilla tutkimuskyselylomakkeilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että siitä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä osastojen raportointia.

2 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisella eli dokumentoinnilla luodaan edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle. Kirjaamisella turvataan hoitoa koskeva tiedonsaanti, varmistetaan hoidon toteutus ja sen seuranta. (Ensio & Saranto 2004, 44.) Hoitotyössä hoitotietojen dokumentointi perustuu kirjattuun tietoon ja sillä on erittäin suuri merkitys potilaan päivittäisessä hoidossa. Hoitotiedon on oltava nopeasti ja viiveettä niitä tarvitsevien käytettävissä, jotta potilaan turvallinen hoito voi toteutua. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 12.) Hyvä hoitotyön kirjaaminen on sitä, että havainnot hoidon tuloksista ja toimenpiteistä näkyvät selkeästi ja ytimekkäästi. Lisäksi se on oikea-aikaista. Hoitajat taistelevat jatkuvasti siitä, että kirjaaminen olisi oikea-aikaista, ajankohtaista, tarkkaa ja sisältö olisi laillisesti järkevää. Huono hoitotyön dokumentointi voi aiheuttaa potilaaseen, henkilöstöön ja työyhteisöön niin fyysistä kuin oikeudellistakin haittaa. Hoitajat kokevat kirjaamisessa mm. ajanpuutetta ja asennevaikeuksia. (Blair & Smith 2012, 165.)

Siirtyminen manuaalisesta eli paperisesta kirjaamisesta sähköiseen dokumentointiin on vaatinut tapamuutoksia tiedon tuottamiseen sekä tiedon hyödyntämiseen. Uudessa dokumentoinnissa tiedot yhtenäistyvät ja monipuolistuvat, mutta ammatillinen päätöksenteko, esimerkiksi hoitotyön tarpeen määrittely, hoidon toteutus tai arviointi, eivät prosessina muutu. (Saranto ym. 2007, 59.)

Hoitaja dokumentoi kirjoittamalla potilaasta hoitokertomuksen ja se on potilaskertomuksen osa. Se sisältää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin sekä päivittäiset merkinnät. Hoidon kirjaamisen ja hoitotyön keskeisiä periaatteita ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, hoidon jatkuvuus ja turvallisuus. Ne ovat myös arvoja, jotka tulee ottaa huomioon hoitotyötä tehdessä ja kirjattaessa. Myös moniammatillisuuden yhteistyö korostuu. (Ensio ym. 2004, 9, 11.) Hoitotyön perustehtävänä on potilaan hyvä hoito (Syväoja & Äijälä 2009, 86). Tavoitteena on myös tukea potilaan selviytymistä erilaisissa terveydentiloissa (Ensio ym. 2008, 49). Hoitotyö perustuu tietoon ja osaamiseen, jota sairaanhoitaja käyttää työssään (Sairaanhoitajaliitto 2012).

2.1 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaamista ohjaava ja valvova lainsäädäntö koostuu monista eri laeista, asetuksista ja ohjeista. Lait tukevat ja ohjaavat kirjaamisen toimintaa potilaskertomusjärjestelmässä tavoitellen hoidon jatkuvuutta sekä hoidon turvallisuutta, mutta se kuuluu myös hoitotyön osaamisen ydinhoitoalueeseen, joten sen hallinta vaikuttaa sekä potilaan, että hoitajan oikeusturvan toteutumiseen. (Haho 2009, 38.) Hoitotyön kirjaamista koskevia lakeja ovat Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992), Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L 159/2007), Henkilötietolaki (L 434/2003), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L559/1994). Potilasasiakirjojen laatimiseen sekä niiden ja muiden hoi-

toon liittyvien materiaalien säilyttämiseen on omat asetuksensa ja ohjaavat säädöksensä (Hallila 2005, 19).

Laki (L785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja. Ne ovat potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, hoitopaikassa laadittuja tai sinne saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita. Lain mukaan ammattihenkilön on merkittävä hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot selkeästi ja ymmärrettävästi. Potilasasiakirjat toimivat myös juridisinä dokumentteina.

Laki (L159/2007) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä on tullut voimaan 9.2.2007. Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä sekä parantaa alojen yhteistyötä. Laki parantaa potilasturvallisuutta, tehokkuutta ja tiedonsaantimahdollisuuksia sekä mahdollistaa yhtenäisen sähköisen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmän ja tiedon siirtymisen yksiköstä toiseen, mikäli potilas antaa siihen suostumuksensa.

Henkilötietolaki (L523/1999) suojaa henkilön yksityisyyttä ja turvaa perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä. Se edistää tietojen käsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Käsitteillä tarkoitetaan mm. henkilötietojen keräämistä, tallettamista, järjestämistä, käyttöä, siirtämistä, luovuttamista, säilyttämistä, muuttamista, yhdistämistä, suojaamista, poistamista, tuhoamista sekä muita henkilötietoihin kohdistuvia toimenpiteitä. Se suojaa kansalaisia siltä, etteivät heidän henkilötiedot joudu lain ulottumattomiin ja se vaatii hoitohenkilökunnalta salassapito- ja vaitiolovelvoitetta.

Laki (L559/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palveluiden laatua. Vain laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaan oikeutettu toimimaan hoitoalan ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Alan opiskelijat voivat tilapäisesti työskennellä alalla, mutta vain oikeutetun laillistetun ammattihenkilön johdon ja valvonnan alaisena. Lain mukaan vain ammattihenkilöt saavat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin ja merkinnöissä on nähtävä kirjoittajan nimi ja asema.

2.2 Sähköisen potilasasiakirjan rakenteinen kirjaaminen

Sähköisen potilasasiakirjan rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaisesti hyödyntäen Suomalaisen hoitotyön luokitusta (Finnish Care Classification FinCC) (Tervo-Heikkinen 2011,5). Sähköisen potilasasiakirjan tai potilaskertomuksen rakenteisuus muodostaa järjestelmän, jonka osiot koostuvat erilaisista tietokokonaisuuksista, joita ovat näkyvä, hoitoprosessin vaihe, otsikko ja ydintiedot. Näkymillä tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta, joka sitoo tiedon tiettyyn tieto- ja hoitokokonaisuuteen. Näitä voivat olla

esim. lääketieteen erikoisalajat, ammattialat ja palvelut. (Ensio ym. 2008, 66,101.) Suomessa ei ole yhtä tietojärjestelmää sähköiseen potilaskertomukseen vaan Suomen terveydenhuollon eri sairaanhoitopiirit käyttävät sähköiseen potilaskertomukseen erinimisiä sähköisiä tietojärjestelmiä. Näitä ovat mm. Effica, Miranda, Pegasos, ESKO ja Mediatri - potilastietojärjestelmät. Ohjelmien järjestelmät eroavat toisistaan mm. näyttö- ja käyttäjäominaisuuksiltaan, mutta rakenteisen kirjaamisen sisältö ja komponentit ovat kaikissa samat. (Elovainio, Hyppönen, Lääveri, Reponen, Viitanen & Winblad. 2010.)

Tietojen systemaattinen ja rakenteinen kirjaaminen vaikuttaa positiivisesti moniin asioihin mm. kliinisen hoitotyön tutkimukseen ja kehittämiseen, tehokkuuden parantamiseen, tuloksellisuuden osoittamiseen, päällekkäin kirjaaminen vähenee, tiedot ovat kaikkien käytettävissä reaaliaikaisesti, potilasturvallisuus paranee, hoidolle oleellisen tiedon löytäminen helpottuu ja nopeutuu (Ensio ym. 2008, 14 - 15). Standardoitu sähköinen potilasjärjestelmä loi edellytykset asiakas- ja potilasinformaation saatavuuteen ja tiedonhallintaan (STM 2004, 3). Tietoja tilastoinneista, hoitoprosesseista ja niiden tuloksista voidaan hyödyntää alueellisesti, kansallisesti, ja potilaskohtaisesti. Tietojen haku nopeutuu. (Syväoja ym. 2009, 86.) Tietoja voitaisiin käyttää vain potilaan suostumuksella yli rekisterinpitäjärajajen (STM 2004, 3).

2.2.1 Hoitotyön luokitukset ja ydintiedot

Yhtenäisen rakenteisen kirjaamisen tueksi on kehitetty Suomalainen hoitotyön luokitus FinCC eli Finnish Care Classification-luokitus. Se koostuu Suomalaisesta tarveluokituksesta (SHTaL versio 2.0.1) ja Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL versio 2.0.1) sekä hoidon tuloksen tilan mittarista SHTuL (parantunut, ennallaan tai huonontunut). Suomalaiset SHTaL ja SHToL luokitukset perustuvat 1990-luvun puolivälissä kehitettyyn Yhdysvaltalaiseen Home Health Care eli HHC luokitukseen (Ensio ym. 2004, 45 - 46,115). Luokitukset koostuvat 19 ylätasoa komponenteista, joilla on lisäksi sekä pää- tai alaluokka (Coco ym. 2011,11 - 12) ja ne kuvaavat potilaan terveydentilaa, toimintakykyä, selviytymistä ja käyttäytymistä (Ensio ym. 2004, 45 - 46).

Komponentit ovat hoitotyön asiasisällön otsakkeita, joita käytetään potilaan päivittäisen hoidon kirjaamiseen narratiivisesti. Tarve- ja toimintoluokitusten komponentit jakaantuvat itsenäisiksi pää- ja alaluokkiin, mutta niitä voidaan käyttää yhteisesti tai erikseen, jolloin potilaan hoitoon sisältyviä vaiheita voidaan suunnitella, toteuttaa ja arvioida laajasti. (Ensio ym. 2004, 46.)

Taulukko 1. FinCC -luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset (THL 2008b)

KOMPONENTTI	Komponentin sisällön yleiskuvaus
Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
Erittäminen	Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
Terveyspalvelujen käyttö	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitsemus	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Kanssakäyminen	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
Turvallisuus	Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät
Aistitoiminta	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Jatkohoito	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät
Elämäntapa	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät

Rakenteisten ydintietojen kehittämisestä hoitokertomukseen on vastannut Suomen kuntaliitto. Rakenteiset ydintiedot ovat järjestelmän peruskäsitteitä ja ne jaetaan hallinnollisiin ja potilaan hoitoprosessin tietoihin. Niillä tarkoitetaan kaikkia potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, jotka on ohjelmistoissa kuvattu yhtenevällä tavalla ja jotka voidaan siirtää tiedostojärjestelmistä toisiin. Ydintiedot mahdollistavat potilaasta saadun pääpiirteisen kokonaiskuvan potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä niihin liittyvistä hoidoista ja ohjauksesta. (Ensio 2008, 104.)

2.2.2 Hoitotyön päätöksenteon prosessimalli

Hoitotyö ja rakenteinen kirjaaminen perustuu päätöksenteon prosessimalliin, jossa potilaan hoidon kuvaaminen etenee päätöksenteon prosessimallin mukaisesti (Syväoja ym. 2009, 86). Se on keskeinen osa hoitajan työtä ja asiat koostetaan hoitosuunnitelmaan rakenteisen kirjaamisen ydintietojen perusteella (Suomalaisen hoitotyön luokitus FinCC) (Coco, Lahti & Simola 2011, 11). Prosessi alkaa hoitotyön suunnittelemisella yhdessä potilaan kanssa. Se käsittää hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin sekä niiden kirjaamisen potilaskertomukseen. Hoitotyön suunnitelmaan kuuluvat hoidon tarpeen arviointi, hoidon tavoitteiden asettaminen sekä toimintojen tai auttamismenetelmien suunnittelu tavoitteiden saavuttamiseksi. (Ensio ym. 2008, 113.)

Hoitohenkilökunta arvioi ja kirjaa potilaan hoidon tarvetta mm. haastattelemalla, havainnoimalla ja fysiologisilla mittausmenetelmillä tai käyttäen apuna aikaisempia potilasdokumentteja sekä haastattelemalla omaisia (Coco ym. 2011, 13; Ensio ym. 2008, 113). Hoidon tarpeessa on huomioitava myös potilaan voimavarat sekä hoidon tarpeen priorisointi tärkeysjärjestyksen mukaan (Iivanainen ym. 2008, 651). Hoidon tavoitteet määritellään suhteessa hoidon tarpeisiin käyttäen apuna tarveluokituksia (SHTaL) ja diagnoosiluokituksia sekä arviointiasteikkoja. Ne pitää olla potilaslähtöisiä, realistisia, suhteessa hoitoaikaan, käytettäviin resursseihin ja arvioitavissa. (Iivanainen ym. 2008, 651 - 653.) Hoitotyön toiminnot tai auttamismenetelmät valitaan käyttäen apuna toimintoluokituksia (SHToL) niin, että ne tukevat tavoitteiden saavuttamista (Iivanainen ym. 2008, 651). Niiden pitäisi perustua näyttöön (Ensio ym. 2008, 114).

Toteutusvaiheessa toteutetaan suunniteltuja hoitotyön toimintoja. Ne kirjataan potilaskertomukseen menneessä muodossa. Hoidon arvioinnissa verrataan ja mietitään hoidon tuloksia tavoitteisiin asteikoilla parantunut, ennallaan tai huonontunut. Lopuksi tehdään hoitotyön yhteenveto, kun hoito päättyy laitoksessa tai kotona. Se on kattava arviointi potilaan hoitjakson tapahtumista, jossa kuvataan myös potilaan nykytilanne verrattuna tulotilanteeseen. Hoitotyön yhteenveto sisältää perustiedot, tulotilanteen, hoidon tarpeen, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, toimintakyvyn, jatkohoidon ja lääkehoidon. (Iivanainen ym. 2008, 654 - 655.)

3 Hoitotyön kirjaaminen osana potilaan turvallista hoitoa

Tiedonkulku ja oikeat potilastiedot sekä ajantasainen dokumentointi luovat hyvän pohjan turvallisuusriskien hallintaan ja ehkäisevät yleisiä haittatapahtumia erityisesti rajapinnoissa, kuten potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Usein ajatellaan, että turvallinen hoito on toiminnan lopputulos ja jos mitään vahinkoa tai vaaraa ei synny, on toiminta ollut turvallista. Vaihden siihen voi sisältyä näkymättömiä vahinkoja tai vaaroja, kuten runsaasti riskejä ja erilaisia läheltä piti-tilanteita (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 12, 72). Hoitotilanteen vaaroja saattavat olla mm. sellaiset, että tieto ei kulje, lääkkeet menevät sekaisin ja asioita unohtuu (THL 2012a).

Turvallinen hoito on vaikuttavaa, joka toteutetaan oikein ja oikea-aikaisesti (STM 2012). Kaikilla ammattihenkilöillä, jotka työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollossa, on vastuu hoidon turvallisuudesta ja laadusta (Helovu ym. 2011, 21.) Potilaan näkökulmasta katsottuna potilasturvallisuus toteutuu, kun hoidosta ei koidu potilaalle haittaa tai jos riskiltä on välttytty. Myös erilaiset tarkistusmenetelmät lisäävät hoidon turvallisuutta, jolloin tarkistetaan, että kaikki on tehty oikein ja mitään ei puutu. Turvallinen hoito on sitä, että itse hoitomenetelmät toteutuvat turvallisesti, mutta myös toteuttamiseen liittyvän prosessin turvallisuutta. Potilasturvallisuus käsittää sekä hoidon, lääkitys- että laiteturvallisuuden. (Helovu ym. 2011, 13.) Terveysturvalaki (L1326/2010) 8 § asettaa terveydenhoitoyksiköiden laatimaan oman turvallisuussuunnitelman vuoteen 2013 mennessä. Potilasturvallisuusjärjestelmä auttaa tunnistamaan, arvioimaan ja kontrolloimaan potilasturvallisuuden riskejä organisaatiossa (THL 2012b).

4 Hoitotyön raportointi hoidon jatkuvuuden turvaamisen välineenä

Hoitotyössä tiedon välittäminen vuorojen vaihdossa tapahtuu raportoinnilla. Raportointi voi olla sekä suullista, että kirjallista viestintää. Raportoitaessa keskeinen asiakirja on potilaskertomus, josta ilmenee potilaan suunniteltu ja toteutunut hoito sekä hoidon antaja. Tiedon välittämisessä ja siirtämisessä hoitajilla on merkittävä rooli heidän hoitaessaan itse tai koordinoissaan muiden hoitotyhmän jäsenten hoitotyötä kaikkina vuorokauden aikoina. (Saranto ym. 2007, 157.) Raportoinnissa on tarkoitus viestiä vuoroon tulevalle potilaan sairauteen, vointiin ja hoitoon liittyvien asioiden tiedottamisesta ja siten turvata hoidon jatkuvuus ja turvallisuus (Von Schantz, Toivonen & Lind 2011, 22).

Jotta potilaan turvallinen hoito jatkuu, WHO suosittelee SBAR-menetelmän käyttöä tiedon välittämiseen. Osassa suomalaisia sairaaloita se on otettu käyttöön. SBAR lyhenne kuvaa raportin eri vaiheita. Potilaasta raportoitaessa tai konsulttoitaessa SBAR-menetelmää käyttäen tieto välitetään aina systemaattisesti saman kaavan mukaan. Kirjaimet muodostuvat englanninkielisistä sanoista ja kuvaavat raportin eri vaiheita: S= Situation, B=Background,

A=Assesment, R=Recommendation. Situation tilanteessa tunnistetaan potilas, raportin vastaanottaja ja itsesi. Kuvailtaan nykyistä tilannetta, kerrotaan vitaalitoiminnat sekä syy raportointiin. Background tilanteessa kerrotaan oleelliset sairaudet, toimenpiteet ja muut taustat. Assesment tilanteessa arvioidaan hoidon tarvetta. Recommendation tilanteessa kerrotaan oma suositus toiminnaksi. Lopuksi molemmilla on mahdollista esittää kysymyksiä. (Helovuom. 2011, 207 - 208.)

Työvuorojen vaihtuessa suullinen raportointi on yleisimmin käytetty viestinnän muoto. Siinä korostuvat pääasiallisesti potilaan hoidon tilanne hoidon jatkuvuuden kannalta sekä yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa. (Saranto ym. 2007, 159.) Koska suullisella raportoinnilla on pitkät perinteet, niin vaarana saattaa olla, että hoitotyöntekijät toteuttavatkin hoitotyötä muistinvaraiseen tietoon perustuen. Tällöin potilasturvallisuus vaarantuu, sekä hoitotyöntekijän oma oikeusturva heikkenee. Suullista raportointia on kuitenkin pystytty vähentämään hoitotyön kirjaamisen kehittämisen vuoksi. (Hallila 2005, 125.)

Hiljaista raporttia on alettu toteuttamaan osalla työpaikkoja rakenteisen kirjaamisen kehittämisen myötä (Saranto ym.2008, 162). Hiljaisessa raportoinnissa tavoitteena on, että työvuoroon tulevat hoitajat tarkistavat ja lukevat potilaiden tilanteen sähköisestä hoitokertomuksesta. Hiljaisessa raportoinnissa saattaa piiletä potilasturvallisuuden vaarantaminen, sillä kaikkia tärkeitä tietoja ei aina löydetä tai sitä saattaa kadota. (Pakkala 2010.)

5 Tutkimuksia rakenteisesta kirjaamisesta

Sähköistä/rakenteista kirjaamista on tutkittu melko paljon ja aiheista on tehty paljon opinnäytetöitä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvitetty hoitajien kokemuksia siirtymävaiheesta, ohjelmien käyttöönotosta, pilotoinneista ja kehittämisestä. Muita tutkimuksia sähköisestä kirjaamisesta löytyy mm. akuutti- ja perioperatiivisessa hoitotyössä, haavahoidon kirjaamisesta ja kivun hoidossa. Opinnäytetutkimuksessa käytettiin Laineen (2008) ja Hartikaisen (2008) tekemiä pro gradu-tutkimuksia. Rajalahti ja Saranto (2011)

Eeva-Kaisa Laine (2008) pro gradu-tutkimuksessaan rakenteisen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana kuvaa (n=12) hoitohenkilöstön kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta sekä ohjauksen ja tuen saamisesta. Lisäksi selvitettiin, millaista tuen tarvetta ja ohjausta hoitohenkilöstö tarvitsee tulevaisuudessa rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta.

Tutkimuksen mukaan kirjaaminen ja sen sisäistämisen oppiminen tuotti alussa ongelmia. Hoitajien mielestä kirjaamistavat ja luokitusten käyttö vaihtelivat. Tästä johtuen heidän mielestä kirjaaminen oli vaikeaa ja hoidon kokonaisuutta oli myös vaikea havaita tiedon lokeroinnin vuoksi. Tietoa oli vaikea etsiä ja löytää. Tähän toivottiin yhtenäistä käytäntöä ja lisää koulu-

tusta. Myös komponenttien paljous ja päällekkäisyys koettiin negatiivisena. Positiivisena koettiin vapaan kentän lisäluokitusten käyttöä kirjoittamiseen. Rakenteisen kirjaamisen ydintiedot tulivat kuitenkin selkeästi esiin. (Laine 2008.)

Tietokoneiden vähyys ja sähköisen tietojärjestelmäohjelman hitaus koettiin aluksi ongelmalliseksi, mutta hoitajat kokivat hyvänä sen, että sähköinen järjestelmä lisäsi tietoteknillistä turvallisuutta, sillä nyt tiedot olivat helposti ja selkeästi luettavissa ilman käsialaongelmaa ja ne näkyivät reaaliaikaisesti hoitajan tunnistetietojen kera. (Laine 2008.)

Kirjaamiseen liittyvä hoitotyön prosessimallin mukainen pohdinta toi uusia haasteita, vaikka heidän mielestä hoitotyön prosessi kuitenkin selkeytti kirjaamista. Hoitotyön eri osa-alueet otettiin nyt paremmin huomioon. Tutkimuksen mukaan hoitajien mielestä pohjan hoitotyölle antoi hoidollinen päätöksenteko ja tämä näkyi hoitokäytäntöjen perustelemisena. Hoitotyön toteutus oli parhaiten kirjattu ja loppuarviointikin oli kirjattu hyvin joidenkin mielestä. Tarpeita kirjattiin alussa paljon, mutta niiden täyttäminen oli puutteellista. Myös arvioinnin kirjaaminen oli vähäistä. (Laine 2008.)

Kirjaamistilanteissa hoitajien ajattelutyö lisääntyi ja asioita mietittiin tarkemmin. Uudet haasteet kirjaamiskäytännöissä koettiin sekä kielteisinä että myönteisinä. Kielteisinä koettiin se, että uusi kirjaamistapa lisäsi hoitajien työmäärää ja kirjaamisaikaa aiheuttaen myös puutteellisuutta kirjaamisessa. Tämä näkyi siten, että perushoidolliset toimenpiteet toistuivat samoina ja samanlaista tekstiä kertyi päivittäin paljon. Hoitajat eivät ehtineet päivittämään komponentteja ja tieto ei ollut ajan tasalla. Lisäksi hoitajat kokivat ajan vähentyneen potilastyöstä ja potilaan luona oltiin nyt vähemmän. (Laine 2008.)

Tutkimuksessa ilmeni, että hoitotyön laatu oli parempaa ja myönteisenä muutoksena hoitotyön laadun muutoksista koettiin hiljainen raportointi, joka tapahtui ilta- ja yövuoron vaihteessa. Myönteistä oli se, että perusteellinen ja tarkempi kirjaaminen loi pohjan hoitotyölle ja toisille työvuoroon tuleville hoitajille. (Laine 2008.)

Tuija Hartikainen (2008) pro gradu-tutkimuksessaan sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan selvitettiin, millaisia muutoksia sähköinen potilaskertomusjärjestelmä on tuonut kirjaamis- ja raportointikäytäntöihin Kuopion yliopistollisen sairaalan operatiivisten alojen tulosalueella. Tutkimus oli laadullinen ja toteutettiin teemahaastattelulla. Tutkimuksen mukaan tulohaastattelutilanteessa tietokonetta ei käytetty esitietojen kirjaamiseen, koska hoitajien mielestä se haittasi potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutusta. Myös esitietojen kirjaaminen järjestelmään koetaan enemmän aikaa vieväksi ja haastattelu halutaan viedä jouhevasti läpi ilman tietokonetta. Osa sairaanhoitajista tunsi itsensä epävarmaksi tietokoneen käyttäjäksi ja silloin potilas saattaa jäädä huomioimatta. Kannettavaa tietokonetta ei ole totuttu käyttämään osittain myös langattoman verkko-ongelmien vuoksi. Potilaan esitietojen kirjaaminen vaatii tarkkuutta ja vie

enemmän myös aikaa, sillä hoitaja joutuu kirjaamaan ne useaan paikkaan. Jos hoitaja ei kirjaa niitä suoraan järjestelmään, niin ne saattavat jäädä kokonaan kirjaamatta. Hoitajat kokivat tekevänsä kaksinkertaista työtä. (Hartikainen 2008.)

Tutkimuksen mukaan sähköisen potilaskertomuksen käyttöönoton jälkeen yhä useammat lääkärit kirjaavat määräyksiään itse lääkärinkierrolla ja tämä koetaan sairaanhoitajien mielestä hyvänä asiana. Verkko-ongelmien ja tietokoneen hitauden vuoksi niitä ei aina mielellään oteta mukaan potilaskiertoihin. (Hartikainen 2008.)

Haastateltavien mielestä suullinen raportointi on huonontunut potilaskertomusjärjestelmän käyttöönoton jälkeen ja järjestelmän käyttö on vajavaista. Järjestelmän avaaminen vie aikaa ja suullisella raportilla raportin pitäjä jättää usein aukaisematta eri osioita kiireen takia ja näin ollen suullinen raportointi pidetäänkin ulkomuistista. Vaarana on, että asioita saattaa unohtua ilman, että asiat tarkistetaan järjestelmästä. Haastateltavat kokivat kuitenkin tietokoneen auki pitämistä raportilla hyvänä juuri tietojen tarkastamisen vuoksi. (Hartikainen 2008.)

Rajalahti ja Saranto (2011) tekemässä tutkimuksessa tiedonhallinnan osaaminen - haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle oli tarkoitus kuvata sairaanhoitajien, hoitoalan opettajien ja muun terveydenhuollon henkilöstön hoitotyön tiedonhallinnan osaamista. Tutkimuksen mukaan hoitajien tiedolliset ja taidolliset valmiudet olivat yksilöllisesti eritasoisia ja osaamisen kehittyminen oli vasta alkuvaiheessa. Tutkimuksen tuloksissa ilmenee, että hoitajilla oli vaikeuksia potilaan hoidon tarpeiden/hoitotyön diagnoosin ja tavoitteiden määrittelyssä ja arvioinnissa. Tutkimuksen mukaan, ne jotka osasivat kirjata hoitotyön lomakkeelle potilaan hoidon tarpeet, osasivat kirjata ne sähköiseen järjestelmään. (Rajalahti ja Saranto 2011.)

Kelley (2011) tekemässä tutkimuksessa sähköinen hoitotyön kirjaaminen strategiaksi parantamaan potilaiden hoidon laatua (Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care) oli tarkoitus selvittää kirjallisen katsauksen avulla, parantuiko hoidon laatu, jossa paperista kirjaamista olisi verrattu sähköisesti kirjattuihin dokumentteihin. Tulokset jäivät epäselviksi, koska vertaukset jäivät vähäisiksi. Kirjallisuuskatsauksen myötä selvisi, että sähköinen dokumentointi parantaa turvallista hoitoa. Kirjallisuuskatsauksen mukaan kaikissa Yhdysvaltain sairaaloissa olisi vuoteen 2014 mennessä käytössä sähköinen hoitotyön dokumentointi. (Kelley 2011.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Riihimäen kuntayhtymän terveyskeskuksen vuodeosastojen hoitohenkilöstön kokemuksia siitä, miten rakenteinen kirjaaminen toteutuu hoitotyössä Effica-potilastietojärjestelmässä ja miten potilaan turvallinen hoito näkyy rakenteisen kirjaamisen sisällössä ja miten turvallinen hoito näkyy raporttikäytännöissä. Opinnäytetyö toteutettiin hoitohenkilöstölle suunnatuilla tutkimuskyselylomakkeilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että siitä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä osastojen raportointia.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten rakenteinen kirjaaminen toteutuu hoitohenkilökunnan mielestä?
2. Miten turvallinen hoito näkyy rakenteisen kirjaamisen sisällössä?
3. Miten turvallinen hoito näkyy raporttikäytännöissä hoitohenkilökunnan mielestä?

7 Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat ja toteuttaminen

7.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta nimetään myös tilastolliseksi tutkimukseksi, jossa tuloksia selvitetään lukumäärin ja prosenttiluvuin sekä tuloksia voidaan havaita taulukoin tai kuvioin. Oleellista tutkimukselle on, että se vaatii suuren ja edustavan otoksen. Aineiston keruuseen voidaan käyttää valmiita standardoituja ja esitestattuja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Tulosten vastaukset esitetään numeroina ja samalla tutkija tulkitsee ja selittää olennaisen numerotiedon sanallisesti kuvaten, millä tavoin tutkittavat asiat liittyvät tai eroavat toisistaan. (Heikkilä 2008, 16.)

Kvantitatiivinen tutkimusprosessi hahmottuu sekä käsitteelliseen että empiriseen vaiheeseen. Käsitteellinen vaihe pitää sisällään tutkimusaiheen valinnan ja rajaamisen, perehtymisen aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen sekä tutkimussuunnitelman eli tutkimusasetelman laadinnan, jossa määritetään konteksti, otos ja menetelmät. Empiiriseen tutkimusprosessivaiheeseen kuuluvat aineiston keruu, tallennus, analysointi, tulosten tulkinta, raportointi ja niiden hyödyntäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 64 - 65.)

7.2 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineistonkeruu

Kohdejoukon koko määrää tutkimuksen otantamenetelmän valinnan. Tutkimus voidaan suorittaa koko kohdejoukolle tai sitten vain osalle sitä. Jos tutkimuksen kohdejoukko on lukumäärältään alle 100, niin silloin tutkimuskyselyihin osallistuvat kaikki ja menetelmä on kokonaisotantatutkimus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kokonaisotantaa suositellaan käytettävän, vaikka kohdejoukko olisi kooltaan 200 - 300 henkilöä. (Heikkilä 2008, 33.)

Tutkimuksen kohdejoukkona oli Riihimäen kuntayhtymän terveyskeskuksen vuodeosastojen hoitohenkilökuntaan työsuhteessa olevat sairaanhoitajat sekä perushoitajat. Kohdejoukkoon eivät kuuluneet sairaanhoitajajarjoittelijat tai perushoitajajarjoittelijat. Kuntayhtymän terveyskeskusvuodeosastoihin kuuluvat Hausjärven osasto, Lopen osasto ja Riihimäeltä akuutti, kuntoutus ja muistisairasosastot. Kohdejoukkoon kuuluvaa hoitohenkilökuntaa oli yhteensä noin 90 ja vastausprosentiksi tuli 60 %. Koska kohdejoukon koko on alle 100, niin tutkimus suoritettiin kokonaisotantatutkimuksena eli kaikki työsuhteessa olevat hoitajat voivat vastata.

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruun empiiristä työtä ohjaavat teorian pohjalta rakennettu viitekehys. Tavoitteena oli, että tutkimuksesta saatu kerätty tieto vastasi tutkimuskysymyksiin ja tutkimusongelma tulee ratkaistua. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä erilaisten kyselyiden, havainnoinnin tai haastatteluiden avulla. Kyselyitä voidaan toteuttaa joko postikyselynä, www-kyselynä, puhelin- tai käyntihaastatteluna, mutta myös informoituna kyselynä. Tutkija voi itse päättää, mikä on paras aineistonkeruumenetelmä. Informoidussa kyselyssä tutkija vie itse kyselyt kohteeseen sekä tarvittaessa tarkentaa kysymyksiä tai hän voi tehdä lisäkysymyksiä. Lisäksi tutkimuskyselylomakkeen sisältöön ja ulkonäköön on kiinnitettävä erityistä huomiota, sillä hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkkejä ovat mm. selkeys, siisteys, houkuttelevaisuus ja tulosten helppo käsittely. (Heikkilä 2008, 18, 48 - 50, 143.)

Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 1). Kyselylomake muodostui kolmesta osiosta, jotka olivat taustakysymykset, rakenteinen kirjaaminen Effica-tietojärjestelmässä ja raportointi/tiedon kulku. Kyselyn vastaukset koostuivat mielipideväittämistä ja vastausasteikkona käytettiin likertin asteikkoa. Likertin asteikko voi olla 4 tai 5-portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko, jossa toinen ääripää on yleensä täysin samaa mieltä tai samaa mieltä ja vastaavasti toinen ääripää täysin eri mieltä tai eri mieltä. Vastaaja valitsee sopivimman ja vain yhden annetuista vaihtoehdoista. (Heikkilä 2008, 53.) Kysymyssarja toteutettiin neljä asteittaisella mittarilla, joka kuvasti heidän mielipiteidensä voimakkuutta asteikolla A-D. Kyselylomakkeen asteikkovaihtoehdot olivat A = täysin samaa mieltä, B= jokseenkin samaa mieltä, C= jokseenkin eri mieltä ja D= täysin eri mieltä. Kyselylomakkeesta jätettiin tarkoituksella pois keskimäinen eli neutraali vaihtoehto "ei samaa mieltä eikä eri mieltä", koska vastaaja haluttiin pakottaa ottavan kantaa jompaa kumpaan suuntaan. Tämä voitiin tehdä myös siksi, että vastaajien oletettiin tietävän rakenteisen kirjaamisen käytännöt. (Heikkilä 2008, 53.)

Kyselylomake tulee aina esitestata. Esitestaukseen riittävät 5 - 10 henkilön vastaukset. Esitestaajat pyrkivät aktiivisesti selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeyden ja yksiselitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen toimivuuden ja lomakkeen vastaamisen raskauden ja vastaamiseen kuluvan ajan. Esitestaajien on myös syytä miettiä, onko jotakin olennaista jäänyt kysymättä tai onko mukana turhia kysymyksiä. Saadusta palautteesta tehdään tarvittavat muutokset tutkimuskysymyksiin. (Heikkilä 2008, 53, 61.)

Esitestaukseen käytettiin osastonhoitajia (N=5), yhtä sairaanhoitajaa ja yhtä opiskelijakollegaa. Heiltä pyydettiin palautetta kysymysten asettelusta, selkeydestä, ohjeistuksesta, vastausvaihtoehtojen toimivuudesta sekä ulkoasusta ja vastaamisen raskaudesta ja siihen kuluvan ajan käyttämisestä. Lisäksi heitä pyydettiin kommentoimaan, oliko jotakin jäänyt kysymättä tai oliko mukana turhia kysymyksiä. Tämän jälkeen kyselylomaketta muokattiin esitestauksesta saadun palautteen perusteella ja muokkauksen jälkeen tulostetut tutkimuskyselylomakkeet vietiin vastattavaksi osastoille saatekirjeen kera, jossa kerrottiin tarkemmin tutkimuksesta (Liite 2.) Osastojen kanssa sovittiin sähköpostitse esittelytilaisuus. Vastaajille pidettiin lyhyt tiedotustilaisuus, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta, kysymysten sisällöstä ja tutkimustulosten julkaisemisesta. Vastausaikaa oli viisi viikkoa. Kyselylomakkeet palautettiin vastauslaatikkoon suljetussa kirjekuoressa. Vastaaminen oli vapaaehtoista.

7.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Kyselyt haettiin osastoilta kesäkuun ensimmäisellä viikolla ja seuraavalla viikolla tulokset syötettiin SPSS-ohjelmaan koululla, joka on yleisesti käytetty ohjelma. Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot eli tilastoyksiköt A-D muutettiin numeroiksi 1 - 4. Tutkimuslomakkeen tiedot syötettiin tilasto-ohjelman datalomakkeelle havaintomatriisiin muotoon, jossa vaakarivit vastasivat tilastoyksiköitä ja pystysarakkeet muuttujia. Kun tilasto-ohjelman datalomakkeen pohja oli tehty, alkoi tulosten syöttö ja sen jälkeen tulosten tarkastelu ja analysointivaihe. Vastaajien taustatietojen tulokset kuvattiin prosentteina aluksi piirakka ja pylväsmuodossa, mutta selkeyden vuoksi päädyttiin esittämään se taulukkomuodossa, jossa oli prosentit sekä vastaajien lukumäärät mukana. Tutkimuskyselyn kahden seuraavan osion tuloksia kuvattiin pylväskuvina. Tulosten selkeyttämiseksi päädyttiin muuttamaan skaala-asteikkoa niin, että 4=täysin samaa mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 2= jokseenkin eri mieltä, 1=täysin eri mieltä. Isompi luku 4 kuvaa positiivista ja vahvaa mielipidettä. Tulokset esitettiin taulukkomuodossa. Analysointivaiheessa tutkimuskysymykset eroteltiin uudestaan omiksi kysymyksikseen ja kyselylomakkeen väittämät jaoteltiin vastaavien tutkimuskysymysten alle, jonka jälkeen ne jaoteltiin vielä sekä positiivisiin että negatiivisiin kategorioihin.

8 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön tutkimuskyselyyn vastasi yhteensä 54 hoitajaa Riihimäen kuntayhtymän terveyskeskuksen vuodeosastoilta ja vastausprosentti oli 60 %. Vastaajista 35 % oli 41 - 50-vuotiaita ja suurin osa 69 % heistä oli perus/lähihoitajia. Vakituinen työsuhde oli 70 % ja suurimmalla osalla oli hyvät ATK-taidot. Kaikki olivat käyttäneet Effica ohjelmaa vähintään 6 kk ja 17 % ei ollut saanut yhtään koulutusta rakenteiseen kirjaamiseen. Vastaajista 80 % kannatti sekä suullinen että hiljaista raportointia. Hiljaista raportointia ei kannattanut kukaan vastaajista. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot (N=90).

Taustamuuttuja	n=54	%
Ikä	n=54	%
21 - 30		15
31 - 40		13
41 - 50		35
51 - 60		31
61-		6
Ammatti	n=54	
Sairaanhoitaja		31
Perus/lähihoitaja		69
Työpaikka	n=53	
Hausjärven tk vuodeosasto		24
Lopen tk vuodeosasto		28
Riihimäen tk vuodeosasto, akuutti		15
Riihimäen tk vuodeosasto, kuntoutus		13
Riihimäen tk vuodeosasto, muistisairas		20
Työsopimukseni	n=54	
Vakituinen		70
Määräaikainen/sijainen		22
Keikkatyöläinen		7
ATK-taidot	n=53	
Huonot		19
Hyvät		64
Kiitettävät		17
Effica-ohjelman käyttö	n=54	
Alle 6kk		0
Alle 1 vuosi		9
1-3 vuotta		35
Yli 4 vuotta		56
Koulutus rakenteiseen kirjaamiseen	n=54	
Ei yhtään		17
1-4 tuntia		31

1 päivä		33
Yli 3 päivää		19
Paras raportointimuoto vuoronvaihdossa	n=54	
Suullinen raportointi		20
Hiljainen raportointi		0
Sekä suullinen että hiljainen raportointi		80

8.1 Rakenteisen kirjaamisen toteutuminen hoitohenkilökunnan mielestä

Rakenteisen kirjaamisen toteutumista kysyttiin kuudella väittämällä positiivisin käsityksin. Hoitajat olivat jokseenkin samaa mieltä siitä, että he auttavat kollegoita rakenteisessa kirjaamisessa (ka 3,3) ja saavat tukea helposti (ka 3,26). Jokseenkin eri mieltä oltiin siitä, että rakenteisen kirjaaminen helpottaa hoidon kokonaisuuden arvioinnissa (ka 2,19). (Taulukko 3).

Taulukko 3. Positiivisia käsityksiä rakenteisen kirjaamisen toteuttamisesta hoitohenkilökunnan mielestä. (N=90).

Väittämä	ka	n	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
			%	%	%	%
Rakenteinen kirjaaminen on helppoa	2,65	54	9	28	52	11
Saan tukea helposti	3,26	54	2	13	43	43
Autan kollegaani rakenteisessa kirjaamisessa	3,3	53	4	7	43	44
Potilaan hoitoprosessiin liittyvät tiedot tulevat mielestäni selkeästi esille	2,67	54	7	30	52	11
Rakenteinen kirjaaminen helpottaa hoidon kokonaisuuden arviointia	2,19	54	22	44	26	7
Olen kehittynyt rakenteisessa kirjaamisessa	3,1	54	6	7	50	37

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä

Rakenteisen kirjaamisen toteutumista kysyttiin kuudella väittämällä, jotka koostuivat negatiivisista käsityksistä. Jokseenkin samaa mieltä oltiin, että se on vähentänyt potilastyöaika (ka 3,36), lisännyt kirjaamisaikaa (ka 3,32) ja hoitosuunnitelmien tarkempaa miettimistä (ka 3,27). Jokseenkin samaa mieltä oltiin, että puutteellisia hoitosuunnitelmia on usein (ka 2,98). Jokseenkin eri mieltä oltiin väittämästä, että sopivimman hoitotyön luokituksen valinta hoitosuunnitelmaan on vaikeaa (ka 2,02). (Taulukko 4).

Taulukko 4. Negatiivisia käsityksiä rakenteisen kirjaamisen toteuttamisesta hoitohenkilökunnan mielestä. (N=90).

Väittämä	ka	n	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
			%	%	%	%
Tarvitsen tukea rakenteiseen kirjaamiseen	2,46	54	20	30	33	17
Sopivimman hoitotyön luokituksen valinta hoitosuunnitelmaan on vaikeaa	2,02	54	22	59	13	6
Rakenteinen kirjaaminen on lisännyt hoitosuunnitelmien tarkempaa miettimistä	3,27	52	4	13	33	46
Rakenteinen kirjaaminen on lisännyt kirjaamisaikaani	3,32	53	4	17	22	56
Rakenteinen kirjaaminen on vähentänyt potilastyöaikaani	3,36	53	7	6	30	56
Puutteellisia hoitosuunnitelmia on usein	2,98	53	7	15	48	28

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä

8.2 Turvallisen hoidon toteutuminen hoitohenkilökunnan mielestä

Turvallisen hoidon toteutumista kysyttiin yhdeksällä väittämällä. Täysin samaa mieltä oltiin väittämästä osaan kirjata toteutuneita hoitotoimenpiteitä hoitosuunnitelmaan (ka 3,52). Jokseenkin samaa mieltä oltiin väittämistä osaan arvioida hoidon tuloksia tavoitteisiin asteikoilla parantunut, ennallaan tai huonontunut (ka 3,41) ja hoitosuunnitelma lisää potilasturvallisuutta (ka 3,39). Jokseenkin eri mieltä oltiin siitä, että rakenteinen kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta (ka 2,25). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Positiivisia käsityksiä turvallisesta hoidosta rakenteisessa kirjaamisessa hoitohenkilökunnan mielestä. (N=90).

Väittämä	ka	n	Täysin eri mieltä %	Jokseenkin eri mieltä %	Jokseenkin samaa mieltä %	Täysin samaa mieltä %
Osaan kirjata potilaan hoidon tarpeet hoitosuunnitelmaan	3,3	54	2	11	43	44
Osaan kirjata potilaan hoidon tavoitteet hoitosuunnitelmaan	3,22	54	4	15	37	44
Osaan kirjata tarvittavat keinot eli auttamismenetelmät hoitosuunnitelmaan	3,28	54	2	13	41	44
Osaan kirjata toteutuneita hoitotoimenpiteitä hoitosuunnitelmaan	3,52	54	6	0	32	63
Osaan arvioida hoidon tuloksia tavoitteisiin asteikoilla parantunut, ennallaan tai huonontunut	3,41	54	2	7	39	52
Päivitän potilaan hoitoon liittyvät tarpeet ajan tasalle työvuorossani	2,83	54	6	24	52	19
Osaan tehdä hoitotyön yhteenvedon	3,09	54	6	22	30	43
Rakenteinen kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta	2,25	54	9	22	43	26
Hoitosuunnitelma lisää potilasturvallisuutta	3,39	54	4	6	39	52

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä

Negatiivisia käsityksiä turvallisesta hoidosta rakenteisessa kirjaamisessa kysyttiin kahdella väittämällä. Väittämästä, olen lukenut puutteellisia hoitosuunnitelmia, oltiin täysin samaa mieltä (ka 3,43) ja jokseenkin samaa mieltä oltiin (ka 2,81) väittämästä kirjaan samanlaisia perushoidollisia toimenpiteitä päivittäin. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Negatiivisia käsityksiä turvallisesta hoidosta rakenteisessa kirjaamisessa hoito-henkilökunnan mielestä. (N=90).

Väittäjä	ka	n	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
			%	%	%	%
Kirjaan samanlaisia perushoidollisia toimenpiteitä päivittäin	2,81	54	9	22	46	22
Olen lukenut puutteellisia hoitosuunnitelmia	3,43	53	6	6	28	59

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä

8.3 Turvallisen hoidon toteutuminen raporttikäytännöissä ja tiedon kulussa hoitohenkilökunnan mielestä

Turvallisen hoidon toteutumista raporttikäytännöissä ja tiedon kulussa kysyttiin kuudella väittämällä. Suulliseen raportointiin järjestetty paikka on asiallinen vastaajat (ka 2,5) olivat jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä oltiin väittämistä, jossa tietokoneita on riittävästi (ka 2,17) ja että hoitajilla on aikaa lukea hoitokertomukset ennen vuoron aloittamista (ka 2,25). (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Hoitohenkilökunnan mielipiteitä raportoinnista ja tiedonkulusta vuoronvaihdossa. (N=90).

Väittämä	ka	n	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
			%	%	%	%
Minulla on aikaa lukea hoitokertomukset ennen vuoron aloittamista	2,25	53	26	33	28	11
Hiljaiseen raportointiin järjestetty paikka on asiallinen	2,31	54	20	41	26	13
Hiljainen raportointi on parantunut rakenteisen kirjaamisen myötä	2,39	54	13	43	37	7
Hiljainen raportointi lisää potilasturvallisuutta	2,26	54	24	41	20	15
Suulliseen raportointiin järjestetty paikka on asiallinen	2,5	54	19	26	43	13
Rakenteiseen kirjaamiseen käytettäviä tietokoneita on riittävästi	2,17	54	26	43	20	11

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä

9 Pohdinta

9.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Luotettava tutkimus on ensiksikin tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisesti. Lisäksi otos on edustava ja tarpeeksi suuri, vastausprosentti korkea ja kysymykset mittaavat oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelman. (Heikkilä 2008, 188.) Arvioidakseen kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta, tulisi arvioinnin kohdistua lisäksi mm. seuraaviin osa-alueisiin: miten tutkittavat tavoitettiin, miten tutkittavat saatiin osallistumaan tutkimukseen, mitkä olivat tutkittavien mukaanotto- ja poissulkukriteerit, oliko tutkittavat satunnaistettu, onko tulokset saatu tieteellisellä menetelmällä, ovatko tulokset kliinisesti tai tilastollisesti merkittäviä, voidaanko tuloksia soveltaa sellaisenaan hoitotyön käytäntöön. (Kankkunen ym. 2009, 158.)

Luotettavan tuloksen saamiseksi tutkimuskohteeksi valittiin kaikki Riihimäen kuntayhtymän terveyskeskusten vuodeosastojen sairaanhoitajat ja perushoitajat, jolloin vastauskandidaatteja saatiin 90. Vastaajia oli vaikea saada yhtäaikaan koolle vuorotyön takia ja kuuntelemassa olikin 1-5 henkilöä/osasto. Vastuuta jätettiin osastonhoitajille ja osalle henkilöstöä, että he tiedottaisivat lisää henkilökuntaa kyseisestä opinnäytetyökyselyyn vastaamisesta. Lisäksi aihepiiriin ajankohtaisuus ja kyselyn kohdentuminen hoitohenkilöstöön saattoi lisätä vastaamisen motivointia. Kyselyyn haluttiin ottaa mukaan vakituisen ja määräaikaisen työvoiman lisäksi myös kaikki keikkatyötä tekevät sairaanhoitajat ja perushoitajat, jotta vastaajia kertyisi enemmän. Kyselyn vastausprosentiksi tuli 60 % ja 90 kandidaatista vastauksia kertyi 54. Olen tyytyväinen vastausprosenttiin, mutta uskoisin, että jos olisi ollut tutumpi kaikille osastoille, niin vastausaktiivisuus olisi ollut isompi.

Kyselylomake esitettiin viidellä osastonhoitajalla, yhdellä sairaanhoitajalla ja opiskelijakollegalla. Heiltä saadun palautteen perusteella muokattiin kyselylomakkeita. Aihe sinänsä oli mielenkiintoinen vastaajien mielestä että osastonhoitajien mielestä. Osa testaaajista ehdotti, että kyselystä olisi saanut enemmän tietoa, jos mukana olisi ollut yksi avoin kysymys. Se jätettiin kuitenkin tietoisesti pois. Kyselylomakkeen sisältö yritettiin pitää selkeänä, innostavana ja helposti luettavana, jotta vastaamiseen ei kuluisi liikaa aikaa. Kyselylomake olikin mielestäni selkeä, mutta analysoinnin helpottamiseksi olisi pitänyt kuitenkin muokkailla kysymyksiä. Luotettavuuteen vaikuttavana asiana voisin pitää sitä, että se sisälsi paljon kysymyksiä ja tulosten syöttämisessä on saattanut tulla näppäilyvirhe, joten tämä saattaa vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Strukturoidun kyselylomakkeen onnistumiseen vaaditaan paljon osaamista, jotta tulosten analysointi olisi helppoa. Nyt tulosten analysointi vaati vastausvälin muuttamista. Myöskään kirjaimia ei kannata käyttää vastausvaihtoehtoina, koska lukemat syötetään numeerisina arvoina. Tein mielestäni sellaisen kyselylomakkeen, jollaista en tekisi uudestaan.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Validiteetti tarkoittaa pätevyyttä ja se viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä pitikin mitata. (Kankkunen ym. 2009, 152.) Onnistuneilla tutkimuskysymyksillä voidaan saada ratkaisu ja vastaus tutkimusongelmaan, joten tutkimuskysymykset ovat avainasemassa validiteetin mittaamiseen. (Heikkilä 2008, 186). Tutkimuskysymysten asetelun kanssa pitää olla tosi tarkka, jotta tutkittavaan asiaan saadaan vastaus. Laaditut tutkimuskysymykset olivat päteviä, mutta ne olisi voinut jakaa selkeästi kaikki omiksi kysymyksikseen jo kyselykaavakkeeseen, jotta analysointi olisi ollut helpompaa. Sain kuitenkin mielestäni kaikkiin tutkimuskysymyksiini vastaukset. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei sattumanvaraisia tuloksia. (Heikkilä 2008, 30). Jos tutkimuskysely tehtäisiin uudestaan samalla tyylillä, niin vastaajien vastaukset ja mielipiteet saattaisivat kuitenkin muuttua, joten täsmällisiä ja pysyviä tuloksia ei saataisi, mutta toisaalta työntekijäkuntaan kuuluu aina aloittelijoita ja osaajia, niin saattaisihan samantyyppisiä tuloksia tulla myöhemminkin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittareiden luotettavuutta voidaan arvioida käyttämällä erilaisia tilastollisia menettelytapoja. (Kankkunen ym. 2009, 152.)

Tutkimuksessa on noudatettava eettisiä ohjeita. Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu. Lisäksi tutkijan on mietittävä aiheen yhteiskunnallinen merkitys, mutta ennen kaikkea, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuville. Tutkimuksessa noudatettiin eettisiä ohjeita ja tutkimukseen kysyttiin alustava lupa tutkimusorganisaatiosta ja virallinen tutkimuslupa myönnettiin vasta opinnäytetyösuunnitelman valmistuttua. Vastaajille annettiin tutkimuskyselylomakkeet saatekirjeen kera. Saatekirjeen tarkoituksena on informoida vastaajan tietoon mm. seuraavia asioita, kuten että tutkimukseen vastaaminen on vapaaehtoista, mikä on tutkimuksen tarkoitus, miten tulokset hyödynnetään, sen luottamuksellisuus, yksityisyyden huomiointi, tulosten julkaiseminen. (Kankkunen ym. 2009, 176 - 178.) Eettisyyttä noudatettiin, koska tutkimukseen vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja vastaukset palautettiin suljetussa kirjekuoressa vastauslaatikkoon. Tulokset julkistettiin numeerisin arvoin eikä vastaajan henkilöllisyys tullut missään vaiheessa esille. Vastaukset hävitettiin raportoinnin jälkeen asianmukaisella tavalla.

Opinnäytetyöaiheen sain kesätyöpaikastani Lopen terveyskeskuksen vuodeosastolta. Aihe oli mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Rakenteisesta kirjaamisesta Riihimäen kuntayhtymällä oli jo melko pitkä ja vaihteleva käyttökokemus osastojen välillä. Mielenkiintoista oli, miten tämä näkyisi tuloksissa. Lisäksi osastojen eriaikaisen käyttökokemuksen toivottiin tuovan tutkimuksen pohjalta aiheita, joita voitaisiin huomioida rakenteisessa kirjaamisessa ja raportoinnin kehittämisessä. Tuloksissa näkyikin useasti mielipiteiden tasainen jakaantuminen, joka voisi mielestäni johtua vastaajien eripituisesta käyttökokemuksesta. Mielipiteiden tasainen jakaantuminen vaikeutti mielestäni tuloksien esille nostamista. Tuloksien esille tuomista olisi helpottanut, jos olisin voinut käyttää ristiintaulukointia hyväkseni. Sitä ei voinut kuitenkaan käyttää, koska otoskoko oli liian pieni (Heikkilä 2008, 44). Lisäksi en halunnut luoda eriarvoista asemaa osastojen välille, joten en nostanut esille esimerkiksi vastausprosentteja osastojen

välillä. Jokainen voi itse laskea esimerkiksi vastausprosentin käyttämällä siihen taulukoiden lukuarvoja.

9.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Vastaajien taustatiedoista ilmenee, että kaikki olivat käyttäneet effican potilastietojärjestelmän rakenteista kirjaamista yli kuusi kuukautta, mutta osa heistä ei ollut saanut yhtään koulutusta rakenteiseen kirjaamiseen. Opinnäyttekyselyn mukaan tuen tarve rakenteiseen kirjaamiseen jakautuu melko tasaisesti sekä tuen tarvitsijoihin, että yksin pärjääviin. Rakenteisen kirjaamisen toteuttamisessa hoitajat auttavat kollegoita sekä saavat itsekin helposti tukea. Hoitoprosessiin liittyvät tiedot tulevat selkeästi esille enemmistön mielestä, mutta hoidon kokonaisuuden arvioinnissa rakenteisen kirjaamisen ei koeta tuovan helpotusta kuin murto-osalle. Sopivimman hoitoluokituksen valinta on vain pienelle osalle vaikeata, kirjaamiseen menee enemmän aikaa ja potilastyöhön jää vähemmän aikaa. Käytön myötä suurin osa on kehittynyt rakenteisessa kirjaamisessa. Samanlaisia tuloksia oli saanut Laine (2008) pro gradu tutkimuksessaan, jossa kirjaaminen ja sen sisäistämisen oppiminen tuotti alussa ongelmia ja että tähän toivottiin yhtenäistä käytäntöä ja lisää koulutusta. Lisäksi kirjaamistapa lisäsi hoitajien työmäärää ja kirjaamisaikaa, joka oli myös pois potilastyöajasta.

Rajalahti ja Saranto (2011) ovat saaneet tutkimuksessaan samanlaisia tuloksia siitä, että hoitajilla oli vaikeuksia potilaan hoidon tarpeiden/ hoitotyön diagnoosin ja tavoitteiden määrittelyssä ja arvioinnissa. Tutkimuksen mukaan hoitajien tiedolliset ja taidolliset valmiudet olivat yksilöllisesti eritasoisia ja osaamisen kehittyminen oli vasta alkuvaiheessa. (Rajalahti & Saranto 2011, 253, 255).

Turvalliseen hoitoon liittyen tuloksista käy ilmi, että tarpeet, tavoitteet, keinot, toteutuneet hoitotoimenpiteet sekä hoidon tuloksien arviointi, enemmistö osaa kirjata ne hoitosuunnitelmaan, mutta hoitotyön yhteenvedon tekeminen jakaa mielipiteitä. Lisäksi osa vastaajista ei päivitä potilaan hoitoon liittyviä tarpeita ajantasalle omassa työvuorossaan ja hoitajat ovat lukeneet puutteellisia hoitosuunnitelmia usein. Potilasturvallisuuden lisääntyminen rakenteisen kirjaamisen myötä jakaa vastaajien mielipiteitä. Hoitosuunnitelma lisäisi selkeästi vastaajien mielestä turvallista hoitoa. Suurin osa vastaajista kirjaa samanlaisia perushoidollisia hoitotoimenpiteitä kirjataan päivittäin. Laineen (2008) tutkimustuloksissa turvallinen hoito näkyi siten, että perushoidolliset toimenpiteet toistuivat samoina ja samanlaista tekstiä kertyi päivittäin paljon. Hoitajat eivät ehtineet päivittämään komponentteja, jolloin tieto ei ollut ajan tasalla. Kelley (2011) tekemässä tutkimuksen myötä selvisi, että sähköinen dokumentointi parantaa turvallista hoitoa.

Raporttikäytännöissä turvalliseen hoitoon viitaten pelkkä hiljainen raportointi ei tuonut yhtään kannatusta, vaan selkeästi sekä suullinen, että hiljainen raportti yhdessä sai suurimman kannatuksen. Potilasturvallisuutta ja turvallista hoitoa vaarantaa se, että osa henkilöstöstä ei

ehdi lukea hoitokertomuksia ennen työvuoron alkua. Hartikaisen (2008) tutkimuksessa vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että suullinen että hiljainen raporttikäytännön yhdistäminen on hyvä raporttimuoto.

Tutkimus antoi tietoa siitä, että rakenteinen kirjaaminen on edelleen haastavaa ja vaatii työyhteisössä jatkuvaa yhteistyötä sekä kollegiaalista tukea. Potilasturvallisuuden parantamiseksi ja turvallisen hoidon toteuttamiseksi jatkoehdotukseni on, että kirjaamista tulisi kehittää tarjoamalla lisää koulutusta rakenteisesta kirjaamisesta. Hoitosuunnitelman tekeminen olisi yksi selkeä kouluttamisen aihe, jolloin turvallista hoitoa saataisiin parannettua. Kirjaamisen tasoa kehittämällä voitaisiin myös kehittää hiljaista raportointia.

9.3 Jatkotutkimusehdotukset

Ehdottaisin, että samantyyppinen opinnäytetyötutkimus voitaisiin tehdä ottamalla Hämeenlinnan sairaanhoitopiiri mukaan, jolloin otanta olisi suurempi ja myös ristiintaulukointi onnistuisi.

Lähteet

- Blair, W., Smith, B. 2012. Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 41 (2), 160 - 168.
- Coco, K., Lahti, L. & Simola, R. 2011. Hoito ja huolenpito. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Elovainio, M., Hyppönen, H., Lääveri, T., Reponen, J., Viitanen, J. & Winblad, I. 2010. Potilastietojärjestelmät tuotemerkeittäin arvioitu. Kaikissa on kehitettävää. *Suomen Lääkärilehti*, 65, 4185 - 4194.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.
- Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A L. & Tantt, K. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2.painos. Helsinki: WSOY. Oppimateriaalit Oy.
- Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. *Sairaanhoitajalehti* 12, 38 - 39.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, terveyshallinnon ja -talouden laitos. Kuopio.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kelley, T. 2011. Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. *Journal of Nursing Scholarship* 43 (2), p 154 - 162.
- Laine, E-K. 2008. Rakenteisen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Kuopio.
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavana <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Luettu 13.2.2012.
- L 159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Saatavana <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159> Luettu 13.2.2012.
- L523/1999. Henkilötietolaki. Saatavana <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> Luettu 13.2.2012.
- Laki L559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Saatavana <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1994/19940559> Luettu 13.2.2012.
- Erpo Pakkala. 2010. Hiljainen raportointi aiheuttaa ongelmia. *Mediuutiset*.
- Rajalahti, E. & Saranto, K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. *Hoitotiede* 4, 243 - 255.
- Sairaanhoitajaliitto. 2012. Potilasturvallisuus. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/ Luettu 20.2.2012.

STM. 2004. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:18.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1105954774022/passthru.pdf> Luettu 15.3.2012.

STM. 2009. Kansallinen terveysarkisto.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6915.pdf Luettu 24.3.2012.

STM. 2012. Usein kysytyjä kysymyksiä tietojärjestelmähankkeista.
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/tietojarjestelmahankkeet/kysymyksiä_kanta_hankkeesta#vastaus7 Luettu 23.3.2012.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi

Tervo-Heikkinen, T. 2011. Rakenteisen kirjaamisen hyödyntäminen tunnuslukutyössä perusterveydenhuollossa.
http://www.vete.fi/Raportit/HH/Loppuraportit/HH_Raportti_R12D.pdf Luettu 1.3.2012

THL. 2008 a. Terveystieteiden tietoteknologia on kattavassa käytössä.
http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2008/85_2008.htm Luettu 16.3.2012

THL. 2008b. Opas. Fincc - luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53f7c79c-b7db-4a27-914c-aef3899abb78> Luettu 20.2.2012

THL. 2012a. Potilasturvallisuus.
http://potilasturvallisuus.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/perustietoajsessionid=6D6E6C35D2A183C3B29E7EEAB5877EE7 Luettu 20.2.2012.

THL. 2012b. Potilasturvallisuussuunnitelma.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuussuunnitelma Luettu 21.2.2012

Von Schantz, M. Toivonen, H. & Lind, K. 2011. Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla markkinoilla. Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla.
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf> Luettu 31.3.2012.

Taulukot

Taulukko 1. FinCC -luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot (N=90)

Taulukko 3. Positiivisia käsityksiä rakenteisen kirjaamisen toteuttamisesta hoitohenkilökunnan mielestä (N=90).

Taulukko 4. Negatiivisia käsityksiä rakenteisen kirjaamisen toteuttamisesta hoitohenkilökunnan mielestä (N=90).

Taulukko 5. Positiivisia käsityksiä turvallisesta hoidosta rakenteisessa kirjaamisessa hoitohenkilökunnan mielestä.

Taulukko 6. Negatiivisia käsityksiä turvallisesta hoidosta rakenteisessa kirjaamisessa hoitohenkilökunnan mielestä.

Taulukko 7. Hoitohenkilökunnan mielipiteitä raportoinnista ja tiedonkulusta vuoronvaihdossa

Liitteet

Liite 1 kyselylomake

Liite 2 saatekirje

Liite 1 Saatelomake

Tämä on opinnäytetyöhön liittyvä tutkimuskysely, jonka aiheena on rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä ja potilaan turvallisen hoidon toteutuminen raportoinnin kautta hoitohenkilöstön kokemana. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitohenkilöstön osaamista rakenteisessa kirjaamisessa effica-tietojärjestelmässä. Lisäksi selvitän, miten potilaan turvallinen hoito toteutuu ja näkyy rakenteisessa kirjaamisessa ja raportoinnissa hoitohenkilöstön kokemana. Tavoitteena on saada selville kehittämiskohteita rakenteiseen kirjaamiseen ja raportointiin.

Tutkimuskysymykseni:

1. Miten rakenteinen kirjaaminen toteutuu hoitohenkilökunnan mielestä?
2. Miten turvallinen hoito näkyy rakenteisen kirjaamisen sisällössä ja raporttikäytännöissä hoitohenkilökunnan mielestä?

Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaamiseen kuluu aikaa noin 10min. Aineiston käsittely on luottamuksellista eikä kyselylomakkeen vastaajan henkilöllisyys tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Tulokset tullaan käsittelemään tilastolukuina syötettynä tilastointiohjelmaan, jolloin anonymiteetti säilyy. Vastauskyselyt hävitetään asianmukaisesti heti, kun numeerinen tallennus on tehty. Tuloksia hyödynnetään raportoinnin ja kirjaamisen kehittämisessä.

Jotta tutkimus olisi kattava ja luotettava, toivon, että mahdollisimman moni hoitotyöntekijä voisi vastata kyselyyni. Tutkimus on osoitettu Riihimäen, Hausjärven ja Lopen tk vuodeosastojen sairaanhoitajille ja perushoitaja/lähihoitajille.

Palauta vastauksesi suljetussa kirjekuoressa palautuslaatikkoon toukokuun 2012 aikana.

SUURET KIITOKSET VASTAUKSISTANNE JO ETUKÄTEEN!

Olen Laurea ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Otaniemestä. Teen opintoihini liittyvän opinnäytetyön tutkimuskyselynä.

Tarja Halonen, sairaanhoitajaopiskelija

tarja.halonen@laurea.fi

Liite 2 kyselylomake

KYSELYLOMAKE

Arvoisa vastaaja, vastaa jokaiseen kysymykseen rengastamalla vain yksi annetuista vaihtoehdoista.

Taustatiedot

- 1) Olen iältäni a) 21-30 b) 31-40 c) 41-50 d) 51-60 e)61-

- 2) Olen ammatiltani a) sairaanhoitaja b) perus/lähihoitaja

- 3) Työskentelen a) Hausjärvi tk vuodeosasto
 b) Lopen tk vuodeosasto
 c) Riihimäen tk:n vuodeosasto, akuutti
 d) Riihimäen tk:n vuodeosasto, kuntoutus
 e) Riihimäen tk:n vuodeosasto, dementia

- 4) Työsopimukseni on a) vakituinen b) määräaikainen/sijainen c) keikkatyöläinen

- 5) Atk taitoni ovat a)huonot b) hyvät c)kiitettävät

- 6) Olen käyttänyt effica-tietojärjestelmää
 a) alle 6kk b) alle 1 vuosi c) 1-3 vuotta d) yli 4 vuotta

- 7) Olen saanut koulutusta hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa
 a) en yhtään b) 1-4 tuntia c) 1 päivä d) yli 3 päivää

- 8) Mielestäni paras raportointimuoto vuoronvaihdossa on
 a) Suullinen raportointi
 b) Hiljainen raportointi
 c) Sekä suullinen että hiljainen raportointi

Rakenteinen kirjaaminen Effica-tietojärjestelmässä

Arvoisa vastaaja, vastaa jokaiseen kysymykseen rengastamalla vain yksi annetuista vaihtoehdoista, jossa A = täysin samaa mieltä, B= jokseenkin samaa mieltä, C= jokseenkin eri mieltä, D= täysin eri mieltä.

- | | | |
|----------------|--|--|
| 1) R
a
k | A= täysin samaa mieltä
C= jokseenkin eri mieltä | B= jokseenkin samaa mieltä
D= täysin eri mieltä |
|----------------|--|--|
- 1) enteinen kirjaaminen on helppoa. A B C D
 - 2) Tarvitsen tukea rakenteiseen kirjaamiseen. A B C D
 - 3) Saan tukea helposti. A B C D
 - 4) Autan kollegaani rakenteisessa kirjaamisessa. A B C D
 - 5) Osaan kirjata potilaan hoidon tarpeet hoitosuunnitelmaan. A B C D
 - 6) Osaan kirjata potilaan hoidon tavoitteet hoitosuunnitelmaan. A B C D
 - 7) Osaan kirjata tarvittavat keinot eli auttamismenetelmät hoitosuunnitelmaan. A B C D
 - 8) Osaan kirjata toteutuneita hoitotoimenpiteitä hoitosuunnitelmaan. A B C D
 - 9) Sopivimman hoitotyön luokituksen valinta hoitosuunnitelmaan on vaikeaa. A B C D
 - 10) Osaan arvioida hoidon tuloksia tavoitteisiin asteikoilla parantunut, ennallaan tai huonontunut A B C D
 - 11) Potilaan hoitoprosessiin liittyvät tiedot tulevat mielestäni selkeästi esille. A B C D
 - 12) Rakenteinen kirjaaminen helpottaa hoidon kokonaisuuden arviointia. A B C D
 - 13) Kirjaan samanlaisia perushoidollisia toimenpiteitä päivittäin. A B C D
 - 14) Päivitän potilaan hoitoon liittyvät

- tarpeet ajan tasalle työvuorossani. A B C D
- 15) Osaan tehdä hoitotyön yhteenvedon A B C D
- 16) Rakenteinen kirjaaminen on lisännyt hoitosuunnitelmien tarkempaa miettimistä. A B C D
- 17) Rakenteinen kirjaaminen on lisännyt kirjaamisaikaani. A B C D
- 18) Rakenteinen kirjaaminen on vähentänyt potilastyöaikaani. A B C D
- 19) Olen kehittynyt rakenteisessa kirjaamisessa. A B C D
- 20) Rakenteinen kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta. A B C D
- 21) Hoitosuunnitelma lisää potilasturvallisuutta A B C D
- 22) Olen lukenut puutteellisia hoitosuunnitelmia. A B C D
- 23) Puutteellisia hoitosuunnitelmia on usein. A B C D
- Raportointi/tiedon kulku
- 23) Minulla on aikaa lukea hoitokertomukset ennen vuoron aloittamista A B C D
- 24) Hiljaiseen raportointiin järjestetty paikka on asiallinen A B C D
- 25) Hiljainen raportointi on parantunut rakenteisen kirjaamisen myötä A B C D
- 26) Hiljainen raportointi lisää potilasturvallisuutta A B C D
- 27) Suulliseen raportointiin järjestetty paikka on asiallinen A B C D
- 28) Rakenteiseen kirjaamiseen käytettäviä tietokoneita on riittävästi A B C D

Kiitos vastauksestasi