

Eija Toskala

**”KIRJOITETTAISIIN ENEMMÄN POTILAASTA
JA HÄNEN TILASTA”**

**Terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajat
matkalla kohti rakenteista kirjaamista**

**Opinnäytetyö
KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu 2011**



TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaali- ja terveysala	Aika Tammikuu 2011	Tekijä/tekijät Eija Toskala
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn nimi ”KIRJOITETTAISIIN ENEMMÄN POTILAASTA JA HÄNEN TILASTA” Terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajat matkalla kohti rakenteista kirjaamista		
Työn ohjaaja TtM Timo Kinnunen Työn tarkastaja TtT Annukka Kukkola		Sivumäärä 73 + 7
Työelämäohjaaja Kokkolan terveyskeskuksen vuodeosasto 4; eNNi-hanke		
<p>Rakenteisen kirjaamisen koulutukseen liittyvän eNNi-hankkeen toinen vaihe toteutettiin vuosina 2009–2010. Tämän opinnäytetyön aihe liittyi terveyskeskuksen vuodeosaston kirjaamiskoulutukseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa hoitotyöntekijöitä tiedostamaan omaa ja työyhteisön hoitotyön kirjaamista sekä juurruttaa rakenteisen kirjaamisen ajattelutapaa päivittäiseen hoitotyön dokumentointiin. Tarkoituksena oli kuvata, miten hoitotyön prosessimalli toteutuu nykyisessä hoitotyön kirjaamisessa ja millaisia vaikutuksia rakenteisen kirjaamisen koulutusinterventiolla oli prosessimallin käyttöön.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimusmenetelmän avulla. Toimintatutkimuksen vaiheet sisälsivät hoitotyöntekijöille suunnatun alkukyselyn, koulutusintervention sekä loppukyselyn. Aineisto kerättiin avoimilla kysymyslomakkeilla. Kysymysten teemat muodostettiin hoitotyön prosessimallista. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tulosten mukaan hoidon tarpeita kirjattiin potilaslähtöisesti ja päivittäin ottamalla huomioon myös potilaan jatkohoidon tarpeet. Emotionaalisten tarpeiden kirjaamisessa oli puutteita. Hoidon päätavoitteet ja siihen liittyvä hoidon suunnitelma toteutuivat hyvin nykyisessä kirjaamisessa. Potilaan kaikille hoidon tarpeille ei kirjattu tavoitteita. Vain osa vastaajista kirjasi hoidon suunnitelmia. Hoidon toteutuksen kirjaamisessa korostui tehtäväkeisyys. Hoidon arviointia kirjattiin pohtimalla annetun hoidon vaikutuksia. Tulosten perusteella hoitotyön prosessimallin mukainen ajattelu ja kirjaaminen eivät riittävästi toteutuneet nykyisessä hoitotyön kirjaamisessa. Toimintatutkimuksen vaiheiden myötä nykyisen kirjaamisen tiedostaminen lisääntyi ja työyhteisön sisäinen kirjaamisen kehittämistarve nousi esiin. Koulutusinterventio ei ollut merkittävästi lisännyt hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista, mutta sen myötä nykyisestä hoitotyön kirjaamisesta oli tullut selkeämpää, monipuolisempaa ja jäsentyneempää. Tulevaisuudessa kirjaamiskoulutukset tulee toteuttaa sähköisen harjoitusversion avulla. Pienryhmätyöskentely ja todellisten potilasesimerkkien käyttö on toimiva menetelmä kirjaamisharjoituksissa.</p>		
Asiasanat hoitotyön prosessimalli, hoitotyöntekijä, koulutusinterventio, rakenteinen kirjaaminen		

ABSTRACT

CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	Date January 2011	Author Eija Toskala
Degree programme Nursing		
Name of thesis "MORE SHOULD BE WRITTEN ABOUT THE PATIENT AND THE PATIENT'S CONDITION" The Nursing Staff of the Health-Care Centre Ward on the Way to Structured Documentation		
Instructor	MNSc Timo Kinnunen	Pages 73 + 7
Supervisor	PhD Annukka Kukkola	
<p>The training in structured documentation and the second stage of the eNNi-project were carried out in 2009 and 2010. This study was connected with the training aimed at learning to write documents at the ward of the health-care centre. The objective of the study was to provide information that would help the nursing staff to pay attention to their own documentation as well as to nursing documents. The new information should also help to adopt the thinking of structured documentation making it a part of the current documentation. The purpose of the study was to describe how the nursing process model is put into practice in documentation today and after the learning period.</p> <p>The study was made as action research. The stages of the study were the initial survey, the study and the final survey. The materials of the study were assembled with open questionnaires. The themes of the questions were linked to nursing process model. The materials were analyzed by using inductive content analysis method.</p> <p>According to the results the needs of patients were documented from a patient centered view. This was done daily considering continued treatment. Emotional needs were not documented as carefully. The principal objectives for nursing and for the planning of nursing were documented well in the present system. But the documents on other patient needs were not accomplished very well. Only a few of the nursing staff did document the plans. The nursing documents were accomplished from a nurse centered view. The nursing was evaluated by considering the impact of it on the patient. According to the results the idea of the nursing process model could not be seen well enough in the present nursing documents. The comprehension of the importance of documents was increased by the stages of the action research and the need for improving it came up. Nursing process model could not be seen more clearly in the documents after the learning period, but on the other hand the documents are now more logical and more structured. In the future the learning to write documents should be carried out by using electronic exercises. Writing nursing documents in small groups by using real cases of patients will make the learning easier.</p>		

Key words

learning period, nurse, nursing process model, structured documentation

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT**

SISÄLLYS

1 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET	1
2 JOHDANTO	2
3 HOITOTYÖN SÄHKÖISEN DOKUMENTOINNIN KANSALLISET JA ALUEELLISET KEHITTÄMISHANKKEET	4
3.1 Kansallinen terveyshanke uuden kirjaamisen mallin käynnistäjänä	4
3.2 Uuden kirjaamisen mallin kehittäminen ja käyttöönottojen tukeminen	5
3.2.1 HoiDok-hanke	5
3.2.2 HoiData-hanke	6
3.2.3 eNNi-hanke	7
3.3 Terveyskeskuksen vuodeosaston osallistuminen eNNi-hankkeeseen ja toimintatutkimukseen	9
3.4 Effica-potilastietojärjestelmä sähköisen kirjaamisen rakenteena	10
4 RAKENTEISEN KIRJAAMISEN JUURUTTAMINEN TYÖYHTEISÖÖN	13
4.1 Hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	13
4.2 Hoitotyön prosessimalli	15
4.3 Rakenteinen kirjaaminen	17
4.4 Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla	20
4.5 Aikaisemmat tutkimukset aiheesta	21
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	25
6 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	26
6.1 Toimintatutkimuksen rakenne	26
6.1.1 Teoreettinen rakenne	26
6.1.2 Käytännöllinen rakenne	28
6.2 Aineiston hankinta ja analysointi	31
6.2.1 Kyselylomakkeet ja tiedonsaanti	31
6.2.2 Sisällönanalyysi laadullisessa tutkimuksessa ja toimintatutkimuksessa	33
6.3 Toimintatutkimuksen luotettavuuden arviointi	36
6.4 Toimintatutkimuksen eettisyyden arviointi	38
7 TOIMINTATUTKIMUKSEN TULOKSET	41
7.1 Alkukyselyn tulokset	41
7.2 Loppukyselyn tulokset	49
8 POHDINTA	55
8.1 Toimintatutkimuksen tarkastelua	55
8.2 Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelua	57
8.3 Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelua	59

8.4 Tärkeimpien tulosten tarkastelu ja päätelmät	62
8.4.1 Hoitotyön prosessimallin toteutuminen kirjaamisessa	62
8.4.2 Koulutusintervention ja toimintatutkimuksen merkitys hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi ja rakenteisen ajattelutavan juurruttamiselle	64
8.5 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle	67

LÄHTEET	68
LIITTEET	

1 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

eNNi on lyhenne englanninkielisestä käsitteestä “Electronic Documentation of Nursing Care - the L&D Project for Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation between education and working life” (Ikonen 2007a).

FinCC-luokitus on suomalainen hoitotyön luokitus, joka muodostuu hoidon tarveluokituksesta (SHTal 2.0.1), hoitotyön toimintoluokituksesta (SHTol 2.0.1) ja hoidon tulosluokituksesta (SHTul 1.0) (FinCC-luokitusopas 2008).

Hoitotyön prosessimallille rinnakkaisia käsitteitä ovat hoitotyön prosessi, päätöksentekomenetelmä, prosessimenetelmä (Kratz 1984, 11) tai päätöksenteon prosessimalli (Ensio 2008a, 56). Hoitotyön prosessimallilla tarkoitetaan yleensä neljää eri vaihetta: hoidon tarpeen määrittelyä, tavoitteiden asettamista, toteutusta ja arviointia (Hopia & Koponen 2007, 6). FinCC-luokituksessa hoitotyön prosessimalli on jaettu hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (FinCC-luokitusopas 2008).

Hoitohenkilö (vrt. hoitotyöntekijä) on ammattitaitoinen hoitohenkilö, laitoksen tai sairaalan hoitohenkilöt (Nykysuomen sanakirja 2002).

Hoitokertomus on ”hoitohenkilökunnan ja muiden ammattiryhmien yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa, joka sisältää sekä hoitotyön suunnitelman että päivittäiset merkinnät” (Ikonen & Sonninen 2008, 77).

Interventio merkitsee väliintuloa tai puuttumista (Nykysuomen sanakirja 2002).

Kirjaamisella tarkoitetaan luetteloon merkitsemistä, luettelointia tai tallentamista (Nurmi, 1998). Hoitotyön kirjaamisella eli dokumentoinnilla tarkoitetaan potilaan hoidon kirjaamista potilasasiakirjoihin (Hämäläinen, Lauri, Lehti & Moisander 1991).

Pilotti (vrt. pilotointi) on edelläkävijä, uranuurtaja (Valpola 2000).

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan ”potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja” (Laki 1992/785).

Potilaskertomus sisältää potilaan avohoito- ja kotihoitokäynneistä sekä osastohoitojaksoja koskevat tiedot. Eri ammattiryhmät kirjaavat näitä tietoja, jolloin niistä muodostuu jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä asiakirja (Saranto & Sonninen 2008, 12).

Rakenteisessa kirjaamisessa potilaan hoito on kuvattu hoitotyön prosessimallin vaiheiden mukaisesti. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä ja niitä täydentävistä kertovista teksteistä. (Saranto & Sonninen 2008, 14, 66.)

2 JOHDANTO

Suomalaisen terveydenhuollon perustana on kansalaisen oikeudet turvaava perustuslaki, jonka mukaan jokaisella kansalaisella on oikeus sosiaali- ja terveystalvieluihin (Laki 1999/731). Toiminnan valmistelusta ja toimeenpanosta vastaavana ylimpänä valvontaeli-
menä on sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2010). Hoitotyön kirjaamiselle on lainsäädän-
nön kautta annettu yksityiskohtaisia ohjeita ja velvoitteita. Lähtökohtana on Laki potilaan
asemasta ja oikeuksista (Laki 1992/785), jonka perusteella jokaisella Suomessa asuvalla
potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun, jossa myös hänen yksilöllisyyttään kun-
nioitetaan.

Merkittävin hoitotyön kirjaamista koskeva lakiuudistus on Laki sosiaali- ja terveydenhuol-
lon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (Laki 2007/159), jonka perusteella jokaisella
palveluntuottajalla on velvollisuus ylläpitää potilasasiakirjoja. Lisäksi laki antaa ohjeet
potilastietojen tietorakenteita, käytettävyyttä, säilytystä ja tietojen käsittelijöiden tunnista-
mista koskien. Lain tavoitteena on edistää asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä sekä
asiakkaan tiedonsaantia omista asiakastiedoistaan. Lain myötä terveydenhuollon palvelujen
antajien välille luodaan valtakunnallisesti yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja
arkistointijärjestelmä. (Salo 2007, 13–17.)

Keväällä 2011 voimaan astuva terveydenhuoltolaki koskettaa myös hoitotyön kirjaamista.
Lain myötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen saumaton yhteistyö
tehostuu, kun sairaanhoitopiirin kuntayhtymän potilastietorekisterit yhdistetään ja potilas-
tietoja voidaan käyttää joustavasti, potilaan hoitoa turvaavalla tavalla. (Risikko 2010, Sosi-
aali- ja terveysministeriö.)

Suomalaista hoitotyön kirjaamisen rakennetta on jo 1970-luvulta lähtien ohjannut ja jäsen-
tänyt Maailman terveysjärjestön kehittälemä hoitotyön prosessimalli. Hoitotyön prosessi-
mallilla on ymmärretty lähinnä potilaan hoidon tarpeen määrittelyä, tavoitteiden asettamis-
ta, toteutusta ja arviointia. (Hopia & Koponen 2007, 8.) Hoitotyön prosessimalli ei kuiten-
kaan enää yksin riitä nykyisiin tiedon käytettävyyden tarpeisiin. Tietotekniikan kehittyminen
ja elektronisten potilastietojärjestelmien käyttöönottojen laajentuminen 1980-luvulta
alkaen nykyisiksi, lähes koko maan kattaviksi sähköisten potilaskertomusten järjestelmiksi

ovat vauhdittaneet myös kirjaamiseen liittyviä kehittämishankkeita. Niitä on toteutettu laajasti, mutta yhtenäinen, koko valtakuntaa koskeva standardoitu hoitotyön kirjaamisen rakenne on kuitenkin puuttunut, mikä on heijastunut mm. tiedonkulun ongelmina potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. (Hopia & Koponen 2007, 5.)

Hoitotyön kirjaamisen liittyvät ongelmat ja tiedon käytettävyysvaatimukset sekä lainsäädännön muutokset käynnistivät kirjaamisen kehittämishankkeet kansallisella tasolla. Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämässä Kansallisessa terveyshankkeessa (2001–2007) määriteltiin potilasasiakirjoille yhtenäinen rakenne ja laadittiin hoitotyön kirjaamiselle yhtenäinen malli. Tähän kirjaamisen malliin sisällytettiin kuuluvaksi hoitotyön ydintiedot sekä hoitotyön luokitukset. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutetussa pilottihankkeessa näistä ydintiedoista ja luokituksista kehitettiin käyttökokemusten perusteella suomalaiseseen hoitokulttuuriin sopivat luokitukset. Tämä rakenteinen hoitotyön kirjaamisen malli perustuu hoitotyön prosessin mukaisiin ydintietoihin sekä kansalliseen hoitotyön luokitukseen (FinCC-luokitus 2008). Uusi kirjaamisen malli ja rakenne sisältyy tulevaisuudessa kaikkiin sähköisiin potilastietojärjestelmiin, jolloin yhtenäinen rakenne helpottaa tiedonkulkua terveydenhuollon organisaatioiden välillä. (HoiDok-hanke 2005–2008, 5–7.)

HoiData-hanke (2007–2009) jatkoi kansallisen kirjaamismallin käyttöönoton tukemista ja sen kehittämistä. eNNi-hanke (2008–2010) syntyi HoiData-hankkeen pohjalta toteuttamaan uuden, kansallisen kirjaamismallin koulutuksen organisointia. Tämän toimintatutkimuksen kohteena oleva terveyskeskuksen vuodeosasto oli mukana eNNi-hankkeen toisessa vaiheessa, jossa kirjaamiskoulutus toteutettiin käytännön hoitotyöntekijöiden, hoitotyön opettajan ja opinnäytetyötä tekevän opiskelijan yhteistyönä. Learning by Developing -toimintamallin avulla kaikki osapuolet oppivat toisiltaan yhteisten kirjaamisharjoitusten aikana (Ikonen 2007a).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten hoitotyön prosessimalli on toteutunut hoitotyön kirjaamisessa terveyskeskuksen vuodeosastolla ennen koulutusinterventiota ja sen jälkeen. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten koulutusinterventio on vaikuttanut rakenteisen kirjaamisen omaksumiseen. Tavoitteena on tuottaa tietoa, joka auttaa hoitotyöntekijöitä tiedostamaan oman työyhteisönsä hoitotyön kirjaamista sekä juurruttaa rakenteisen kirjaamisen ajattelutapaa päivittäiseen hoitotyön dokumentointiin.

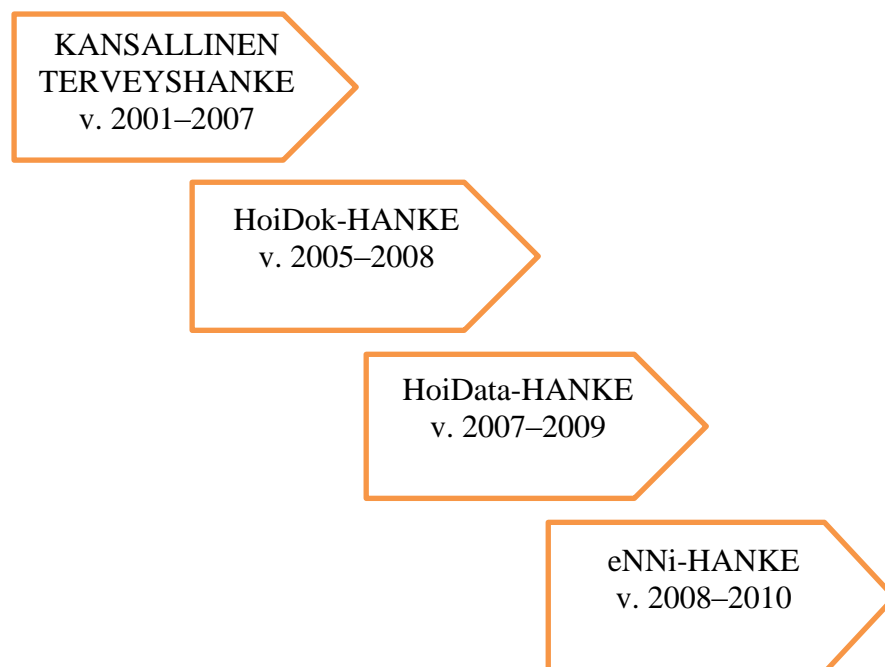
3 HOITOTYÖN SÄHKÖISEN DOKUMENTOINNIN KANSALLISET JA ALUEELLISET KEHITTÄMISHANKKEET

3.1 Kansallinen terveyshanke uuden kirjaamisen mallin käynnistäjänä

Suomessa hoitotyön kirjaamista on kehitetty useiden vuosikymmenien ajan. Potilasmäärien kasvaessa ja hoitomenetelmien kehittyessä paine hoitotyön kirjaamisen luotettavaan, turvalliseen ja toimivaan dokumentointiin on lisääntynyt. Jatkuva sairauskertomusjärjestelmä sai alkunsa vuonna 1974 ja sen jälkeen potilasta koskevat tiedot ovat laajentuneet jatkuvaksi terveystietokannaksi, jonka sisältöön myös potilas itse tai hänen omaisensa ovat voineet antaa tietoja. (Ensio & Häyrinen 2008a, 67–74.) Sähköisten potilastietojärjestelmien laajentunut käyttöönotto 2000-luvulla on mahdollistanut potilastietojen paremman käytettävyyden. Myös hoidon laadun arviointi ja seuranta ovat kehittyneet. Ongelmana on kuitenkin edelleen ollut eri organisaatioiden välisten ja alueellisten tietojärjestelmien eroavaisuudet. Sähköiset järjestelmät eivät ole saumattomasti kommunikoineet keskenään, mikä on hidastanut tietojen joustavaa ja nopeaa siirtymistä. Lisäksi hoitotyön kirjaaminen on pitkälti ollut ns. tehtäväkeskeistä kirjaamista, jossa ”se, mitä on tehty, on kirjattu”. Potilaan tarpeita ja niistä nousevia tavoitteita, suunnitelmia, hoidon toteutusta ja tulosten arviointia eli hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista ei ole kyetty riittävästi toteuttamaan. Vaikka hoitotyön prosessi on suurimmalle osalle hoitajista entuudestaan tuttu, sen hallitseminen ja käyttö käytännön hoitotyössä on monelle yllättävän vaikeaa. Tämän vuoksi hoitotyön kirjaamisen kehittäminen on vaatinut myös hoitotyön prosessin harjoittelua. (Isotalo, Koivukoski, Knuutila & Wilskman 2007.)

Hoitotyön prosessimalli on tuonut kirjaamiseen systemaattisuutta ja rakenteisuutta, mutta riittävää sisältöä ja selkeyttä se ei yksin enää pysty antamaan (Ikonen & Sonninen 2008, 75–79). Sähköisten tietojärjestelmien erot ja yhteneväisen kirjaamistavan puuttuminen johtivat hoitotyön kirjaamisen valtakunnalliseen uudistukseen. Potilaan hoidon tarpeita, hoitotyön toimintoja ja toiminnan tuloksia kuvaavia luokituksia on aiemmin kehitelty erityisesti Yhdysvalloissa 1990-luvulta lähtien, josta luokitusten käyttö on levinnyt useisiin maihin ympäri maailmaa. Näiden Yhdysvalloissa määriteltyjen luokitusten pohjalta alettiin 2000-luvun alussa kehittää suomalaisen hoitotyöhön soveltuvia ydintietojen sisältöjä. (Ensio 2004, 34.) Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämässä Kansallisessa terveys-

hankkeessa (2001–2007) tavoitteena oli terveydenhuollon hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen ja hoidon saatavuuden parantaminen. Tavoitteisiin pyrittiin luomalla valtakunnallisesti yhdenmukainen ja yhteistoiminnallinen sähköinen potilaskertomus. (Kansallinen terveyshanke 2001–2007.) Sähköistä potilaskertomusta tuki suomalaisen hoitotyön ydintietojen kehittäminen ja käyttöönotto. Kansallisen terveyshankkeen tehtävänä oli luoda puitteet ja rakenteet tulevalle kehittämistyölle ja käytännön kehittämishankkeille (Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt, versio 3,0 10). Hankkeen tuloksena potilasasiakirjoille määriteltiin yhtenäinen rakenne ja hoitotyön kirjaamiselle laadittiin yhtenäinen malli. Tähän kirjaamisen malliin sisällytettiin kuuluvaksi hoitotyön ydintiedot ja hoitotyön luokitukset. (HoiDok-hanke 2005–2008, 29; KUVIO 1.)



KUVIO 1. Hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kansalliset ja alueelliset kehittämishankkeet niiden etenemisjärjestyksessä

3.2 Uuden kirjaamisen mallin kehittäminen ja käyttöönottojen tukeminen

3.2.1 HoiDok-hanke

Kansallisen terveyshankkeen pohjalta alkanut kirjaamisen yhtenäisen mallin käyttöönotto edellytti hoitotyön uudistamista. Käytännön hoitotyössä tapahtuva kirjaamismallin kehittä-

täminen tapahtui Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutetussa HoiDok-hankkeessa. Hankkeen päätarkoituksena oli valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittäminen. (HoiDok 2005–2008.) Tämän hankkeen aikana pilotoitiin kansallisessa terveyshankkeessa määritellyt hoitotyön ydintiedot ja luokitukset ja kehitettiin niistä käyttökemusten perusteella suomalaiseen hoitokulttuuriin sopivat luokitukset. Pilotoinnin tuloksena syntyi valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen hoitotyön kirjaamisen perusmalli, joka perustuu hoitotyön prosessin mukaisiin ydintietoihin sekä kansalliseen hoitotyön luokitukseen (FinCC-luokitus 2008). Ydintiedoilla tarkoitetaan hoidon tarvetta, hoitotyön toimintoja, hoidon tuloksia, hoitoisuusarviota sekä hoitotyön yhteenvetotietoja. Nämä ydintiedot yhdistettiin sähköisen potilaskertomuksen moniammatilliseen tietoon ja alueellisiin tiedonvälitysratkaisuihin. Lisäksi hankkeessa määriteltiin hoitotyön johtamisen perustiedosto. (HoiDok-hanke 2005–2008, 5–7.)

3.2.2 HoiData-hanke

Hoitotyön kirjaamismallin kehittämistyön jälkeen tarvittiin uuden mallin käyttöönottojen tukemista ja tämä toteutui HoiData-hankkeen kautta (2007–2009). HoiData-hankkeessa kehitettiin kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot. Hankkeeseen osallistui 34 työyksikköä kaikilta terveydenhuollon kentiltä sekä Stakesin edustajat (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus). Yhteistyö oli tarkoituksellisesti laajaa ja monialaista, jotta se kuvaisi mahdollisimman kattavasti koko hoitotyön käytännön työkenttää. HoiData-hankkeen päätarkoitus oli esittää HoiDok-hankkeessa kehitetty hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli sosiaali- ja terveysministeriölle standardoitavaksi. Tavoitteena oli myös osallistua kansallisen hoitotyön kirjaamismallin arviointiin ja testauksiin yhteistyössä eri järjestelmätoimittajien kanssa. Käytännön tavoitteena oli kouluttaa henkilöstöä kirjaamismallin käyttöön sekä luoda eVerkkoympäristö uuden kirjaamisen harjoittelua varten. HoiData-hankkeen tulosten pohjalta pääteltiin, että uuden kirjaamismallin käyttöönotto vaatii sekä teoreettista että käytännön koulutusta. (HoiData-loppuraportti 2009.) Hankkeen tulokset ohjasivat uuden kirjaamismallin koulutuksen kehittämistyötä, ja tältä pohjalta syntyi opetusministeriön rahoittama eNNi-hanke.

3.2.3 eNNi-hanke

eNNi-hanke (2008–2010) käynnistyi kansallisen hoitotyön kirjaamismallin, sähköisen rakenteisen kirjaamisen opetuksen ja koulutuksen organisoimiseksi. Hankkeen ensimmäinen osahanke toteutettiin vuosina 2008–2009, jolloin yhteistyö työelämän yhdyshenkilöiden ja ammattikorkeakoulujen opettajien välillä käynnistettiin ja luotiin edellytykset rakenteisen kirjaamisen kehittämistoiminnan osaamisen ja ohjaamisen tukemiseksi. Tältä pohjalta käynnistyi eNNi-hankkeen toinen osahanke (2009–2010), jonka toimintamallina oli Laurean ammattikorkeakoulun kehittänyt Learning by developing -malli, jolla tarkoitetaan pedagogista menetelmää, jossa tutkiva oppiminen tapahtuu työelämän ja ammattikorkeakoulun yhteisissä kehittämishankkeissa (Ahonen 2008).

eNNi-hankkeen toisen osahankkeen tavoitteena oli sairaanhoitajien, hoitotyön opettajien ja opiskelijoiden sekä ammattikorkeakoulujen informaattikkojen käytännön yhteistyön avulla saavutettava hoitotyön kirjaamisen kehittäminen ja rakenteisen kirjaamisen ajattelutavan juurruttaminen päivittäiseen hoitotyön dokumentointiin (Ikonen 2007a). Kaikki osapuolet hyötyivät yhteistyöstä. Työelämän organisaatio sai tietoa nykyisen toimintansa kuvauksesta ja koulutuksen vaikutuksesta kirjaamisen sisältöön opiskelijan tekemän opinnäytetyön avulla. Opiskelijat saivat mahdollisuuden osallistua kirjaamisen kehittämistyöhön ja ammattikorkeakoulun opettajat saivat vahvistusta ohjausosaamiseensa käytännön yhteistyön kautta. Informaattikkojen rooli oli olla tukemassa opinnäytetöihin liittyvässä tiedonhaussa. Työelämän edustajien omaama käytännön tieto, nykyisen kirjaamiskäytännön tiedostaminen ja uusi, rakenteisen kirjaamisen osaamistieto tukivat toisiansa ja edistivät oppimista ja kirjaamisen kehittämistä. (Ahonen 2008.)

eNNi-hankkeen toisen vaiheen tavoitteena oli myös tunnistaa ja vähentää mahdollista muutosvastarintaa hoitotyön kirjaamisen muutosprosessissa sekä luoda yhteinen ymmärrys siitä, miksi hoitotyön kirjaamisen rakenteisuutta tulee kehittää (Ikonen 2008). Muutosprosessin kohteena oleva työyhteisön kirjaamisen kehittyminen vaatii aikaa ja muutoksen organisointia ja suunnittelua, toimivia vuorovaikutussuhteita ja johtajuutta, jotta muutoksen merkitys löydettäisiin ja uusi toimintamalli juurtuisi päivittäiseen hoitotyön dokumentointiin (Ikosen 2007b mukaan Ora-Hyytiäinen ja Silvennoinen). eNNi-hankkeen myötä koulutusprojekteja ja rakenteisen kirjaamisen mallin pilottikokeiluja toteutettiin hankkeeseen osallistuneissa organisaatioissa kaikkialla Suomessa.

eNNi-hankkeen toisen vaiheen päätösseminaari järjestettiin lokakuussa 2010. Projektijohdaja Ikosen mukaan eNNi-hankkeen tuloksena tiedonhallintaan liittyvä osaaminen kasvoi hankkeeseen osallistuneissa organisaatioissa. Työyhteisöissä hoitotyön kirjaaminen miellettiin aiempaa enemmän koskemaan potilaan koko hoitoprosessia, potilaan tulovaiheesta sen arviointiin saakka. Lisäksi kirjaamisen sisältöä ohjasi potilaslähtöisyys. eNNi-hankkeen myötä myös tutkitun tiedon käyttäminen näyttöön perustuvassa hoitotyössä lisääntyi. Hoitotyön kirjaamista opettaville opettajille eNNi-hankkeeseen liittyvissä kehittämissankkeissa toimiminen oli tuonut uutta osaamista ja oman toiminnan vaikuttavuuden arviointia myös alueellisesta näkökulmasta katsottuna. Tältä pohjalta oli hyvä lähteä laajentamaan koulutusosaamista myös muihin sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluihin. (Ikonen 2010.)

eNNi-hankkeen myötä toteutettujen käyttöönottokokeilujen tulokset olivat pääosin positiivisia, mutta ehdotuksia käytettävyyden parantamiseen tuli myös runsaasti. FinCC-asiantuntijaryhmän suunnitteleman käytettävyystudkimuksen (2010) tulosten mukaan rakenteinen kirjaaminen ja luokitusten käyttö olivat tehneet kirjaamisesta jäsentyneempää, jolloin myös potilasta koskevat oleelliset tiedot löytyivät helpommin. Kirjaamisen laatu oli parantunut ja potilaan hoito tarkentunut. Luokituskokonaisuuden koettiin kuitenkin olevan vielä liian moniportainen, työläs ja teknisesti kömpelö. Kirjaamisen koettiin vievän aikaa muulta hoitotyöltä. Tiedon pirstaleisuus oli myös alentanut sen käytettävyyttä. (Ensio 2010.) Kuusiston, Nykäsen ja Viitasen keväällä 2010 suorittamassa, työsuojelurahaston ja sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa käytettävyystudkimuksessa tulokset olivat käytettävyyteen liittyvien ongelmien suhteen samansuuntaisia kuin FinCC-asiantuntijaryhmän tekemässä tutkimuksessa. Tutkimustulosten perusteella tekijät näkevät, että rakenteista kirjaamismallia tulisi yksinkertaistaa ja selkiyttää sekä kehittää kirjaamismallin soveltamista helpottavia mallipohjia erilaisiin kirjaamisympäristöihin. Kirjaamisen moniammatillista hyödynnettävyyttä sekä tietojärjestelmien toimivuutta ja käytettävyyttä tulisi myös parantaa. (Kuusisto, Nykänen & Viitanen 2010.)

Käytettävyystudkimusten tulosten perusteella asiantuntijaryhmä on antanut esityksen rakenteista kirjaamista koskevista sisältömuutoksista (Ensio 2010). Rakenteisen kirjaamisen lainsäädäntöön perustuvaan toteutukseen on myös tulossa uusia ohjeistuksia ja asia on kirjattu Suomen hallituksen esityksiin (Hallituksen esitys 176/2010). Terveys- ja hyvin-

voinnin laitos tulee perustamaan moniammatillisen työryhmän arvioimaan ja kehittämään hoitokertomusten käytettävyyttä (Ensio 2010).

3.3 Terveyskeskuksen vuodeosaston osallistuminen eNNi-hankkeeseen ja toimintatutkimukseen

Tämä opinnäytetyö toteutettiin perusterveydenhuollon organisaation piirissä, Kokkolan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon edustajilla on yhteinen hoitotyön alueellinen johtoryhmä, joka suunnittelee ja organisoii hoitotyön kehittämiseen liittyviä hankkeita. Kansallinen terveystyö (2001–2007) käynnisti valtakunnallisesti yhtenäisen hoitotyön kirjaamismallin kehittämistyön ja käytäntöön juurruttamisen, jota eri osahankkeet (HoiDok, HoiData) vauhdittivat. Kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö (Laki 2007/159) velvoitti järjestämään ja organisoimaan rakenteisen kirjaamisen mallin koulutusta ja käyttöönottoa. Tältä pohjalta pidettiin huhtikuussa 2008 terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon ensimmäinen yhteinen rakenteista kirjaamista koskevan työryhmän kokous. Kokouksessa suunniteltiin lain velvoitteiden käytännön toteutusta, koulutusorganisaation rakennetta sekä koulutusten aikatauluja ja yhteistyökumppaneita. Tavoitteeksi asetettiin alueellisesti yhtäaikainen rakenteisen kirjaamisen kehittäminen. eNNi-hankkeen käynnistymisen (2008) myötä koulutukset päätettiin toteuttaa yhteistyössä Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opettajien kanssa. Työpaikkakoulutukset aloitettiin keväällä 2009. Neljästä terveyskeskuksen vuodeosastosta kaksi osastoa osallistui eNNi-hankkeen myötä järjestettyihin kirjaamiskoulutuksiin, joista ensimmäinen pidettiin keväällä 2009 ja toinen keväällä 2010. (Laukka 2009.)

Tämän opinnäytetyön mielenkiinnon kohteena oleva terveyskeskuksen vuodeosasto on luonteeltaan kuntoutusosasto. Suurin osa potilaista on neurologisia kuntoutuspotilaita sekä erilaisia traumapotilaita, jotka ovat tulleet jatkokuntoutukseen saamansa akuuttihoiton jälkeen. Lisäksi osastolla hoidetaan lääkinnällistä kuntoutusta saavia potilaita sekä elektivisiä artroosi- eli nivelrikkopotilaita, jotka tulevat suunnitellusti keskussairaalaan tehdyn proteesileikkauksen jälkeen terveyskeskukseen noin viikon mittaiselle kuntoutusjaksolle. Kaikkien potilasryhmien hoidon tavoitteena on kuntouttaa potilaat mahdollisimman tehokkaasti ja nopeasti. Potilaille tehdään yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, joka sovitaan yhteisessä tapaamisessa, johon osallistuvat potilaan ja hänen omaistensa lisäksi hoitava lääkä-

ri, oma sairaanhoitaja sekä erilaisia terapiahenkilöitä kuten fysioterapeutit, toiminta- ja puheterapeutit. Yhteisessä neuvottelussa päätetään kullekin potilaalle sopivat ja realistiset tavoitteet ja keinot, joilla niihin päästään. (Kallio 2010.)

Terveyskeskuksen vuodeosasto osallistui eNNi-hankkeeseen sen toisessa vaiheessa keväällä 2010. Rakenteisen kirjaamisen koulutushankkeeseen osallistuminen antoi opinnäytetyön tekijälle tilaisuuden yhdistää opiskeluunsa liittyvä opinnäytetyö ja työyhteisön kirjaamiskoulutus. Tämän opinnäytetyön toteutuksessa oli piirteitä sekä kehittämistyöstä että toimintatutkimuksesta. Tutkimuksen prosessinomaisesta luonteesta johtuen opinnäytetyön tekijä valitsi tutkittavalle ilmiölle mielestään parhaiten soveltuvan, toimintatutkimukseen kuuluvan lähestymistavan.

3.4 Efficapotilastietojärjestelmä sähköisen kirjaamisen rakenteena

Potilastietojen kirjaamista koskevat muutospaineet vaikuttivat myös toimintatutkimukseen osallistuneen vuodeosaston taustaorganisaation päätökseen siirtyä manuaalisesta potilastietojen kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen. Huhtikuussa 2006 TietoEnatorin (nykyinen Tieto Oy) kehittämä ja ylläpitämä effica-potilastietojärjestelmä otettiin käyttöön perusterveydenhuollon hammashuollon toimipisteessä ja marraskuussa käyttöönotto laajeni kaikkiin toimintapisteisiin. Efficapotilastietojärjestelmän toimintaideologiana on tukea potilaan saumatonta hoitoprosessia sekä alueellista ja moniammatillista yhteistyötä. Effican tärkeimmät painopistealueet ovat vuodeosaston toiminnan näkökulmasta katsottuna sähköinen potilaskertomus, hoidon ja resurssien varaus, läheteiden ja palautteiden käsittely, ajanvarausten ja vuodepaikkojen hallinta, arkistointi sekä potilaan/asiakkaan lääkitys, laboratorio- ja kuvantamistoiminta ja hammashuolto. (Mård 2010.)

Vuodeosastoilla toteutettava hoitotyön kirjaaminen tapahtuu lähinnä kahdelle erilliselle sähköiselle sivulle: hoitotyön suunnitelma- (”hoisu”) ja päivittäisen hoitotyön sivulle (”hoit”). Lisäksi hoitavan työryhmän ja potilaan kanssa yhteisesti suunniteltava kuntoutussuunnitelma kirjataan kuntoutuspalveluiden sivulle (”kunpa”). Hoitotyön suunnitelmasivu pohjautuu Roperin, Loganin ja Tierneyn vuonna 1980 kehittämiin elämisen toimintojen malliin, jossa potilaan tarpeet ja hoitotyön ongelmat on tunnistettu ja nimetty ”elämisen toimintoihin” kuuluvien otsikoiden alle (Roper, Logan & Tierney 1994). Vuodeosaston

kirjaamisessa hoitotyöntekijät kirjaavat vapaamuotoisesti elämisen toiminnot -otsikon alle potilaan tilanteesta nousevien tarpeiden ja ongelmien pohjalta. Hoitotyön suunnitelmasivulla potilaan elämisen toiminnoille on mahdollista määritellä tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi sekä hoidon lopussa suoritettava loppuarviointi. Hoitotyön suunnitelma kirjataan erityisesti potilaan tulotilanteessa, ja tarpeen mukaan sitä päivitetään tilanteen muuttuessa. Hoitotyön päivittäissivun kirjaaminen on siirtynyt tämän opinnäytetyön loppuvaiheen aikana hoitotyön lehti-sivulle (”hoi”), jolloin kirjaaminen rakentuu hoitajan valitseman otsikoinnin alle. Tähän sivulle on valittavissa runsaasti erilaisia otsikoita, mm. hoitotyön prosessin vaiheet, joiden tarkoituksena on helpottaa tiedon ryhmittelyä ja toisaalta jälkikäteen tapahtuvaa tiedonhakua.

Syksyllä 2010 perusterveydenhuollon käyttämässä effica-potilastietojärjestelmässä oli yhteensä noin 350 erilaista lomaketta eli sähköistä sivua sekä yli 600 erilaista otsikkoa, joiden perusteella tietojen hakua helpotettiin. Ongelmana oli kuitenkin se, että alueen erikoissairaanhoidon käyttämän effica-potilastietojärjestelmän lomakkeet ja niiden otsikoinnit olivat osin erilaisia perusterveydenhuollon vastaaviin nähden. (Mård 2010.) Potilastietojen sähköinen lähete-palautejärjestelmä toimi kuitenkin hyvin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatioiden välillä; tosin viiveitä saattoi esiintyä, minkä vuoksi kiiretapauksissa potilaan sähköinen lähete oli tulostettava myös kirjallisessa muodossa. Lisäksi molemmissa organisaatioissa voitiin potilaan luvalla saada työyksikkökohtainen katselulupa (”aluekatselu”-toiminto) toisen organisaation potilastietoihin lukuun ottamatta tiettyjä lakisääteisiä erityisluvallisia (mm. psykiatria, perinnöllisyys) sivustoja (Asetus 298/2009; Varila 2010). Potilaan tietojen saumaton siirtyminen organisaatioiden välillä tulee helpotumaan, kun sairaanhoitopiiriin ja sen alaisuudessa toimivien perusterveydenhuollon organisaatioiden potilastietorekisterit yhdistetään uuden terveydenhuoltolain myötä 1.5.2011. Uuden lain vaikutuksista organisaatioiden sähköisen hoitotyön kirjaamisen yhtenäistymiseen ei ole vielä tarkkaa tietoa. (Eduskunnan vastaus 2010/244 vp; Varila 2011.)

Rakenteinen kirjaaminen ja FinCC-luokitusten mukaiset hoitotyön ydintiedot tulevat sisältymään sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamien kluster-hankkeiden (lähekkäinen ryhmä, Valpola 2000) kautta Effica-, Pegasos-, Oberon/Miranda- ja Esko-potilastietojärjestelmien toimintarakenteeseen. Effica-potilastietojärjestelmän hoitotyön kirjaamista palvelevaa osiota kehitettiin HoiData-hankkeen (2007–2009) aikana valtakunnallisen effica-työryhmän ansiosta. (HoiData-loppuraportti 2009.) Tämän opinnäytetyön

aihepiirin taustalla vaikuttava Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon organisaatio osallistui potilaan rakenteisen hoitokertomuksen käyttöönottokokeiluun keväällä 2009. Käyttöönottokokeilu jouduttiin kuitenkin keskeyttämään muutaman viikon jälkeen käytettävyy- ja yhteensopivuusongelmien vuoksi. Kokeilun aikana effica-hoitokertomuksen käyttö lisäsi merkittävästi tiedonkulun ongelmia ja sekä hoitajat että lääkärit pitivät sitä vaikeaselkoisena. (Hjelm 2010; Tietokone 2010.) Hoitokertomuksen uutta versiota ollaan parhailaan kehittämässä Tieto Oy:ssä ja kehitystyö vie vielä vähintäänkin vuoden, ennen kuin uusi hoitokertomus on käytettävissä. Hoitotyön yhteenveto-sivun rakenteisen version harjoittelu alkaa kuitenkin erikoissairaanhoidossa keväällä 2011. Tässä hoitotyön yhteenvetossa ei vielä oteta käyttöön FinCC:n komponenttitasoja, vaan rakenne pohjautuu hoitotyön prosessin mukaisiin otsikointeihin, hoitoisuusarvioon ja potilaan siirtovaiheen lääketystietoihin. Hoitotyön yhteenvetosivun varsinainen käyttöönottokokeilu alkaa syksyllä 2011. (Tikkanen 2010.) Perusterveydenhuolto ei ole vielä osallistunut varsinaisiin käyttöönottokokeiluihin, vaan odottaa erikoissairaanhoidon kokemuksia ja ohjeistuksia.

4 RAKENTEISEN KIRJAAMISEN JUURUTTAMINEN TYÖYHTEISÖÖN

4.1 Hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Suomessa hoitotyön kirjaamista ohjaa lainsäädäntö, jonka pohjana on kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaava perustuslaki (Laki 1999/731). Hoitotyön kirjaamisen lähtökohtana on Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), jonka mukaan jokaisella Suomessa asuvalla potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun, jossa häntä kunnioitetaan ja hänen yksilöllisyytensä arvostetaan ja huomioidaan. Laki sisältää myös runsaasti yksityiskohtia, joiden tarkoituksena on parantaa potilaan oikeusturvaa ja selkeyttää potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön yhteistyötä.

Potilasasiakirjoja koskeva lainsäädäntö on seurannut hoitotyön kehittämistyötä. Potilasasiakirja-asetuksen (Asetus 2001/99) velvoitteet asiakirjojen laatimisesta, säilyttämisestä ja salassapidosta saivat jatkoa vuonna 2004, kun lain pohjalta turvattiin potilaan oikeus saada häneen kohdistuvalle tutkimukselle, hoidolle tai lääkinnälliselle kuntoutukselle kirjallinen suunnitelma (Laki 2004/857). Potilasasiakirja-asetuksessa (2009) määrättiin, mitä potilasasiakirjojen perustietoihin tulee sisältyä ja miten potilaan hoitoa koskevien päätösten vaiheet tulee merkitä. Lisäksi asetuksessa annettiin tarkat ohjeet mm. potilastietojen säilyttämisestä sekä potilaan hoitoa koskevien loppulausuntojen ajankohdasta ja sisällöstä. Kaikille osastohoidossa oleville potilaille tulee lain mukaan tehdä kolmen kuukauden välein hoitoyhteenvetotiedot. Samalla todettiin, että potilasta koskevat asiakirjamerkinnot on tehtävä viivytyksettä, viimeistään viiden vuorokauden kuluttua annetusta hoidosta tai sen päättymisestä sekä avo- että laitoshoidossa. (Asetus 2009/298.)

Merkittävin hoitotyön kirjaamista koskeva lakiuudistus on laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (Laki 2007/159). Lain tarkoituksena on turvata sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasta ja potilasta koskevien tietojen turvallinen, yksityisyyttä suojaava ja asianmukainen käyttö ja siten ehkäistä myös väärinkäytöksiä. Lain tarkoituksena on myös taata kirjattujen tietojen yhteensopivuus ja liikkuvuus erilaisten sähköisten potilastietojärjestelmien välillä sekä turvata potilaan tiedonsaantimahdollisuudet. Täysi-ikäinen potilas saa lain myötä mahdollisuudet omien potilastietojensa rajattuun, sähköiseen katseluyhteyteen tietokoneen välityksellä. Nämä asiat toteutuvat lain mukaan par-

haiten luomalla keskitetty potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä, joka myös takaa potilastietojen pitkäaikaisen säilymisen sähköisesti kestäväällä tavalla. (Laki 2007/159.)

Asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevaan lakiin liittyy läheisesti myös sosiaali- ja terveysministeriön laatima asetus sähköisestä lääkemääräyksestä (Asetus 2008/485). Uudessa käytännössä lääkärin potilaalle kirjoittama resepti välittyy sähköisesti suoraan valtakunnalliseen, Kansaneläkelaitoksen ylläpitämään reseptikeskukseen. Lääkäri antaa potilaalle ainoastaan sairautta koskevat hoito-ohjeet, mutta reseptin välittämän lääkkeen potilas saa apteekista sähköisen reseptikeskuksen kautta. Tämä lisää turvallisuutta, vähentää väärinkäytöksiä ja väärinymmärryksiä sekä antaa potilaalle mahdollisuuden omien lääketietojensa seuraamiseen kotitietokoneelta. (Asetus 2008/485.) Asetuksen sisältämiä määräyksiä on tarkennettu hallituksen uudessa esityksessä. Kaikkien apteekkien tulisi kyetä toimittamaan sähköinen lääkemääräys viimeistään huhtikuussa 2012. Sähköisen lääkemääräyksen pilottikoikeilu on käynnistynyt Turun apteekeissa keväällä 2010. (Hallituksen esitys 2010/176.)

Asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevan lain (Laki 2007/159) velvoitteissa kansaneläkelaitos toimii keskitetyn arkistointipalvelun ylläpitäjänä. Kukin rekisterinpitäjä huolehtii itse potilastietojensa säilyttämisestä ja käsittelystä. Hakemistopalvelu toimii potilastietojen välittämisessä palvelun antajalta toiselle. Koodistopalvelun sisällöstä vastaa sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Nämä palvelut yhdessä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen vastaamien varmennepalveluiden kanssa muodostavat potilastietojen keskitetyn valtakunnallisen tietojärjestelmäpalvelun. (Salo 2007,13–17.)

Alkuperäisen lakiesityksen mukaan (2007/159) siirtymisen valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin tuli tapahtua huhtikuuhun 2011 mennessä. Sähköisten tietojärjestelmien kehitystyön viivästyksset ovat kuitenkin merkinneet valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden käyttöönoton myöhentämistä lainsäädännön edellyttämästä aikataulusta. Lisäksi terveydenhuollon käytössä olevien sähköisten järjestelmien moninaisuuden on todettu hankaloittavan kaikkien potilasta koskevien asiakirjojen tallentamista. Tämän perusteella lakiin on tulossa muutos, jossa tarkentuu, mitkä potilasasiakirjat tulee tallentaa arkistointipalveluun. Uuden siirtymäaikataulun mukaan hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto tapahtuu julkisella terveydenhuoltosektorilla viimeistään syyskuuhun 2014 mennessä ja yksityisellä puolella vuotta myöhemmin. Kansaneläkelaitoksen toteuttama kansallinen

terveysarkisto tulee pilottikäyttöön vuonna 2011. Osa terveydenhuollon potilastietojärjestelmistä voidaan liittää valtakunnalliseen arkistointipalveluun vuodesta 2012 lähtien. (Hallituksen esitys 2010/176.)

Viimeisin terveydenhuollon asiakasta koskeva merkittävä lakiuudistus on terveydenhuolto-laki, jonka uudistukset tulevat pääosiltaan voimaan 1.5.2011. Laki sisältää terveydenhuollon toimintoja, tehtäviä ja terveyspalvelujen sisältöä koskevia säädöksiä. Lain tavoitteena on mm. lisätä terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, asiakaslähtöisyyttä, hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Lain tarkoituksena on myös tiivistää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä saumatonta yhteistyötä sekä vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa. Näitä tarkoituksia tuetaan muodostamalla yhteinen potilastietorekisteri organisaatioiden välille. Tällöin potilaan tietoja voidaan luovuttaa toimintayksiköiden välillä, mikäli potilas ei ole sitä erikseen kieltänyt. Tämä toiminto tukee asiakaslähtöisen ja potilasturvallisen hoidon toteutumista. Lain myötä asiakkaalla on oikeus valita häntä koskevan kiireettömän hoidon toteutus oman kunnan tai yhteistoiminta-alueen sisällä sekä erikoissairaanhoidon koskeva toteutus myös laajemmalla alueella. Lain toisessa vaiheessa (v.2014-) asiakkaalla on oikeus valita hoitopaikkansa koko maan alueelta. Myös erikoissairaanhoidon palvelut tulevat lähemmäksi potilasta, kun potilaalla on mahdollisuus saada erikoissairaanhoidon perustason palveluita omasta terveyskeskuksestaan. Lisäksi laissa on tarkasteltu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä rakenteita. (Eduskunnan vastaus 244/2010 vp; Risikko 2010; Koskela 2010.)

4.2 Hoitotyön prosessimalli

Hoitotyön prosessimallilla tarkoitettiin alun perin Yuran ja Walshin vuonna 1967 julkaisemaa määritelmää, jonka mukaan terveydenhuollon asiakkaan terveydentilaa ja siihen liittyviä ongelmia ja tarpeita, suunnitelmia ja niiden toteuttamista ja arviointia kirjataan järjestäytyneellä ja systemaattisella tavalla (Hallila 2005, 24). Tältä pohjalta Maailman terveysjärjestö, WHO, asetti ohjelmavoitteen 1970-luvulla ”kehittää ja systematisoida käytännön hoitotyötä prosessiajatteluun pohjautuvan toimintamallin avulla”. Tästä hoitotyön prosessista käytetään nimitystä ”prosessimalli, päätöksentekomenetelmä, prosessimenetelmä” (Kratz 1984, 11) tai päätöksenteon prosessimalli (Ensio 2008a, 56). Melko varhaisessa vaiheessa hoitotyön prosessimalliin liitettiin myös viides vaihe eli hoitotyön

diagnoosi, jossa potilaan hoidon tarpeista tunnistetut hoidolliset ongelmat nimettiin (Ensio & Saranto 2004, 36). Suomessa hoitotyön prosessimalli on ollut käytössä 1970-luvulta lähtien, mutta aktiivisessa käytössä on ollut vain prosessin neljä vaihetta hoitotyön tarpeen arvioinnista tavoitteiden asettamiseen, hoidon toteutukseen ja sen arviointiin (Hopia & Koponen 2007, 5–9). Hoitotyön prosessin tavoitteena oli sen kehittämistä lähtien asiakkaan mahdollisimman hyvän terveydentilan saavuttaminen ja elämänlaadun parantaminen sekä hänen omien voimavarojensa maksimointi (Walsh & Yura 1988, 169). Tämä tavoite on vielä nykyäänkin ajankohtainen. Hoitotyön prosessi on jäsentänyt kirjaamista, jolloin se on myös tehostanut tiedonsiirtoa ammattilaiselta toiselle (Hopia & Koponen 2007, 6–7).

Hoitotyön prosessiajattelu on saanut myös kritiikkiä osakseen. Hallila (2005, 25) viittaa Krausen ja Salon (1992) esille tuomaan kritiikkiin, jossa kyseenalaistetaan asetelma, jonka mukaan sairaanhoitaja olisi ensisijainen päätöksentekijä potilaan hoitoa koskevien ratkaisujen tekemisessä. Hallila itse (1996, 41) näkee, että prosessimenetelmää käyttävä hoitotyöntekijä voi luontevasti toimia potilaan ja hänen omaisensa edustajana, koska avainasemassa ovat hoitotyöntekijän ammattitaito ja ammatillinen etiikka.

Hoitotyön prosessimalli mahdollistaa hoidollisen päätöksen teon. Päätöksenteko on hoitotyön tietoperustasta nousevaa, prosessimaisesti etenevää toimintaa, jossa sairaanhoitaja tekee valintoja erilaisista vaihtoehdoista. (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 26.) Tutkimusten perusteella hoitajan päätöksenteko perustuu pääperiaatteiltaan joko rationaaliseen tai intuitiiviseen päätöksentekoon. Rationaalinen päätöksenteko koostuu yksittäisistä tiedoista kootuista yhteenvedoista, ja sen on katsottu sopivan aloittelijan työväliseksi. Asiantuntijasairanhoitaja tekee päätöksiä hahmottamalla ensin laajemman kokonaisuuden ja yhdistämällä siihen muita tietokokonaisuuksia ja omaa ammatillista työkokemustaan. (Ensio 2008a, 58.) Laurin ja Salanterän (Hallila 2005, 27–29) mukaan päätöksenteossa käytetään usein myös näiden ajatteluprosessien yhdistelmiä. Heidän mielestään analyyttisiä (vrt. rationaalisia) ajatusprosesseja ei voi yksistään käyttää ihmisen hoitamiseen liittyvässä päätöksenteossa vaan tarvitaan intuitiivista, ihmisen kokemuksia analysoivia ajatteluprosesseja, jotka perustuvat potilaan itsensä kertomaan tietoon. Tällöin hoitajalta vaaditaan empaattista kykyä kuunnella potilasta ja hänen viestejään.

Vaikka hoitotyön prosessimalli on ohjannut hoitotyön kirjaamista jo 1970-luvulta alkaen, on sen hallinnassa vieläkin ongelmia. Turun kaupungin julkisen sairaanhoito-organisaation

rakenteisen kirjaamisen yhdyshenkilönä ja kouluttajana toimivan sairaanhoitaja Mäkilän mukaan sairaanhoitajat eivät aina tunnista potilaan tarpeita, jolloin myös tavoitteiden asettaminen koetaan vaikeana. Hänen arvionsa mukaan hoidon suunnittelu ja toteutus eivät tällöin kohtaa potilaan tarpeita. Myös hoidon arviointi on puutteellista ja sairaanhoitajan päätöksenteko ei näy hoitoprosessin vaiheissa riittävän selkeästi. Sairanhoitajat eivät usein tiedosta sitä, että potilaan hoidon kirjaaminen perustuu lakiin, jonka perusteella potilasta koskevat asiakirjat tulee olla oikein laadittuja. Tehtäväkeskeinen kirjaaminen on yleistä, jolloin hoidon suunnitelma ja tavoitteen asettelu saattavat puuttua kokonaan. Mäkilän mukaan hoitotyön kirjaamisen kehittämisen tavoitteena tulisi olla sairaanhoitajan päätöksenteon näkyvyys kaikissa hoitosuunnitelman vaiheissa, myös potilaan tarpeiden määrittelyssä ja suunnittelussa. (Mäkilä 2007, 35–40.) Myös Keski-Pohjanmaan rakenteisen kirjaamisen työryhmän puheenjohtajan mukaan hoitotyön prosessin oivaltaminen ja osaaminen on ollut haasteellista rakenteiseen kirjaamiseen oppimisessa (Hjelm 2010).

4.3 Rakenteinen kirjaaminen

Hoitotyön prosessimallin käyttö on tuonut kirjaamiseen systemaattisuutta ja rakenteisuutta (Ikonen & Sonninen 2008, 75–79). Kirjaamisen sisältö ja laatu ovat kuitenkin edelleen olleet liaksi riippuvaisia kirjaajan henkilökohtaisista kyvyistä ja mieltymyksistä, mikä on näkynyt yhtenäisen ja selkeän kirjaamistavan puuttumisena. Kirjatun tiedon hyödyntäminen on tämän vuoksi ollut ongelmallista. (Ensio 2008b, 150.) Lisäksi sähköisten potilastietojärjestelmien alueelliset ja organisaatioiden väliset eroavaisuudet ovat aiheuttaneet ongelmia tiedon nopealle ja joustavalle siirtymiselle (Isotalo, Koivukoski, Knuutila & Wilskman 2007). Myös lainsäädännön velvoitteet ovat edellyttäneet kirjaamisen kehittämistä ja uudistamista (Laki 2007/159).

Hoitotyön kirjaamiseen liittyvät ongelmat sekä kirjatun tiedon käytettävyydelle asetetut vaatimukset johtivat kirjaamisen uudistukseen, jossa kansallisen rakenteen avulla yhtenäistettiin (Kansallinen terveysterveysuhanke 2001–2007) hoitotyön kirjaaminen yhteisesti sovitujen luokitusten mukaisesti. Uusi kirjaamismalli kehitettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutetun pilottihankkeen kautta, jossa käytännön hoitotyössä tehtyjen käytökokemusten perusteella otettiin käyttöön suomalaisen hoitokulttuuriin sopivat luokitukset. (HoiDok-hanke 2005–2008, 5–7.) Uuden kirjaamismallin käyttöönottoja tukeva Hoi-

Data-hanke (2007–2009) oli myös osaltaan viemässä uutta kirjaamismallia ja siihen liittyvää osaamista yhä useammille työpaikoille. Varsinais-Suomessa toteutetun pilotoinnin tuloksena syntyi valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen hoitotyön kirjaamisen malli, joka perustuu hoitotyön prosessin mukaisiin ydintietoihin sekä kansalliseen hoitotyön luokitukseen (FinCC-luokitus). Ydintiedoilla tarkoitetaan hoidon tarvetta, hoitotyön toimintoja, hoidon tuloksia, hoitoisuusarviota ja hoitotyön yhteenvetotietoja. Lisäksi hankkeessa määriteltiin hoitotyön johtamisen perustiedosto. Hoitotyön rakenteinen kirjaamistapa ja FinCC-luokitus kytketään uudistuksen ja kehitystyön myötä erilaisten sähköisten potilastietojärjestelmien rakenteeseen. Tähän uudistukseen ovat kaikki sähköiset potilastietojärjestelmät velvoitettuja siirtymään, mikä helpottaa tietojen hyödyntämistä. (HoiDok-hanke 2005–2008, 5–7.)

Hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa potilasta koskeva tieto jäsennetään hoitotyön luokitusten avulla. Hoitotyön tarpeet ovat hoidon tarveluokituksessa (SHTal) ja hoidon suunnitelmiin ja toteuttamiseen liittyvät luokitukset hoidon toimintoluokituksissa (SHTol) sekä hoidon arviointi hoidon tulosluokituksessa (SHTul). Sekä tarve- että toimintoluokituksessa on 19 eri komponenttia. Komponentit kuvaavat kaikkein abstrakteinta tasoa. Tarve- ja toimintoluokitukset eroavat toisistaan omien koodien ja OID-tunnisteiden avulla. Molemmat luokitusryhmät muodostuvat kolmetasoisista, hierarkkisista luokituksista, jolloin kunkin komponentin alla on tarkemman kuvauksen antava pää- ja alaluokka. Potilaan tarpeita ja hoidon suunnitelmia kirjataan valitsemalla komponentti ja sen lisäksi pää- tai alaluokka tilanteeseen sopivasti. Valittuja komponentteja ja luokkia täydennetään vapaalla tekstillä, jotta potilaan tilanteesta saataisiin mahdollisimman tarkka kuvaus. Hoidon tarveluokituksessa pyritään lisäksi määrittelemään valitulle komponentille ja sen alaluokille varmuusaste sanojen ”varma”, ”todennäköinen” tai ”epäily” avulla. Tavoitteiden kirjaaminen on vapaamuotoista, mutta pyrkimyksenä on nimetä selkeä ja ajallisesti hahmotettava tavoite. Myös hoidon toteutusta koskeva kirjaus tapahtuu vapaamuotoisesti, hoidon tarpeita, tavoitteita ja suunnitelmia seuraten. Hoidon tulosluokituksessa on vain kolme vaihtoehtoa, jossa potilaan arviointihetken vointia verrataan asetettuihin tavoitteisiin ja päätetään, onko potilaan tila ”parantunut”, ”ennallaan” vai ”huonontunut”. Arviointi toteutetaan tavoitteisiin asetetun aikarajan mukaisesti. (FinCC-luokitus 2008; FinCC-luokitusopas 2008.)

Luokitusten mukaisesta kirjaamisesta käytetään nimitystä ”rakenteinen kirjaaminen”, mitä myös tässä opinnäytetyössä käytetään. Kirjaamisen rakenteistamisella pyritään myös yh-

distämään hoitotyön kirjaamisessa tähän asti käytössä ollut hoitosuunnitelma ja päivittäiset hoitotyön merkinnät, jolloin hoitosuunnitelmasta tulee kirjaamisen perusta, jonka toteutusta ja arviointia päivittäisillä merkinnöillä kuvataan. Tätä sähköisen kirjaamisen kokonaisuutta nimitetään hoitokertomukseksi. (Ikonen & Sonninen 2008, 77.)

Käytännön hoitotyössä rakenteinen kirjaaminen lisää hoitotyön toiminnan näkyvyyttä. Kun kirjaamisessa käytetään yhteisesti sovittua ammatillista kieltä ja selkeitä käsitteitä ja sanoja, se antaa hoitotyöntekijöille yhteisen käsityksen annetusta hoidosta, mikä parantaa hoidon laatua. (Ensio 2009.) Hoitotyön prosessin vaiheet jäsentävät rakenteista kirjaamista sen kaikissa vaiheissa. Tavoitteena on päästä eroon tehtäväkeskeisestä kirjaamisesta, jolloin kirjaamisen lähtökohdaksi nousevat potilaan tarpeet. Kaikissa hoitotyön kirjaamisen vaiheissa pyritään hoitajan päätöksenteon näkyvyyteen, jolloin potilaan hoitoa koskevien ratkaisujen näkyvyys on selkeää ja loogisesti etenevää (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 30–33).

Hoitotyön ajantasainen kirjaaminen ja yhteenvetotietojen laatiminen hoidon päätyttyä parantaa myös hoidon jatkuvuutta, jolloin tiedot ovat nopeasti käytettävissä uuden hoitajakson alkaessa. Rakenteisen kirjaamisen myötä potilastiedoista on aiempaa helpompi jäljittää yksittäisen ongelman, esim. kroonisen haavan hoidon vaiheita eri hoitolaitoksissa, kun sitä koskeva tieto on rakenteistettu komponenttien ja luokitusten mukaan. Tällöin tärkeät tiedot erottuvat tietomassasta paremmin. Myös organisaatioiden välinen joustava tiedonkulku paranee, kun tietojärjestelmät ovat yhteneväiset. Hoitotyön ydintietojen säilyttäminen valtakunnallisessa sähköisessä arkistossa lisää myös turvallisuutta ja tietojen käytettävyyttä, jolloin tietoja voidaan potilaan suostumuksella siirtää hoitolaitoksien välillä. (Ensio 2009.) Tiedon rakenteisuudella on oleellinen merkitys myös silloin, kun toteutetaan lain veloitetta täysi-ikäisen henkilön oikeudesta omien asiakastietojensa sähköiseen katselu-oikeuteen (Laki 2007/159).

Sähköinen, rakenteinen kirjaaminen on käyttökelpoinen myös hoitotyön kehittämisen haasteissa. Yksittäisen työyksikön toiminnan kehittäminen ja koulutuksen suunnittelu selkeytyy rakenteisen kirjaamisen perusteella. Hoitotyön prosessin avulla voidaan päätellä, miten potilaan tarpeisiin on vastattu ja onko hoito ollut laadukasta, tuloksellista ja vaikuttavaa. Potilaan hoitoisuustiedot ovat johtamiselle tärkeitä tietoja, joista voidaan päätellä resurssoinnin riittävyyttä ja toiminnan ohjauksen tarvetta. Yhtenäinen hoitotietojen kirjaamis-

malli mahdollistaa vertailun eri organisaatioiden välillä (benchmarking), mikä edistää hoitotyön kehittymistä myös kansallisella tasolla. Moniammatillisella, potilaan hoitoon osallistuvalla työryhmällä on rakenteisen kirjaamisen myötä paremmat mahdollisuudet tuoda oma erityisosaamisensa näkyviin hoitotyön kirjaamisessa ajasta ja paikasta riippumatta. (HoiDok- ja HoiData-hankeraportit 2010.)

FinCC-luokitusten kehittäminen suomalaiseen hoitokäytäntöön ja kulttuuriin sopivaksi on hidas ja monivaiheinen prosessi, joka vaatii useita soveltuvuustestauksia ja arviointeja ennen lopullista käyttöönottoa. Luokitusten kehitys- ja päivitystyö on siirtynyt syyskuusta 2008 Kuopion yliopiston tehtäväksi. Päivitystyötä tehdään säännöllisesti vuosittain, jolloin mahdollisia luokitusten epäloogisuuksia hiotaan ja käsitteitä selkiytetään. Päivityksissä käytetään hyväksi myös kansainvälisistä luokitusten sisällöistä ja rakenteista saatua tietoa. Päivitystyön tavoitteena on löytää mahdollisimman hyvin suomalaista hoitotyötä kuvaavat luokitukset. (THL 2010.)

4.4 Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla

Koulutus on etukäteen suunniteltua kasvatusta, jonka tavoitteena on koulutettavien työhön liittyvien uusien tietojen ja taitojen oppiminen. Systemaattinen opetus on koulutuksen tärkein muoto. Koulutustilaisuuksissa aihe on yleensä selkeä ja rajattu. Koulutukseen liittyvässä opetuksessa pohditaan uuden ja vanhan toimintamallin hyötyjä ja haittoja sekä pyritään harjoitusten avulla tiedostamaan toiminnan muuttumisen vaikutukset, syyt ja seuraukset. Uuden ajattelumallin sisäistäminen vaatii harjoittelua ja opetusta. Koulutuksen onnistumista tulee myös arvioida, jolloin pohditaan koulutuksen vaikuttavuutta koulutettaville ja opittavalle asialle. Koulutuksen arviointi antaa arvokasta tietoa jatkokoulutuksen tarpeesta sekä käytetyistä opetusmenetelmistä. (Roukala 1998, 227–238.)

Hoitotyön kirjaaminen on ollut Suomessa jo pitkään mielenkiinnon ja kehitystyön kohteena. Kehittäminen on kuitenkin tapahtunut yksittäisissä työyhteisöissä tai organisaatioissa. Tätä taustaa vasten kansallisesti yhtenäinen kirjaamisen malli, rakenteinen kirjaaminen, tulee olemaan suomalaisen terveydenhuollon historian suurimpia muutoksia. Sähköinen kirjaaminen on käytössä jo lähes kaikissa hoitotyötä kirjaavissa organisaatioissa, joten se ei ole ”kynnyskysymys” rakenteisen kirjaamisen omaksumiselle. Potilaan hoitotiedon jäsen-

täminen ja ilmaisu hoitotyön luokitusten, komponenttien ja termien avulla on suurin ja haastavin muutos hoitotyölle. (Hopia & Koponen 2007, 5–6). Lisäksi hoitotyön prosessin mieliin palauttaminen ja aktiivinen käyttöönotto tulevat olemaan koulutuksen tärkeimpiä aiheita (Isotalo ym. 2007). Tämä on tiedostettu myös HoiData-hankkeen aikana (2007–2008), jolloin todettiin uuden kirjaamisen vaativan pitkäjänteistä koulutusta ja uusien työntekijöiden perehdyttämistä. HoiData-hankkeen loppuraportissa nähtiin uuden, rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton uhkatekijäksi koulutuksen ja perehdytyksen riittämättömyyden mahdollisen resurssipulan vuoksi. (HoiData loppuraportti 2009.) Kirjaamisen uudistuksen merkittävyys ja laajuus vaatii jo potilasturvallisuudenkin vuoksi huolellista ja tarkkaa koulutuksen suunnittelua.

Rakenteisen kirjaamisen ajattelumallin juurruttaminen päivittäiseen hoitotyön dokumentointiin on kaikille osapuolille haasteellinen prosessi, joka vaatii runsaasti harjoittelua uuden mallin sisäistämiseksi ja oppimiseksi. Koulutuksen avulla yksittäinen hoitotyöntekijä voi oivaltaa ja ymmärtää nykyistä kirjaamisen tapaansa uudesta näkökulmasta. Koulutus ei kuitenkaan automaattisesti tuota uutta osaamista, vaan työyhteisön on otettava uusi kirjaamisen malli osaksi päivittäistä käytännön työtä ja yhteistä toimintaa. Koulutus ei myöskään voi olla kertaluontoista, vaan tarvitaan useita koulutustilaisuuksia ja koulutettavien omaa ja työyhteisössä tapahtuvaa kehittämistoimintaa ja siihen motivoitumista. Hoitotyön kirjaamisen uudistus koskettaa koko terveydenhuolto- ja sosiaalialaa, minkä vuoksi muutoksen onnistuneeseen läpiviemiseen tarvitaan kaikkien työpanosta. (Ahonen 2008.)

4.5 Aikaisemmat tutkimukset aiheesta

Selkeästi hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista koskevia aikaisempia tutkimuksia ei ollut löydettävissä. Tutkimuksien haku suoritettiin kahteen kertaan kirjaston informaation avustuksella, ensin syksyllä 2009 ja toisen kerran loppuvuodesta 2010. Hakusanat ”hoitotyö ja prosessit”, ”hoitotyö ja päätöksenteko”, ”hoitotyö ja suunnittelu”, ”hoitotyö ja kirjaaminen” ja ”rakenteinen kirjaaminen/dokumentointi” ei antanut merkittäviä osumia eli aiheista aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Monissa tutkimuksissa aihetta kuitenkin sivuttiin, ja sitä kautta vertailevaa tietoa saatiin. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen on ajankohtainen asia kaikkialla Suomessa, joskin uuden kirjaamisen koulutuksissa ja käyttöönotoissa on vielä suuria alueellisia ja työyksikkökohtaisia eroja. Rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto-

kokemuksista oli tehty tutkimuksia ja myös pilottihankkeista saadut kokemukset antoivat arvokasta ensitietoa kirjaamiskokemuksista. Koulutuksen myönteisistä vaikutuksista hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä löytyi tutkimusnäyttöä.

Tuomikoski (2008) on yhdistänyt pro gradu -tutkielmassaan tutkimus- ja kehittämistoiminnan. Tutkielmassaan hän selvitteli yliopistosairaalan sisätautien vuodeosastojen hoitotyön kirjaamisen tasoa ennen ja jälkeen koulutusintervention. Erityisenä huomionkohteena hänellä olivat kirjaamisen minimivaatimukset, jotka myös päivitettiin tutkimuksen myötä tapahtuneessa kehittämistoiminnassa. Tuomikosken mukaan koulutusinterventiolla oli myönteinen vaikutus kirjaamisen kehittymiseen, vaikka kirjaamisessa ei vielä tapahtunutkaan suurta muutosta reilun puolen vuoden tarkasteluajankohtana. Tutkimustulosten perusteella hoitotyön prosessimallimalli ei näkynyt kirjaamisessa ja koulutusinterventiolla ei ollut siihen merkittävää vaikutusta. Hoitosuunnitelmien kirjaamisessa oli kuitenkin tapahtunut edistymistä koulutusintervention ansiosta. Parhaiten toteutui lääketieteellisten hoidon suunnitelmien kirjaaminen. Toisaalta hoitotyölle ei asetettu kirjallisia tavoitteita. Hoidon tarpeen arvioimiseen ja toteutumiseen liittyviä asioita oli kirjattu parhaiten fyysisten tarpeiden pohjalta, mutta emotionaaliset ja potilaan ohjaamiseen liittyvät hoidon toteutumisen merkinnät olivat selkeästi vähäisempiä. Myös hoidon arvioinnin kirjaaminen oli vähäistä ja kirjaaminen oli luonteeltaan toteavaa. Tutkielman tulosten myötä saatiin tietoa kirjaamisen nykytilanteesta sekä kirjaamiskoulutuksien kehittämistarpeista. Tuomikosken mukaan hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamista ja hoitotyön vaikuttavuuden ja arvioinnin kirjaamista tulisi kehittää.

Laine (2008) on pro gradu -tutkielmassaan selvittänyt hoitajien kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta ja siihen liittyvästä tuen ja ohjauksen toteutumisesta. Tutkimustulosten mukaan kirjaamisen selkeys ja ammattihenkilöiden tunnistaminen kirjaamista teksteistä koettiin myönteisenä ja tietoteknistä turvallisuutta lisäävänä asiana. Myös hoidollinen päätöksenteko tuli selkeämmin esiin rakenteisessa kirjaamisessa. Rakenteisen kirjaamisen koettiin kuitenkin vievän aikaa potilailta, mikä lisäsi myös hoitajien henkistä kuormitusta. Rakenteiseen kirjaamiseen liittyvien luokitusten käyttö koettiin ongelmalliseksi esim. tiedon lokeroinnin, komponenttien päällekkäisyyden ja runsauden takia, mikä oli aiheuttanut kirjavuutta kirjaamisen toteutumisessa. Tietotekniikan kömpelyys sekä lääkäreiden kielteiset asenteet rakenteista kirjaamista kohtaan lisäsivät hoitajien työmäärää. Laine päätelee tutkimustulostensa perusteella, että jatkossa olisikin kiinnitettävä erityistä

huomiota hoitajien jaksamiseen rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton alkuvaiheissa. Hoitajakollegoilta saatu tuki sekä lähijohdon ja tukihenkilöiden apu ovat merkittävässä asemassa varsinkin uuden kirjaamisen käyttöönoton aloitusvaiheessa. Myös koulutuksella ja kirjallilla ohjeilla katsottiin oleva tärkeä rooli kirjaamisen ongelmatilanteissa.

Tuomisen (2007) ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä toteutettiin hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojekti toimintatutkimusmenetelmän avulla. Toimintatutkimus käynnistyi kirjaamisen kehittämisalueiden kartoittamisella, jossa käytettiin apuna arviointilomakkeita ja keskusteluja. Varsinainen kehittämistyö tapahtui kehitystyökokouksissa, joissa keskustelujen ja kirjallisten materiaalien avulla käsitteellistettiin prosesseja, kehitettiin uusia toimintatapoja ja arvioitiin toimintaa. Hoitajille oli myös järjestetty koulutustilaisuuksia kehittämistyön aikana. Kehittämistyön tuloksena kirjaamiskäytäntöjä parannettiin hoitotyön suunnitelman, lääkehoidon, kivun hoidon ja ohjauksen sisällöissä. Kehittämistyössä sovittiin kirjallisen hoitotyön suunnitelman laatimisohteet ja kirjaamiskäytäntö sekä laadittiin kirjaamisen kriteerit. Hoitotyön prosessimallin vaiheet nähtiin tärkeiksi potilaan hoitotapahtuman jäsentäjiksi uudessa kirjaamismallissa. Kirjaamisen kriteerien tavoitteena oli tukea hoitajia informatiiviseen, kuvaavaan, asialliseen ja potilaslähtöiseen kirjaamiseen. Hoitotyön toimintojen tavoitteeksi nostettiin potilaslähtöisyys. Hoitotyön tavoitteiden määrittelyn ja koko hoitotyön prosessin lähtökohtana voisi hoitajien kokemuksen mukaan olla myös potilaan itsensä määrittelemät tavoitteet.

Kavén (2005) vertaili pro gradu -tutkielmassaan hoitajien toiveita ja kokemuksia sähköisestä potilaskertomuksesta. Lisäksi haluttiin saada tietoa käyttöönottoon liittyvästä koulutuksesta. Tulosten mukaan rakenteinen kirjaaminen oli koettu haasteellisena ennen kaikkea sen vuoksi, että hoitoprosessin vaiheiden erittelemisen ja sähköiseen muotoon kirjaaminen vaati uudenlaista ajattelua ja itsensä ilmaisua. Yhteisten kokemusten mukaan sähköinen rakenteinen kirjaaminen oli parantanut kirjaamisen tasoa. Hoitosuunnitelman käytettävyys vuodeosastolla tapahtuvan hoidon kirjaamisessa oli kuitenkin koettu huonoksi, jolloin kirjaaminen ei tapahtunut luontevasti vaan tietojärjestelmän ehdoilla. Toisaalta kokemukset olivat myös riippuvaisia osastojen toiminnan luonteesta. Kavénin mukaan koulutukseen ja käyttöönoton tukiverkkojen järjestämiseen kannattaa panostaa. Omaan henkilökuntaan kuuluvat kouluttajat edistävät parhaiten ohjelman soveltamista työyksikköön. Käyttöönoton alkuvaiheissa tukihenkilöitä tulisi tutkimustulosten mukaan olla samalla osastolla useampiakin, jolloin heitä työskentelisi kaikissa vuorotyöhön kuuluvissa työvuoroissa.

Tukihenkilöitä tulisi olla käytettävissä jopa kuukauden ajan vielä käyttöönoton jälkeenkin, mikä helpottaisi muutoksen hallintaa. Tukihenkilöt voisivat toimia myös ongelmatilanteiden ja muutostarpeiden koordinaattoreina, joiden kautta molemminpuolinen informaatio voisi keskitetysti välittyä.

Leinon (2004) pro gradu -tutkielmassa kiinnostuksen kohteena oli hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Tutkimusongelmana oli hoitotyön kirjaamisen toteutuminen sähköisesti ja manuaalisesti kirjaavissa työyksiköissä sekä ammatillisen pätevyyden, työyhteisön ja organisaation merkitys kirjaamisen toteutumisessa. Tutkimustulosten perusteella hoitajilla on hyvä päätöksentekokyky molemmissa kirjaamistavoissa ja hoitajien kirjaaminen oli potilaslähtöistä ja perhekeskeistä. Hoitajien iällä, koulutustaustalla, ammattitutkinnolla tai ammatilla ei ollut vaikutusta hoitotyön kirjaamisen toteutumiseen. Tutkielman tulosten perusteella kirjaamisen kehittämisessä tulisi panostaa erityisesti hoidon suunnitteluun yhdessä potilaan kanssa. Suurin osa koulutukseen osallistuneista hoitajista oli kokenut kirjaamiskoulutuksen motivoivan heitä kirjaamaan paremmin. Koulutuksen katsottiin myös antavan tärkeää tietoa kirjaamisen nykytilanteesta sekä kirjaamisen kehittämistarpeista.

Pohjois-Karjalan keskussairaalan vuodeosastoilla ja poliklinikoilla toteutettiin HoiDok-hankkeen (2005–2008) myötä rakenteisen kirjaamisen pilottihanke vuonna 2008. Hankkeen loppuraportin mukaan uusi kirjaamiskäytäntö oli auttanut hoitajia ymmärtämään hyvän kirjaamisen merkityksen osana potilaan hoitoprosessia sekä omaa ja potilaan oikeusturvaa. Tulosten perusteella hoitotyön päätöksentekoprosessi oli tullut paremmin esiin, jolloin myös potilaan hoidon suunnitelmiin oli alettu enemmän panostaa. Kirjaamisen sisältö oli yhtenäistynyt ja monipuolistunut, ja potilaskeskeisyydestä oli tullut kirjaamisen lähtökohta. Potilaan saaman hoidon arviointi ja hoidon toteutus olivat joillakin kirjaajilla sekoittuneet keskenään. Luokitusten yksiselitteisyys oli tuottanut ongelmia, ja niiden käyttö oli vaatinut paljon opettelua. Luokitusten kieli oli koettu myös vaikeasti ymmärrettäväksi. Muut ammattiryhmät, erityisesti lääkärit, olivat kritisoineet rakenteisen kirjaamisen tuottavan pirstaloitunutta ja vaikeasti löydettävää tietoa. Kritiikin perusteella — ja myös sairaanhoitajien oman kokemuksen mukaan — kirjaaminen oli vienyt runsaasti aikaa teknisten ongelmien ja luokitusten vaikeuden vuoksi. (Kuivalainen 2008, 26–27.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyön prosessimallin toteutumista hoitotyön kirjaamisessa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, millaisia vaikutuksia rakenteisen kirjaamisen koulutusinterventiolla on ollut hoitotyön prosessimallin käyttöön kirjaamisen jäsentäjänä ja ohjaajana. Tavoitteena on tuottaa tietoa, joka auttaa hoitotyöntekijöitä tiedostamaan omaa ja työyhteisön hoitotyön kirjaamista sekä juurruttaa rakenteisen kirjaamisen ajattelutapaa päivittäiseen hoitotyön dokumentointiin.

Tutkimustehtävät

1. Miten hoitotyön prosessimalli on toteutunut hoitotyön kirjaamisessa terveyskeskuksen vuodeosastolla ennen koulutusinterventiota?
2. Miten hoitotyön prosessimalli on toteutunut hoitotyön kirjaamisessa terveyskeskuksen vuodeosastolla koulutusintervention jälkeen?
3. Miten koulutusinterventio on vaikuttanut rakenteisen kirjaamisen ajattelutavan juurruttamiseen päivittäisessä hoitotyön dokumentoinnissa?

6 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

6.1 Toimintatutkimuksen rakenne

6.1.1 Teoreettinen rakenne

Toimintatutkimus on käyttökelpoinen ja toimiva menetelmä silloin, kun pyritään kehittämään käytännön työelämässä toimivien ihmisten omaa työtä tutkimuksen keinoin. Toimintatutkimuksen tavoitteena on muuttaa toimintaa, mikä näkyy usein jo tutkimuskysymyksiin sisäänrakennetussa asettelussa. (Kananen 2009, 26.) Toisaalta se ei välttämättä johda kovin selkeisiin lopputuloksiin, varsinkaan jos tarkasteluajankohta on lyhyt (Lauri 1998, 133). Toimintatutkimuksen avulla voidaan saada uutta ymmärrystä arjen ongelmiin ja samalla kehittää työelämän ammattikäytänteitä. Toimintatutkimukselle on tunnusomaista toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus ja toisaalta myös selkeä tavoite käytännön hyödyn saavuttamisesta kehitettävässä toiminnassa. Toimintatutkimuksessa toiminta etenee spiraalimaisena kehänä, jossa toiminnan havainnointi tutkimuksen keinoin ja osallistujien oman toiminnan reflektointi vuorottelevat ja toiminnan kaikkia vaiheita arvioidaan kriittisesti ja systemaattisesti. Toimintatutkimukseen osallistuu useimmiten koko työyhteisö tai organisaatio, jolloin kaikki sitoutuvat muutosprosessiin. (Metsämuuronen 2003, 169–183.) Terveystieteiden alan ammattikorkeakoulun opinnäytetoissa toimintatutkimukseen osallistuvat usein sekä käytännön hoitotyöntekijät että ammattikorkeakoulun opettaja ja opinnäytetyötä tekevä opiskelija (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2010).

Tässä toimintatutkimuksessa pyritään tiedostamaan lähestymistapaan, jolloin tutkimuksen tekijä ja tutkittavat ovat keskenään tasavertaisessa asemassa. Tällöin tutkimuksen tekijä edustaa teoriaa ja tutkittavat käytäntöä ja kokemusta. Tiedostavalla lähestymistavalla pyritään rohkaisemaan tutkittavia oman työnsä ja siihen liittyvien tapojen ja tottumusten tiedostamiseen, reflektointiin. (Lauri 1998, 120.) Toisaalta on hyvä, jos toimintatutkimuksen tekijä tuntee tutkimuksen kohteena olevan ilmiön eli kehitettävän kohteen (Kananen 2009, 50). Myös Stringerin (1999) mukaan sosiaalisen toiminnan taustalla vaikuttavien rakenteiden ymmärtäminen on tärkeää, minkä perusteella käytännöllisiä toimintatilanteita voidaan arvioida ja analysoida (Stringer 1999, xvii–xviii). Toimintatutkimuksen vetäjän on kannustettava osallistujia avoimeen ja keskustelemaan vuorovaikutukseen. Vetäjän on huolehdit-

tava siitä, että ryhmässä vallitsee luottamuksellinen ilmapiiri, jossa kaikki voivat osallistua keskusteluun ja jokaisen mielipidettä kuullaan ja kunnioitetaan. Tutkittavat ovat oman työnsä ja tutkittavan ilmiön käytännön asiantuntijoita, minkä vuoksi tutkija törmää usein ilmaisuihin ”näin on aina tehty” tai ”me vain teemme näin”. Tällöin tutkittavia kannustetaan tiedostamaan tutkittavaan ilmiöön liittyvät näkymättömät säännöt ja käytänteet. (Kananen 2009, 50–52.) Käytännön työkokemus ja koulutuksen antama teoriatieto voivat parhaimmillaan integroitua toisiaan täydentäväksi kokonaisuudeksi (Lauri 1998, 120).

Toimintatutkimuksen kartoitusvaiheessa selvitetään tutkimuksen kohteena olevan tutkittavan joukon tilanne tutkittavan ongelman suhteen. Kartoitusvaiheessa huomion kohteena ovat erityisesti toiminnalliset ongelmat. Prosessointivaiheessa tutkimuksen tekijä ja tutkittavat keskustelevat esille nousseista ongelmista. Tavoitteena on löytää ja tiedostaa todelliset ongelmat. Työyhteisön on välttämätöntä tiedostaa ja hyväksyä ongelmien olemassaolo, sillä ilman sitä muutosta ei voi tapahtua. Sitoutumisvaiheessa tutkittavat ovat tiedostaneet ongelmat ja muutoksen tarpeen. Suunnitteluvaiheessa määritellään tavoitteet ja keinot, joilla tavoitteisiin päästään. Toimintatutkimuksen toteuttamisvaihe sisältää kehittämissuunnitelman toteutuksen. Tässä vaiheessa osallistujien on myös oltava tietoisia tavoitteista, hyväksyttävä ne ja tehtävä yhteistyötä niiden saavuttamiseksi. Toimintatutkimuksen viimeinen vaihe on arviointivaihe. Toisaalta arviointia tehdään jo suunnitteluvaiheesta alkaen. Osallistujien aktiivinen rooli myös kriittisen palautteen antamisesta on arvokas, sillä palautteen avulla saadaan tietoa uuden toimintamuodon eduista ja haitoista sekä mahdollisista muutostarpeista. (Lauri 1998, 116.)

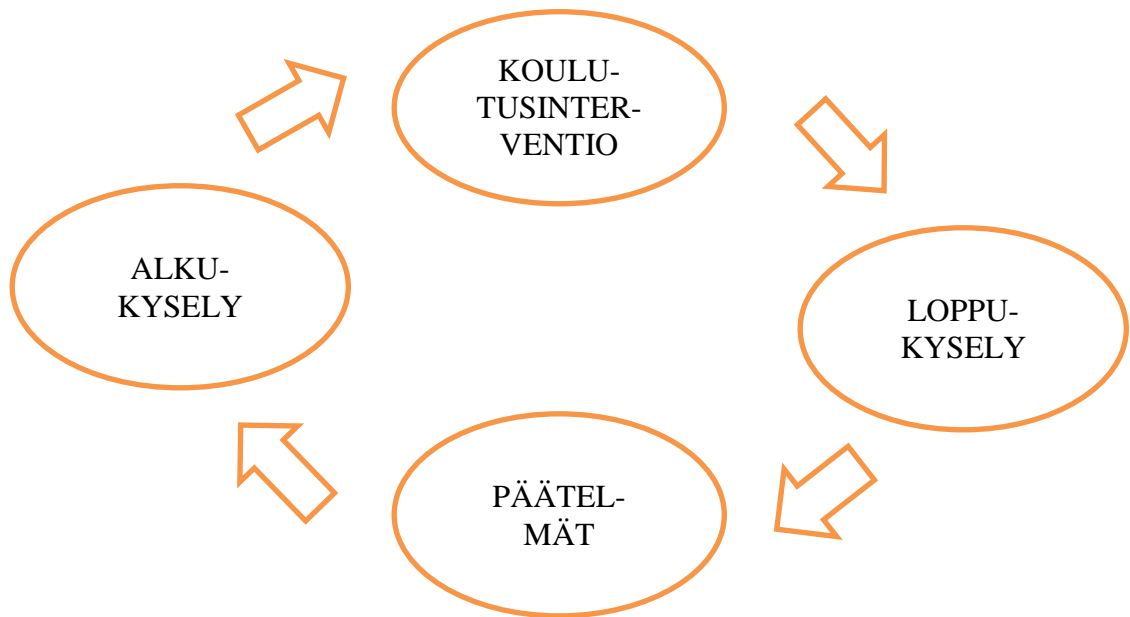
Stringer (1999) jakaa toimintatutkimuksen kolmeen vaiheeseen: ensimmäisessä vaiheessa (look; 1999, 68–71) luodaan mahdollisimman tarkka kokonaiskuva olemassa olevasta tilanteesta, toisessa vaiheessa (think; 1999, 89–90) keskitytään saadun informaation tulkintaan ja kolmannessa vaiheessa (act; 1999, 139–144) pyritään löytämään ratkaisuehdotuksia ja toimimaan niiden mukaan. Stringerin mukaan ensimmäisessä vaiheessa tietoa voidaan kerätä erilaisten kyselyjen, tilastojen ja ryhmäprosessien analysoinnin avulla, johon voidaan liittää olennaisiksi koettuja huomioita. Aineiston tulkitseva läpikäyminen auttaa löytämään perusteita toimintaan liittyvien ongelmien parannusehdotuksiin ja muutostarpeisiin. Myös aiheeseen sopivien kysymysten avulla voidaan syventää olemassa olevan tilanteen tulkintaa. Stringerin mukaan ratkaisuehdotuksien ja toiminnan tulisi perustua toiminta-

suunnitelmaan, jossa tavoite, pitkän tähtäimen visio, toiminnan käytännön suunnittelu ja toteutus tulee kytkeä yhteen. (Stringer 1999, 68–144.)

Käytännön työtä koskeviin uudistuksiin ja muutoksiin liittyy usein muutosvastarintaa. Vastarinta syntyy uuteen ja tuntemattomaan liittyvästä pelosta. Myös epäily omista voimavaroista tai uuden oppimisesta saattaa synnyttää pelkoa. Avoimen keskustelun avulla edistetään yhteiseen tavoitteeseen ja muutokseen sitoutumista. (Koivukoski 2009, 36.) Toimintatutkimuksen onnistuminen ei näin riipu pelkästään tutkimuksen tekijästä vaan myös tutkimuksen kohteena olevasta tutkittavien joukosta, sen motivaatiosta ja sitoutumisesta. Hyvin alkanut toimintatutkimus voi epäonnistua tutkimuksen tekijästä riippumattomista asioista. Toisaalta toimintatutkimuksen onnistumiselle on tärkeää, että kehittämistavoitteet nousevat tutkittavan joukon keskuudesta. (Lauri 1998, 133–134.) Toimintatutkimus sopii hyvin hoitotyön kehittämiseen, koska sen avulla voidaan yhdistää käytännön ja tieteen vuoropuhelu (Heino-Tolonen, Hopia, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004). Onnistunut hoitotyön tutkimus voi parhaimmillaan tuottaa uutta tietoa hoitamisesta sekä uudenlaisia hoitokäytäntöjä, mikä onkin hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus (Hoitotieteen laitos 2010).

6.1.2 Käytännöllinen rakenne

Tämän opinnäytetyön tekijä pyrki löytämään vastauksia tutkimustehtäviinsä toimintatutkimusmenetelmän avulla. Terveyskeskuksen vuodeosaston hoitotyöntekijöille suunnattu koulutusinterventio liittyi vuodeosaston osallistumiseen rakenteisen kirjaamisen eNNi-koulutushankkeeseen. Opinnäytetyön tekijä osallistui toimintatutkimuksensa myötä terveyskeskuksen vuodeosaston kirjaamiskoulutukseen. Toimintatutkimuksen käytännöllinen rakenne sisälsi alkukyselyn, koulutusintervention ja loppukyselyn. Toimintatutkimuksen vaiheet etenivät prosessimaisesti, jolloin tiedostamista ja tiedonantoa tapahtui sekä kyselyjen että koulutusintervention aikana. Kaikkien vaiheiden merkitys oli arvokas osa toimintatutkimuksen prosessissa. (KUVIO 2.)



KUVIO 2. Toimintatutkimuksen käytännöllinen rakenne

Ennen koulutusinterventiota hoitotyöntekijät vastasivat heille annettuihin kysymyksiin kysymyslomakkeen avulla. Alkukyselyn jälkeen oli vuorossa rakenteisen kirjaamisen koulutusinterventio. Ammattikorkeakoulun opettaja toimi kirjaamisen kouluttajana. Vuodeosaston hoitotyöntekijät olivat käytännön hoitotyön ja omaan työhönsä liittyvien työprosessien asiantuntijoita. Tämän opinnäytetyön tekijä oli toimintatutkimuksen käynnistäjä ja eteenpäin vievä tiedonkerääjä, jonka tehtävänä oli tukea ja kannustaa hoitotyöntekijöitä tiedostamaan nykyistä kirjaamistaan ja oppimaan uutta kirjaamisen tapaa. Toimintatutkimuksen hallinnoijana hänen tehtävänä oli myös lopullisen raportin ja päätelmien teko prosessin eri vaiheista. Ensimmäiseen koulutustilaisuuteen osallistui myös vuodeosaston hoitotyöntekijöiden esimies. Koulutukseen osallistui yhteensä 25 hoitotyöntekijää – 14 perus-/lähihoitajaa ja 11 sairaanhoitajaa. Hoitotyöntekijät jaettiin etukäteen 5 eri ryhmään, joissa kussakin oli osallisia molemmista ammattiryhmistä. Opinnäytetyön tekijä sekä eN-Ni-hankkeen myötä aiemmin koulutuksen saanut tämän vuodeosaston hoitotyöntekijä ja kirjaamisen tukihenkilö pyrkivät olemaan mukana kaikissa varsinaisissa koulutustilaisuuksissa. Opinnäytetyön tekijä osallistui myös ”kotitehtävän” purkutilaisuuksiin.

Rakenteinen kirjaaminen oli useimmille hoitotyöntekijöille entuudestaan melko tuntematon asia, ja sen vuoksi siihen liittyvä käytännöllinen opetus toteutettiin yhteisten harjoitusten ja potilasesimerkkien avulla. Kirjaamiskoulutukseen sisältyi myös hoitotyön prosessi-

mallin mieliin palauttamista. Tässä vaiheessa myös opinnäytetyön tekijällä oli aktiivinen rooli keskustelussa. Koulutustilaisuuden lopuksi ryhmäläiset saivat ”kotitehtävän”, jonka myötä he saivat työpaikallaan harjoitella rakenteista kirjaamista käyttämällä esimerkkipotilaana heille tuttua potilasta (case-harjoittelu). Tämä lisäsi harjoituksen konkreettisuutta ja helpotti sen hahmottamista. Kotitehtävää he työstivät eNNi-hankkeessa mukana olevan työtoverinsa tukemana. Koulutusinterventioon kuului myös kotitehtävän ryhmäkohtainen purkutilaisuus, jossa kukin koulutusryhmä esitteli kirjaamisharjoituksensa tuotoksen opettajalle ja opinnäytetyön tekijälle, jolloin kirjaamisessa toteutettuja ratkaisuja pohdittiin vielä yhdessä.

Varsinaisten koulutustilaisuuksien lisäksi opinnäytetyön tekijällä oli vuodeosaston vuosittaisessa kehittämispäivässä puheenvuoro ja PowerPoint-esitys, jossa hän kertoi hoitotyöntekijöille toimintatutkimuksestaan, hoitotyön kirjaamisessa valtakunnallisesti tiedostetuista ongelmista, kirjaamisen kehittämishankkeista sekä hoitotyön prosessimallin hallinnan merkityksestä rakenteiseen kirjaamiseen oppimisessa.

Tässä toimintatutkimuksessa kartoitusvaiheen tavoitteena oli ohjata osallistujia tiedostamaan sekä omaa että työyhteisön hoitotyön kirjaamisen nykytilannetta. Kartoituksen väliinä toimi ennen koulutustilaisuuksien alkamista suoritettu kirjallinen alkukysely, jossa tiedusteltiin vastaajien arvioita omasta kirjaamisestaan sekä työyhteisön hoitotyön kirjaamisen kehittämistarpeista. Tämän lisäksi saatua tietoa syvensi koulutustilaisuuksissa syntyneet keskustelut kirjaamiseen liittyvistä ongelmista. Tämän kirjaamiskoulutuksen käynnistäjänä oli ensisijaisesti perusterveydenhuollon organisaatiolta ja valtiovallalta tuleva muutospainne rakenteisen kirjaamisen ajattelutavan juurruttamiseksi terveyskeskuksen vuodeosaston hoitotyön kirjaamiseen. Koska työyhteisön ulkopuolinen vaikuttaja oli käynnistänyt kehittämisprojektin, voidaan toimintatutkimuksella sanoa olleen teknisen toimintatutkimuksen piirteitä. Tällaisissa tutkimuksissa on usein kyse uuden koulutuksen järjestämisestä tai filosofian käyttöönotosta, ja ne ovat usein interventiosuuntautuneita. (Metsämuuronen 2003, 182.) Toisaalta — vaikka koulutustilaisuuksien tavoite eli hoitotyön kirjaamisen kehittäminen ja rakenteisen kirjaamisen ajattelutavan juurtuminen ja omaksuminen nousikin ensisijaisesti työyhteisön ulkopuolelta — voitiin sekä alkukyselyssä että koulutustilaisuuksissa ilmaistujen mielipiteiden perusteella havaita työyhteisön sisäinen hoitotyön kirjaamisen kehittämistarve.

Prosessointivaiheessa, alkukyselyyn vastaamisen aikana ja sen jälkeen, hoitotyöntekijät prosessoivat omaa ja työyhteisön hoitotyön kirjaamista, jolloin yhteisten keskustelujen ja kirjaamisesimerkkien avulla pyrittiin yhdessä löytämään kirjaamiseen liittyvät todelliset ongelmat. Muutoksen tarpeen tiedostaminen auttoi hoitotyöntekijöitä sitoutumaan kirjaamisen kehittämiseen. Suunnitteluvaiheessa pohdittiin tavoitteita sekä keinoja, joilla niihin voitaisiin päästä. Toteutusvaiheessa harjoiteltiin rakenteista kirjaamista sekä koulutustilaisuuksissa että ”kotitehtävien” myötä. ”Kotitehtäviin” liittyvät palautekeskustelut sekä koulutusintervention jälkeen toteutettu kirjaamista koskeva loppukysely antoivat arvokasta tietoa koulutuksen ja rakenteisen kirjaamisen harjoitusten onnistumisesta vastaajien näkökulmasta. Alku- ja loppukyselyjen vastausten perusteella opinnäytetyön tekijä arvioi koulutusintervention onnistumista sekä tiedostamisen ja muutoksen käynnistymistä hoitotyön kirjaamisessa.

6.2 Aineiston hankinta ja analysointi

6.2.1 Kysymyslomakkeet ja tiedonsaanti

Aineiston hankintamenetelmänä oli kirjallinen kysely. Aiheeseen liittyvät kysymyslomakkeet jaettiin kaikille toimintatutkimukseen osallistuville vuodeosaston hoitotyöntekijöille sekä ennen että jälkeen koulutusintervention. Hoitotyöntekijöillä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä perus-/lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Ennen koulutusinterventiota annettua kyselylomakkeesta käytetään nimitystä ”alkukysely”. Alkukyselyssä selvitettiin taustakysymyksien lisäksi vastaajan näkemyksiä omasta ja työyhteisön hoitotyön kirjaamisesta sekä rakenteista kirjaamista koskevaa osaamista ja odotuksia. Kyselylomakkeen kysymykset oli muotoiltu niin, että vastaaja joutui pohtimaan omaa kirjaamistaan hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti. (LIITE 1.) Koulutusintervention päätyttyä hoitotyöntekijöille annettiin kirjallinen kyselylomake, josta käytetään nimitystä ”loppukysely”. Tällöin hoitotyöntekijöille esitettiin uudestaan samantyyppiset kirjaamista koskevat kysymykset kuin ennen koulutusintervention alkua. Lisäksi pyrittiin saamaan vastauksia kysymyksiin, jotka kartoittivat kokemuksia koulutuksen hyödyllisyydestä ja vaikuttavuudesta omaan kirjaamiseen sekä rakenteisen kirjaamisen omaksumiseen. Vastaajat saivat myös esittää ajatuksiaan koulutuksen kehittämistarpeesta. (LIITE 2.)

Rakenteisen kirjaamisen koulutukseen osallistuneista suurin osa oli vakituksessa toimessa olevia, mutta oli myös muutamia pitkäaikaisia sijaisia ja terveyskeskuksen vuodeosastojen kiertäviä varahenkilöitä. Kysymyslomakkeet oli saatekirjeen mukaan suunnattu nimenomaan koulutukseen osallistuville hoitotyöntekijöille, koska opinnäytetyön tutkimustehtävät liittyvät hoitotyön kirjaamisen arviointiin ennen koulutusinterventiota ja sen jälkeen. Alku- ja loppukyselyt suoritettiin helmikuun ja huhtikuun välisenä aikana vuonna 2010. Jokainen kysymyslomake oli suljettu kirjekuoreen, jossa oli vastaajan nimi. Vastaajat saivat kuitenkin vastattuaan palauttaa kysymyslomakkeet nimettöminä osastolla olevaan vastauslaatikkoon, joten tunnistamista ei tapahtunut missään vaiheessa.

Alkukyselyssä kartoitettiin vastaajien taustaan liittyviä asioita, mitä loppukyselyssä ei enää tehty. Alkukyselyssä taustaa koskevat kysymykset nähtiin tärkeänä sen vuoksi, että niistä saatu tieto kuvasi tarkemmin koulutukseen osallistuneita hoitotyöntekijöitä, koulutusintervention kohdetta. Loppukyselyssä näitä taustakysymyksiä ei kysytty enää uudelleen, koska toimintatutkimuksen päätavoitteena oli hoitotyön kirjaamisen muutos ja rakenteisen kirjaamisen juurruttaminen eikä asioiden kuvaaminen ja niiden yksityiskohtainen vertaileminen. Ammatin vaikutusta vastausten sisältöön haluttiin kuitenkin alkukyselyn vastausten analysoinnissa vertailla hieman tarkemmin, sillä eri ammattien työ- ja tehtäväkuvat vaikuttivat jonkin verran vastausten sisältöön.

Kirjallisten kyselyjen lisäksi koulutustilaisuuksissa syntyneet keskustelut antoivat lisäymmärrystä kysymyslomakkeissa annettujen vastausten analysointiin. Toimintatutkimuksen kaikissa vaiheissa hoitotyöntekijöitä kannustettiin reflektioon, jonka avulla omaa automatisoitunutta toimintaa voidaan katsoa kuin peilistä käsin. Tällöin työhön liittyviä rutiineja ja itsestään selvyyksiä tarkastellaan kriittisesti kyseenalaistaen ja palautetta hakien. Reflektio voi antaa uusia näkökulmia ja toimintamalleja omaan työhön, jolloin se on keino ulkoistaa ”hiljaista tietoa”. Mitä pitempi työkokemus on, sitä enemmän hoitotyöntekijällä on ”hiljaista tietoa”, joka voi olla koko työyhteisöä kehittävää käyttövoimaa. (Saranto 2008, 23.) Tässä toimintatutkimuksessa kirjaamiskoulutus ja hoitotyöntekijöiden vahva käytännön työkokemus ja osaaminen pyrittiin yhdistämään toisiaan tukevaksi menetelmäksi kirjaamisen kehittämisessä.

6.2.2 Sisällönanalyysi laadullisessa tutkimuksessa ja toimintatutkimuksessa

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus soveltuu aiheen käsittelyyn silloin, kun tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää erilaisia ilmiöitä ja antaa niille mielekäs tulkinta (Kananen 2009, 18–19). Laadullisessa tutkimuksessa tutkija pyrkii tavoittamaan tutkittavien oman näkökulman sekoittamatta siihen omia uskomuksiaan, asenteitaan tai arvostuksiin (Eskola & Suoranta 1999, 16–17). Tutkija on kiinnostunut yksittäisistä tapauksista, joiden syvälinen ymmärtäminen on tutkimukselle tärkeää. Yleistäminen ei ole laadullisen tutkimuksen tavoite, vaan ihmisten antamien sanallisten merkitysten ja kokemusten ymmärtäminen. (Kananen 2009, 18–19.) Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelminä ovat usein havainnoinnit, haastattelut, kyselyt ja kirjalliset lähteet (Kananen 2009, 60). Tutkimuksen aineisto muodostuu usein pienestä määrästä tapauksia, joita se pyrkii analysoidaan mahdollisimman perusteellisesti (Eskola & Suoranta 1999, 16–18). Laadullinen tutkimus ei tarkastele aineistoaan tilastollisin menetelmin eikä tutkijalla ole käytössään mittayksiköitä materiaalinsa käsittelyyn, vaan kerätty tieto ilmaistaan sanoin. Tutkija on kiinnostunut tutkimusmateriaalinsa sanallisen kielen piirteistä, säännönmukaisuuksien keksimisestä, ymmärtämisestä ja reflektiosta. (Hallila 2005, 113.)

Toimintatutkimus on laadullisen tutkimuksen tiedonhankinnan strategiamenetelmä (Metsämuuronen 2003 169). ”Toimintatutkimus jatkuu siitä, mihin laadullinen tutkimus loppuu.” Toimintatutkimuksen tarkoituksena on kuitenkin — laadullisesta tutkimuksesta poiketen — toimintaan vaikuttaminen, sen muuttaminen ja kehittäminen. Lisäksi toimintatutkimukselle on ominaista tutkimuksen ja toiminnan vuorottelu ja ongelmien välitön ratkaiseminen toiminnan avulla, kun taas laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ilmiön syvälinen ymmärtäminen. Toimintatutkimuksella ei kuitenkaan ole omia, tieteellisesti kehitettyjä tiedonkeruu- ja aineiston analyysimenetelmiä, minkä vuoksi se käyttää laadullisen tai määrällisen tutkimuksen menetelmiä apunaan. (Kananen 2009, 22.)

Laadullisen tutkimuksen ja toimintatutkimuksen tutkimusaineistoa voidaan käsitellä ja analysoida eri tavoin. Sisällönanalyysi on hoitotieteessä yleisesti käytetty aineiston käsittelymenetelmä. Hoitotyön kirjaamista koskevan aineiston tarkastelu sisällönanalyysin avulla tarkoittaa kerätyn tutkimusaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavien ilmiöiden kuvaus voidaan tehdä lyhyesti ja yleistävästi ja ilmiöiden väliset suhteet tulevat selkeästi esille. Tavoitteena on tuottaa aineistosta yksinkertaista kuvausta, jossa tutkimusaineistosta erote-

taan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistosta lähtevää sisällönanalyysiä kutsutaan laadulliseksi eli induktiiviseksi sisällönanalyysiksi. (Hallila 2005, 114–115.) Induktiolla tarkoitetaan sitä, että tutkija käsittelee aineistoaan avoimin mielin, ilman ennako-oletuksia. Luokittelu nousee aineiston pohjalta. Toisaalta täysin tyhjästä nousevaa induktiivista lähestymistapaa ei ole olemassa, vaan tutkijoilla on useimmiten jonkinlainen ennakkokäsitys asiasta. (Kananen 2009, 83.) Induktiivisessa sisällönanalyysissä tutkimusaineisto ensin pelkistetään, jonka jälkeen se ryhmitellään ja abstrahoidaan. Abstrahoinnilla tarkoitetaan aineiston käsitteellistämistä. Analyysiä jatketaan muodostamalla käsitteistä samansisältöisiä luokituksia ja yhdistämällä luokituksia. Lopulta tuloksena voidaan raportoida analyysin pohjalta muodostettu malli, käsitejärjestelmä tai luokitukset, jotka muodostuvat tutkittavien antamista sisällöistä tutkittavalle ilmiölle. (Hallila 2005, 115- 116.)

Toimintatutkimuksen tuloksia käsittelevä sisällönanalyysi noudattelee pääpiirteittäin laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysiä, mutta tavoitteena ei ole pelkästään ilmiön, hoitotyön kirjaamisen kuvaaminen ja ymmärtäminen vaan sen kehittäminen eli toiminnan muuttaminen. Airaksisen ja Vilkan (2003, 64) mukaan toiminnallisissa opinnäytetöissä laadullisella tutkimusmenetelmällä kerätyn aineiston analysointi ei ole aivan välttämätöntä, mutta mikäli tutkimuksen avulla saatua materiaalia halutaan käyttää sisällöllisten valintojen perustelussa, tulee analysointi tehdä. Heidän mielestään toiminnallisten opinnäytetöiden raportoinnissa riittää ns. suuntaa antava tieto, jolloin näkökulmana on kohderyhmän kannalta mielekkään ja tarpeellisen tiedon tuottaminen.

Airaksinen ja Vilka (2003, 64) katsovat tyypittelyn tai teemoittelun sopivan toiminnallisen opinnäytetyön analysointikeinoiksi. Teemalla tarkoitetaan näkökulmaa, johtoajatusta, jolla aineistoa tullaan tarkastelemaan. Tällöin tutkija nostaa tutkimuskohteensa teemaksi sen, mitä hän tulee siitä tutkimaan. (Varto 1992, 51.) Metsämuurosen (2003) mukaan puolistrukturoitu haastattelu soveltuu tutkimusaiheen selvittelylle silloin, kun halutaan selvittää heikosti tiedostettuja asioita (Metsämuuronen 2003, 189).

Tässä toimintatutkimuksessa kyselyjen teemat määräytyivät tutkimustehtävistä, jolloin hoitotyön prosessin vaiheet sekä rakenteisen kirjaamisen koulutusta koskevat kysymykset muodostivat kyselyjen pääteemat. Puolistrukturoitujen kysymyslomakkeiden kysymykset olivat valmiiksi teemoitettuja ja niihin sai vastata avoimesti. Teeman sisällä aineisto käsi-

teltiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä. Tutkimuksen avulla saatu aineisto tuki teoriaosuuden sisällön valintaa.

Alku- ja loppukyselyn analyysiä edelsi vastausten huolellinen ja tarkka lukeminen ja pohdiminen. Tämän jälkeen jokainen kysymys vastauksineen kirjoitettiin erilliselle paperille. Sen jälkeen vastaukset analysoitiin siten, että jokaisen kysymyksen sisältämät vastaukset pelkistettiin. Aineiston pelkistämässä katsottiin tärkeäksi karsia turhaa tietoa ilman, että mitään oleellista kuitenkaan menetetään. Jokaiselle ilmaisulle annettiin sama arvo riippumatta siitä, miten usein se oli toistunut aineistossa. Pelkistämisen jälkeen yhteen kysymykseen sisältyneet samankaltaiset vastaukset ja ilmaukset yhdistettiin ja niille nimettiin yhteinen käsite. Näin jokaiseen kysymykseen liittyvät vastaukset muodostivat useita, hieman toisistaan poikkeavia käsitteitä. Käsitteet, joilla oli samankaltaisia sisältöjä, yhdistettiin ja niistä muodostettiin niiden sisältöä kuvaava yhteinen alaluokka kadottamatta kuitenkaan ilmaisujen alkuperäistä arvoa. Luokitukset saattoivat muodostua esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuuksista, piirteistä ja siihen liittyvistä käsityksistä, jolloin analyysiyksikkönä toimi sana, lause tai sen osa tai ajatuskokonaisuus (Vilka 2009, 140). Lopullisessa raportissa aineisto muotoiltiin jokaisen kysymysteeman alle yhtenäiseksi kertomukseksi, jota aineistosta muodostetut alaluokat ja alkuperäiset, kursivilla esitetyt lausumat rytmittivät. (TAULUKKO 1.)

TAULUKKO 1. Esimerkki sisällönanalyysin toteutuksesta

Erilaisten ilmauksien joukko	Ilmauksien pelkistäminen	Samankaltaisuuksien etsiminen	Yhteisen käsitteen löytäminen	Alaluokan muodostaminen
on erittäin seikkaperäinen; ihan käyttökelpoinen; helpottaa työtä; olin ohjelmaan tyytyväinen; monialainen	seikkaperäinen; käyttökelpoinen; työtä helpottava; tyytyväinen; monialainen	käyttökelpoinen työtä helpottava monialainen	käyttökelpoisuus toimivuus monialaisuus	käyttökelpoinen ja toimiva monialainen

Erilaisista ilmauksista muodostettiin sisällönanalyysin edetessä yhteisiä käsitteitä ja alaluokkia, jotka kuvasivat mahdollisimman kattavasti vastausten sisältöä.

6.3 Toimintatutkimuksen luotettavuuden arviointi

Luonnontieteissä ja määrällisissä tutkimuksissa tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan usein kahden käsitteen, validiteetin ja reliabiliteetin, näkökulmasta. Validiteetillä tarkoitetaan tutkimustulosten todenmukaisuutta ja kykyä osoittaa valitun tutkimusmenetelmän avulla juuri sitä ominaisuutta, jota halutaan mitata (Valpola 2000). Yksinkertaistettuna validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkitaan oikeita asioita, jolloin myös mittarin tulee olla validi ja mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata (Kananen 2009, 87). Reliabiliteetillä tarkoitetaan mittarin kykyä ja pystyvyyttä toistaa samat tutkimustulokset uudelleen (Valpola 2000). Reliabiliteetti kertoo myös mittaustulosten pysyvyydestä ja johdonmukaisuudesta sekä siitä, että mittaustulokset eivät ole johtuneet sattumasta (Kananen 2009, 87).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi määrällisiin tutkimuksiin soveltuvien luotettavuusmittareiden avulla on ongelmallista, koska laadullisen tutkimuksen lähtökohdat ja tavoitteet ovat erilaiset. Lisäksi toimintatutkimuksessa tavoitellut muutokset vaikeuttavat validiteetti- ja reliabiliteetikäsitteen käyttöä luotettavuuden arvioinnissa. Laurin (1998, 122) mukaan toimintatutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimusongelman selkeä määrittely, jolloin ongelmaan pyritään löytämään ratkaisu tutkimuksen avulla. Kananen (2009, 94–96) mukaan toimintatutkimuksen luotettavuuden lähtökohta on koko tutkimusprosessin eli tulosten, menetelmän ja tiedonkeruun huolellinen ja tarkka dokumentointi, jonka perusteella ulkopuoliset voivat arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 160) puhuvat laadullisen tutkimuksen uskottavuudesta, millä he tarkoittavat juuri edellä mainittuja seikkoja. Heidän mukaansa tutkimuksen tulokset tulee kuvata niin selkeästi, että lukija ymmärtää, mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet. Lisäksi uskottavuutta lisää heidän mielestään se, miten kattavasti tutkija on onnistunut rakentamaan aineistosta nousevat luokitukset. Leino-Kilpi (2009, 360–377) muistuttaa siitä, että tutkimustuloksien analysoinnissa ja luokittelussa tutkijan on hyödynnettävä koko aineistoaan – myös kielteisiä ja yksittäisiä ilmauksia. Kananen (2009, 83) korostaa, että induktiivisessa lähtökohdassa luokittelu nousee aineistosta, jolloin tutkijan objektiivisuus, rehellisyys ja huolellisuus korostuvat. Tällöin tutkija ei saa antaa omien henkilökohtaisten näkemystensä vaikuttaa aineiston luokittelussa ja analysoinnissa.

Kankkunen ym. (2009) mukaan siirrettävyys on toinen laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kuvaava ominaisuus. Siirrettävyys edellyttää, että tutkija on raportoinut tutkimuk-

sensa kohteen ja siihen liittyvän ympäristön huolellisesti. Tutkimuksen osallistujia koskevat taustatiedot ja heidän valintansa sekä aineiston keruu ja analyysin etenemisen yksityiskohtainen ja tarkka kuvaus vahvistavat tulosten siirrettävyyttä. Siirrettävyyden ansiosta toinen tutkija voi seurata prosessin etenemistä ja pohtia tulosten hyödynnettävyyttä omassa tutkimuksessaan. (Kankkunen ym. 2009, 160; Leino-Kilpi 2009, 360–377.) Samoin myös tutkimukseen osallistumaton, samanlaisessa työympäristössä työskentelevä hoitotyöntekijä voi pohtia tulosten vastaavuutta omassa työyhteisössään. Yleistettävyys ei kuitenkaan ole toimintatutkimuksen onnistumisen mittari. (Kananen 2009, 96.) Myös Metsämuurosen (2003, 183) mielestä yleistysten tekeminen on toimintatutkimuksessa vaikeaa, koska tutkimuksen kohde on ainutlaatuinen ja ainutkertainen ja sen otos on usein rajoitettu. Tutkimustulokset voivat kuitenkin olla suuntaa antavia.

Kananen (2009) mukaan tieteellisen tutkimuksen tekijän on tiedostettava tutkimusaiheeseen liittyvän esiyymmärryksen edut ja haitat. Sen avulla aiemmin tutkitustakin aiheesta voi löytää katvealueet, josta tutkimusta ei ole tehty. Vaarana on kuitenkin ajattelun ohjautuminen samoille linjoille kirjallisuuden kanssa, mikä voi vaikuttaa tulosten analysointiin, mikäli asiaa ei ole tiedostettu. (Kananen 2009, 74.) Kankkunen ym. (2009) varoittavat laadullisen tutkimuksen tekijää sokeutumasta omalle tutkimukselleen, mikä vaara on olemassa erityisesti silloin, kun tutkijoita on vain yksi. Heidän mukaansa myös tutkimuskirjallisuus puhuu holistisen harhaluulon ja virhepäätelmän mahdollisuudesta, jolloin tutkija vakuuttuu omista johtopäätöksistään ja sokeutuu muille ratkaisuille. (Kankkunen ym. 2009, 159.)

Laurin (1998) mukaan toimintatutkimuksen tutkimusaineistoa tulee arvioida kriittisesti ja sen painoarvoa on pohdittava lopputulosta arvioitaessa. Tällöin huomiota on kiinnitettävä tutkimusaineiston hankintaan, sen validiteettiin ja reliabiliteettiin, edustavuuteen, luotettavuuteen sekä sen kykyyn vastata tutkimusongelmiin. Hänen mukaansa toimintatutkimuksen tulokset voivat antaa luotettavaa tietoa siitä, onko käytetty interventio ollut toimiva suhteessa kehittämisohjelman tavoitteisiin, millaisissa tilanteissa interventiota voidaan soveltaa ja millaiseen lopputulokseen se voi johtaa. Tutkimuksen lopputuloksena voi olla esim. tutkimuskohteessa tapahtunut muutos lähtötilanteeseen verrattuna. Mikäli tulokset ovat yllättäviä tai ne puuttuvat kokonaan, on tärkeää hakea syitä toimintatutkimusprosessista. Toisaalta yllättävät tulokset voivat osoittaa uusia vaihtoehtoja ja näkökulmia ongelman ratkaisuun. (Lauri 1998, 121–125.)

6.4 Toimintatutkimuksen eettisyyden arviointi

Toimintatutkimuksen toteuttamisessa pätevät yleiset, tutkimuksen tekoon liittyvät eettiset periaatteet. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on lisäksi tiettyjä erityispiirteitä, jotka tutkijan on syytä tiedostaa ennen tutkimusprosessin alkua.

Kankkusen ym. (2009) mukaan suomalaista hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa Helsingin julistus (1964), joka on myös kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Ohjeistuksen uusi suomennos ilmestyi vuonna 2001 Suomen Lääkäriliiton julkaisemana. Sen lisäksi eettiset ohjeet pohjautuvat American Nurses Associationin (ANA 1995) julkaisemiin hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiin ohjeisiin. (Kankkunen ym. 2009, 173–176.) Ylimpänä hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavana tahona on kansallinen lainsäädäntö (mm. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488 ja siihen liittyvä Asetus 1999/986; Asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta 1998/494, sen muuttamisesta Asetus 2000/309.) Näihin ohjeistuksiin perustuvat hoitotieteellisen tutkimuksen käytännön toteutukseen liittyvät eettiset ohjeet.

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa tutkimuslupa tulee anoa tutkimusorganisaation johdolta. Tällöin molempien osapuolien tulee tiedostaa tutkimustuloksiin, niiden esittämiseen ja käyttämiseen liittyvä vastuu. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26.) Lupa-anomuksessa tulee selvittää tutkimusluvan anojan tietojen lisäksi tutkimuskohteena olevan organisaation vastuhenkilö, tutkimuksen nimi, tarkoitus, kohderyhmä, aineiston keruun arvioitu ajankohta sekä käytettävä tutkimusmenetelmä. Lisäksi lupa-anomuksesta tulee ilmetä tutkimuksen ohjaajan hyväksyntä tutkimussuunnitelmalle. Lupa-anomuksen käsittelijä voi myöntää tutkimusluvan joko anomuksen mukaisesti tai muutosehdotuksin. (KPAMK 2010.)

Tieteellisen tutkimuksen teosta tulee tiedottaa siihen osallistuville jo etukäteen, jolloin tiedotus on julkisesti kaikkien nähtävillä (Vilka 2009, 37). Vehviläinen-Julkunen (1998, 29) mukaan tutkimukseen osallistuvilla on oikeus tietää, mitkä heidän roolinsa ja oikeutensa ovat tutkimukseen osallistuessa. Lisäksi tutkimukseen osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen (Kankkunen ym. 2009, 177). Varsinkin laadullisessa tutkimuksessa korostuu tutkittavien oikeus vastata kysymyksiin nimettömästi, koska aineiston otos on usein pieni (Vehviläinen-Julkunen 1998, 29). Tutkimustulosten omistajuus tulee selvittää ennen tutkimuksen käynnistämistä. Tutkimuksen omistajiksi voidaan kirjallisesti sopia tutkimukseen

osallistuvat osapuolet. (Vilka 2009, 34.) Tutkijan tulee kunnioittaa tutkittaviaan, jolloin hänen tulee miettiä myös tuloksia raportoidessaan, millaisessa valossa hän esittää tutkittavien antamaa tietoa. Hyvään eettiseen käytäntöön kuuluu, että tutkija ei moralisoi vastauksia, vaan esittää tutkimustulokset neutraalisti ja kantaa ottamattomalla asenteella. (Vilka 2009, 33.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta esittää, että eettisesti kestävä tutkimuksen toimintatapoja leimaa läpi tutkimuksen ulottuva rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Näitä seikkoja korostetaan ennen kaikkea tutkimuksen, sen menetelmän ja toteutuksen kuvailussa, tutkimustulosten sekä johtopäätösten ja loppuarvioinnin esittämisessä. (TENK 2010.) Tiedonhankinnassa tutkijan lähdemateriaalina tulee olla oman alan tieteellistä kirjallisuutta, ammattikirjallisuutta sekä aiheeseen liittyviä, tieteellisesti arvostettuja sähköisiä julkaisuja. Tiedeyhteisön hyväksymien tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmien avulla tutkijan on osoitettava tutkimuksensa raportoinnissa, että hän hallitsee valitun tutkimusmenetelmän, tiedonhankinnan sekä tutkimustulosten johdonmukaisen esittämisen. Tieteellisen tutkimuksen on tuotettava uutta tietoa tai esitettävä uusia näkökulmia. (Vilka 2009, 30.) Tähän liittyy myös tutkijan velvollisuus huolehtia tutkimuksen uskottavuudesta ja jatkuvuudesta muiden yhteisöjen silmissä, minkä vuoksi tutkijan tulee julkistaa tutkimuksensa tulokset, mikäli niiden julkistamisesta ei ole muuta sovittu. Näin tutkimuksesta saatu käytännön hyöty palvelee ammattialan uusien toiminta- ja ajattelutapojen kehittämisessä. (Vilka 2009, 37.)

Eettiset arvot ohjaavat tutkijan huolellisuuteen myös lähdeviittauksiin liittyvissä merkinnöissä. Muiden tutkijoiden työn ja saavutusten kunnioittaminen näkyy lähdemerkinnöissä rehellisyytenä ja tarkkuutena, jolloin vältetään myös toisten henkilöiden tieteellisistä saavutuksista tai teksteistä kertovia luvattomia suoria lainauksia, niiden vääristelyä tai omiksi ajatuksiksi esittämistä. Keksittyjen tulosten tai havaintojen esittäminen ei kuulu eettisesti kestävään tutkimustoimintaan. (TENK 2010.)

Toimintatutkimuksen onnistumiselle on tärkeää, että kehittämistavoitteet nousevat tutkittavan joukon keskuudesta, mikä parantaa muutokseen motivoitumista ja sitoutumista (Lauri 1998, 133–134). Myös Koivukoski ja Palomäki (2009, 35) näkevät muutokseen sitoutumista edistävänä tekijänä tiimin jäsenten yhteisten tavoitteiden rakentamisen, jolloin jäsenet kykenevät paremmin arvioimaan muutoksen tuomat hyödyt sekä itsensä että koko työ-

ryhmän kannalta. Sinervon (2004, 97–103) mukaan muutoksen onnistumiselle on tärkeää, että ryhmän keskinäinen vuorovaikutus on toimivaa, jolloin erilaisista mielipiteistä ja näkökulmista voidaan avoimesti keskustella. Hänen mukaansa olisi tärkeää, jos uusiin toimintatapoihin, niiden ideointiin ja toteuttamiseen voitaisiin käyttää aikaa, mikä parantaisi ryhmän tavoitteisiin sitoutumista. Muutosvastarinnan tunnistamisen ja siihen suhtautumisen tulee olla rakentavaa, jolloin esiin nousevia tunteita saa avoimesti ilmaista. Tunteiden aliarvioimisen seurauksena tunteet voivat ohjata ammatillista toimintaa, jolloin muutokset jäävät toteutumatta. Yhteisen muutoksen ja sitoutumisen korostaminen helpottaa muutoksen herättämien tunteiden käsittelyä. (Koivukoski & Palomäki 2009, 35–36, 103.)

Toimintatutkimuksen tavoitteena on yleensä käytännön hyödyn saavuttaminen kehitettävälle toiminnalle. Tällöin on tärkeä pohtia sitä, saavutettiin tavoite ja oliko tutkimuksesta hyötyä kehitettävälle toiminnalle. (KAJAK 2010.) Hoitotieteellisen tutkimuksen tavoite on tuottaa uutta tietoa hoitamisesta sekä uudenlaisten hoitokäytäntöjen kehittäminen (Hoitotieteen laitos 2010).

Joidenkin tutkijoiden mielestä kysely voi vaikuttaa toimintatutkimuksen tuloksiin, sillä kysely voi käynnistää vastaajan ajatusprosessin, mikä saattaa vaikuttaa hänen toimintaansa (McNiff 1996, teoksessa Kananen 2009, 78). Toisaalta katsotaan, että tutkijan läsnäolo toimintatutkimustilanteessa pienentää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta, jolloin kyselyn mahdolliset kielteiset vaikutukset tasoittuvat. Kyselyt soveltuvat tutkimuksen alkukartoitusvaiheeseen sekä intervention vaikutusten arvioinnin mittaamiseen. (Kananen 2009, 78.)

7 TOIMINTATUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Alkukyselyn tulokset

Alkukyselyyn liittyviä kysymyslomakkeita palautettiin yhteensä 19 kappaletta. Yksi kysymyslomake jouduttiin hylkäämään, koska vastaaja oli kertonut vain ammattinsa sekä työkokemuksensa pituuden, mutta muut tutkittavan aiheen kannalta tärkeät kysymykset olivat jääneet vastaamatta. Näin analysoitavia vastauksia kertyi yhteensä 18 kappaletta. Alkukyselyn vastausprosentti oli 72 % koulutukseen osallistuneiden määrästä, mitä voidaan pitää varsin tyydyttävänä määränä tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden näkökulmasta.

Tässä tulososiossa otsikkojen alla tekstissä esiintyvät tummennetut käsitteet kuvaavat vastauksista muodostettuja luokituksia, jotka ovat syntyneet pelkistykseen ja samansuuntaisten vastausten yhdistämisestä. Kursiivilla esitetyt tekstiosiot ovat alkuperäisiä, vastauksista poimittuja lainauksia.

Koulutus

Kyselyyn vastasi yhteensä 9 perus-/lähihoitajaa sekä 8 sairaanhoitajaa, joten vastaajia oli molemmista ammattiryhmistä lähes saman verran. Vuodeosaston ammattijakaumassa perus-/lähihoitajia on 11 ja sairaanhoitajia 9, minkä lisäksi molempiin ryhmiin luetaan varahenkilöt ja osa-aikatyötä tekevien henkilöiden kokonaismäärä. Tällöin perus-/lähihoitajien kokonaismäärä on 13 henkilöä, jolloin vastanneiden henkilöiden määrä oli 69 % koko ammattiryhmästä. Sairaanhoitajien kokonaismäärä on 11 henkilöä, jolloin vastanneiden määrä oli 73 % ammattiryhmästä.

Hoitotyön kokemus

Perus-/lähihoitajien ryhmästä 4 vastaajalla oli hoitotyön kokemusta 6–10 vuotta. Yli 20 vuotta hoitotyön kokemusta oli 3 vastaajalla ja 2 vastaajalla kokemusta oli 1–5 vuotta.

Sairaanhoitajista 4 vastaajalla oli hoitotyön kokemusta 11–15 vuotta. Sairaanhoitajista 3 henkilöllä oli kokemusta 1–5 vuotta ja 1 vastaajalla 6–10 vuotta.

Kyselyyn vastanneista perus-/lähihoitajista suurin ryhmä oli työntekijät, joilla oli hoitotyön kokemusta 6–10 vuotta. Sairaanhoitajista vastaava suurin ryhmä oli työntekijät, joilla oli hoitotyön kokemusta 11–15 vuotta. (TAULUKKO 2.)

TAULUKKO 2. Hoitotyön kokemus ammattiryhmittäin

Hoitotyön kokemuksen pituus	1–5 vuotta	6–10 vuotta	11–15 vuotta	yli 20 vuotta
Perus/lähihoitajat	2	4		3
Sairaanhoitajat	3	1	4	

Aktiivisimmin kyselyyn vastasivat hoitotyöntekijät, joilla oli hoitotyön kokemusta alle 10 vuotta. Pisimmän työkokemuksen (yli 20 vuotta) omaavat sairaanhoitajat eivät osallistuneet kyselyyn.

Aikaisemmin saatu koulutus rakenteisesta kirjaamisesta

Kolmasosalla vastaajista ei ollut aikaisempaa koulutusta rakenteisesta kirjaamisesta, joten he olivat täysin uuden asian edessä koulutuksen alkaessa. Reilulla kolmasosalla vastaajista koulutusta oli 1–4 tuntia, jolloin he olivat saaneet yleistietoa rakenteisen kirjaamisen perusteista. Vain 2 vastaajalla koulutusta oli selvästi enemmän eli 10–20 tuntia, mikä tarkoitti perusteellisempaa case-opetusta rakenteisesta kirjaamisesta tai sitten aiheeseen oli tutustuttu oman ammattikoulutuksen myötä. Tämän perusteella enemmistölle vastaajista rakenteinen kirjaaminen oli koulutuksen alkaessa melko uusi ja vieras asia.

Hoidon tarpeen arvioinnin näkyminen omassa kirjaamisessa nykyisin ja päivittäin

Vastausten perusteella yli puolet vastaajista arveli kirjaavansa potilaan tarpeita **potilaslähtöisesti**. Potilaan hoidon arviointi lähtee siitä, että ”arvioidaan hoidon tarve potilaan yleis-tilan mukaan”. Sen lisäksi potilaan hoidon tarpeita kirjattiin tarkasti ”kaikki huomiot kirjatun” ja ”potilaan esiintulevista ongelmista ja hoitoa vaativista seikoista” kertoen. Potilaan omatoimisuutta, avuntarvetta sekä sen kehitystä huonompaan tai parempaan suuntaan arviointiin hoidon tarpeen kirjauksissa. Potilaan fyysiset tarpeet korostuivat joissakin vastauksissa: ”Vatsa kovalla, ei ole toiminut moneen päivään...” ja ”kirjataan potilaan päivittäinen vointi, liikkuminen ym. päivittäiset asiat”.

Kirjaamisen potilaslähtöisyyden lisäksi vastaajat painottivat hoidon tarpeen arvioinnin **jatkuvuuden** merkitystä. Monet vastaajat pitivät tärkeänä, että potilaan hoidon tarvetta on arvioitava ”joka vuorossa”, jolloin ”päivittäiset ongelmakohdat kirjataan ...”. Jatkuvuus tarkoitti myös sitä, ”mitä potilas tarvitsee kuntoutuakseen ja pärjätäkseen kotona tai jatko-hoitopaikassa”.

Muutamit vastaajista näkivät hoidon tarpeen kirjaamisen liittyvän kiinteästi potilaan **hoitosuunnitelmaan**, jolloin vastaajat kertoivat kirjaavansa potilaan tarpeita tulotilanteessa tehtävän hoitosuunnitelman eli ”hoisun” sekä hoidon alkuvaiheessa tehtävän kuntoutuspalvelujen suunnitelman eli ”kunpan” sekä hoitotyön päivittäissivun eli ”hoitin” kautta. Näille sivuille kirjataan potilaan tulovaiheen tarpeita ja ”hoitille” myös päivittäin ilmeneviä tarpeita. Tulotilanteessa tehtyä hoitosuunnitelmaa ja siinä ilmeneviä potilaan tarpeita on mahdollisuus myös päivittää hoidon jatkuessa, jolloin hoidon tarpeet ”kirjataan ylös tulotilanteessa, jos tarvetta ilmenee myös hoidon jatkuessa”. Hoitosuunnitelman sisältämä tarpeen määrittely sisälsi ”potilaan elämisen toiminnan alueet, joissa ongelmaa/avuntarvetta...” Tarpeen arvioinnin kirjaamisessa nähtiin myös **kehittämisen** aiheita, sillä potilaan tarpeet ”pitäisi näkyä hyvin, mutta edelleen on niin ettei kaikkea kirjata ylös”.

Hoidon tavoitteiden asettaminen omassa kirjaamisessa nykyisin ja päivittäin

Kaksi kolmasosaa vastaajista kertoi kirjaavansa potilaan hoidolle tavoitteita. Suurin osa heistä liitti tavoitteiden kirjaamisen potilaan tulovaiheessa tehtävään hoitosuunnitelmaan

ja/tai kuntoutussuunnitelmaan ja niissä ilmaistuihin **hoidon päätavoitteisiin**. Vastauksien mukaan ” *tavoitteet kirjataan yleensä heti sen jälkeen kun potilas tulee osastolle*”. Kukaan vastaajista ei maininnut kaikkien potilaan tulotilanteessa ilmenneiden tarpeiden kohdalle asetetuista yksittäisistä tavoitteista, vaan vastaukset kuvastivat käsitystä potilaan hoidolle asetetusta ”*pätavoitteesta, jonka pitäisi olla realistinen, mutta haastava*”. Eräässä vastauksessa puhuttiinkin ”*pitkän tähtäimen tavoitteista*”.

Potilaslähtöisyys koettiin arvokkaana asiana tavoitteiden kirjaamisessa, jolloin ”*kirjaan ylös potilaan tavoitteet ja noudatan niitä...*” Potilaan hoidon tavoitteita pohdittiin päivittäin, mutta niitä ei välttämättä kirjattu esille. Kirjaamisen näkökulmana oli myös tavoitteiden **toteuttaminen**, ei tavoitteen asettaminen. Vastausten mukaan peilattiin enemmän sitä, ”*onko tavoitteet saavutettu, onko kuntoutunut vai ei, päivittäiset kirjaamiset kertovat sen*”.

Lähes kolmasosa vastaajista ilmoitti, ettei kirjaa potilaan hoidolle tavoitteita tai sitten ne eivät toteudu hänen mielestään hyvin. Vastaajien mukaan hoidon tavoitteiden kirjaamisessa nähtiinkin **kehittämisen** aiheita, koska tavoitteet ”*pitäisi näkyä hyvin, mutta edelleen on niin että kaikkea ei kirjata ylös. Jos oikein kirjataan niin siitähän pitäisi selvitä kaikki mitä potilaalla on ja miten tulee hoitaa...*”.

Perus-/lähihoitajien ryhmässä hoidon tavoitteiden kirjaaminen oli enemmän hoidon toteutuksen kirjaamista, jolloin pohdittiin tavoitteiden toteutumista/ei-toteutumista. Toisaalta heidän vastauksissaan korostui myös kaikkien hoitotyöntekijöiden velvollisuus kirjata hoidon tavoitteita, jolloin ”*tarvittaessa jokainen täydentää*”. Sairaanhoitajien vastauksissa korostui tavoitteiden näkeminen osana hoitosuunnitelmaa, jolloin tavoitteet määritellään hoidon alkuvaiheessa. Tavoitteet määriteltiin kuitenkin enemmän ”*pätavoitteiksi*” kuin päivittäisiksi tavoitteiksi. Myös **sairaanhoitajien** vastauksissa oli ilmauksia, joiden mukaan ”*tavoitteita ei aina tule kirjattua*”. Samoin heidän ryhmässään tavoitteita peilattiin toteutuneen hoidon näkökulmasta.

Hoidon suunnitelman näkyminen omassa kirjaamisessa nykyisin ja päivittäin

Kolmasosa vastaajista kertoi kirjaavansa hoidon suunnitelmia. Toisaalta lähes saman verran oli niitä, jotka eivät kirjanneet suunnitelmia. Kolmasosa vastaajista käytti hoidon

suunnitelmaa lähinnä kirjaamalla suunnitelman **toteutumista** omassa hoitotyössään.

Varsinainen suunnitelmien kirjaaminen näkyi myös hyvin eri tavoin. Hoidon suunnitelman kirjaamisessa korostuivat sekä hoidon **päätaavoitteeseen liittyvät suunnitelmat että päivittäin tehtävät hoitosuunnitelmat**, jolloin ”suunnitelma laaditaan yhdessä ja tarvittaessa jokainen täydentää” ja ”ongelmien kautta tehdään suunnitelmia päivittäin”. Hoidon suunnitelma tarkoitti joidenkin vastaajien mielestä erityisesti **lääketieteellisiä suunnitelmia** eli ”lääkäriin määräyksistä ja tulevista/suunnitelluista hoitotoimenpiteistä kertomista”. Jonkin verran kirjaamisessa näkyi myös **potilaslähtöisyys**, jolloin ”kirjaan potilaan kanssa tehdyt tavoitteet ja toteutuksen”. Hoitotyön asiantuntemusta ja potilaslähtöisyyttä kuvaavassa vastauksessa ”kirjataan hoito-ohjeisiin ja määräyksiin kuntoutumista haittaavat tai ennalta ehkäisevät seikat ja toimintamallit ja kirjataan toimenpiteet, joilla edesautetaan tavoitteeseen pääsyä”. Aina potilasta koskevaa suunnitelmaa ei virallisesti kirjattu potilasasiakirjoihin, vaan suunnitelmaa tehtiin työryhmässä **suullisesti** keskinäisellä sopimuksella.

Hoidon suunnitelman kirjaamisessa koettiin myös **ristiriitaisuutta**, kun ”usein suunnitelmat kirjataan hyvin mutta se mihin tavoitteisiin ollaan päästy, ontuu edelleen”.

Hoidon toteutuksen näkyminen omassa kirjaamisessa nykyisin ja päivittäin

Kaikki vastaajat kertoivat kirjaavansa hoidon toteutusta. Kaksi kolmasosaa vastaajista kertoi kirjaavansa potilaan hoidon toteutumista **tehtäväkeskeisesti**. Vanha sanonta - ”se mitä on tehty, on kirjattu”- onkin osuva ilmaus tehtäväkeskeiselle kirjaamiselle. Vastaajat kertoivat kirjaavansa ”tehdyt hoitotoimenpiteet ym. esim. vatsa toimitettu, kylvyssä käynyt”, ”... haavanhoidot...”, ”mittaukset, potilaan liikkuminen/liikuttaminen...” sekä yleensäkin ”kirjaan kaiken mitä olen toteuttanut potilaan hoidossa”.

Hoitotyön prosessiajattelu näkyi muutamissa vastauksissa, jolloin ”pyrin kirjaamaan aina, miten hoidon suunnittelu on toteutunut” ja toisaalta ”jos jokin suunnitelma ei toteudu, se kirjataan seuraavalle vuorolle”. Myös **potilaslähtöisyyttä** arvostettiin, jolloin huomio kiinnittyi siihen, ”miten paljon potilas itse osallistui”. Hoidon toteutusta kirjattiin arvioimalla sitä, miten **hoito on vaikuttanut**. Tällöin vastaajat kertoivat arvioivansa ”toiminnan

vaikuttavuutta” ja seuraamalla ”...miten esim. kuntoutus on edistynyt”. Toisaalta vaikutusta voitiin arvioida myös mittausten, liikkumisen/liikuttamisen ja haavahoitojen perusteella.

Perus-/lähihoitajien ja sairaanhoitajien vastauksissa oli pieniä eroavaisuuksia. Kaikki **perus-/lähihoitajat** kertoivat kirjaavansa hoidon toteutusta sen mukaisesti, mitä potilaan kanssa oli tehty ja toteutettu. Joissakin vastauksissa hoidon toteutusta kirjattiin myös hoidon suunnitelmaa silmälläpitäen. Myös **sairaanhoitajien** vastauksissa hoidon toteutusta kirjattiin tehtäväkeskeisesti, mutta hieman enemmän hoitosuunnitelmaan peilaten ja hoidon vaikuttavuutta arvioiden.

Hoidon arvioinnin näkyminen omassa kirjaamisessa nykyisin ja päivittäin

Lähes kaikki vastaajat kertoivat kirjaavansa potilaan hoidon arviointia jollain tavalla. Suurin osa vastaajista kertoi kirjaavansa arviointia pohtimalla sitä, miten **hoito on vaikuttanut** potilaaseen: ”kirjataan arvio hoidon vaikuttavuudesta ja pohditaan mahdollisia uusia toimintamalleja, mikäli vaikuttavuus ei ole ollut hyvä.” Vertaaminen auttoi myös tilanteen hahmottamisessa, jolloin ”kirjaan verraten nykytilannetta edelliseen kertaan, onko parempi vai huonompi”. Hoidon vaikutuksia arvioitiin myös kirjaamalla mm. potilaan voinnin, yleistilan tai sen muutosten, kuntoutumisen tai **fyysisten mittaustulosten** pohjalta. **Potilaslähtöisyys** koettiin tärkeänä arvioinnin toteutumisessa, jolloin arvioitiin ”...miten vaikuttanut, potilas kokenut ja omat huomioni”. Potilaan oman mielipiteen kuuleminen arvioinnin toteutuksessa ei kuitenkaan noussut vastauksista merkittävästi esille.

Hoitotyön prosessiajattelu näkyi vastauksissa melko vähän. Tämä näkyi kuitenkin vastauksissa, joissa ”hoitoa arvioidaan yhdessä toteutuksen kanssa ja lopuksi toteutetaan lopuarviointi”. Hoidon arvioinnin kirjaamisessa nähtiin **kehittämisen** aihetta, koska se ”on tuu vielä paljon, kaikki hoitajat ei muista tai huomaa kirjata arvioinnista eli miten jokin esim. painehaavan paraneminen on edistynyt”. Pieni osa vastaajista oli myös jättänyt vastaamatta kysymykseen.

Sekä **perus-/lähihoitajien että sairaanhoitajien** mielestä hoidon arvioinnin tärkeimpiä asioita oli pohtia sitä, miten hoito oli vaikuttanut potilaaseen. Molemmissa ammattiryhmissä nähtiin myös tärkeänä kirjata ja arvioida erilaisia potilaasta mitattavia tai havaittavia

fyysisiä ominaisuuksia tai tuloksia, kuten esim. haavan paranemista, lääkkeen vaikutusta virtsatulehdukseen tai potilaan yleistilan kehitystä ja kuntoutumista. Perus-/lähiohittajien ryhmässä oli kuitenkin kiinnitetty enemmän huomiota arvioinnin kirjaamisen kehittämistarpeisiin.

Arvio oman työpaikan hoitotyön kirjaamisen kehittämisen tarpeista

Toivomuksia oman työpaikan hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen löytyi runsaasti. Kuitenkin kirjaamiseen oltiin myös **tyytyväisiä** eli ”kirjaaminen melko hyvää, asiallista ja tarkkaa”. Kirjaaminen toteutui vastaajien mukaan parhaiten **kiireettömässä** ja rauhallisessa ilmapiirissä, jossa korostui ”*rauhallinen kirjaamistilanne. (hiljaisuus)*”. Kirjaamisen kehittämisen esteenä koettiin ajallisten resurssien riittämättömyys, jolloin ”...*aikarajat tulee vastaan, kiire tekee sen ettei kirjaamiseen aina ehdi paneutua kunnolla*”.

Hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen liittyviä ehdotuksia kuvattiin monipuolisesti ja asiantuntevasti. Kaikkein eniten kirjaamisen sisältöön toivottiin lisää **kuvailevuutta ja potilaslähtöisyyttä**. Toivottiin, että kirjaamisen ”*pitäisi olla täsmällisempää ja kuvaavampaa*” ja ”*tuoda esiin potilaan tuntemuksia*”. Nykyinen ”*kirjaaminen on liian suppeaa, ei huomioida kokonaisvaltaisesti potilaan eri osa-alueita...*”. **Tehtäväkeskeisyys** sai runsaasti kritiikkiä, ja siihen toivottiinkin selkeästi muutoksia ja parannuksia. Todettiin, että ”*vielä on paljon, jotta ei edelleenkään osata kirjata hoitoa potilaan näkökulmasta, vaan kirjataan se mitä on tehty*”. Kirjauksen pitäisi ”*kuvata tarkemmin hoidon toteutusta ja potilaan oma-toimisuutta tai hänen puolestaan tehtyä*”. Potilaan voinnista ei saa kokonaiskuvaa, kun ”*aamutoimissa vain sana vuodepesut tehty*”.

Vastausten perusteella **hoitotyön prosessiajattelun** toivottiin näkyvän paremmin kirjaamisessa. Erityisesti potilaan hoidon tavoitteiden ja arvioinnin kirjaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tästä kertoo vastaaja, jonka mielestä ”*hoidon vaikuttavuus ja jonkin verran myös tavoitteellisuus jää kirjaamatta ja huomiotta*”.

Vastapainona riittäväälle kuvailevuudelle ja yksityiskohtaisuudelle löytyi myös toisenlainen näkökulma: kirjaamiseen toivottiin **yksinkertaisuutta ja selkeyttä**. ”*Joskus tuntuu, että on saman toistoa päivästä toiseen. Voisi kirjata vain muutokset, ei perusasioita ellei niissä*

ole muutoksia aikaisempaan.” Samasta asiasta kertoi myös vastaaja, jonka mielestä ratkaisu voisi olla ”*hieman lyhyemmin ja ytimekkäämmin kirjoittaminen, jätetään turhat asiat pois*”. Efficapotilasjärjestelmän sivustojen käytössä toivottiin parannusta erityisesti potilaiden **nestehoidon toteutukseen** liittyviin merkintöihin. ”*Nestehoito-sivuilla on kirjaamisongelmaa, kaikki ei kirjaa esim. tippumaan laitettuja iv-nesteitä*”.

Molemmissa ammattiryhmissä vastaukset jakautuivat melko tasaisesti ja toivomukset kirjaamisen kehittämisestä painottuivat potilaslähtöisyyteen ja kuvailevuuteen. **Perus-/lähihoitajien** ryhmässä toivottiin kuitenkin enemmän kirjaamisen selkeyttä ja sitä, ettei kirjattaisi itsestään selviä asioita, joissa ei ole muutosta aiempaan. **Sairaanhoitajat** taas näkivät tärkeänä kirjaamisen yhteneväisyyden ja yhteisen mallin, jossa ”*hoitotyön suunnitelmaan toivoisi yhtenäisyyttä henkilökunnan kesken*”.

Rakenteisen kirjaamisen koulutukseen liittyviä odotuksia

Yli puolet vastaajista toivoi koulutuksen olevan **selkeää, yksinkertaista ja käytännönläheistä**. Toivottiin, että koulutus ei olisi ”... *liian teoreettista, jotta ymmärretään soveltaa käytäntöön helposti ...*”. Lisäksi koulutuksen sisällön odotettiin antavan **tietoa ja valmiuksia omaan työhön**: ”*Työkaluja monipuoliseen ja monialaiseen kirjaamiseen*”, jonka aikana saisi ”*valmiudet käyttää sitä omassa työssäni sekä saada riittävää perustietoa ohjelman käytöstä*”.

Useissa vastauksissa nousi esiin huoli siitä, että koulutusta saataisiin varmasti **riittävästi**, jolloin asioita tulisi käydä ”*mahdollisimman useasti läpi ennen kuin otetaan kirjaamistapa käytäntöön...*” ja ”*niin paljon koulutusta kaikille, että varmasti opitaan*”. Lisäksi koulutuksen toimivuus ja oppiminen olisi tehokkaampaa, mikäli koulutusta voitaisiin antaa ”*pienelle porukalle kerrallaan*”.

Rakenteisen kirjaamisen omaksumista ja hahmottamista helpottaisi vastaajien mukaan kirjaamisen harjoittelu **tietokoneohjelman** avulla. Vastaajien mukaan ”*rakenteista kirjaamista olisi tietokoneen ääressä hyvä harjoitella...*” ja ”...*täytyisi useasti itse päästä harjoitteluun kirjaamista koneelle*”.

Koulutuksen **ajankohdaksi** toivottiin jotain muuta kuin työpäivän viimeiset tunnit, jolloin väsymys saattaa haitata keskittymistä. Koulutusta ei haluttu myöskään toteutettavaksi liian aikaisin ennen rakenteisen kirjaamisen virallista käyttöönottoa eli ”*koulutus vasta kun se toteutuu (siis rakenteinen kirjaaminen) eikä kuukausia aikaisemmin että ehtii jo unohtaa koko asian*”.

Suurimmalla osalla vastaajista ei ollut aiempaa koulutusta rakenteisesta kirjaamisesta tai sitten sitä oli vain vähän, minkä vuoksi on ymmärrettävää, että odotuksia tulevan koulutuksen sisällöstä ei osattu vielä selkeästi ilmaista. Muutamat vastaajat olivatkin jättäneet **vastaamatta** kysymykseen. Lisäksi arveltiin rakenteisen kirjaamisen olevan **vaikeaa**, jolloin se ”*tuntuu ajatuksenakin tosi hankalalta toteuttaa*” ja ”*varmaan tulee olemaan vaikeaa ja vie kauan ennen kuin oppii...*”, mutta toisaalta ”*...jännityksellä odotan!*”

7.2 Loppukyselyn tulokset

Loppukyselyyn vastasi 17 hoitotyöntekijää ja kaikki vastaukset hyväksyttiin. Vastausprosentti oli 68 % koulutukseen osallistuneiden määrästä, mikä on hieman pienempi kuin alkukyselyyn osallistuneiden määrä (72 %).

Kokemukset koulutuksen merkityksestä vastaajan oppimiselle

Lähes kaikki vastaajat olivat kokeneet rakenteiseen kirjaamiseen liittyvän koulutuksen **hyödyllisenä** oman oppimisensa kannalta. Koulutuksen myötä ”*enemmän tuli pohdittua miten olisi hyvä kirjata*”. Lähes kaikki vastaajat olivat kokeneet saaneensa koulutuksen antaneen heille lisää **tietoa** rakenteisesta kirjaamisesta. Osalle tieto merkitsi ”*pohjatietoa*” ja ”*esimakua kirjaamiseen*” sekä ”*... sitä, mitä kirjaamiselta edellytetään*”. Niille, joille rakenteinen kirjaaminen oli jonkin verran tuttua, koulutus oli antanut lisätietoa ja mm. ”*selvensi vapaan sanan tarkoitusta ja käyttöä*”. Koulutuksen oli koettu antavan **työkaluja oman ammattitaidon** ja nykyisen hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen. Koulutus oli antanut monelle vastaajalle ”*uusia näkökulmia*” ja ”*mieltimistä enemmän kirjaamisessa*”. Vastaajan mukaan se ”*toivon mukaan paransi kirjaamista*”. Sen kautta oli saanut ”*kykyä katsoa tärkeimmät asiat, jotka kirjaa; turhat osaa karsia*”. Kirjaamisen harjoittelun **poti-**

lasesimerkkien kautta oli koettu selkeyttävän rakenteisen kirjaamisen hahmottamista ja ymmärtämistä.

Hoitotyön prosessin mieliin palauttaminen oli koettu yhtenä koulutuksen anneista. Oman kirjaamisen kehittämisessä oli nähty tärkeänä se, että ”*osaan antaa kattavampaa tietoa potilaan voinnista ja hoidon tarpeesta*”. Myös hoidon suunnitteluun liittyvä opetus oli koettu tärkeänä.

FinCC-luokitusten vaikutus omaan tapaan kirjata hoidon tarpeita

Yli puolet vastaajista oli kokenut, että FinCC-luokitukset ja siihen liittyvä koulutus **eivät olleet** vielä **vaikuttaneet** heidän omaan tapaansa kirjata potilaan hoidon tarpeita nykyisessä kirjaamiskäytännössä. Koulutuksen ja hoitotyön luokitusten vaikutusta omaan kirjaamiseen oli ”*vaikea kuvitella, kun ei rakenteista kirjaamista vielä konkreettisesti käytetä*”. Samasta asiasta kertoo vastaaja, jonka mukaan luokitukset ”*ei vielä elä käytännössä, ehkä ”takaraivossa” ovat mukana kirjauksessa*”.

Lähes puolet vastaajista oli kuitenkin arvellut koulutuksen vaikuttaneen **positiivisesti** heidän nykyiseen tapaansa kirjata potilaan tarpeita. Kirjaamiseen oli tullut lisää **tarkkuutta ja** kykyä poimia potilaan voinnista **oleelliset** ja tärkeät tiedot. Kirjaamista pohdittiin nyt **monipuolisemmin** kuin aiemmin. Vastaajien mukaan ”*tulee tarkemmin kirjattua asiat, jotka liittyvät potilaaseen*”, jolloin ”*ehkä ns. turhat kirjoitukset jääneet pois*”. Lisäksi ”*tulee pohdittua asioita/tarpeita monipuolisemmin*” ja on ”*helpompi löytää potilaan todelliset tarpeet*”. Kirjaamisharjoitusten perusteella todettiin, että **FinCC-luokitukset ovat käyttökelpoisia** potilaan tarpeiden kuvaamisessa, jolloin niistä ”*löytää hyvin potilaan eri tarpeet*”.

FinCC-luokitusten vaikutus omaan tapaan kirjata hoidon tavoitteita

Yli puolet vastaajista oli kokenut, että FinCC-luokitukset ja siihen liittyvä koulutus **eivät olleet vaikuttaneet** omaan tapaan kirjata potilaan hoidon tavoitteita nykyisessä kirjaamiskäytännössä. Toisaalta osa näistä vastaajista oli arvellut, että vaikutusta oli vaikea vielä

arvioida tai vaikutus ei ollut merkittävää. Oli myös koettu, että luokitusten käyttöä on hankala soveltaa nykyiseen kirjaamiskäytäntöön, koska se on niin erilainen. Luokitusten opettelu oli kuitenkin auttanut huomaamaan **hoitotyön prosessin** merkityksen kirjaamisessa. Vastaajan mukaan ”*tavoitteiden kirjaaminen ylös on tärkeää*”. Hoidon tavoitteiden ja potilaan tarpeiden välinen yhteys oli myös paremmin ymmärretty, jolloin ”*voi kirjata tavoitteet tarpeiden pohjalta*”. Lisäksi FinCC-luokitusten opettelu oli selkeyttänyt nykyistä hoitotyön kirjaamista, minkä johdosta kirjaamisessa korostui **tarkkuus ja oleellisten asioiden erottaminen**. Pidettiin tärkeänä, että ”*tavoitteista tulee konkreettisempia*” ja niihin merkitään vain ”*tärkeät tiedot*”. Vastaajan kokemuksen mukaan ”*FinCC-luokitus on helpottanut tapaan kirjata asioita ylös, pystyn etsimään potilaan voinnista ja tarpeista ne pääkohdat joille asettaa tavoitteita*”.

FinCC-luokitusten vaikutus omaan tapaan kirjata hoidon suunnittelua

Yli puolet vastaajista oli kokenut, että FinCC-luokitusten opettelu **ei ollut vielä merkittävästi vaikuttanut** heidän tapaansa kirjata potilaan hoidon suunnittelua nykyisessä kirjaamiskäytännössä. Toisaalta osa heistä koki, että vaikutusta oli vielä vaikea arvioida.

Lähes puolet vastaajista oli kuitenkin arvellut koulutuksen vaikuttaneen kirjaamiseen **positiivisesti**. Koulutuksen myötä suunnittelun kirjaamiseen oli tullut lisää **tarkkuutta ja selkeyttä**. FinCC-luokitusten arveltiin vaikuttavan hoidon suunnittelua koskevissa kirjauksissa siten, että ”*tulee kirjattua tarkemmin*” ja ”*...etsin tärkeät tiedot vain*”. Vastauksissa ilmeni, että luokitusten opettelu myötä ”*suunnittelu on selkeytynyt*”, jolloin ”*kirjaamisesta tulee jäsentyneempää*”. Selkeys ja jäsentyneisyys vaikuttavat myös siihen, että ”*hoidon suunnittelu on helpompaa*”. **Hoitotyön prosessiajattelu** ja hoidon tavoitteiden ja suunnitelman välinen yhteys oli myös avautunut vastaajalle, jonka mukaan ”*suunnittelu auttaa tavoitteisiin pääsemisessä*”.

FinCC-luokitusten vaikutus omaan tapaan kirjata hoidon toteutusta

Enemmistö vastaajista arvioi, että FinCC-luokitusten opettelu **ei ollut merkittävästi vaikuttanut** heidän nykyiseen tapaansa kirjata potilaan hoidon toteutusta. Tämä ilmeni myös

vastauksessa, jonka mukaan ”*hoidon toteutuksen kirjaaminen on ollut aika samanlaista jo pitkään, kaikki kirjataan mitä tehdään*”.

Monessa vastauksessa oli kuitenkin nähtävissä, että FinCC -luokitusten opettelu oli herättänyt pohtimaan omaa kirjaamisen tyyliä kriittisesti ja uusia näkökulmia hakien. Hoidon toteutuksesta kirjaamiseen oli tullut lisää **tarkkuutta ja selkeyttä**. Vastausten perusteella ”*enemmän mieltii asioita joita kirjaa*”. Lisäksi FinCC oli opettanut huomaamaan **oleellisten** asioiden merkityksen kirjaamisessa, mikä helpottaa vastaajan mukaan myös hoidon suunnittelua. Näin kirjaamisesta tulee helpompaa, kun löytää ”*...potilaan voinnista ja tarpeista ne pääkohdat joille asettaa tavoitteita*”. **Potilaslähtöisyyttä** haluttiin myös tuoda aikaisempaa enemmän esiin hoidon toteutuksen kirjauksissa, jolloin ”*toivon mukaan kirjaamisesta tulee potilaslähtoisempää ja monipuolisempaa*”.

Hoitotyön prosessiajattelun merkitys eli potilaan hoidon tarpeiden, tavoitteiden, suunnitelman, toteutuksen ja arvioinnin muodostama kokonaisuus oli ymmärretty, kun vastaajan mukaan hoidon toteutusta ”*kirjataan tarpeiden ja tavoitteiden mukaan*”.

Hoidon toteutuksen kirjaamisessa arveltiin olevan **kehittämisen** tarvetta, sillä kirjaamista tehdään vastaajan mukaan vieläkin liian tehtäväkeskeisesti, jolloin ”*eniten kirjaan hoidon toteutuksesta ja edelleen tulee kirjattua liikaa vanhaan tyyliin eli vaatii harjoittelua*”.

FinCC-luokitusten vaikutus omaan tapaan kirjata hoidon arviointia

Suurin osa vastaajista arvioi, että FinCC-luokitukseen liittyvä koulutus ja opettelu **eivät olleet vaikuttaneet** heidän nykyiseen tapansa kirjata potilaan saaman hoidon arviointia. Arveltiin, että uusi kirjaamisen tapa ”*ei vielä elä käytännössä...*”. Tästä kertonee myös tyhjien vastausten suuri määrä.

Joidenkin vastaajien mielestä FinCC-luokitukset ja erityisesti hoidon tulosluokitus (SHTul) olivat tuoneet potilaan hoidon arviointiin uusia näkökulmia, jolloin se ”*antaa hyvän ulottuvuuden arviointiin*”. Sen lisäksi luokitukset olivat tuoneet arviointiin **selkeyttä ja yksinkertaisuutta**. Kirjaamisesta oli tullut ”*tarkempaa*” ja ”*kokonaisvaltaisempaa*”.

FinCC-luokitusten käyttökelpoisuus ”todellisen” potilaan kuvaamisessa ja kirjaamisessa

Suurin osa vastaajista piti FinCC-luokituksia **toimivana ja käyttökelpoisena** ”todellisen” potilaan kuvaamisessa ja kirjaamisessa. Luokitusten oli koettu ”*helpottavan työtä*” ja niitä oli pidetty myös ”*seikkaperäisenä*” ja ”*perusteellisena*”. Vastaajien mukaan luokitusten avulla ”*...pystyy hyvin kirjaamaan ja kuvaamaan todellista potilasta...*”. Vapaan tekstin käyttö luokitusten täydentäjänä sekä luokitusten mahdollistama **monialainen** kirjaaminen oli myös oivallettu.

Nykyisen sähköisen potilaskertomuksen hoitotyön sivujen soveltumattomuus FinCC-luokitusten toteuttamiselle oli koettu kuitenkin ongelmaksi. Vastaajat haluaisivat päästä toteuttamaan harjoituksia **tietokoneella**, jolloin uusi kirjaaminen voitaisiin soveltaa omaan työyksikköön sopivaksi ja toimivaksi kokonaisuudeksi. Tämä ilmeni vastauksista, joissa pohdittiin, ”*...onko nykyinen kaavake siihen vääränlainen?*”, jolloin joudutaan odottamaan vielä sitä, että ohjelman ”*...saa käytännön toteutukseen ja siinä palaset loksahaa paikoilleen*”. Nyt toteutettu kirjaamiskoulutus oli monen mielestä vasta alkua oppimisprosessille, joka vaatii onnistuakseen myös sen, että ”*...oppii kunnolla*”.

FinCC-luokitusten käyttö hoitotyön kirjaamisen apuvälineenä herätti myös toisenlaisia kokemuksia. Luokitukset **eivät** olleet vastaajan mielestä **riittävän selkeitä ja yksinkertaisia**. Vastaajan kokeman mukaan FinCC-luokitus on ”*turhan sekava, sama asia monen otsikon alla*”. Vastaaja oli myös kokenut potilaan perushoidolle tärkeiden tietojen puuttumisen heikentävän uuden kirjaamisen käyttökelpoisuutta, kun ”*...perushoitajille tärkeät tiedot esim. syöttäminen, virtsaus, vaipat, liikkuminen eivät tule esiin.*” Lisäksi FinCC-luokitusten arveltiin vaikuttavan kirjaamisen vaatimaan **ajankäyttöön**, kun luokitukset ”*...vie paljon aikaa, ainakin aluksi*”. Suhtautuminen uuteen kirjaamistapaan oli aiheuttanut myös **epävarmuutta**, koska muutama vastaaja ei ollut vastannut kysymykseen.

Rakenteisen kirjaamisen koulutuksen kehittäminen

Konkreettisia esimerkkejä rakenteisen kirjaamisen koulutuksen kehittämiseen nousi monista vastauksista. Lähes kolmasosa vastaajista toivoi, että koulutusta saataisiin **lisää**. Harjoi-

tuksia tulisi olla **useammin** ja koulutukset voisivat olla myös **pidempiä**. Koulutukseen toivottiin myös selkeyttä ja **yksinkertaisuutta**. Vastaajan ilmauksen mukaan koulutuksen tulisi sisältää ”*useammin pieniä kokonaisuuksia/harjoituksia jotta tulee tutuksi ja 'ajatusrakenne' konkretisoituu*”. Vastaajan mukaan ”*käsitteet vaikuttavat aluksi vaikeilta ja vierailta., vaikka täysin tuttua ja jokapäiväistä asiaa...*”. Tuttujen asioiden monimutkaiselta tuntuva ilmaisu FinCC-luokituksissa oli tuottanut ongelmia ja hämmennystä. Koulutuksen jälkeen ”*jäi tunne että paljon on vielä opittavaa, ei niinkään itse kirjaamisesta vaan ohjelman käytöstä ja soveltamisesta.*” Toisaalta arveltiin, että ”*sen oppii kunnolla vasta käytännön kautta*”.

Vastausten perusteella FinnCC-luokitusten ja rakenteisen kirjaamisen **harjoittelu sähköisellä harjoitusversiolla** helpottaisi oppimista ja opitun asian soveltamista varsinaisessa käyttöönnotossa. Tällöin voitaisiin yhdessä ”*käydä läpi koneella esimerkkejä*”. Todellisten potilasesimerkkien käytön oli koettu helpottavan kirjaamisen hahmottamista ja oppimista, minkä vuoksi vastaajan mukaan harjoituksia tulisi olla ”*enemmän casien avulla vaikka oikeilla potilailla*”. Pienryhmätyöskentely oli myös koettu hyväksi toimintatavaksi kirjaamisharjoituksissa. Vastaajat toivoivat myös koulutuksen **ajankohdan** olevan ”*lähempänä sitä aikaa kun rakenteinen kirjaaminen oikeasti tulee osastolle*”, sillä ”*asiat unohtuu ennen kuin tämä tulee osastolle*”.

Jotkut vastaajista **eivät osanneet kertoa**, miten koulutusta voisi kehittää tulevaisuudessa. Rakenteinen kirjaaminen tuntuu vielä oudolta, jolloin ”*ei osaa vastata kun vähän käyttänyt*”.

8 POHDINTA

8.1 Toimintatutkimuksen tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitotyön prosessimallin toteutumista hoitotyön kirjaamisessa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, millaisia vaikutuksia rakenteisen kirjaamisen koulutusinterventiolla oli ollut hoitotyön prosessimallin käyttöön ja hallintaan kirjaamisen jäsentäjänä ja ohjaajana. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa hoitotyöntekijöitä tiedostamaan oman työyhteisönsä hoitotyön kirjaamisen tilanteen ja juurruttamaan rakenteisen kirjaamisen ajattelutapaa päivittäiseen hoitotyön dokumentointiin.

Opinnäytetyön aihealue, rakenteinen kirjaaminen, kiinnosti tekijää ennen kaikkea sen haasteellisuuden sekä aikaisemman, lyhyen koulutuksen myötä saadun kokemuksen perusteella, jonka mukaan rakenteinen kirjaaminen oli tuntunut vaikealta ja monimutkaiselta hahmottaa. Tietoisuus valtakunnallisesta hoitotyön kirjaamiseen liittyvästä kehitystyöstä ja sitä säätelevän lainsäädännön velvoitteista sekä niiden myötä rakenteisen kirjaamisen käyttönotosta kaikilla julkisen terveydenhuollon palvelun antajilla synnytti halun perehtyä aiheeseen paremmin opinnäytetyön kautta. Tekijän henkilökohtainen työkokemus terveyskeskuksen vuodeosastolla vaikutti myös kiinnostuksen suuntautumiseen juuri hoitotyön kirjaamiseen. Kokemukset oman työyhteisön hoitotyön kirjaamisessa olevista kehittämisen tarpeista ja ennen kaikkea hoitotyön prosessin käytöstä kirjaamisessa herätti halun saada tutkimuksen keinoin tietoa siitä, miten kirjaaminen toteutuu päivittäisessä dokumentoinnissa ja miten sitä voitaisiin kehittää. Hoitotyön prosessin sisältyminen olennaisena osana FinCC-luokitusta oli myös ohjaamassa tekijän mielenkiintoa juuri tämän asian tutkimiseen. Hoitotyön prosessimallin hallinta on tekijän mielestä merkittävä askel matkalla kohti rakenteista kirjaamista.

Opinnäytetyön aiheen valinta osui ajallisesti samaan aikaan, kun Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun ja Kokkolan terveyskeskuksen vuodeosaston yhteinen kirjaamiskoulutus eNNi-hankkeen myötä oli lähestymässä. Mahdollisuus oman mielenkiinnon kohteen ja kirjaamiskoulutuksen yhdistämisestä opiskeluun kuuluvassa opinnäytetyössä oli haaste, johon tekijä ei voinut olla tarttumatta. Myös eNNi-hankkeessa toivottiin opiskelijoiden

osallistumista hoitotyön kirjaamisen kehittämistyöhön opinnäytetöiden välityksellä (Ahonen 2008).

Opinnäytetyön aiheeseen liittyvän tutkimusmenetelmän valintaa ohjasivat sanat: tiedostaminen, muutos ja kehittäminen. Tämän perusteella tutkimusmenetelmäksi valikoitui luontevasti toimintatutkimuksen menetelmä. Toimintatutkimus sopii myös Kanasen (2009) mukaan tutkimusmenetelmäksi silloin, kun pyritään kehittämään käytännön työelämässä toimivien ihmisten omaa työtä tutkimuksen keinoin. Opinnäytetyön tekijän kokemuksen mukaan toimintatutkimus oli tutkimusmenetelmänä haastava ja mielenkiintoinen prosessi. Prosessimainen aiheen työstäminen johtui toimintatutkimuksen monivaiheisuuden lisäksi myös opinnäytetyötä jäsentävästä hoitotyön prosessimallista ja sen vaatimasta näkökulmasta tutkimusaineiston analysoinnissa. Myös entuudestaan tuntematon tutkimusmenetelmä vaati syvällistä asiaan perehtymistä kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Haasteellisuutta lisäsi myös aiheenvalintaan liittyvän teoria-aineiston runsas internet-materiaali. Lisäksi rakenteista kirjaamista ja sen käyttöönottoa koskeva tieto ”eli” tutkimusprosessin aikana, jolloin uutta tietoa rakenteisen kirjaamisen käyttöönotkokemuksista, eNNi-hankkeesta, valtakunnallisista suunnitelmista ja lainsäädännön muutoksista tuli läpi opinnäytetyön toteuttamisen ja kirjoittamisen vaiheiden.

Toimintatutkimusmenetelmä oli opinnäytetyön tekijän mielestä onnistunut valinta myös tutkimustehtävien näkökulmasta. Toimintatutkimuksen välityksellä pystyttiin keräämään tietoa nykyisestä hoitotyön kirjaamisesta, hoitotyön prosessimallin käytöstä kirjaamisessa sekä koulutuksen merkityksestä rakenteisen kirjaamisen ajattelutavan juurtumiselle. Kyselyistä saadun palautteen perusteella myös tulevia kirjaamiskoulutuksia voidaan kehittää paremmin käytännön hoitotyöntekijöiden tarpeita vastaavaksi. Ajallisten ja koulutukseen varattujen resurssien vuoksi tämä toimintatutkimusprosessi päättyi kyselyistä ja koko tutkimusprosessista tehtyihin päätelmiin. Muussa tapauksessa toimintatutkimukselle ominaista tutkimuksen ja toiminnan, koulutuksen ja kyselyjen vuorottelua olisi voitu jatkaa, kunnes lopputulokseen, hoitotyön prosessimallin mukaiseen kirjaamiseen ja rakenteisen kirjaamisen juurtumiseen oltaisiin oltu tyytyväisiä koko työyhteisössä.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuuden tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tekijän henkilökohtainen työkokemus terveystieteiden sairaanhoitajan työstä helpotti aiheeseen perehtymistä ja antoi esiyymmärrystä tutkittavaan aiheeseen. Esiyymmärrystä tuki myös hoitotyön kirjaamista koskevien tiedejulkaisujen lukeminen ja alan kirjallisuuteen perehtyminen. Tässä toimintatutkimuksessa esiyymmärryksen vaarat pyrittiin tiedostamaan, jotta ne eivät vaikuttaisi tutkimustulosten analysointiin ja johtopäätösten tekoon. Esiyymmärryksen annettiin tietoisesti vaikuttaa ainoastaan valitsemalla hoitotyön prosessimalli jäsentämään koko opinnäytetyötä. Tämä näkökulma oli esiyymmärryksen lisäksi perusteltavissa ennen kaikkea hoitotyön prosessimallin sisällyttämisellä oleellisena osana rakenteista kirjaamista.

Tässä toimintatutkimuksessa tutkimustehtävät oli selkeästi asetettu, mikä helpotti kirjallisten kyselyiden rakenteen suunnittelua ja toisaalta vastauksista saadun aineiston analysointia ja päätelmien tekoa. Aineistoa tarkasteltiin avoimesti, ilman ennako-asenteita. Aineiston analysointi pyrittiin toteuttamaan siten, että tutkimustulosten luotettavuus, todenmukaisuus ja johtopäätökset olisivat mahdollisimman oikeita perustuen todelliseen, tutkimuskohteilta saatuun tietoon. Vastausaineisto käytiin huolellisesti ja tarkasti läpi hukkaamatta yhtään näkökulmaa tutkittavasta teemasta. Kaikille vastauksille annettiin sama arvo, riippumatta siitä, esiintyivätkö ne vastauksissa yhden vai useamman kerran. Näin myös yksittäisen vastaajan muista vastaajista poikkeava näkemys raportoitiin, mikä lisää tutkimustulosten luotettavuutta. Kielteisille ilmauksille annettiin sama painoarvo kuin myönteisille ilmauksille. Lähes jokainen kysymys sisälsi myös tyhjiä vastauksia 0–3 kappaletta, mikä heikensi jonkin verran tulosten luotettavuutta. Loppukyselyssä hoidon arviointia koskevassa kysymyksessä oli jopa 6 tyhjää vastausta, mikä raportoitiin tuloksissa. Tutkimusaineiston analysointi suoritettiin kahteen kertaan, mikä varmisti jo kertaalleen tehtyjen luokitusten oikeellisuuden sekä selvensi luokituksista muodostettujen yhteisten käsitteiden nimistöä. Lisäksi keskeiset tulokset annettiin tutkimukseen osallistuneen hoitotyöntekijän arvioitavaksi ennen opinnäytetyön luovutusta. Tämän katsottiin lisäävän tutkimustulosten analysoinnin luotettavuutta ja uskottavuutta.

Yksityiskohtaisen ja huolellisen raportoinnin arveltiin myös helpottavan tutkimustulosten siirrettävyyden arviointia, jolloin ulkopuoliset lukijat voivat sen perusteella pohtia tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin työyksiköihin. Toisaalta yleistysten tekemi-

nen toimintatutkimuksen tuloksista ei ole mahdollista, koska tutkimuksen kohde on ainutlaatuinen ja sen otos on rajoitettu. Vuodeosaston hoitotyöntekijät ja heidän mielipiteensä ja kokemuksensa olivat ainutkertaisia, mikä liittyi heidän henkilökohtaiseen ammattitaitoonsa ja persoonaansa. Tutkimustulokset voivat kuitenkin olla suuntaa-antavia tuloksia hoitotyön kirjaamisen sisällöstä.

Opinnäytetyön tekijän mielestä suuremman vastaajajoukon kysymyslomakkeisiin vastaminen antoi luotettavamman ja monipuolisemman näkökulman hoitotyön kirjaamisesta kuin mitä muutaman henkilön haastattelu olisi tuottanut. Luotettavuutta lisäsi vastaajan mahdollisuus esittää mielipiteensä anonyymisti, nimettömänä ja avoimesti. Toisaalta haastattelujen avulla saatu aineisto olisi saattanut olla syvemmin aiheeseen pureutuvaa ja sitouttaa vastaajat paremmin toimintatutkimuksen prosessiin.

Opinnäytetyön tekijän asema tutkittavien hoitotyöntekijöiden lähiosaston työntoverina saattoi vaikuttaa tutkimustuloksiin sekä positiivisesti että negatiivisesti. Positiivinen vaikutus on voinut näkyä kollegiaalisuuden pohjalta nousevassa velvollisuudessa osallistua tutkimukseen ja kirjallisiin kyselyihin. Negatiivinen vaikutus on voinut ilmetä totuudenvastaisina vastauksina kyselylomakkeissa, mikäli vastaaja ei ole halunnut ilmaista kielteisiä kokemuksiaan tutkittavasta ilmiöstä tai jättänyt sen vuoksi jopa vastaamatta.

Kyselyihin vastaamattomat hoitotyöntekijät herättivät pohtimaan, olivatko heidän mielipiteensä rakenteista kirjaamista ja hoitotyön prosessiajattelua kohtaan myönteisiä vai kielteisiä. Kohtuullinen tyytyväisyys nykyisin käytössä olevan effica-potilastietojärjestelmän sähköisten sivujen käytettävyydessä saattoi vaikuttaa myös kyselyihin osallistumiseen.

Kaikkiin kysymyksiin saatiin kuitenkin runsaasti vastauksia. Joissakin vastauksissa kuvailuvuutta olisi saanut olla enemmän, jotta johtopäätöksiä olisi ollut helpompi tehdä. Lyhyetkin vastaukset pystyttiin kuitenkin ryhmittelemään asiasisältönsä perusteella niitä yhdistäviin luokkiin. Tyhjen vastausten esiintyminen herätti pohtimaan sitä, mikä aiheutti vastaamatta jättämisen. Alkukyselyssä jokaista kysymystä koskeva selittävä tarkennus oli esitetty koko kysymyssarjan alussa. Loppukyselyssä kysymyksen asettelua oli vielä pyritty selkiyttämään, jolloin jokaiseen kysymykseen oli jo valmiiksi rakennettu oleelliset asiat. Kysymyksien tarkentamisesta huolimatta tyhjiä vastauksia oli loppukyselyssä jopa hiukan enemmän, joten voidaan ajatella, että kysymysten tarkentaminen ei ollut oleellisesti vaikut-

tanut vastaamisinnokkuuteen. Vastaamatta jääneiden tai suppeasti vastattujen kysymysten syynä saattoi olla avoimien kysymysten runsas määrä eli kummassakin kyselyssä yhteensä 9 kappaletta. Kiireisen arkityön lomassa kyselyihin vastaaminen vaatii aikaa ja paneutumista, mikä voi heikentää tällaisiin kysymyksiin vastaamista. Hoitotyön prosessimallikäsitemalli oli myös saattanut unohtua, jolloin vastaaja koki, ettei ”osaa” vastata kysymyksiin – vaikka todellisuudessa oli kysymys tutusta ja jokapäiväisestä asiasta hoitotyön kirjaamisessa.

Laurin (1998) mukaan toimintatutkimuksen aineistoa ja sen painoarvoa tulee arvioida kriittisesti lopputulosta arvioitaessa. Tämän toimintatutkimuksen aineiston koko ei ollut suuri, mutta kuitenkin riittävä edustamaan luotettavasti ammattiryhmiensä näkökantoja tutkittavaan asiaan. Aikataulujen ja resurssien vuoksi jokainen koulutettava hoitotyöntekijä osallistui ainoastaan kertaluonteisesti varsinaiseen koulutustilaisuuteen sekä myöhemmin tapahtuvaan rakenteista kirjaamista koskevan kotitehtävän purkuun. Koulutusintervention lyhydestä huolimatta voidaan ajatella, että kyselyjen avulla saatu vastausmateriaali antoi todellisen kuvan hoitotyöntekijöiden kokemuksista ja näkemyksistä tutkittavaan aiheeseen liittyen. Tämän perusteella toimintatutkimuksen luotettavuutta voidaan pitää riittävänä mittaamaan juuri tämäntyyppisen ja -pituisen koulutuksen vaikutusta hoitotyöntekijöiden kirjaamiseen ja rakenteisen kirjaamisen juurruttamiseen.

8.3 Opinnäytetyön eettisyyden tarkastelua

Ennen toimintatutkimusprosessin alkua opinnäytetyön tekijä anoi suunnitellulle tutkimukselle kirjallisen tutkimusluvan tutkimuksen kohteena olevan organisaation hoitotyön johtajalta. Tässä lupa-anomuksessa oli kerrottu kaikki tutkimuksen toteutuksen kannalta oleelliset tiedot, kuten tutkimuksen aihealue, tutkimusmenetelmä, sen kohde sekä kirjallisten kyselyiden toteuttamiseen liittyvät seikat. Lupa-anomuksen kautta molemmat osapuolet, opinnäytetyön tekijä ja luvan myöntäjä tiedostivat tutkimuksen tekemiseen, siitä saatujen tulosten esittämiseen ja käyttämiseen liittyvän vastuunsa. Tutkimuslupa myönnettiin ilman muutosehdotuksia juuri ennen koulutustilaisuuksien alkamista helmikuussa 2010. (LIITE 3 ja LIITE 4.)

Rakenteisen kirjaamisen koulutukseen osallistuville hoitotyöntekijöille kerrottiin etukäteen sekä suullisesti että kirjallisesti tulevasta toimintatutkimusprosessista ja siihen liittyvistä kirjallisista kyselyistä (LIITE 1). Kyselyihin vastaaminen tapahtui vapaa-ehtoisuuden perusteella, nimettömästi, ilman että vastaajien henkilöllisyys tuli opinnäytetyön tekijän tietoon. Vuodeosaston hoitotyöntekijöiden vuosittaisessa kehittämissäpäivässä pitämänsä powerpoint-esityksen avulla opinnäytetyön tekijä pyrki motivoimaan hoitotyöntekijöitä tulevaan koulutukseen ja kirjallisiin kyselyihin. Tämä motivointi katsottiin merkitykselliseksi tutkimuksen onnistumisen kannalta. Kyselylomakkeisiin vastaaminen kuvasi osaltaan tämän motivoinnin onnistumista.

Toimintatutkimuksen onnistumiselle on tärkeää, että kehittämistavoitteet nousevat tutkittavan joukon keskuudesta, mikä parantaa heidän sitoutumistaan ja motivoitumistaan yhteiseen kehittämiseen (Koivukoski & Palomäki 2009; Lauri 1998). Tähän toimintatutkimukseen osallistuneen terveyskeskuksen vuodeosaston hoitotyön kirjaamisen kehittämisen lähtökohtana oli työnantajalta ja valtiovallalta tullut muutospaine uuden, rakenteisen kirjaamisen mallin oppimiselle ja käyttöönotolle. Toisaalta opinnäytetyön tekijän ennen koulutuksien alkamista suorittama alkukysely kertoi työyhteisön sisäisistä kirjaamisen kehittämistarpeista. Tästä näkökulmasta arvioituna kehittämistavoitteet nousivat ensisijaisesti työyhteisön sisältä, sen omista kehittämistarpeista. Hoitotyöntekijöiden itsensä tiedostamat muutostarpeet ovat merkittävässä asemassa heidän sitoutumisessaan ja motivoitumisessaan työyhteisön hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen.

Muutokselle tulisi antaa aikaa kehittyä ja syventyä avoimessa, työntekijöiden välisessä vuorovaikutuksessa, jossa myös muutosvastarintaan liittyville tunteille annetaan tilaa (Sinervo 2004; Koivukoski & Palomäki 2009). Hoitotyön kirjaamisen rakenteisen ajattelutavan juurruttaminen ja sen asteittainen käyttöönotto on suuri muutos, joka vaatii aikaa ja sitoutumista pitkäjänteiseen kirjaamisen kehittämistyöhön. Tämän vuoksi FinCC-luokitusten harjoittelu herätti kirjaamiskoulutuksissa myös muutosvastarintaa kuvaavia kannanottoja. Sinervon (2004) mukaan arkityön kiireellisyys vaikuttaa uusiin työtapoihin asennoitumiseen negatiivisesti, minkä vuoksi niiden synnyttämä epävarmuus on muutostilanteiden keskeinen kuormitustekijä. Toisaalta tämän toimintatutkimuksen aikana suoritetuissa kirjallisissa kyselyissä ja koulutustilaisuuksissa oli selkeästi havaittavissa hoitotyöntekijöiden halu kehittää omaa ammattitaitoa ja löytää hoitotyön kirjaamiselle uusia, toimivia välineitä. Koulutustilaisuuksissa muutosvastarintaa kuvaavista mielipiteistä pyrittiin

avoimesti keskustelemaan ja antamaan tilaa myös kielteisille tunteille. Lyhyessä koulutus-tilanteessa tämänkaltainen keskustelu ohitettiin melko nopeasti, jotta kirjaamista koskeva opetus ehdittiin toteuttaa. Muutosvastarintaan ja siihen liittyvien tunteiden läpikäymistä tulisi kuitenkin jatkaa työyhteisön sisäisissä keskusteluissa, jolloin myös esimiehen rooli korostuu muutoksen hallinnassa.

Tämä toimintatutkimus toteutettiin tieteellisesti hyväksytyyn tiedonkeruumenetelmän ja aineiston analysoinnin mukaan. Lähdekirjallisuuden käytössä arvostettiin tieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita sekä alan ammattikirjallisuutta. Toisten tutkijoiden näkemykset erotettiin selkeästi viittausmenetelmän avulla, jolloin ulkopuolinen lukija kykenee erottamaan opinnäytetyön tekijän omat ajatukset lainatuista. Toimintatutkimuksen raportoinnin kaikissa vaiheissa pyrittiin huolellisuuteen, tarkkuuteen ja rehellisyyteen. Myönteisiä ja kielteisiä mielipiteitä kunnioitettiin kirjallisissa kyselyissä tasapuolisesti riippumatta siitä, esiintyivätkö ne vastauksissa enemmistönä vai vähemmistönä. Koulutus-tilanteissa jokaisen koulutukseen osallistuvan hoitotyöntekijän mielipiteitä kuultiin arvostavasti ja rakentavasti, jolloin yhdessä pohtimalla haettiin oikeita ratkaisuja kirjaamisen toteutumiseksi.

Vilkan (2009) mukaan tieteellisen tutkimuksen tulee tuottaa uutta tietoa tai uusia näkökulmia aiempaan tietoon. Tämän toimintatutkimuksen avulla tuotettiin tietoa, joka auttoi vuodeosaston hoitotyöntekijöitä tiedostamaan omaa ja työyhteisönsä hoitotyön kirjaamista sekä koulutuksen vaikutusta rakenteisen kirjaamisen omaksumiseen. Tuotetun tiedon avulla pystyttiin tekemään johtopäätöksiä myös siitä, miten hoitotyön prosessimalli näkyi kirjaamisessa ennen koulutusinterventiota ja sen jälkeen. Vastaajien odotukset ja kokemukset kirjaamiseen liittyvästä koulutuksesta antoivat arvokasta tietoa koulutuksen ja käytännön hoitotyöntekijöiden tarpeiden kohtaamisesta ja koulutuksen kehittämistarpeista. Tutkimustulosten julkaisu antaa myös muille terveydenhuollon työyhteisöille mahdollisuuden pohtia tulosten siirrettävyyttä omaan työyhteisöönsä.

8.4 Tärkeimpien tulosten tarkastelu ja päätelmät

8.4.1 Hoitotyön prosessimallin toteutuminen kirjaamisessa

Ennen koulutusinterventiota tehdyn kyselyn perusteella potilaslähtöisyys nousi tärkeimmäksi lähtökohdaksi potilaan hoidon tarpeiden kuvaamisessa. Potilaslähtöisyydellä tarkoitettiin potilaan oman näkökulman, omatoimisuuden, avuntarpeen tai kuntoutumisen edistymisen arviointia ja huomioimista. Lisäksi hoidon tarpeen kirjaamisessa korostui päivittäin, kaikissa työvuoroissa tapahtuva kirjaaminen, jossa huomioitiin potilaan jatkohoidon tarpeet. Potilaan fyysisiä tarpeita huomioitiin paremmin kuin psyykkisiä ja emotionaalisia tarpeita. Myös Tuomikosken (2008) tutkielman perusteella potilaan fyysisiä tarpeita kirjattiin parhaiten, mutta emotionaaliset tarpeet jäivät vähemmälle huomiolle. Potilaan tarpeiden kokonaisvaltaiseen huomiointiin kuuluu sekä fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten että emotionaalisten tarpeiden tiedostaminen ja niihin vastaaminen, minkä vuoksi tähän asiaan tulisikin kiinnittää huomiota. Koulutusinterventio oli selkiyttänyt ja tarkentanut nykyistä hoidon tarpeiden kirjaamista ja antanut kirjaamiselle monipuolisemman näkökulman ja kykyä erottaa potilaan todelliset tarpeet. Sen myötä hoidon tarpeiden kirjaamisen kehittämiseen oli myös kiinnitetty aikaisempaa enemmän huomiota.

Potilaan hoidon tavoitteiden kirjaaminen toteutui enimmäkseen hyvin. Tavoitteiden kirjaamisella ymmärrettiin lähinnä potilaan tulotilanteessa ja kuntoutussuunnitelmassa kirjattavia hoidon päätavoitteita. Kyselyn perusteella potilaan kaikille tarpeille ei kuitenkaan kirjattu tavoitteita. Tavoitteiden kirjaamista koskevat tulokset olivat parempia kuin Tuomikosken (2008) tulokset, joiden mukaan hoitotyölle ei määritelty lainkaan tavoitteita. Toisaalta rakenteisen kirjaamisen ajattelutavan juurtumiselle olisi tärkeää, että potilaan kaikille hoitoa vaativille tarpeille opittaisiin kirjaamaan tavoitteita, jotka ohjaisivat hoitotyötä potilaan tulotilanteesta loppuarviointiin saakka. Tällaisia tavoitteita voisivat olla esim. haavan tai infektion hoitoon sekä psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen liittyvät tavoitteet. Tavoitteiden tulisi olla realistisia ja ne voitaisiin laatia yhteistyössä potilaan kanssa. Näin oli tehty Tuomisen (2007) toimintatutkimuksessa, jonka loppupäätelmissä hoitajat näkivät hoidon lähtökohdaksi potilaan itsensä määrittelemät hoidon tavoitteet. Tässä opinnäytetyössä koulutusinterventio oli jonkin verran selkiyttänyt nykyistä hoidon tavoitteiden kirjaamista sekä auttanut myös huomaamaan kirjaamisen kehittämistarpeen.

Hoidon suunnitelmia kirjattiin pääosin melko hyvin, vaikka toisaalta oli myös niitä, jotka eivät lainkaan kirjanneet hoidon suunnitelmia. Eniten hoidon suunnitelmia käytettiin kirjaamalla hoidon toteutusta sen mukaan, miten se oli vastannut tehtyyn suunnitelmaan. Sen lisäksi hoidon suunnitelmalla tarkoitettiin sekä pitkäaikaissuunnitelmaa että päivittäin tehtävää suunnitelmaa. Hoidon suunnitelmalla ymmärrettiin myös lääkärin määräyksien organisointia ja suunnittelua, mikä on yhteneväinen Tuomikosken (2008) tulosten kanssa. Hoitotyön prosessiajattelu ei selkeästi näkynyt hoidon suunnitelmien kirjaamisessa. Koulutusintervention myötä nykyiseen hoidon suunnitelmien kirjaamiseen oli tullut selkeämpi rakenne ja kirjaamisesta oli tullut myös jäsentyneempää ja tarkempaa. Tuomikosken (2008) tuloksissa koulutusinterventio oli edistänyt hoitosuunnitelmien kirjaamista. Tuomisen (2007) toimintatutkimuksessa hoitajat olivat koulutusintervention myötä kehittäneet kirjallista hoitotyön suunnitelmaa sekä siihen liittyviä ohjeita, käytäntöjä ja kriteereitä. Uudessa, rakenteisessa kirjaamisessa hoidon suunnitelma tehdään FinCC-luokitusten pohjalta kaikille potilaan tunnistetuille hoidon tarpeille. Tästä näkökulmasta arvioituna hoitosuunnitelman kirjaamista tulisi laajentaa myös tähän toimintatutkimukseen osallistuneella vuodeosastolla siten, että kaikki hoitotyöntekijät sitoutuisivat suunnitelmien kirjaamiseen.

Hoitotyön prosessin vaiheista aktiivisimmin kirjattiin hoidon toteutumista. Kirjaamisessa korostui tehtäväkeskeisyys. Tehtäväkeskeisyys näkyi varsinkin perus-/lähihoitajien kirjaamisessa. Leinon (2004) tuloksissa eri ammattiryhmien hoitotyön kirjaamisessa ei ollut eroja. Tämän opinnäytetyön tuloksien perusteella hoidon toteutuksen kirjaamisessa arvostettiin myös potilaslähtöisyyttä, hoidon vaikutuksien arviointia sekä hoidon toteutuksen ja suunnitelman vertailemista kirjaamisessa. Tehtäväkeskeisestä kirjaamisesta tulisi kuitenkin päästä pois. Tuomisen (2007) toimintatutkimuksessa hoitohenkilökunta kehitti koulutusintervention myötä uudet kriteerit hoidon toteutusta koskevalle kirjaamiselle, jolloin tavoitteeksi nousi informatiivinen, kuvaileva ja potilaslähtöinen kirjaaminen. Tämän opinnäytetyön tuloksissa koulutusinterventiolla ei ollut selkeitä vaikutuksia nykyiselle hoidon toteutumisen kirjaamiselle. FinCC-luokitusten opettelu oli kuitenkin tuonut kirjaamiseen selkeyttä ja potilaslähtöisyyttä sekä auttanut huomaamaan kirjaamiseen liittyvän kehittämisen tarpeen.

Hoidon arviointia toteutettiin pääasiassa kirjaamalla annetun hoidon vaikutuksia potilaaseen. Vaikutuksia arvioitiin sekä potilaslähtöisesti että fyysisten mittausten perusteella. Selkeää hoitotyön prosessiajattelu, jossa hoidon arviointia olisi peilattu hoidon tarpeisiin,

tavoitteisiin, suunnitelmiin ja toteutukseen ei merkittävästi näkynyt vastauksissa. Koulutusintervention myötä nykyiseen hoidon arvioinnin kirjaamiseen oli tullut selkeyttä ja tarkkuutta. Tuomikosken (2007) tutkielman tuloksiin verrattuna tämän opinnäytetyön tulokset olivat myönteisiä, sillä hänen tuloksiansa mukaan arviointi oli luonteeltaan toteavaa, eikä se sisältänyt hoidon vaikutuksien pohtimista potilaaseen. Sekä tämän opinnäytetyön että Tuomikosken (2007) tuloksien perusteella hoidon arvioinnin kirjaamista tulisi kuitenkin vastaajien mukaan kehittää. Potilaan hoitoa koskeva kirjaaminen perustuu ensisijaisesti lainsäädännön velvoitteisiin (Laki 2009/298), jonka mukaan potilaalla on oikeus häntä koskevan kirjatun tiedon informatiiviseen ja laadukkaaseen toteutumiseen. FinCC-luokitusten sisältämä tulosluokitus olisi mahdollisuus ottaa käyttöön jo nykyisessä hoidon arvioinnin kirjaamisessa, jolloin käsitteet olisivat tuttuja rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoaiheessa. Käsitteiden avulla saataisiin myös selkeämpi käsitys annetusta hoidosta ja sen vastaamisesta potilaan hoidon tarpeisiin.

8.4.2 Koulutusintervention ja toimintatutkimuksen merkitys hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi ja rakenteisen ajattelutavan juurruttamiselle

Ennen koulutusinterventiota rakenteisen kirjaamisen koulutuksen odotettiin olevan selkeää, yksinkertaista ja riittävää oppimisen takaamiseksi. Koulutusintervention jälkeen kokemukset koulutuksesta olivat myönteisiä, mutta toisaalta oli koettu, että koulutus ei ollut riittävää oppimisen kannalta. Pienryhmätyöskentelyn ja todellisten potilasesimerkkien käyttö kirjaamisharjoituksissa oli kokemusten perusteella käyttökelpoinen ja luokitusten hahmotamista helpottava menetelmä. Kirjaamista tulisi kuitenkin saada harjoitella sähköisen harjoitusversion avulla, jotta harjoitus olisi helpompi soveltaa ohjelman tulevaan käyttöönottoon. Koulutus tulisi myös toteuttaa siten, että kirjaamisharjoitukset ja varsinainen ohjelman käyttöönotto olisivat ajallisesti lähellä toisiaan.

Hoitotyön nykyisen kirjaamisen tilanne ja kehittämistarve saatiin esiin toimintatutkimusmenetelmän avulla. Kyselyjen mukaan lähes kaikki vastaajat arvioivat, että kirjaamista tulisi kehittää. Kirjaamisen tulisi olla kuvailevampaa, selkeämpää ja potilaslähtöisempää ja tehtäväkeskeisestä kirjaamisesta tulisi päästä eroon. Perus-/lähihoitajat toivoivat sairaanhoitajia enemmän kirjaamiseen yksinkertaisuutta ja selkeyttä. Sairaanhoitajat kaipaivat yhdenmukaisempia kirjaamiskäytäntöjä. Myös hoitotyön prosessin kaikkien vaiheiden ak-

tiivisempää käyttöönottoa toivottiin. Tuomisen (2007) toimintatutkimuksessa hoitajat nostivat hoitotyön kirjaamista ohjaaviksi tavoitteiksi potilaslähtöisyyden, informatiivisuuden ja riittävän kuvailevuuden. Tulokset ovat yhteneväiset tämän opinnäytetyön tuloksiin verrattuna.

Koulutusintervention vaikutukset vastaajien nykyiseen kirjaamiseen liittyivät selkeimmin kirjaamisen rakenteeseen ja jäsentämiseen. Pohjois-Karjalassa toteutetun HoiDok-pilottihankkeen (Kuivalainen 2008) loppuraportin mukaan rakenteinen kirjaaminen oli tehnyt kirjaamisesta yhtenäisempää, monipuolisempaa ja potilaslähtöisempää, jolloin myös potilaan hoidon suunnitelmiin oli alettu enemmän panostaa hoitotyön prosessiajattelun myötä. Samansuuntaisiin tuloksiin oli tullut myös Laine (2008) ja Kavén (2005). Nyt toteutetun lyhyehkön koulutusintervention ja aiemmin tehtyjen, rakenteisen kirjaamisen varsinaista käyttöönottoa koskevien tutkimustulosten sisällöt olivat samansuuntaisia. Rakenteinen kirjaaminen oli parantanut kirjaamisen tasoa. Tämän perusteella koulutus on pohjana kirjaamisen kehittämistyölle tässä työyhteisössä ja helpottaa myös tulevien kirjaamiskoulutuksien hyödyntämistä ja suunnittelua.

Kavénin (2005) tutkimustulosten perusteella hoitoprosessin vaiheiden erittelemine ja sähköiseen muotoon kirjaaminen vaatii uudenlaista ajattelua ja itsensä ilmaisua. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoitotyön prosessiajattelu ei merkittävästi lisääntynyt koulutusintervention jälkeen. Toisaalta kehittämisen tarpeen tiedostaminen on alku kirjaamisen kehitystyölle. Hoitotyön prosessimallin kaikkien vaiheiden aktiivinen käyttöönotto vaatii kertaamista ja harjoittelua. Myös aiemmissa tutkimuksissa (Tuomikoski 2008; Tuominen 2007 ja Leino 2004) koulutusinterventio oli motivoinut osallistujia kirjaamisen kehittämiseen.

Koulutusintervention ongelmat rakenteisen kirjaamisen omaksumisessa johtuivat vastaajien mukaan nykyisen sähköisen kirjaamisen ja rakenteisen kirjaamisen mallin liian suuresta eroavaisuudesta, mikä vaikeutti uuden osaamistiedon siirrettävyyttä. Hoitotyöntekijät haluavat kehittää kirjaamista, mutta tarvitaan myös sähköisen tietojärjestelmän kehittämistä, jotta kirjaamisen kehittämistyö pääsisi kunnolla käyntiin. Myös nykyisessä sähköisessä kirjaamisessa hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen onnistuu kohtuullisesti, mutta sen aktiivinen käyttöönotto vaatii yhteistä sopimista ja kehittämistyötä, jotta kaikki tiedävät kirjaamisen periaatteet ja tavoitteet sekä niiden mukaisen kirjaamisen toteutuksen.

Opinnäytetyön tuloksista esitetään seuraavat päätelmät

1. Potilaan hoidon tarpeita kirjattiin kattavasti emotionaalisia tarpeita lukuun ottamatta. Hoidon päätavoite ja siihen liittyvän hoidon suunnitelman kirjaaminen toteutuivat myös hyvin nykyisessä kirjaamisessa. Potilaan kaikille hoidon tarpeille ei kirjattu tavoitteita. Vain osa vastaajista kirjasi hoidon suunnitelmia. Hoidon toteutuksen kirjaamisessa korostui tehtäväkeskeinen kirjaaminen. Hoidon arvioinnissa pohdittiin hoidon vaikutuksia potilaaseen.
2. Hoitotyön prosessiajattelu ei näy riittävän hyvin nykyisessä hoitotyön kirjaamisessa. Potilaan hoidon tarpeet, niiden pohjalta tehdyt tavoitteet, hoidon suunnitelma, toteutus ja arviointi tulisi liittää kiinteästi yhteen, jolloin kaikkia hoidon vaiheita tarkasteltaisiin toisiinsa peilaten.
3. Toimintatutkimuksen sisältämien kyselyjen avulla nykyisen kirjaamisen tiedostaminen lisääntyi. Työyhteisön omiksi hoitotyön kirjaamisen kehittämisen päätavoitteiksi nousivat kirjaamisen potilaslähtöisyys, informatiivisuus ja kuvailevuus. Tehtäväkeskeisestä kirjaamisesta haluttiin luopua.
4. Rakenteisen kirjaamisen ajattelutavan juurruttaminen päivittäiseen hoitotyön dokumentointiin käynnistyi koulutusintervention myötä, vaikka kirjaamisen kehityksessä todetut muutokset olivat vielä vähäisiä. Nykyisestä hoitotyön kirjaamisesta oli tullut selkeämpää, monipuolisempaa ja jäsentyneempää.
5. Rakenteisen kirjaamisen koulutusta tulisi kehittää siten, että kirjaamisharjoitukset voitaisiin toteuttaa sähköisen harjoitusversion avulla. Koulutusta tulisi olla nyt toteutettua huomattavasti enemmän. Koulutuksen toteuttaminen pienryhmätyöskentelynä sekä todellisten potilasesimerkkien käyttö kirjaamisharjoituksissa on toimiva ja kirjaamisen hahmottamista helpottava menetelmä.

Jatkotutkimusaiheet

1. Hoitotyön kirjaamisen kehittämistyössä käytettyjen kehittämismenetelmien merkitys hoitotyön prosessimallin mukaiseen kirjaamiseen.
2. Sähköisen harjoitusversion ja intensiivisen harjoittelun vaikutus rakenteisen kirjaamisen juurruttamiseen.

8.5 Opinnäytetyön merkitys hoitotyölle

Työyhteisön ulkopuolelta tulevan opinnäytetyön tekijän mahdollisuudet motivoida ja sitouttaa hoitotyöntekijöitä hoitotyön kirjaamisen kehittämistyöhön ovat rajallisia, eikä se myöskään ollut tämän opinnäytetyön tekijän päätarkoitus. Tärkeimpänä tavoitteena oli hoitotyön kirjaamista koskevan tiedon kerääminen ja koulutuksen onnistumisen arviointi. Toimintatutkimuksen avulla hoitotyöntekijöillä on mahdollisuus hallittuun muutosprosessiin. Varsinainen kirjaamisen kehittäminen ja muutoksen käynnistäminen vaatii aikaa ja kypsymistä ja motivaatio sen toteuttamiseen tulee nousta työyhteisön sisältä. Koulutukseen osallistuneilla hoitotyöntekijöillä on vahva ammatillinen osaaminen ja näkemys siitä, millaista on hyvä ja laadukas hoitotyön kirjaaminen – mikä on hyvä lähtökohta onnistuneelle kehittämistyölle. Lähiesimiesten rooli ja vastuun jakaminen muutoksen johtamisessa ja sen läpiviemisessä ovat merkittävässä asemassa. Kirjaamisen tukihenkilöiden ja henkilökuntaresurssien oikea suunnittelu ja kohdentaminen sekä tuen ja kannustuksen jakaminen ovat arvokkaita välineitä muutoksen toteuttamisessa.

Opinnäytetyön valmistuttua sen tekijän tarkoituksena on esittää tutkimukseen osallistuneille hoitotyöntekijöille kokonaisuudessaan toimintatutkimuksen prosessi sekä keskeiset tulokset ja päätelmät. Tuloksien perusteella hoitotyön prosessiajattelu ei näy riittävästi nykyisessä hoitotyön kirjaamisessa. Hoitotyön prosessi kuuluu olennaisena osana rakenteista kirjaamista, joten prosessin vaiheiden aktiivinen käyttöönotto jatkossa tukee ja helpottaa tähän toimintatutkimukseen osallistuneen työyhteisön siirtymistä rakenteiseen kirjaamiseen, kun se tulee ajankohtaiseksi. Rakenteisen kirjaamisen valmiuksien ylläpitäminen on myös haaste, joka tulee huomioida esimiestasolla, jotta koulutuksesta saatu osaaminen ei pääse unohtumaan.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää myös alueellisesti, kun rakenteisen kirjaamisen koulutus laajenee yhä useammille työpaikoille ja kirjaamisen kehittämistyöt käynnistyvät työyhteisöjen sisällä. Tämän työyhteisön ja opinnäytetyön tekijän osallistuminen eNNi-hankkeeseen oli osa alueellista kirjaamisen kehittämistyötä. Jatkossa hankkeeseen osallistuneet työyhteisöt saavat olla suunnannäyttäjänä muille kirjaamistaan kehittäville työyhteisöille rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton lähestyessä.

LÄHTEET

Ahola, N., Heikkilä, A., Kankkunen, P., Meretoja, R., Suominen, T. 2007. Sairaanhoidtajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintayksiköissä. *Hoitotiede* 1, 3–11.

Ahonen, O. 3.9.2008. eNNi-hankkeen toimintamalli. Pohjois-Suomen käynnistystilaisuus. Luentomonisteet.

Airaksinen, T., Vilkka, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi Oy.

ANA 1995. Code of ethics for nurses with interpretive statements. Saatavissa: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.aspx>. Luettu 31.12.2010.

Asetus 298/2009. Asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009.

Asetus 485/ 2008. Asetus sähköisestä lääkemääräyksestä 25.6.2008.

Asetus 99/2001. Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 19.1.2001.

Asetus 2000/309. Asetus terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta annetun asetuksen muuttamisesta 23.3.2000.

Asetus 1999/986. Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta 29.10.1999.

Asetus 1998/494. Asetus terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta 26.6.1998.

Eduskunnan vastaus 244/2010 vp - Hallituksen esitys vp 90/2010.

Ensio, A. 2010. eNNi-hankkeen päätösseminaari. Rakenteisuus kirjaamisen kehittämisen työvälineenä. Saatavissa: http://www.amk.fi/material/attachments/5uwhkcVBY/Ikonen_eNNIn_yhteenvetoa__ja_tuloksia.pdf. Luettu 13.12.2010.

Ensio, A. 2009. Hoitotyön systemaattinen, rakenteinen kirjaamismalli. Luennot Lieksassa, Kiteellä ja Joensuussa. Saatavissa: <http://www.kirke.fi/AE09.pdf>. Luettu 24.10.2010.

Ensio, A. 2008a. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa A. Ensio, K. Saranto, A-L. Sonninen, & K. Tanttu Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 56–64.

Ensio 2008b. Tavoitteena toiminnan ja palvelujen kehittäminen. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 150–156.

Ensio, A., Häyrinen, K. 2008a. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa A. Ensio, K. Saranto, A-L. Sonninen, & K. Tanttu Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 67–74.

- Ensio, A., Häyrinen K. 2008b. Rakenteinen, elektroninen potilaskertomus. Teoksessa A. Ensio, K. Saranto, A-L. Sonninen, & K. Tantt Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ensio, A., Saranto, K. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Ensio, A., Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.
- Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A-L., Tantt, K. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Eskola, N., Heikkilä, J., Miettinen, M., Paavilainen, E., Paloposki, S., Tarkka, M-T. 2003. Ammattikorkeakoulusta valmistuneiden sairaanhoitajien arvio teoreettisesta ja käytännöllisestä osaamisestaan. Hoitotiede 4, 155–165.
- Eskola, J., Suoranta J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3.painos. (1.p.1998) Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- FinCC-luokitus 2008. Saatavissa: [www.thl.fi/koodistopalvelu/luokitukset/hoitotyön luokitus](http://www.thl.fi/koodistopalvelu/luokitukset/hoitotyön_luokitus). Luettu 3.2.2010.
- FinCC-luokitusopas 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. 2008. Www-dokumentti. Saatavissa: http://sty.stakes.fi/nr/rdonlyres/a20cd2ac-379f-4e11-8b52-2651b90c094d/13507/fincc_ohjekirja_versio_1_0_final_a.pdf. Luettu 23.10.2010.
- Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hallila, L. 1996. Hoitotyön käytännön laatuvaatimusten luokittelu. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Hallituksen esitys 176/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta 1.10.2010.
- Heino-Tolonen, T., Hopia, H., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki P. 2004. Laadullinen toimintatutkimus perhehoitotyön kehittämisen keinona lastenosastolla. Hoitotiede 16, no 4.
- Helsingin julistus. 1964. Saatavissa: <http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>. Luettu 31.12.2010.
- Hjelm, R. 2010. Keski-Pohjanmaan hoitotyön alueellisen johtoryhmän rakenteisen kirjaamisen työryhmän puheenjohtajan haastattelu.
- HoiData-loppuraportti 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot - hanke 9/2007–10/2009. Loppuraportti 30.11.09. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/HoiData> - hanke 9/2007–10/2009. Luettu 5.10.2010.

- HoiDok-hanke 2005–2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. Loppuraportti Osa 1. Saatavissa:
http://search.conduit.com/Results.aspx?q=hoidok+hanke&meta=lr%3Dlang_fi&hl=fi&gl=fi&SelfSearch=1&SearchSourceOrigin=13&ctid=CT1142338. Luettu 3.2.2010.
- HoiDok- ja HoiData-hankeraportit 2010. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi>. Luettu 13.12.2010.
- Hoitotieteen laitos. 2010. Turun yliopisto. Tutkimus. Saatavissa:
<http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkimus/>. Luettu 11.11.2010.
- Hopia, H., Koponen, L. 2007. Johdanto. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 5–9.
- Hämäläinen, T., Lehti, T., Lauri, S., Moisander, M.-L. 1991. Hoitotyön toiminta-ajatuksen ja dokumentoinnin kehittäminen Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja B:1.
- Ikonen, H. 2010. eNNi-hankkeen päätösseminaari. eNNin yhteenvedoa ja tuloksia. Saatavissa:
http://www.amk.fi/material/attachments/5uwkvcVBY/Ikonen_eNNin_yhteenvedoa__ja_tuloksia.pdf. Luettu 13.12.2010.
- Ikonen, H. 2007a. eNNi-hanke. Saatavissa: <http://www.amk.fi/enni/>. Luettu 14.12.2010.
- Ikonen, H. 2007b. eNNin osaamisen kehittämissuunnitelma vuodelle 2008–2009 Ora-Hyytiäisen & Silvennoisen mukaan 2007. Saatavissa:
http://www.amk.fi/enni/osaamisenkehittaminen_6/osaamisenkehittamissuunnitelma20082009_13.html. Luettu 13.12.2010.
- Ikonen, H., Sonninen, A.-L. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa A. Ensio, K. Saranto, A.-L. Sonninen, & K. Tantt Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen. Kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 75–79.
- Isotalo, T., Koivukoski, S., Knuutila, M., Wilskman, K. 2007. Sähköinen kirjaaminen tulee. Sairaanhoitajaliitto. Saatavissa:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2007/ajankohtaiskirjoitus/sahkoinen_kirjaaminen_tulee/ Luettu 31.8.2010.
- KAJAK 2010. Kajaanin ammattikorkeakoulu: Toimintatutkimus. Saatavissa:
http://www.kajak.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen_materiaali/Tukimateriaali/Toimintatutkimus.iw3. Luettu 3.2.2010.
- Kallio, M. 2010. Kokkolan terveyskeskuksen vuodeosaston osastonhoitajan haastattelu 15.1.2010.
- Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Toim. Ijäs, E. Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print.

Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Versio 3,0. Kansallinen terveysprojekti - Sähköinen potilaskertomus. Saatavissa: <http://www.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spk-rakenne>. Luettu 3.2.2010.

Kansallinen terveyshanke 2001–2007. Saatavissa: http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;60;108920;114805;131294;132003. Luettu 4.2.2010.

Kavén, A. 2005. Sähköinen potilaskertomus — hoitohenkilökunnan toiveiden ja kokemusten vertailua. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Koivukoski, S., Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Sipoo: Silverprint.

Koskinen, A. 2010. Terveystieteiden ja -talouden laitos - valmistelun tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/jarjestelma/palvelujarjestelman_kehittaminen/seminari_180210/Documents/Anne_Koskela_Terveystieteiden_ ja -talouden laitos - valmistelun_tilannekatsaus_180210.pdf. Luettu 17.1.2011.

KPAMK 2010. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu: Tutkimuslupa-anomus. Saatavissa: <http://195.148.66.94/opiskelijanpolku/uploads/Tutkimuslupa-anomus-lomake.pdf>. Luettu 1.12.2010.

Kratz, C. 1984. Hoitotyön prosessi. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Kuivalainen, L. 2008. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotoinnit. Sairaanhoitaja 10, 26–27.

Kuusisto, A., Nykänen, P., Viitanen, J. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Saatavissa: <http://www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>. Luettu 14.12.2010.

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

Laki 159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007.

Laki 2004/857. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 17.9.2004.

Laki 1999/488. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999.

Laki 1999/731. Suomen perustuslaki 11.6.1999.

Laki 1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992.

- Laki 1992/733. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992.
- Laukka, R. 2010. Hoitotyön palvelupäällikön muistiot Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön rakenteisen kirjaamisen työryhmän kokouksista 24.4.2008–17.9.2009.
- Lauri, S. 1998. Toimintatutkimus. Teoksessa M. Paunonen, K. Vehviläinen-Julkunen Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY-Kirjapainoyksikkö, 114–135.
- Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa H. Leino-Kilpi, M. Välimäki Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 360–377.
- Lundgren-Laine, H., Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 25–34.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mård, E. 2010. Kokkolan kaupungin IT-yksikön järjestelmäasiantuntijan haastattelu.
- Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko - näkyvää vai ei? Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 35–40.
- Nikula, P. 2011. Yhteinen ja yleinen potilastietoarkisto avataan vuonna 2014. Keskipohjanmaa 12.1.2011.
- Nurmi, T. 1998. Uusi suomen kielen sanakirja. Gummerus Kustannus Oy.
- Nykysuomen sanakirja. 2002. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Päätoim. Sadeniemi, M. Juva: WS Bookwell Oy.
- Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY-Kirjapainoyksikkö.
- Risikko, P. 2010. Terveystietolaki - Yhteinen sisältölahti perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-11730.pdf. Luettu 17.1.2011.
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. 1994. Hoitotyön perusteet. Tampere. Tammerpaino. Englanninkielinen alkuteos 1980.
- Roukala, V. 1998. Toiminnan muutoksen toteutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Saranto, K., Sonninen, A.-L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 14;66.
- Sinervo, T. 2004. Henkilöstön hyvinvointi, muutoksen toteutuminen ja hoidon laatu. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2004*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Stringer, E.T. 1999. *Action research*. Second edition. Thousand Oaks (CA): Sage.
- STM 2010. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/lainsaadanto. Luettu 20.10.2010
- Synonymisanakirja. 1989. Porvoo: WSOY:n graafiset laitokset.
- Tanttu, K. 2008. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidon jatkuvuus. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A.-L. & Tanttu, K. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- TENK 2010. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaukset. Saatavissa: http://www.tenk.fi/Plagiointi_esitelmat/TENK.pdf. Luettu 1.12.2010.
- THL. 2010. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos: Koodistopalvelu. Saatavissa: <http://sty.stakes.fi/FI/koodistopalvelu/koodisto.htm>. Luettu 24.10.2010.
- Tietokone 2010. Tiedon potilasohjelmisto taas arvosteluryöpyssä. Saatavissa: http://www.tietokone.fi/uutiset/2009/tiedon_potilasohjelmisto_taa_arvosteluryopysa. Luettu 5.10.2010.
- Tikkanen, S. 2010. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymän Effica-projektityöntekijän ja sairaanhoitajan haastattelu.
- Tuomikoski, A.-M. 2008. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koulutusintervention avulla. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.
- Tuominen, T. 2007. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen Malmin kotisairaalaan. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveystieteiden koulutusohjelma. Helsingin ammattikorkeakoulu.
- Valpola, V. 2000. *Suuri sivistyssanakirja*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Varila, P. 2010. Kokkolan terveyskeskuksen arkistosihteerin ja Effica-pääkäyttäjän haastattelu.
- Varto, J. 1992. *Laadullisen tutkimuksen metodologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Vehviläinen-Julkunen 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1.-2. painos. Juva: Kirjapainoyksikkö, 26–34.
- Vilka, H. 2009. *Tutki ja kehitä*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Walsh, M., Yura, H. 1988. *Hoitotyön kehittäminen*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Alkukysely

Tervehdys teille, osasto 4:n perus/lähihoitajat ja sairaanhoitajat!

Kuten moni teistä on varmaan kuullutkin, niin minä olen opiskelemassa Keski- Pohjanmaan ammattikorkeakoulussa ja päivitän opistoasteen sairaanhoitajan tutkintoani AMK-tutkinnoksi.

Opintoihini liittyy opinnäytetyön tekeminen ja sitä olenkin viime aikoina tosissani suunnitellut ja työstänyt. Aiheen valinta tuli loppujen lopuksi aika luontevasti, kun mietin, että mikä on nyt tällä hetkellä hoitotyön tulevaisuuden ykköspuheenaiheita. Eli Rakenteinen kirjaaminen!

Aiheessa riittää haastetta meille kaikille, niin minulle kuin teille, joten harjoittelu ja koulutus on siis todellakin paikallaan. Sillä niinhän se on, että kaikki keinot, mitkä vievät osaamista eteenpäin, myös ”pehmittävät” laskeutumista tähän uuteen kirjaamisen tapaan. Ja yhdessä me opitaan, se on varma se!

11.2.2010 eli tulevana torstaina olisi tarkoitus aloitella koulutustilaisuudet, joihin te kaikki toivon mukaan pääsette vuorollanne. Ohjaajani Timo Kinnunen teitä siellä johdattelee rakenteisen kirjaamisen saloihin ja minäkin olen siellä mahdollisuuksien mukaan läsnä. Ja voinpa jossain tilaisuudessa jotain asiaakin teille puhua, katsotaan sitten.

Mutta ennen tuota koulutuksen alkua olisi yks tärkeä juttu teille!

Minun opinnäytetyöni aihe käsittelee rakenteista kirjaamista ja tämä teidän osastonne kirjaamiskoulutus sopii aiheeseeni erittäin hyvin. Eli opinnäytetyöni on toimintatutkimus, jossa teen ensiksi alkukyselyn teidän osastonne kirjaamisesta. Sitten on vuorossa kirjaamiskoulutus, jossa ollaan yhdessä oppimassa ja kehittämässä kirjaamista. Koulutuksen jälkeen teen loppukyselyn teidän kirjaamisestanne. Tavoitteenani on tehdä näistä vaiheista opinnäytetyö loppusyksyyn 2010 mennessä.

Kysymyslomakkeen kysymyksiin saatte vastata nimettöminä eikä tunnistamista tapahdu missään vaiheessa. Taustakysymyksissä ympyröi oikea vastaus ja avoimiin kysymyksiin kirjoita mahdollisimman monipuolisesti ja perustellen mielipiteesi. Teidän vastauksenne antavat arvokasta tietoa osastonne kirjaamisesta, joten vastatkaa juuri niinkuin oikealta tuntuu. Palauttakaa vastaukset osasto 4:n kansliassa olevaan pahvilaatikkoon, jonka tulen hakemaan pois 11.2. ennen koulutuksen alkua. Odotan innolla vastauksianne! Kiva tehdä yhteistyötä tuttujen ihmisten kanssa!

Tsemppiterveisin, Eija Toskala, sairaanhoitaja (AMK)-opiskelija

Alkukysely

1. Olen a) perus/lähihoitaja
b) sairaanhoitaja

2. Arvioi kokemuksesi hoitotyöstä vuosina: a) 1-5 vuotta
b) 6-10 vuotta
c) 11-15 vuotta
d) 16-20 vuotta
e) yli 20 vuotta

3. Kuinka paljon olet tähän mennessä saanut koulutusta rakenteisesta kirjaamisesta (tunteina tai päivinä)?

4. Minkälaista koulutusta olet saanut rakenteisesta kirjaamisesta?

5. **Hoitotyön prosessimalliin** kuuluu seuraavat vaiheet:
 - a) Hoidon tarpeen arviointi
 - b) Hoidon tavoitteiden asettaminen
 - c) Hoidon suunnitelma
 - d) Hoidon toteutus
 - e) Hoidon arviointi

Pohdi yllä olevia kirjaamisen vaiheita ja mieti miten ne toteutuvat
OMASSA KIRJAAMISESSASI NYKYISIN JA PÄIVITTÄIN.

a) Miten hoidon tarpeen arviointi näkyy kirjaamisessasi?

b) Miten hoidon tavoitteiden asettaminen näkyy kirjaamisessasi?

c) Miten hoidon suunnitelma näkyy kirjaamisessasi?

d) Miten hoidon toteutus näkyy kirjaamisessasi?

e) Miten hoidon arviointi näkyy kirjaamisessasi?

6. Arvioi oman työpaikkasi hoitotyön kirjaamista yleisesti:
Millaisia kehittämisen aiheita siinä mahdollisesti on?

7. Millaisia odotuksia sinulla on rakenteiseen kirjaamiseen liittyvästä
koulutuksesta?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

SINUN VASTAUKSISTASI SAIN ARVOKASTA TIETOA!

1. Miten hyödyllisenä koit rakenteiseen kirjaamiseen liittyvän koulutuksen **OMAN** oppimisesi kannalta?

2. Millaista tietoa ja/ tai taitoa koulutus antoi sinulle?

3. a) Miten FinCC-luokitus eli SHTallit, SHTollit ja SHTullit ovat vaikuttaneet **OMAAN** tapaasi kirjata potilaan hoidon **TARPEITA**?

- b) Miten FinCC-luokitus eli SHTallit, SHTollit ja SHTullit ovat vaikuttaneet **OMAAN** tapaasi kirjata potilaan hoidon **TAVOITTEITA**?

- c) Miten FinCC-luokitus eli SHTallit, SHTollit ja SHTullit ovat vaikuttaneet **OMAAN** tapaasi kirjata potilaan hoidon **SUUNNITTELUA**?

- d) Miten FinCC-luokitus eli SHTallit, SHTollit ja SHTullit ovat vaikuttaneet **OMAAN** tapaasi kirjata potilaan hoidon **TOTEUTUSTA**?

e) Miten FinCC-luokitus eli SHTallit, SHTollit ja SHTullit ovat vaikuttaneet
OMAAn tapaasi kirjata potilaan hoidon **ARVIOINTIA**?

4. Miten käyttökelpoinen ja toimiva FinCC-luokitus on mielestäsi ”todellisen” potilaan kuvaamisessa ja kirjaamisessa?

5. Millä tavoin rakenteiseen kirjaamiseen liittyvää koulutusta voisi mahdollisesti kehittää tulevaisuudessa?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

SINUN VASTAUKSISTASI SAIN ARVOKASTA TIETOA!

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan Kokkolan terveystakeskus

Vastuuhenkilö organisaatiossa Hannele Tikka Koski - Alvarez

Tutkimusluvan anoja(t) Eija Toskala

Osoite Männikkötie 6, 68300 Kälviä

Puhelin 0400-589556

Sähköpostiosoite eija.toskala@cop.fi

Tutkimuksen nimi Hoitotyön prosessimallin käyttöön otto matkalla kohti rakenteista kirjaamista -koulutusinterventio terveystakeskuksen vuodeosastolla

Tutkimuksen tarkoitus Selvitää hoitotyön kirjaamisen nykytilanne ja erityisesti hoitotyön prosessimallin käyttö kirjaamisessa sekä selvittää mitä vaikutusta rakenteisen kirjaamisen koulutuksella on kirjaamiseen ja hoitotyön prosessimallin käyttöön. Tarkoituksena on myös selvittää millaisia vaikutuksia koulutuksella on ollut rakenteisen kirjaamisen omaksumiseen.

Tutkimuksen kohderyhmä Terveysheskuksen vuodeosasto 4

Aineiston keruun arvioitu ajankohta helmi - huhtikuu 2010

Tutkimusmenetelmä Toimintatutkimus. Kyselylomakkeet perus/ähihoitajille ja sairaanhoitajille. Lomakkeessa on taustakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä.

Tutkimussuunnitelma hyväksytty 25.2.2010

Tutkimuksen ohjaaja Timo Kinnunen, TEM
Ulla-Katja Stårom, Lektari

Lupa myönnetään paikka KOKKOLA aika 11.3.2010

anomuksen mukaisesti muutosehdotuksin hylätty

Luvanmyöntäjän allekirjoitus Hannele Tikka Koski - Alvarez

LIITTEET Tutkimussuunnitelma
 Kysely/haastattelulomake
 Muut liitteet, mitkä _____


KOKKOLAN KAUPUNKI
Terveyspalvelut

Viranhaltija ja virka-asema
Tikkakoski-Alvarez Hannele
Hoitotyön johtaja

PÄÄTÖS
Yleinen päätös

Päivämäärä / pykälä
12.02.2010 / § 1
13/01

LIITE 4

Asia	Toskala Eija, tutkimusluvan myöntäminen
Päätös ja sen perustelut	Hyväksytään Myönnetään EijaToskalle tutkimuslupa tutkimuksesta: Hoitotyön prosessimallin käyttöönotto matkalla kohti rakenteista kirjaamista- kirjaamisen koulutusinterventio terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tutkimus tukee terveyskeskuksen vuodeosaston strategia tavoitteita. Liitteenä on tutkimusuunnitelma
Allekirjoitus	Hoitotyön johtaja  Tikkakoski-Alvarez Hannele
Oikaisuvaatimus-oikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianomainen) sekä kunnan jäsen.
Oikaisuvaatimusviranomainen	Sosiaali- ja terveyslautakunta
Oikaisuvaatimusajan ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näydetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.
Oikaisuvaatimuksen sisältö ja toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.
Päätöksen nähtäväksi asettaminen	Päivämäärä <i>1.3.2010</i>
Tiedoksianto asianosaiselle	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä Asianosainen Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja <i>16.2.2010 Priggard</i> <input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle Asianosainen Paikka, pvm Tiedoksiantajan allekirjoitus ja virka-asema Vastaanottajan allekirjoitus <input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten
Lisätietoja	
Liitteet	
Sisäinen jakelu	

Postiosoite / Postadress:
PL 43 / PB 43
67101 KOKKOLA / KARLEBY

Käyntiosoite / Besöksadress:
Kaupungintalo / Stadshuset
Kauppatori 5 / Salutorget 5

Puhelin / Telefon:
(06) 828 9111
Fax: (06) 8289 389

S-posti / E-post:
etunimi.sukunimi@kokkola.fi
fornamn.efternamn@kokkola.fi

Internet:
www.kokkola.fi