

**SÄHKÖINEN RAKENTEINEN
KIRJAAMINEN HOITOHENKILÖKUNNAN JA
LÄÄKÄREIDEN KOKEMANA**

Marjaana Lätti

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2012
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden koulutusohjelma
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveysten edistämisen koulutusohjelma

MARJAANA LÄTTI:

Sähköinen rakenteinen kirjaaminen hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kokemana

Opinnäytetyö 76 sivua, josta liitteitä 26 sivua
Kesäkuu 2012

Sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöiltä muutosta hoitotietojen kirjaamisessa. Tämän opinnäytetyön kohdeosastoilla oli kirjattu manuaalisesti potilaspapereihin aina lokakuuhun 2011 asti, jolloin osastot siirtyivät käyttämään sähköistä potilaskertomusta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata osaston hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kokemuksia siirryttäessä sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Tarkoituksena oli myös selvittää osastojen kirjaamiskäytäntöjä ja verrata niiden kehittymistä ennen ja jälkeen sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöön oton. Tavoitteena oli selvittää, miten muutosta sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen voidaan helpottaa ja miten kirjaamista voidaan kirurgisella osastolla kehittää edelleen.

Tutkimus oli kaksivaiheinen ja siinä sovellettiin kvantitatiivista sekä kvalitatiivista tutkimustapaa. Puolistrukturoidulla kyselyllä suoritettiin alkumittaus hoitohenkilökunnalle (n=62) ja lääkäreille (n=23) ennen sähköisen potilaskertomuksen käyttöön ottoa. Kolmen käyttökuukauden jälkeen suoritettiin loppumittaus samalla kyselyllä hoitohenkilökunnalle (n=57) ja lääkäreille (n=20). Näitä kahden mittauksen välisiä eroja tarkasteltiin tilastollisesti. Kyselyjen avoimet vastaukset ja lopuksi suoritettun tukihenkilökyselyn (n=8) vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tulokset osoittavat, että hoitohenkilökunta sekä lääkärit suhtautuivat sähköiseen potilastietojärjestelmään ja uuteen kirjaamismalliin positiivisesti eikä vanhaan manuaaliseen kirjaamiseen haluttu palata takaisin. Kuitenkaan potilastietojärjestelmän käytettävyyteen ei oltu tyytyväisiä. Hoitohenkilökunnan mielestä sähköinen rakenteinen kirjaaminen on parantanut kirjaamisen tasoa, vaikka kirjaamisessa koettiin edelleen puutteita. Hoitotyön prosessimallia on opittu hyödyntämään kirjaamisessa. Tietokonetta kirjaamisvälineenä on totuttu käyttämään ja tätä kautta myös sähköisen kirjaamisen tuen tarve vähentynyt. Tiedonvälityksen koettiin taas huonontuneen sähköisen kirjaamisen myötä. Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden mielestä kirjaamiseen kului paljon enemmän aikaa kuin ennen. Lääkärit kokivat myös sähköisen järjestelmän vievän huomion pois potilaasta. Tuloksista selvisi myös, että hoitohenkilökunnan kirjausten lukeminen lääkärien keskuudessa oli vähentynyt käyttöön oton jälkeen. Tukihenkilöt olivat toimintaansa pääsääntöisesti tyytyväisiä, ainoastaan koulutusta ja aikaa omaan oppimiseen olisi haluttu vielä enemmän.

Tärkeinä kehittämiskohteina nähtiin yhteisten kirjaamiskäytäntöjen ja potilastietojärjestelmän parantaminen sekä yhteistyö eri osastojen ja eri ammattihenkilöiden välillä.

Asiasanat: rakenteinen kirjaaminen, potilastietojärjestelmä, hoitaja, lääkäri

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Health Promotion
Option of Health Promotion

MARJAANA LÄTTI

The Electronic Structured Documentation Experienced by Nursing Staff and Doctors

Master's thesis 76 pages, appendices 26 pages

June 2012

Purpose of this study was to study and document the experiences of ward nurses and doctors during the transition to electronic patient recording system. Purpose was also to study recording habits of different departments and compare their development before and after the introduction of electronic documentation. Target was to study how to improve transformation to electronic documentation and how to further develop the procedures of electronic documentation.

Two phase study included application of quantitative and qualitative research methods. Semi-structured questionnaire was carried out for nursing staff (n = 62) and doctors (n = 23) before the introduction of electronic patient records. After three months of operation the questionnaire study was repeated for nursing staff (n = 57) and doctors (n = 20). Differences between the two questionnaire studies were examined statistically. The answers for the open-ended questions, and finally carried out in support persons survey (n = 8) were analyzed by using inductive analysis of content.

The results indicate that the nursing staff and doctors concerned the electronic patient record system and new documentation template positive. However, usability of electronic patient record system had not been satisfied. The nursing staff feels that the electronic documentation system has improved the level of recording, even if the recording was seen as the remaining gaps. Nursing process model has been learned to use the recording. Computer has used to use, and thus the electronic record of the need for support decreased. Communication was deterioration in the electronic record time. Nursing staff and doctors consider that documentation took much more time than before. The results also indicated reduction of reading nurses records among the doctors after the introduction of electronic system. Support personnel were generally pleased on their action, only training and time on their own learning to be desired even more.

Improving standardized common record habits and further development of electronic patient record system was seen as the most important future development targets as well as co-operation between different departments and professionals.

Key words: structured documentation, patient record system, nurse, doctor

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA	8
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
4 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	10
4.1 Hoitotyön kirjaamisen prosessi	11
4.2 Manuaalinen kirjaaminen.....	13
4.3 Sähköinen kirjaaminen	14
4.4 Sähköinen rakenteinen kirjaaminen.....	15
4.4.1 Hoitotyön ydintiedot.....	16
4.4.2 Hoitotyön kirjaamisen malli.....	18
5 TERVEYDENHUOLLON TIETOTEKNIikka	20
5.1 Sähköisen potilaskertomuksen rakenne	20
5.1.1 Potilasasiakirja ja potilaskertomus	21
5.1.2 Hoitokertomus	22
5.1.3 Sähköiset potilastietojärjestelmät.....	22
5.2 Tietoturvallisuus ja tietosuojat	23
6 KIRJAAMISEN LAINSÄÄDÄNTÖ	24
6.1 Valtakunnallinen kehittämishanke potilasasiakirjajärjestelmän kehittämiseksi	25
7 AIKUINEN OPPIJANA	27
7.1 Oppimisen teoreettisia taustoja	27
7.2 Terveystuoltohenkilöstön tietojärjestelmäosaaminen.....	29
7.3 Terveystuoltohenkilöstön asennoituminen ja motivoituminen tietojärjestelmiin	30
7.4 Tietojärjestelmäkoulutukset	30
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	32
8.1 Kohderyhmä ja aineiston hankinta	32
8.1.1 Kysely.....	32
8.1.2 Aineiston kerääminen	33
8.2 Aineiston analyysimenetelmät	34
9 TUTKIMUSTULOKSET	36
9.1 Hoitohenkilökunnan taustatiedot.....	36
9.2 Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen	36
9.3 Sähköisen kirjaamisen toteutuminen	39
9.4 Avoimet kysymykset	41
9.4.1 Manuaalisen kirjaamisen taso vaihtelee	41

9.4.2 Tyytyväisyys manuaaliseen kirjaamiseen.....	42
9.4.3 Sähköisen kirjaamisen tuomat muutokset.....	43
9.4.4 Sähköistä rakenteista kirjaamista kehitetään edelleen.....	44
9.4.5 Sähköisen kirjaamisen hyvät kokemukset	45
9.5 Lääkäreiden taustatiedot	46
9.6 Sähköisen potilastietojärjestelmän käytettävyys	47
9.7 Sähköisen potilastietojärjestelmän toimivuus	50
9.8 Sähköisen potilastietojärjestelmän odotukset ja toteutuminen	52
10 POHDINTA	56
10.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	56
10.2 Tutkimustulosten tarkastelu	59
10.2.1 Sähköisen kirjaamisen odotukset ja kokemukset.....	61
10.2.2 Sähköisen kirjaamisen tuen tarve.....	63
11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	65
11.1 Jatkotutkimusehdotukset.....	67
LÄHTEET	68
LIITTEET	77

1 JOHDANTO

Hoitotyön dokumentointi on tärkeä osa potilaan moniammatillista kokonaisuhoitoa. Sen tavoitteena on parantaa potilaan hoidon laatua, hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta yhdenmukaisen ja täsmällisen kirjaamismallin avulla. (Mykkänen, Huovinen, Miettinen & Saranto 2011, 16; Ensio & Kinnunen 2011,15.) Hoitotyön kirjaaminen on olennainen osa hoitajan työtä ja myös oikeudellista turvaa. Hyvällä ja laadukkaalla kirjaamisella taataan potilaiden hyvä hoito. On kuitenkin todettu, että kirjaamisen laatu ei täytä kirjaamisen vaatimuksia. (Prideaux 2011, 1450.)

Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen on pitkään ollut suomalaisen hoitotyön haasteena ja sähköisen potilaskertomuksen tietosisältöä on kehitetty systemaattisesti jo vuodesta 2002. Hoitotyön kirjaamiskäytäntöjen uudistaminen onkin välttämätöntä sillä sosiaali- ja terveydenhuollon sähköiset järjestelmät ja potilastietojen sähköinen arkistointi kehittyvät koko ajan. Vuonna 2005 alkoi valtakunnallinen hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittämishanke, jonka tavoitteena oli kehittää kansallisesti yhtenäinen tapa kirjata hoitotyötä. Hankkeen lopputuloksena on kehitetty sähköinen rakenteinen kirjaamismalli, joka perustuu hoitotyön prosessin mukaisiin ydintietoihin, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Hoitotyön prosessi on ammatillisen työn ydin, joka auttaa päätöksenteossa, seurausten ennustamisessa ja arvioinnissa. (Häyrinen 2011b, 7; Kivelä, Anttila & Kukkola 2011, 26-28; Tanttu & Rusi 2007, 113-122.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) sisältää säännökset asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista sekä keskitetyn potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmän luomisesta (Salo 2007, 13-15). Jotta arkistointijärjestelmä pystytään luomaan, on terveydenhuollon kirjaamisen muututtava rakenteisen kirjaamismallin mukaiseksi. Valmistelutyötä on jo tehty kansallisen terveystietojen (KanTa) luomisella. Sen tarkoituksena on palvella kansalaisia että ammattilaisia. Palveluihin kuuluvat sähköinen resepti, potilasarkisto sekä mahdollisuus katsoa omia terveystietoja Internetin kautta. Julkisen terveydenhuollon tulee ottaa eArkisto käyttöön 1.9.2014 mennessä. (STM 2010.)

Tämän opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa päivittäiset kirjaukset oli totuttu tekemään potilaspapereihin manuaalisesti kirjaamalla aina vuoden 2011 lokakuuhun asti. Organisaatio siirtyi täysin sähköiseen aikakauteen hyvin myöhään verrattuna muihin vastaaviin organisaatioihin. Sähköinen potilastietojärjestelmä oli hiljalleen tullut osastolle ja ottanut uusia työtehtäviä vastuulleen, mutta suurin yksittäinen muutos oli kirjaamisen muuttuminen sähköiseksi. Tulevaisuudessa sairaalasta halutaan tehdä täysin paperiton, jonka toteutuminen tulee kestämään vielä vuosia, mutta on jo nyt tehnyt ison harppauksen eteenpäin kohti tavoitetta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirurgisen osaston hoitohenkilökunnan kokemuksia sähköisestä rakenteisesta kirjaamisesta. Sähköinen potilastietojärjestelmä ja kirjaamisen muuttuminen rakenteiseen muotoon ovat jo yhdessä iso muutos terveydenhuollon ammattihenkilöille. Tämä on väistämättä tuonut esiin erilaisia asenteita, ennakkoluuloja ja pelkoa. Hoitotyön ammattilaisten tietokoneavusteista kirjaamista, tietotekniikan hallintaa ja asenteita on tutkittu Suomessa paljon siitä asti, kun tietotekniikka terveydenhuollossa yleisty. Viime vuodet on taas keskitytty rakenteisen kirjaamisen tutkimiseen ja kehittämiseen.

Sähköiset potilastietojärjestelmät ja niiden kehittyminen koskettavat myös lääkärikuntaa. Potilastietojärjestelmät ovat nykyään lähes kaikkien lääkäreiden työkaluja ja lääkäreiden asenteita sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöön on kuvattu viime vuosina monissa selvityksissä ja tutkimuksissa. Tulosten mukaan lääkäreiden arviot potilastietojärjestelmistä ovat edelleen kriittisiä. Järjestelmien ongelmia ilmenee huolestuttavan paljon, ne hankaloittavat lääkäreiden työtä ja saattavat olla riski potilasturvallisuudelle. (Lammi 2011, 1573-1574.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata myös lääkäreiden kokemuksia sähköisestä potilastietojärjestelmästä ja verrata mielipiteiden muutosta ennen ja jälkeen sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön oton.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten muutosta sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen voidaan helpottaa ja miten kirjaamista voidaan kirurgiselle vuodeosastolla kehittää edelleen. Tutkimus on ajankohtainen vaikka aihetta on tutkittu paljon. Tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kirjaamisen kehittämisen näkökulmasta varsinkin kohdeorganisaation sisällä.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA

Opinnäytetyön kohdeorganisaationa toimii erään keskussairaalan kaksi kirurgista vuodeosastoa. Lokakuuhun 2011 asti osastoilla kirjattiin kaikki päivittäiset hoitotyön toiminnot manuaalisesti käsin potilasasiakirjoihin. Käytössä oli jo silloin Effica ó potilastietojärjestelmä, josta tarkasteltiin muun muassa potilaiden laboratoriokokeita, röntgen kuvia, eri erikoisalojen lääkärien tekstejä sekä tehtiin leikkaussuunnitelmia. Osastoilla ei kuitenkaan ollut juurikaan aikaisempaa tietoa sähköisestä kirjaamisesta. Ainoastaan osastoista toinen osallistui vuonna 2007 kansallisen hoitotyön kirjaamismallin käyttöönottohankkeeseen ja testasi pilotointiosastona muutamien viikkojen ajan tarve- ja toimintoluokitusten toimivuutta. Kokeilun yhteydessä tuli selkeästi esille rakenteisen kirjaamisen vaikeus, ohjelman monimutkaisuus ja siihen liittyvä muutosvastarinta. Pilotointi keskeytettiin muutamien viikkojen kuluttua ja osasto siirtyi takaisin paperisiin hoitokertomuksiin.

Pilotoinnin jälkeen potilastietojärjestelmän kirjaamisalustaa kehitettiin saadun palautteen pohjalta. Ensimmäisenä rakenteisen sähköisen kirjaamisen otti käyttöön psykiatriset osastot. Tämän jälkeen se siirtyi konservatiiviselle puolelle ja lopuksi operatiivisille osastoille. Tutkimuksen kohdeosastojen hoitohenkilökunta koulutettiin käyttämään Effica ópotilastietojärjestelmää syyskuussa 2011 sairaalan Effica ókouluttajien toimesta. Koulutuksia oli hoitohenkilökunnalla kaksi kertaa noin kahden viikon välein. Lääkäreillä koulutuksia oli yksi ja myös niissä kouluttajina toimivat sairaalan Effica ókouluttajat

Molempien osastojen henkilökunnasta oli valittu 4-5 sairaanhoitajaa Effica-tukihenkilöiksi omille osastoille. Heidän tarkoituksena oli esivalmistella ja miettiä valmiiksi osaston omia pelisääntöjä koskien tarve- ja toimintoluokituksia sekä muita käytäntöjä. He toimivat myös tukijoina ja opettajina osaston henkilökunnalle silloin, kun osastot siirtyivät käyttämään sähköistä rakenteista kirjaamista. Tavoitteena oli, että ainakin yksi tukihenkilö olisi joka työvuorossa ylimääräisenä hoitajana ensimmäisten viikkojen aikana. Tämän lisäksi ensimmäisen käyttöönottoviikon aikana osastoilla oli apuna neljä sairaalan Effica ókouluttajaa.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirurgisen osaston hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kokemuksia siirryttäessä sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Tarkoituksena on myös selvittää osastojen kirjaamiskäytäntöjä ja verrata niiden kehittymistä ennen ja jälkeen sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöön oton.

1. Minkälainen on kirjaamisen nykytila tutkituilla kirurgian osastoilla?
2. Minkälaisia ovat hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden odotukset ja kokemukset sähköistä rakenteista kirjaamista kohtaan?
3. Miten siirtymistä sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen voidaan tukea ja kirjaamisen laatua kehittää?

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, miten muutosta sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen voidaan helpottaa ja miten kirjaamista voidaan kirurgisella vuodeosastolla kehittää edelleen.

4 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotietojen kirjaaminen kuuluu keskeisesti hoitotyön ammatilliseen osaamiseen. Sillä tarkoitetaan asiakkaaseen tai potilaaseen liittyvien tietojen kirjaamista potilastietojärjestelmään tai potilaspapereihin. Hoitotietojen kirjaamisen tehtävään kuuluu potilaaseen liittyvän tiedon tuottaminen, säilyttäminen ja jakaminen luotettavasti, tehokkaasti ja turvallisesti. Hyvään kirjaamiseen niin ikään kuuluu oleellisten tietojen kirjaaminen, totuudenmukaisuus, luottamuksellisuus tietojen käsittelemisessä ja asiallinen kielenkäyttö. Niin kirjaamisessa kuin hoitotyössäkin pyritään potilaan parhaan saavuttamiseen. (Haho 2009, 38-39.) Kirjaamisen pitäisi olla kokonaisuudessaan systemaattista ja tavoitteellista eikä tutun kaavan mukaan etenevää (Lauri & Lehti 2000, 20).

Hoitotyön kirjaamisella on aina ollut tärkeä osa potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa. Kirjaaminen onkin osa potilaan kokonaihoitoa. Hoitotyön kirjaamisella saadaan potilaan hoitamiseksi suunnitelma, joka ohjaa potilaan hoitotyötä sairaalajakson aikana ja sen jälkeen. Kirjaamisen tehtävänä on edellytysten luominen hoidon joustavalle etenemiselle, hoitoa koskevan tiedonsaannin turvaaminen, hoidon toteutuksen ja seurannan varmistaminen sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 94.)

Hoitotyön kirjaamisessa esiintyy edelleen puutteita. Tehtävien ja rutiinien kirjausta tulisi vähentää ja hoitotyön toimintojen ja lopputulosten kirjausta lisätä. Kirjausten pääpaino on usein potilaan ongelmien kirjauksessa, mutta kirjaamatta jää millaisia tuloksia hoitotyön auttamismenetelmillä on saavutettu. Kirjaamisen tulee olla perusteltua ja arvioivaa, eikä vain tekemisten luetteloimista. (Kokkonen 1998, 79-80.) Hoitotyön kirjaaminen tulisi olla myös näyttöön perustuvaa. Kirjaamisessa pitäisi näkyä, minkälaiseen tietoon päätökset perustuvat ja mitä hoitotyön keinoilla saatiin aikaan. (Hallila 2005, 10, 12.) Kirjaamista voivat suorittaa kaikki ne, jotka osallistuvat potilaan hoitoon ja se on tuonut useita erilaisia tapoja kirjata. Tämä johtaa pirstaleiseen kirjaamiseen ja näin ollen potilaan hoidon kokonaiskuva hämärtyy. Koko terveydenhuollon henkilökunnalle on suuri haaste kehittää kirjaamisesta sellaista, että tämän päivän vaatimukset toteutuvat. (Ensio & Häyrinen 2008, 72-73.)

4.1 Hoitotyön kirjaamisen prosessi

Suomessa käytetään kirjaamisen rakenteena Maailman terveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimallia, joka tuli 1970-luvulla Suomeen (Hopia & Koponen 2007, 6). Prosessiajattelu on hoitotyön ydin ja se toimii kaikkien hoitotoimien perustana. Prosessi etenee asteittain kohti sovittua tavoitetta, sen tulee olla johdonmukainen, looginen sekä tarkoituksellinen, jotta asetetut tavoitteet kyetään saavuttamaan. (Yura & Walsh 1988, 17.) Yura & Walshin vuonna 1967 julkaiseman määritelmän mukaan hoitotyön prosessimenetelmällä tarkoitetaan jäsentynyttä ja systemaattista tapaa määrittellä terveydenhuollon asiakkaan terveydentilaa, täsmentää inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen liittyvien ongelmien määrittelyä sekä tehdä suunnitelma niiden ratkaisemiseksi että panna suunnitelmat täytäntöön ja arvioida, missä määrin suunnitellut toimet olivat vaikuttavia optimaalisen hyvinvoinnin edistämässä ja todettujen terveysongelmien ratkaisemisessa. (Hallila 2005, 24.)

Prosessimalli on sekä hoitotyön päätöksenteon menetelmä että ajattelutapa, jonka avulla hoitotyötä systematisoidaan (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2010, 15). Hoitotyön kirjaaminen on potilaan hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaamista hoitajakson aikana. Prosessin jokaisessa vaiheessa hoitaja voi hyödyntää hoitotyön luokituksia, jolloin hoitotyön kirjaamisessa käytettävä ammatillinen kieli on yhtenäistä. (Mykkänen ym. 2011, 16.) Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen jakaantuu hoitotyön suunnitelmaan, hoidon toteutukseen ja hoidon arviointiin. Hoitotyön suunnitelmaosioon kuuluvat hoidon prosessin neljä ensimmäistä vaihetta; tiedon keruu ja analysointi, hoidon tarpeiden määrittely, tavoitteiden asettaminen ja suunniteltujen toimintojen määrittely tavoitteiden saavuttamiseksi. (Ahonen ym. 2007, 6-7.) Hoitotyön arviointia voi vielä täydentää yhteenvedolla tai hoitopalautteella, jolla on suuri merkitys varsinkin potilaan kotiutuksessa tai siirtyessä jatkohoitopaikkaan (Ensio & Saranto 2004, 36-38). Joskus hoidon tarpeen arvioinnista erotetaan hoitotyön diagnoosi erilliseksi prosessin vaiheeksi (Hopia & Koponen 2007, 6-7).

Hoitotyön suunnitelmaosion ensimmäinen vaihe on tiedon keruu ja analysointi, jota tehdään jatkuvasti hoitoprosessin edetessä. Ilman kattavaa tulotilanteen kartoitusta hoidosta ei tule yksilöllistä, potilaan tarpeisiin perustuvaa hoitoa. Toisena vaiheena on hoidon tarpeen määrittäminen. Määrittäminen tapahtuu potilasta koskevan tiedon keruun ja analyysin avulla. Hoidon tarve on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan ter-

veydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla. Tavoitteiden asettaminen on prosessin seuraava vaihe. Hoidon tavoitteen tarkoitus on kuvata sitä, mihin hoidolla pyritään, mitä muutoksia odotetaan ja mitä potilas odottaa tapahtuvan. Tavoitteet asetetaan tunnistettujen ongelmien poistamiseksi. Hoitotyön suunnitelmaosion viimeinen vaihe on hoitotyön suunniteltujen toimintojen valinta tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitoprosessin toisessa eli toteutusvaiheessa pohjana on kirjallinen hoidon suunnitelma. Osio koostuu hoitotyön toteutuneista toiminnoista. Viimeinen vaihe on hoidon arviointi, jossa kuvataan miten potilaan hoidon tarpeeseen on vastattu, saavutettiinko tavoitteet ja mitä muutoksia potilaan tilassa tapahtui. Hoitotyön prosessin mukaisessa kirjaamisessa tulisi olla erityinen paino hoitotyön tulosten esille tuomisessa ja niiden arvioinnissa. Hoitotyön tulosten arviointia pidetään ongelmallisena kirjaamisessa, siksi arviointi hoidon vaikuttavuudesta jää monesti kirjaamatta. Hoitajakson päättyessä tehdään hoitotyön yhteenveto. Se on lyhyt, ytimekäs ja arvioiva. Yhteenvedossa on kirjattu annettu hoito ja koottu hoidossa tapahtuneet keskeiset asiat. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 7-9; Hopia & Koponen 2007, 6-7; Iivanainen & Syväoja 2008, 651-654; Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2010, 15-17).

Hoitotyön prosessin hallinta on valtaosalla hoitajista kadoksissa. Potilaan tarpeita ei tunnusteta, tavoitteiden asettaminen koetaan vaikeaksi, toimintojen suunnittelu ja toteutus eivät vastaa potilaan tarpeisiin. Yhtenä syynä hoitotyön prosessin unohtamiseen on se, että sen käyttö on jäänyt osin kirjaamisesta pois. Kun hoitotyön kirjaaminen siirtyy sähköiseen järjestelmään ovat hoitajat uuden haasteen edessä niin hoitotyön prosessin kuin siihen vaikuttavan päätöksenteon suhteen. (Mäkilä 2007, 35-36; Ala-Hiiri & Kettunen 2008, 47.) Laineen (2008, 52) tutkimuksen tulokset osoittavat, että osa hoitajista koki ajattelutyön lisääntyneen kirjaamistilanteissa ja hoitotyön prosessimallin mukainen pohdinta oli tuonut mukanaan uusia haasteita. Samansuuntaiseen tutkimustulokseen on päässyt myös Käven (2005, 60) omassa tutkimuksessaan. Prosessimallin osaamista kartoitti Rajalahti & Saranto (2011, 250) tutkimuksessaan ja tulosten perusteella vastaajista 79 % arvioivat osaavansa sitä käyttää hyvin tai erittäin hyvin. Terveystieteiden henkilöstö kokee hoidon tarpeen määrittämisen vaikeaksi, toteavat Leino (2004, 58-60) ja Ikonen (2007, 62) tutkimuksissaan. Myös hoidon arviointi on tutkimustuloksissa (Leino 2004; Ikonen 2007; Mykkänen ym. 2011, 17-18) koettu vaikeaksi toteuttaa ja se on noussut keskeiseksi hoitotyön kirjaamisen kehittämiskohteeksi. Rajalahden & Sarannon (2011, 250) tulokset poikkeavat edellä mainituista. Heidän tutkimuksessaan vastaajat

arvioivat osaavansa hyvin potilaiden hoidon, tavoitteen asettelun ja hoitotyön toimintojen suunnittelun sekä hoitotyön yhteenvedon kirjaamisen perusasiat. Riihimäen terveyskeskuksessa tutkittiin vuosina 2008-2009 osastohoidossa olleiden potilaiden hoitokertomusten hoitotyön tarve-, toteutus- ja tulosmerkintöjä. Tulosten mukaan kirjausmerkinnät olivat lisääntyneet, joten tietoa potilaiden hoitotyöstä on olemassa merkittävästi enemmän kuin aiemmin. (Kivelä ym. 2011, 26-29.)

Hoitotyön prosessimenetelmän kehittämisen tuloksena on syntynyt hoitotyön kirjallinen suunnitelma (Hallila 2005, 24). Hoitotyön prosessin mukaan etenevä hoitosuunnitelma on noussut tärkeään asemaan hoitotyön kirjaamisen siirryttyä sähköiseen muotoon. Hyvin laadittu hoitosuunnitelma helpottaa hoitotyön toteutuksen kirjausta. (Mäkilä 2007, 36.) Hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä hoitoon osallistuvien eri osapuolten sekä potilaan ja omaisten kanssa. Suunnitelmaan määritellään mitkä ovat potilaan ja mitkä hoitotyön ongelmia. Hoitotyön suunnitelmassa tulisi olla hoitotyöntekijän ja potilaan oma arvio senhetkisestä tilanteesta ja hoidon tarpeesta. (Hallila 1998, 50.) Leinon (2004, 60) tutkimuksessa vastaajista puolet antoi välttävän arvosanan hoidon suunnittelusta yhdessä potilaan kanssa. Tulokset osoittavat, että hoitotyön suunnitelma tehdään pääosin vain hoitajan toimesta eikä potilaan omia tavoitteita kirjata.

4.2 Manuaalinen kirjaaminen

Perinteiseksi eli manuaaliseksi kirjaamiseksi kutsutaan dokumentointia, kun tallennusvälineenä on kynä. Manuaalinen kirjaamisen käsite on otettu käyttöön sen jälkeen, kun on tullut tarve erottaa kirjaamistapa sähköisestä kirjaamisesta. Manuaalisesti hoitotyötä kirjataan joko kansallisesti hyväksytyille tai laitoksittain tai työyksiköittäin käytettäville lomakkeille. Nämä ovat osittain strukturoituja ja ohjaavat kunkin asian kirjaamista oikeaan kenttään. Tämä on ollut ainoa tapa tehdä manuaalisesta kirjaamisesta systemaattista. Paperipohjaisessa hoitotietojen kirjaamisessa ei voida tämän pidemmälle edetä rakenteisuuden hyötyjä ajatellen. Ainoastaan tietotekniikka tuo täyden hyödyn kirjaamisen rakenteistamisessa. (Ensio & Saranto 2004, 31-32; Ensio & Häyrynen 2008, 72-73.)

Päivittäiset merkinnät hoidon etenemisestä kirjataan osittain hoitosuunnitelmalomakkeelle ja osittain kuumekurvaan. Hoitosuunnitelma muodostuu usein vaikeaksi hallita, koska se voi sisältää paljon yksityiskohtaisia tietoja potilaan hoidosta, tavoitteista ja

arvioinneista. On myös todettu, että hoitosuunnitelmaan kirjaaminen on hyvin satunnaista yksiköissä, joissa kirjataan manuaalisesti. Suunnitelman antama tuki hoidon päivittäiselle suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille jää toteutumatta. (Ensio & Saranto 2004, 32-33.) Perinteisille paperilomakkeille kirjattaessa prosessimallin rakenne on muodostunut otsikoiden mukaan ja hoitoa on kirjattu pelkällä vapaalla tekstillä (Saranto & Sonninen 2008, 13).

Vuonna 2001 Lääkärilehti julkaisi tapaustutkimuksen Kaarinan-Piikkiön terveyskeskuksessa. Manuaalisesta sähköiseen potilaskertomukseen siirryttäessä henkilökunnan tyytyväisyys potilaskertomukseen oli kasvanut selvästi. Tyytyväisimpiä järjestelmään olivat hammaslääkärit ja tyytymättöimpiä terveydenhoitajat. Sähköisen potilaskertomuksen myönteisimpänä puolena pidettiin manuaalista parempaa käyttäjäystävällisyyttä, tietojen saamista ajoissa käyttöön sekä tietojen ajan tasalla olemista. (Turunen & Suokas 2001, 5030.) Koponen ym. (2005, 2235) tutki päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan kokemuksia kliinisestä tietojärjestelmästä ennen ja jälkeen käyttöön oton. Tuloksista selvisi, että ennen tietojärjestelmään siirtymistä henkilökunnassa oli melko paljon halukkuutta pysyä vanhassa paperikirjaamisessa. Myös järjestelmän helppokäyttöisyyttä epäiltiin. Tietojärjestelmän käyttöön oton jälkeen henkilökunta ei ollut enää innokas palaamaan vanhaan paperikirjaamiseen.

4.3 Sähköinen kirjaaminen

Sähköinen kirjaaminen tuo mukanaan monia muutoksia kirjaamisen käytäntöihin, joista yksi merkittävimmistä on siirtyminen vapaasta, kertovasta kirjaamisesta luokituksia hyödyntävään kirjaamiseen (Ensio 2008, 150). Pelkän vapaan tekstin tuottaminen ei ole enää nykyaikaista, ja siksi on kehitetty nopeampia ja joustavampia tapoja kirjata potilaiden hoitotietoja (Kivelä ym. 2011, 26). Sähköisessä kirjaamisessa ideana on, että tieto kirjataan vain kerran ja siten tieto ohjautuu kaikkiin järjestelmiin ja kaikkien ammattiryhmien käyttöön (Hopia & Koponen 2007, 83). Sähköisten tietojärjestelmien avulla siirrytään organisaatiolähtöisestä tiedonhallinnasta asiakaslähtöiseen tiedon tuottamiseen ja välittämiseen koko hoitoprosessin aikana (Ensio 2008, 151). Sähköinen kirjaaminen vähentää manuaalisen kirjaamisen virhemahdollisuuksia, joita syntyy varsinkin, jos tietoja joudutaan kopioimaan paikasta toiseen. Paperittomuus ja tiedon sähköinen

siirtäminen nopeuttaa potilastietojen välittämistä hoitopaikasta toiseen ja hoitopaikkojen sisällä. (Nieminen 2010, 21.)

Partasen & Kvistin (2007, 19-20) kirjallisuuskatsauksen mukaan tietojärjestelmät ja tietokoneavusteinen kirjaaminen säästivät kirjaamiseen käytettyä aikaa, mutta toisaalta lisäsi sairaanhoitajien työtaakkaa. Järjestelmien todettiin helpottavan kirjaamista ja parantavan hoitotyön kirjaamisen laatua. Tietojärjestelmän käyttöönoton myötä hoitotyön kirjaamisen todettiin olevan laadukkaampaa, tarkempaa, selkeämpää, helppolukuisempaa, yhtenäisempää sekä täydellisempää. Vaikka tietotekniikka tuo helpotusta hoitotyöhön, siihen ei kuitenkaan aina suhtauduta positiivisesti. Kirjallisuuskatsaus toi esille, että hoitajille tuottivat ongelmia järjestelmien käyttö, tietokoneiden toimintahäiriöt, tietojärjestelmien sisällön huono laatu sekä tunne työmäärän lisääntymisestä ja työn tehokkuuden heikkenemisestä. Hartikaisen (2008, 60-64) tutkimustulosten mukaan kirjaaminen parantui ja muuttui helpommaksi sähköisen kirjaamisen myötä. Kuitenkin kirjaaminen vei tulosten mukaan enemmän aikaa kuin ennen. Yee ym. (2012, 1) tutki hoitajien sähköiseen kirjaamiseen käytettyä aikaa. Tulokset osoittivat, että 19 % hoitajien työajasta kuluu kirjaamiseen, mutta sähköinen kirjaaminen ei kuitenkaan näytä lisäävän hoitajien kirjaamiseen käyttämää aikaa.

4.4 Sähköinen rakenteinen kirjaaminen

Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, joita kuvataan termistöillä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. (Saranto & Ensio 2007, 32.)

Kirjaamisen muuttuminen sähköiseen rakenteiseen muotoon on suurin yksittäinen muutos, mitä kirjaamisessa on tapahtunut. Kirjaaminen muuttaa tiedontuottamis- ja hyödyntämistapoja, mutta ammatillinen päätöksentekoprosessi, hoitotyön tarpeen määrittely ja suunnittelu, hoidon toteutus tai arviointi, eivät prosessina muutu. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen tuo hoitotyölle sekä mahdollisuuksia että vaatimuksia. Vaatimuksena on, että kirjaukset pitää tallentaa rakenteisesti eli strukturoidusti. (Ensio & Saranto 2004, 44; Tanttu & Saranto 2006, 23; Hopia & Koponen 2007, 5-6.) Struktuuri muodostetaan valtakunnallisesti määriteltyjen keskeisten hoitotietojen eli ydintietojen avulla. Ydintietoja kuvataan termistöillä, joiden määriteltyjen koodien avulla tieto tallentuu sähköiseen

tietokantaan. Hoitotyön ydintiedot muodostuvat hoidon tarpeesta, toiminnoista, tuloksista ja hoitoisuudesta sekä hoitotyön yhteenvedosta. (Saranto & Sonninen 2008, 13.)

Rakenteisen kirjaamisen myötä hoitotyön kirjaaminen muuttuu potilaslähtöisemmäksi, tavoitteellisemmaksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. Se parantaa potilaan hoidon laatua ja potilaan oikeusturvaa sekä auttaa tietojen hyödyntämisessä ja jatkokäsittelyssä. Prosessin ja luokitusten käyttö yhtenäistävät hoitotyön kirjaamista ja vähentävät hoitajien välisiä yksilöllisiä eroja kirjaamisen laadussa. Rakenteen avulla kirjattu tieto löytyy usein helpommin kuin aiemmin, varsinkin jos haetaan yksittäisiä potilaan tarpeeseen, hoidon toteutukseen tai arviointiin liittyvää kirjausta. (Kivelä ym. 2011, 26; Ala-Hiiri & Kettunen, 2008, 47.) Sarannon & Kinnusen (2008, 464) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa todetaan rakenteisen kirjaamisen tuovan esille positiivisia vaikutuksia kirjaamisen laatuun, hoitotyön prosessiin ja termistön käyttöön. Sen kautta on myös hyväksytty käyttämään tietokonetta hoitotyön kirjaamisessa.

Hoitotyön prosessi auttaa hoitajaa hahmottamaan asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon selkeämmin. Luokitukset antavat kirjaamiselle sisällön, jota täydennetään vapaalla tekstillä asiakas- ja potilaslähtöisesti. Hoitotyön tarkka ja ytimekäs, kansallisen hoitotyön mallin mukainen kirjaaminen sisältää vain potilaan hoidon kannalta oleelliset tiedot. Luokitusten avulla se mahdollistaa laaja-alaisen hoitotyön vaikuttavuuden arvioinnin. Rakenteinen kirjaaminen on informatiivista ja tuottaa näyttöä hoitotyöstä aivan uudella tavalla. Kirjaamisesta saadaan tilastoja, jotka tekevät yksiköiden hoitotyön sisällön ja tulokset näkyviksi. (Hoffren & Hassinen, 2008, 17.)

Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa sitä, että potilaan hoito kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään seuraavasti: Hoidollisen päätöksenteon mukaan (tarpeen määrittely, suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi), hoitotyön ydintietojen mukaan (hoidon tarve, toiminto, tulokset ja hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedosta) ja FinCC-luokituksen mukaan. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2010, 17.)

4.4.1 Hoitotyön ydintiedot

Sähköisen potilaskertomuksen rakenteisilla ydintiedoilla tarkoitetaan niitä tärkeimpiä potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa kuvaavia tietoja, jotka ovat sähköisessä potilasker-

tomuksessa kuvattu yhdenmukaisella tavalla. Ne muodostavat järjestelmällisen yhteenvedon kaikista hoitajaksoista ja käynneistä. Ydintietojen tarkoituksena on antaa kokonaiskuva henkilön terveys- ja sairaushistoriasta samalla yhdenmukaisella tavalla eri tietojärjestelmissä. (Ensio & Saranto 2004, 38; STM 2007, 20.)

Potilaan hoidon yksilöllinen suunnittelu lähtee hoidon tarpeen määrittelystä, jonka lääkäri tai/ja hoitaja arvioivat taustatietojen ja haastattelun perusteella. Hoidon vaikuttavuuden arviointi perustuu hoidon tarpeen täsmälliselle määrittelylle. Hoidon tarpeita voi olla yksi tai useampi ja niillä tarkoitetaan hoitohenkilökunnan kuvausta potilaan terveydentilaan liittyvistä, olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmenevistä ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla. Hoidon tarvetta kutsutaan myös diagnoosiksi. (Ensio & Saranto 2004, 36-39; Tantt & Ikonen 2008, 113.)

Hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa määritellään hoidon tavoitteet ja odotetut tulokset sekä valitaan tavoitteiden saavuttamiseksi tarpeelliset ja sopivat hoitotyön toiminnot. Tavoitteiden tulee olla mitattavia ja realistisia, suhteessa hoitoaikaan ja käytettäviin resursseihin. Hoitotyön toimintojen tulisi perustua näyttöön, mikä pitäisi käydä ilmi myös kirjaamisessa. Kirjaamisen apuna voidaan käyttää toimintoluokituksia. (Ensio & Saranto 2004, 42-43; Tantt & Ikonen 2008, 113-114.)

Hoidon tulokset kuvataan potilaan tilassa tapahtuneina muutoksina. Arviointivaiheessa verrataan hoidon vaikutuksia potilaaseen suhteessa asetettuihin hoidon tarpeisiin ja tavoitteisiin. Jos hoitotyön suunnittelussa, tarpeiden määrittelyssä, tavoitteiden asettamisessa ja hoidon toteutuksessa on käytetty tarve- ja toimintoluokituksia sekä arviointiasseikkoja tai omittareita, voidaan tuottaa samalla automaattisesti jäsennettyä arviointia. (Tantt & Ikonen 2008, 114.)

Hoitotyön yhteenveto tehdään potilaan hoitajakson päättyessä. Yhteenvetoon kootaan hoitajakson keskeiset tapahtumat, määritetyt hoidon tarpeet ja tavoitteet. Käytetyt hoitotyön toiminnot kuvataan ja niiden tuloksellisuus arvioidaan. Yhteenvedon laatiminen edellyttää hyvää päivittäistä kirjaamista. (Tantt & Ikonen 2008, 114.)

Potilaan hoitoisuudella tarkoitetaan potilasluokituksia, joiden avulla potilaita ryhmitellään hoitotyön tai toteutetun hoidon mukaisesti samankaltaisiin luokkiin, työvuoron tai

vuorokauden mittaisena ajanjaksona. Hoitoisuusluokituksia käytetään hoitotyön resurssin, laadun arvioinnin ja kustannusten määräytymisen perustana. (Ensio & Saranto 2004, 44; Tantt & Ikonen 2008, 124.)

4.4.2 Hoitotyön kirjaamisen malli

Yhdysvaltalainen professori Virginia K. Saban kehitti The Clinical Care Classification (CCC) óluokitusjärjestelmän vuonna 1991. Luokitusjärjestelmässä on yhdenmukainen runko ja ainutlaatuinen koodirakenne, jonka avulla hoitajat voivat arvioida, kirjata ja luokitella potilaalle antamansa hoidon. CCC óluokitusjärjestelmä sisältää sekä hoitotyön diagnoosi- että hoitotyön toimintoluokituksen. Kummassakin luokituksessa komponentteja on 21 kappaletta. (Virginia K Saba.)

Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (Finnish Care Classification) perustuu useiden vuosien aikana tehtyjen tutkimus- ja kehittämishankkeiden, pilotointien ja käyttäjäpaalutteen sekä asiantuntijatyön tuloksiin. Sen rakenne ja osittain myös sisältö perustuvat CCC óluokitukseen. (Ensio & Saranto 2004, 48; Ensio 2012.) Uusin Finnish Care Classification versio julkaistiin vuoden 2012 alussa ja se sisältää suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTal 3.0) ja suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 3.0). Niissä hoidon tarpeita kuvaavat termit on luokiteltu kolmeen tasoon. Ylin taso muodostuu komponenteista, seuraava taso pääluokista ja alin taso konkreettisimmista hoidon tarpeiden ja hoitotyön toimintojen termeistä. Komponentteja on 17 kappaletta ja ne ovat kummassakin luokituksessa samat. SHTal-luokituksessa on 88 pääluokkaa ja 150 alaluokkaa. SHToL-luokituksessa on 127 pääluokkaa ja 177 alaluokkaa. Kolmas luokitus on suomalaisen hoidon tulosluokitus (SHTuL 1.0), jolla arvioidaan hoidon tarpeeseen liitettävää hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla; pysynyt ennallaan, parantunut, huonontunut. Stakesin Koodistopalvelu on määritellyt luokituksille koodit, joiden avulla tiedot tallentuvat sähköiseen tietokantaan. Luokituskokonaisuutta päivitetään jatkuvasti vastaamaan entistä paremmin käyttäjien tarpeita. (Sonninen 2008, 88-89; Ensio 2012.)

Jokisen (2005, 70-76) tutkimus osoittaa, että hoitotyön toimintoluokitusten käyttö on yleistä, mutta käyttö on hyvin kirjavaa ja vaihtelevaa osaston luonteesta riippuen. Kirjaamisessa korostui tarve käyttää käsitteiltään konkreettisempia toimintokuvauksia ja

mahdollisuutta narratiiviseen ilmaisuun. Samaan lopputulokseen on päässyt myös Kinnunen (2007, 77-84) tutkimuksessaan. Lehtokarin (2007, 70-74) tutkimus käsitteli myös tarveluokituksen käyttöä. Tuloksista voidaan havaita, että hoidon tarpeiden kirjaaminen jää vähemmälle ja kirjaukset keskittyvät pääasiassa hoitotyön toimintojen ja tehtyjen toimenpiteiden kirjaamiseen. Häyrinen väitöskirjassaan (2011a, 56-57) tutki miten kansallisesti määritellyt sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tiedot ja tietokokonaisuudet toimivat käytännössä. Tulokset osoittivat, että hoitajat kirjasivat hoitoprosessin mukaisesti hyödyntäen Suomalaista hoitotyön luokitusta, mutta luokitusten käytössä oli epä johdonmukaisuutta. Kun taas lääkärit ja fysioterapeutit kirjasivat pääasiassa vapaa muotoista tekstiä, mutta otsikoinneissa oli epäyhtenäisyyttä. Epäyhtenäiset kirjaamistavat vaikeuttavat tiedonvaihtoa ja -siirtoa eri ammattiryhmien ja palvelunantajien välillä.

5 TERVEYDENHUOLLON TIETOTEKNIikka

Terveydenhuollon tietotekniikka tarkoittaa tieto- ja viestintäteknikan soveltamista terveydenhuollossa (Korpela & Saranto 1999, 19). Tietokoneita on käytetty terveydenhuollossa apuvälineenä jo 1960-luvulta lähtien. Silloiset järjestelmät palvelivat lähinnä taloushallintoa. 1970-luvulla laadittiin ensimmäiset kehittämisohjelmat tietotekniikan tuomiseksi potilashallintoon. Pyrkimys hyödyntää tietotekniikkaa hoitotyössä oli ymmärrettävää, koska tietotekniikan avulla kyettiin hallitsemaan suuriakin tietomääriä. Ensimmäinen sähköinen potilaskertomus otettiin käyttöön 1982, mutta vasta 1990-luvulla hyödynnettiin hoitotyön kirjaamisessa sähköisiä tietojärjestelmiä. (Jokela 1998, 57; Saranto 2000, 36; Häyrynen & Ensio 2008, 98.) Siirtyminen kokonaan sähköiseen potilastietojärjestelmään on ollut haasteena jo useita vuosia. Vuonna 2002 valtioneuvosto teki terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan periaatepäätöksen, jonka mukaan Suomessa olisi tullut ottaa käyttöön yhteinen sähköinen sairauskertomusjärjestelmä vuoden 2007 loppuun mennessä (STM 2003, 11).

Eri ammattiryhmien mukaan terveydenhuollon tietotekniikka voidaan jakaa lääketieteelliseen, hoitotyön, laboratoriotyön ja kuvantamisen tietotekniikkaan sekä terveydenhuollon johtamisen tietotekniikkaan (Korpela & Saranto 1999, 24). Tietotekniikan hyödyntämistä hoitotyössä voidaan taas tarkastella kolmesta eri näkökulmasta, jotka kuvaavat hoitajien toimintaa. Ensimmäinen näkökulma on potilaan hoito, johon sisältyvät tutkimukset, toimenpiteet, tarkkailu ja ohjaaminen. Toinen näkökulma on moniammatillinen yhteistyö, joka käsittää potilaan hoitosuunnitelman ja siihen kirjaamisen, tiedottaminen ja konsultointi. Kolmantena näkökulmana on potilashallinto, johon sisältyy hoito- ja ajanvaraustoiminnot, läheteet ja yhteenvedot. (Saranto & Ensio 1999, 191.)

5.1 Sähköisen potilaskertomuksen rakenne

Sähköinen potilastietojärjestelmä sisältää kaiken potilaan terveyteen ja hoitoon liittyvän tiedon mukaan lukien potilaan hoitosuunnitelman. Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat korvanneet perinteisiin paperidokumentteihin perustuvat potilaskansiot. (Mäkelä 2006, 63-64.) Jotta sähköinen potilaskertomus palvelisi hyvin, pitää tietojen olla riittävän strukturoituja. Tiedon strukturointi eli rakenteistaminen tarkoittaa sopimusta siitä

missä muodossa tieto tallennetaan ja mitä termistöjä käytetään. Tämä auttaa terveydenhuollon ammattilaista löytämään suuresta tietomäärästä oleelliset asiat. Sähköisen potilaskertomuksen strukturointi parantaa potilaan hoidon laatua, koska tieto on paremmin hyödynnettävissä. Lisäksi kertaalleen tallennettua tietoa voidaan hyödyntää ja prosessoida uusissa dokumenteissa. Tärkeä peruste tiedon strukturoinnille on tietojen siirrettävyys ohjelmistojen kesken. Ilman riittävää strukturointia olisi mahdotonta lähettää potilastietoja järjestelmästä toiseen sillä eri potilastietojärjestelmät eivät ymmärtäisi toisiaan. Potilastietojen saattaminen sähköiseen muotoon parantaa myös potilaan oikeusturvaa, sillä tietojen käyttöä voidaan seurata tarkemmin kuin paperilla. (Mäkelä 2006, 69, 71; Saranto & Ikonen 2008, 157; Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt 2009, 16.)

5.1.1 Potilasasiakirja ja potilaskertomus

öPotilasasiakirjalla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä tai toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai muualta saapuneita asiakirjoja taikka tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia merkintöjä.ö (Saranto & Sonninen 2008, 12.)

Potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hyvän hoidon järjestämisen ja toteuttamisen turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävät tiedot. Merkintöjen on oltava selkeitä ja virheettömiä. Jokaisesta potilaasta on pidettävä jatkuvaa, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä terveydenhuollon ammattihenkilöt. Opiskelijoilla on oikeus tehdä merkintöjä vain terveydenhuollon ammattihenkilön valvonnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

Potilasasiakirjojen tarkoitus on tukea hoidon suunnittelua, toteutusta ja seuranta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Potilaalla on omiin asiakirjoihin tiedonsaantioikeus ja asiakirja toimii myös oikeusturvana sekä potilaalle että terveydenhuollon ammattihenkilöille. Potilasasiakirjojen perusteella on pystyttävä selvittämään jälkikäteen hoidon ja toiminnan asianmukaisuutta. (Tanttu 2009.) Potilasasiakirjat pitävät sisällään potilaskertomuksen ja siihen liittyvät lähetteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja lausunnot (Saranto & Sonninen 2008, 12).

Potilaskertomus on potilasasiakirjan keskeisin osa. Terveydenhuollon toimintayksiköt on velvoitettu pitämään jatkuvaa potilaskertomusta jokaisesta potilaasta. Kertomus si-

sältää tiedot avohoito- ja kotihoitokäynneistä sekä osastohoitojaksoista. Potilaskertomuksen tärkein osa on terveydenhuollon ammattihenkilön tekemät merkinnät havainnoistaan, arvioistaan ja johtopäätöksistään potilaasta ja hänen hoidostaan, sekä seikat, joihin arviot perustuvat. (STM 2001.) Sähköinen potilaskertomus tarkoittaa sairaskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä ja käyttämistä tietotekniikan avulla (Tolppanen 1999, 242).

5.1.2 Hoitokertomus

Hoitokertomus käsite on otettu käyttöön sähköisen kirjaamisen myötä. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan laatima potilaskertomuksen osa, mikä käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. (Ensio & Saranto 2004, 33; Saranto & Sonninen 2008, 12-13.) Hoitokertomus sisältää hoidon kokonaisuuteen liittyvää tietoa potilaasta, eri ammattiryhmien tutkimus- ja hoitosuunnitelmia, tutkimustuloksia ja lausuntoja sekä päivittäistä seurantatietoa. Se on tarkoitettu moniammatilliseksi työvälineeksi. Sähköinen hoitokertomus mahdollistaa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen ja sen perustana ovat hoitotyön prosessimalli ja FinCC-luokituskokonaisuus. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 1.)

5.1.3 Sähköiset potilastietojärjestelmät

Sähköisiä potilastietojärjestelmiä on Suomessa käytössä useampia. Tämän opinnäytetyön kohdeorganisaation käytössä on Efficca ópotilastietojärjestelmä. Sähköinen potilastietojärjestelmä sisältää kaiken potilaan terveyteen ja hoitoon liittyvän tiedon. Järjestelmä on laaja ja monimuotoinen ohjelmisto- ja tietokantakokonaisuus. (Mäkelä 2006, 63.)

Etelä-Karjalan keskussairaalan kahdella osastolla pilotoitu Efficca ó potilastietojärjestelmä sai kriittisen vastaanoton sekä hoitohenkilökunnalta että lääkärinkunnalta. Hoitajat sekä lääkärit totesivat järjestelmän olevan hankala ja epälooginen. Hoitajilta kului myös paljon enemmän aikaa kirjaamiseen kuin ennen uuden tietojärjestelmän käyttöönottoa. (Härmä, Juvonen & Ovaska 2009, 1679.)

Suomen Lääkäriliitto, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Aalto-yliopisto sekä Oulun yliopisto toteuttivat yhteistyössä Potilastietojärjestelmät lääkärin työvälineenä 2010 ó tutkimuksen. Tulosten mukaan terveydenhuollon tietojärjestelmien toteutuksessa on onnistuttu välttävästi, mutta hoitotyön kansallinen luokitusmalli ja hoitokertomukset on suunniteltu ja toteutettu hoitajan näkökulmasta. Tästä johtuen kirjattujen tietojen hyödynnettävyys on lääkärin työn kannalta heikkoa. Tutkimuksessa oli vertailtu myös potilasjärjestelmien tuotemerkkejä, ja tulosten mukaan niissä kaikissa oli kehitettävää. Effica ópotilastietojärjestelmä sai kuitenkin korkeimman keskiarvon kouluarvosanoilla mitattuna. (Vänskä ym. 2010, 4177; Winblad ym. 2010, 4190.)

5.2 Tietoturvaluisuus ja tietosuojaja

Tietoturvalla tarkoitetaan niitä toimia, joilla pyritään suojaamaan yksityisyys eli tietosuojaja (Saranto & Ensio 2004, 20). Se on asiantila, jossa tietojen, tietojärjestelmien ja tietoliikenteen luottamuksellisuuteen, eheyteen ja käytettävyyteen kohdistuvat uhat eivät aiheuta merkittävää riskiä. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijan pitää huomioida ja tiedostaa tietoturvaluisuusasiat. Suomessa ei ole erillistä lakia tieturvaluisuudelle, vaan tietoturvaluisuuden järjestämistä koskevia säädöksiä sisältyy useisiin lakeihin. (Ruotsalainen 2006, 23.)

Tietosuojajalla tarkoitetaan yksilön tietojen suojaamista valtuudettomalta ja yksilöä vahingoittavalta käytöltä ja käsittelemiseltä (Ruotsalainen 2006, 23). Sosiaali- ja terveydenhuollossa sähköisten tietojärjestelmien käyttöoikeuksia on rajattu henkilökunnan työtehtävien sisällön sekä laajuuden mukaan (Saranto 2000, 37). Jauhaisen (2004, 157) tekemässä väitöskirjassa tieto- ja viestintätekniiikan tulevaisuus hoitotyössä tulee esille, että yhtenä hoitotyön tiedonhallinnan kvalifikaatiovaatimuksista oli tietosuojan ja ó turvan mukainen toiminta ja tietous.

Immosen (2004) tekemän tutkimuksen tulokset osoittavat sen, että terveydenhuollon ammattilaiset pitävät tietoturvaa erittäin tärkeänä ja tietoturvaosaaminen oli arvioitu hyväksi tai keskikertaiseksi. Tuloksista tuli kuitenkin esille, että tietoturvakoulutusta annetaan liian vähän opintojen aikana sekä työpaikoilla. Samanlaiseen tutkimustulokseen on päässyt Hämäläinen (2004) sekä Korhonen (2009), jonka tutkimuksessa vain alle puolet vastaajista oli saanut koulutusta tietoturvaluisuusasioissa.

6 KIRJAAMISEN LAINSÄÄDÄNTÖ

Kirjaamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen hallintaa ja käsittelyä määrittelevät useat lait, asetukset ja ohjeet. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään (785/1992). Kyseinen laki määrittelee potilaan oikeuden tarkistaa häntä itseään koskevat tiedot potilasasiakirjoista sekä potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapidosta. (Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt versio 3.0, 12.)

Arkistolaki (831/1994) määrittelee arkistotoimen ja sen järjestämisen. Arkistotoimen tehtävänä on varmistaa asiakirjojen käytettävyys ja säilyminen sekä hävittää tarpeeton aineisto. Lähtökohta potilastietojen käsittelyssä on henkilötietolaki (523/1999), mikä määrittelee henkilötietojen käsittelyä koskevat yleiset periaatteet. Laki säätelee henkilörekistereistä, hyvistä henkilötietojen käsittelytavoista ja yksityisyyden turvaavista perusoikeuksista henkilötietoja käsiteltäessä. (Arkistolaki 831/1994; Henkilötietolaki 523/1999.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (298/2009) määrittelee tarkasti, mitä potilasasiakirjoilla tarkoitetaan ja ketkä ovat oikeutettuja tekemään potilasasiakirjamerkintöjä. Potilasasiakirjoihin on terveydenhuollon ammattihenkilön merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä on käytettävä yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaasta jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) koskee sekä sosiaalihuollon asiakkaan että terveydenhuollon potilaan asiakastietojen käsittelyä. Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen

tietoturvallista sähköistä käsittelyä sekä edistää asiakkaan tiedonsaantia omista asiakastiedoista ja niiden käsittelyyn liittyvistä lokitiedoista. Lakiin sisältyy yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmän luominen terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi. Laki velvoittaa kaikki terveydenhuollon julkiset toimijat liittymään syyskuuhun 2014 mennessä kansalliseen sähköiseen potilasasiakirjojen arkistopalveluun. (Salo 2007, 15-16; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007; STM 2011.)

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään potilastietojen luovutuksesta ja käytöstä sairaanhoitopiirin ja sen alueella toimivien terveystieteiden välillä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Sähköinen potilastiedon arkisto (eArkisto) tulee tarjoamaan terveydenhuollon organisaatioille hoitotietojen saatavuuden yli organisaatorajojen potilaan suostumuksella. Samalla se toimii sähköisten potilastietojen arkistona. Osana arkistointipalvelua ylläpidetään valtakunnallista potilaan tiedonhallintapalvelua. Tiedonhallintapalveluun merkitään potilaan antama suostumus tietojen luovutukseen ja mahdolliset luovutuskiekkot, sekä suostumuksen ja luovutuskiekkotjen peruutukset. Arkistointi- ja tiedonhallintapalvelua hoitaa Kansaneläkelaitos. (KanTa, Kansallinen Terveystietojen Arkisto.)

Laki sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) määrittelee säädökset lääkemääräysten käsittelystä ja potilaan tiedonsaantioikeuksista. Laissa säädetään Kansaneläkelaitoksen ylläpitämästä valtakunnallisesta reseptikeskuksesta ja ó arkistosta. Laki edellyttää, että kaikille terveydenhuollon organisaatioilla sekä apteekeilla on vuoteen 2011 valmius sähköisen lääkemääräyksen käyttöön (eResepti). (STM 2011.)

6.1 Valtakunnallinen kehittämishanke potilasasiakirjajärjestelmän kehittämiseksi

Valtioneuvosto teki 11.4.2002 terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan periaatepäätöksen, jonka pohjalta käynnistettiin kansallinen terveystietojen turvaamaan hoidon saatavuutta ja laatua asiakkaan asuinpaikkakunnasta ja maksukyvyistä riippumatta. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asetti 1.2.2003-31.12.2004 väliseksi ajaksi työryhmän, jonka tehtäväksi tuli edistää sähköisen potilaskertomuksen valtakunnallista käyttöönottoa hakemalla yhteinen näkemys potilastietojärjestelmien sisällöllisille ja teknisille ratkaisuille. (STM 2003:38; STM 2004:18.)

Osana toimintojen ja rakenteiden uudistamista alettiin kehittää terveydenhuollon tietohallintoa, övaltakunnallista sähköistä sairaskertomustaö, mikä tarkoitti sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien yhteensopivuuden kehittämistä vuoden 2007 loppuun mennessä varmistaen korkean tietoturvan ja tietosuojan taso. Tavoitteena oli myös, että hoidon toteuttamisen ja seurannan kannalta olennaiset potilastiedot kirjataan sähköisesti yhdenmukaisella rakenteella, ja että tiedot ovat potilaan suostumuksella käytettävissä yli rekisterinpitäjärajojen. Rakenteiset tiedot perustuvat kansallisesti hyväksytyihin termeihin, luokituksiin ja koodistoihin. (STM 2003:38; STM 2004:18.)

Suomalainen hoitotyön toimintoluokituksen kehittäminen alkoi 1990-luvulla. Anneli Ensio julkaisi toimintoluokituksista ensimmäisen version väitöskirjatyönään vuonna 2001. Seuraava versio syntyi Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kehittämishankkeen tuloksena. Suomalaisen hoidon tarveluokituksen kehittäminen aloitettiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin hankkeessa vuonna 2004. Molempien luokitusten kehittämistä jatkettiin sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa valtakunnallisessa hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeessa (HoiDok) 2005-2007, jonka tavoitteena oli muodostaa kansallisen hoitotyön sähköisen kirjaamisen malli. (Somminen 2008, 88; Ikonen 2009, 22.)

Syyskuussa 2007 alkoi kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot ó hanke (HoiData). Hankkeen päätarkoituksena oli esittää standardoitavaksi HoiDok hankkeessa kehitettyä hoitotyön systemaattista kirjaamismallia ja juurruttaa se käytäntöön. Hankkeen muina tavoitteina oli osallistua hoitotyön kirjaamismallin testauksiin eri potilastietojärjestelmissä ja kouluttaa henkilöstöä ennen uusien versioiden käyttöönottoa. Hanke päättyi lokakuussa 2009. (HoiData hankkeen loppuraportti 2009,4). Nykyisen eNNI-hankkeen 2008-2012 tavoitteena on viedä osaamista yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen mallin käytöstä käytäntöön. Yhteistyötä tekevät eri terveydenhuollon organisaatiot ja ammattikorkeakoulut. (Ikonen 2009, 22.)

7 AIKUINEN OPPIJANA

Oppiminen ei ole vain tiedon vastaanottamista ja varastointia vaan paljon monimutkaisempaa oppijan henkistä toimintaa. Oppiminen on ulkomaailmaa ja omaa toimintaa koskevien kokonaisvaltaisten ja aktiivisten sisäisten mallien muodostumista. Oppija rakentaa kuvaa maailmasta ja muodostaa selitysmalleja sen eri ilmiöille. Oppija myös suhteuttaa ja sulauttaa uuden aineksen omaan toimintaansa ja aikaisempaan tietorakenteeseensa. Uusi aines puolestaan muokkaa ja muuntaa aikaisempaa tietorakennetta ja toimintaa. (Engeström 1994, 19.)

Aikuinen eroaa oppijana lapsesta ja nuoresta siinä, että hänellä on paljon elämäkokemusta ja myös kokemusta työelämästä erilaisissa tehtävissä. Työssä tapahtuvat muutokset voivat vaatia vanhasta totutusta tavasta luopumista. Keskeinen haaste on tällöin aiemmin opitun tiedon reflektointi eli kriittinen arviointi, jossa selvitetään ovatko omaksumat toimintatavat yhä perusteltuja nykyisissä oloissa. Aikuisen oppiminen voidaan määritellä prosessiksi, jossa tietyn kokemuksen merkitys tulkitaan uudelleen. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2002, 107-108.)

Aikuiset pitävät mielekkäänä oppimista, jolla on välitön sovellusarvo, samalla oppiminen suuntautuu selvemmin ongelmien ratkaisemiseen. Aikuisten motivaatio suuntautuu myös herkemmin sellaiseen, mikä koetaan hyödylliseksi. Aikuisten kokemukselliset taidot ovat yleensä laajoja ja tietokehikot monisyisiä, nämä voivat vaikeuttaa sellaisen uuden tiedon omaksumista, joka ei ole nivottavissa olemassa olevaan tietokehikkoon. Automaattisten rutiinien murtaminen ja muuttaminen voi aikuisiällä olla vaikeaa. Aikuisiällä oppimisen tärkeäksi säätelijäksi muodostuu suhtautuminen muutokseen eli koetaanko muutos pelottavana vai haasteellisena. Myös aikaisemmat omaan oppimiseen liittyvät uskomukset, odotukset ja pelot liittyvät aikuisen oppimiseen. (Rauste-Von Wright, Von-Wright & Soini 2003, 78-79.)

7.1 Oppimisen teoreettisia taustoja

Erilaiset oppimiskäsitykset ja óteoriat eivät itsessään ole oppimisteorioita, vaan ne ovat filosofisia näkemyksiä. Ne eivät ole toisensa poissulkevia, vaan ne täydentävät toisiaan.

Behavioristinen oppimiskäsitys pohjautuu objektivistiseen ja empiristiseen ajatteluun, jossa tietoa maailmasta saadaan kokemusten ja aistihavaintojen kautta. Behaviorismissa pyrittiin puhtaasti luonnontieteelliseen käyttäytymisen tutkimukseen eli oppiminen tapahtuu samanlaisena ihmisillä ja eläimillä. Behaviorismin mukaan ihmisen mielen sisällöistä ja tietoisuudesta ei ole mahdollista saada objektiivista tietoa vaan tutkimuksen on keskityttävä ulkoisesti havaittavan käyttäytymisen tarkkailuun. (Tynjälä 2000, 29; Rauste-Von Wright ym. 2003, 148.) Behavioristisella suuntauksella on kolme tyypillistä piirrettä: 1) oppiminen ilmenee käyttäytymisen muutoksina, jotka ovat ulkoisesti havaittavissa, 2) ympäristö muokkaa käyttäytymistä ja sitä kautta oppimista ja 3) oppimista selitetään läheisyyden ja vahvistamisen käsitteillä (Ruohotie 2000, 108).

Behaviorismin rinnalle alkoi 1950 óluvulla kehittyä kognitiivinen suuntaus. Kognitiivinen oppiminen on tiedon taltioitumista muistiin erilaisten prosessien seurauksena. Oppijan oma toiminta ja sisäiset prosessit ovat keskeisiä oppimisen kannalta. Kognitiivisen oppimiskäsityksen keskeisin ajatus on, että tietoja ei voi siirtää sellaisenaan oppilaalle, vaan oppijan aikaisemmat kokemukset ja oppimistilanteet luovat käsityksen tiedosta. (Salovaara & Järvelä 1997.)

Humanistinen suuntaus tarkastelee oppimista kasvun mahdollisuuksien perspektiivistä. Humanistinen suuntaus sisältää aikuisoppimisteorioita, jotka korostavat aikuisten itseohjautuvuutta ja kokemuksen arvoa oppimisprosessissa. Tässä suuntauksessa on viisi periaatetta, joiden mukaan 1) ihmiset voivat hallita kohtaloaan, 2) ihmiset ovat hyviä ja pyrkivät parempaa maailmaa kohti, 3) ihmiset ovat vapaita toimimaan, 4) ihmisten käyttäytyminen on tulosta inhimillisistä valinnoista ja 5) ihmisillä on rajattomat kasvun ja kehittymisen mahdollisuudet. (Ruohotie 2000, 112-113.)

Konstruktivismi perustuu käsitykseen oppijan aktiivisesta toiminnasta, jossa ihminen tulkitsee havaintojaan ja uutta tietoa aikaisemman tietonsa ja kokemuksensa pohjalta. Opettamista ei tällöin katsota tiedon siirtämiseksi vaan oppimisprosessin ohjaamiseksi. Opetuksen lähtökohdaksi on hyvä ottaa oppijan olemassa olevat tiedot, käsitykset ja uskomukset opiskeltavasta ilmiöstä. Konstruktivismi sisältää eri suuntauksia, jotka voi jakaa yksilökonstruktivismiin ja sosiaaliseen konstruktivismiin. (Tynjälä 2000, 37-39, 61.)

7.2 Terveydenhuoltohenkilöstön tietojärjestelmäosaaminen

Tietojärjestelmän oppiminen ja omaksuminen vaativat hoitohenkilökunnalta monipuolista oppimista. Henkilöstön täytyy oppia paitsi käyttämään järjestelmää myös toimimaan uudella tavalla. Koulutuksen kriittisiä kohtia ovat koulutuksen sisältö, ajoitus ja määrä. Koulutuksen suunnitteluun vaikuttavia tekijöitä ovat koulutuksen organisoinnin periaatteet, tietojärjestelmän laajuus sekä käyttäjien määrä ja ammatillinen jakauma sekä koulutustilat. (Ripatti 1999, 118, 132.)

Useimmat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset käyttävät tietotekniikkaa työssään ja sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttäminen työvälineenä vaatii hoitohenkilökunnalta hyviä tietoteknisiä taitoja. Terveydenhuollon toimintaan osallistuvien ammattihenkilöiden tulee tuntea tietokoneiden ominaisuudet ja toiminta sekä heidän tulee osata käyttää keskeisiä terveydenhuollon tietojärjestelmiä sekä hallita virhetilanteita. Terveydenhuollon tietotekniikan käyttö edellyttää ammattihenkilöiltä tietokoneen mekaanisen käytön lisäksi tiedon tulkintataitoja ja tutkitun tiedon hallintataitoja. Tämä on tuonut esiin tietoteknisten taitojen puutteellisuuden ja koulutustarpeiden lisääntymisen. (Pelttari 1997, 180-182; Saranto & Leino-Kilpi 1997, 377-385; Raitoharju 2007; Kuusisto & Saloniemi 2010.) Jauhiaisen (2004, 6) mukaan tulevaisuudessa hoitotyön tiedonhallinnan taidoista korostuu tiedonhankinta ja tiedon käyttö sekä sähköisen kirjaamisen taidot.

Hoitohenkilökunnan tietoteknistä osaamista on tutkittu paljon, mutta tutkimustulokset ovat osin ristiriitaiset. Joidenkin aikaisempien tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietotekniset perustaidot on todettu riittämättömiksi, vaikka tietotekniikka on päivittäin hoitotyön tukena (Immonen, Ruotsalainen, Saranto & Turunen 2003, 195-197; Hämäläinen 2004, 49; Jauhainen 2004, 156-157; Sinervo & Von Fieandt 2005, 60; Ikonen 2007,64; Raitoharju 2007.) Kun taas Ylivaaran (2008, 57) tutkimuksessa vastaajista reilusti yli puolet oli sitä mieltä, että heidän tietotekniset perustaitonsa ovat hyvät. Tietoteknisen osaamisen ja iän vertailussa nuoremmat työntekijät hallitsivat paremmin tietotekniset ohjelmistot ja sovellukset kuin vanhemmat työntekijät. Samanlaiseen tutkimustulokseen on päässyt Saranto ym. (2003, 4-9), Virolainen (2006, 79) ja Kuusisto & Saloniemi (2010, 16).

7.3 Terveydenhuoltohenkilöstön asennoituminen ja motivoituminen tietojärjestelmiin

Motivaatio on tilannesidonnainen ja dynaaminen. Se on melko lyhytaikainen ja liittyy yleensä yhteen tilanteeseen kerrallaan. Asenne taas on suhteellinen pysyvä, sisäistynyt ja hitaasti muuttuva reaktiovalmius. Asenne vaikuttaa enemmän toiminnan laatuun, kun motivaatio taas toiminnan vireyteen. Asenteet ilmaisevat suhtautumista johonkin negatiivisella tai positiivisella tavalla. (Ruohotie 1998, 41-42.) Työyhteisön tyytyväisyys käytössä olevaa tietojärjestelmää kohtaan ja luottamus siihen motivoivat ja johtavat myönteiseen suhtautumiseen. Koulutus ja riittävät tukipalvelut edistävät myönteistä asennoitumista. (Kuusisto & Saloniemi 2010, 13.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulee olla positiiviset asenteet tietotekniikan käyttöä kohtaan ymmärtäen tietotekniikan hyödyn hoitotyössä (Saranto & Leino-Kilpi 1997, 377-385). Ahokas-Kukkosen & Pantsarin (2000, 64) tekemän tutkimuksen tulosten perusteella perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstö asennoituu myönteisesti tietotekniikkaan. Samansuuntainen tulos näkyy myös Välimäen ym. (2007, 115-125) ja Haukilahden ym. (2008, 4223-4229) tutkimuksissa sekä Härön (2007, 45) ja Hurykin (2010, 606) tekemissä kirjallisuuskatsauksissa. Tietokonetyöskentelyn korkea motivaatio on yhteydessä tietokoneen hyviin käyttökokemuksiin ja ótietoihin, toteaa Koskinen (2003) omassa tutkimuksessaan. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että motivaatio on yhteydessä työtehtävän kansa siten, että motivoituneimpia olivat hoitotyönjohtajat ja sairaanhoitajat. Lammi (2011, 1573-1579) on todennut tutkimuksessaan, että aktiivisesti työhönsä suhtautuvat lääkärit kokivat saavansa sähköisestä potilastietojärjestelmästä enemmän hyötyä kuin muut, ja heidän valmiutensa käyttää ohjelmaa oli parempi.

7.4 Tietojärjestelmäkoulutukset

Moni aikaisempi tutkimus on tuonut esiin terveydenhuoltohenkilöstön tietotekniikan koulutustarpeet (von Fieandt 2005, Hämäläinen 2004). Koulutuksen avulla pyritään muuttamaan yhteisön käytänteitä ja ratkaisemaan yhteiskunnan ja sen jäsenten ongelmia. Koulutuksella pyritään aikaan saamaan muutoksia muun muassa koulutettavien tiedoissa, taidoissa, arvoissa, asenteissa ja motivaatiossa. Koulutus tähtää siihen, että

koulutettavissa tapahtuisi kulloinkin tavoitteiden mukaista oppimista yli sen, mitä itse kukin oppii arkiympäristössään. (Rauste-Von Wright ym. 2003, 17.)

Kuuselan & Lemmetyn (2005, 75) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tuli esille, että tietojärjestelmien koulutuksissa ja käytön tuessa oli käytetty monia eri opetusmenetelmiä ja opetustapoja sekä niiden yhdistelmiä. Yksilöityä opetusta oli käytetty tutkimuksissa eniten, kun taas ryhmäopetusta toiseksi eniten. Opetustapoina oli käytetty eniten harjoittelua ja vertaisohjausta.

Eri tutkimuksissa on tullut esille, että lääkäreiden mielestä työpaikkakoulutus on voimakkaasti yhteydessä käyttäjien valmiuteen käyttää tietotekniikan järjestelmiä työssään (Immonen ym. 2003, 195-197; Säkö, Paananen, Ulkuniemi & Kelottijärvi 2003, 4609-4612; Kortteisto, Mäntyranta, Komulainen & Kaila 2008, 1297-1301; Lammi 2011, 1573-1579). Lammin (2011) tutkimuksesta myös selvisi, että potilastietojärjestelmien pitää olla sen verran helppokäyttöisiä, että koulutukseen käytettävä aika ei ole liian pitkä. Koulutettavien tarpeet pitää arvioida ennen koulutusta ja koulutuksen ja järjestelmän käyttöönoton välinen aika ei saa olla liian pitkä. Lääkärit myös toivoivat lääkäriä kouluttajakseen. Mutanen (2007, 53) tuo omassa tutkimuksessaan esille myös sen, että kouluttajan pitää tuntea koulutettavien työtehtäviä, jotta hän osaa peilata ohjelman käyttöä käytännöntyöhön. Jos kouluttajalla on taustalla terveydenhuollon ammattitutkinto, hallitsee hän selkeästi paremmin eri ammattiryhmien työn sisällöt. Tämä tulee esille Luostarisen & Ässämäen (2003, 62) tutkimuksessa potilastietojärjestelmän kouluttajan osaamisesta ja asiantuntijuudesta.

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä tutkimuksessa sovellettiin trianguloivaa tutkimustapaa. Työssä sovellettiin kvantitatiivista tutkimusotetta, jossa lähtökohtana on muuttujien mittaaminen ja muuttujien yhteyksien tarkastelu tilastollisesti. Aineiston rikastamiseksi ja syventämiseksi käytettiin myös avoimia kysymyksiä, jotka analysoitiin kvalitatiivisella menetelmällä. Tutkimusasetelma on interventiotutkimus, jossa tarkastellaan tietyn menetelmän vaikuttavuutta tutkimuksen kohdejoukkoon. (Vilka 2005, 53; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41,44.)

8.1 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä olivat erään keskussairaalan kahden kirurgisen vuodeosaston vakituinen hoitohenkilökunta sekä lääkärit. Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia ja fysioterapeutteja. Opinnäytetyöntekijä työskentelee itse sairaanhoitajana toisella osastoista. Vakituista hoitohenkilökuntaa kummallakin osastolla on yhteensä 60 henkilöä. Tämän lisäksi osastoilla työskentelee kolme vakituista sijaista ja neljä fysioterapeuttia. Hoitohenkilökunta kohderyhmänä koostui 67 henkilöstä. Erikoislääkäreitä osastoilla työskentelee 12 ja sairaala- tai erikoistuvialääkäreitä 14 henkilöä ja näin ollen lääkäreiden kokonaismäärä on 26 henkilöä.

Effica otukihenkilöiksi valittiin toiselle osastolle viisi ja toiselle neljä sairaanhoitajaa. Opinnäytetyöntekijä toimi yhtenä tukihenkilönä, joten tukihenkilöiden kyselyyn vastasi vain kahdeksan henkilöä.

8.1.1 Kysely

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kahdella kyselyllä. Tutkimukseen kuului kaksi eri kohderyhmää, hoitohenkilökunta ja lääkärit, joilta aineisto kerättiin erikseen hieman erilaisella kyselyllä. Tutkimus oli kaksivaiheinen, johon kuului alku- ja loppumittaus. Kummankin kohderyhmän kyselylomakkeet laadittiin kirjallisuuteen liittyvän aineiston, aikaisempien tutkimusten ja kolmen tutkimustehtävän pohjalta. Hoitohenkilökunnan

kyselylomake laadittiin alun perin ryhmätyönä tehdyn kehittämisprojektia varten. Projektin aikana kysely esiteltiin toisessa organisaatiossa kolmella hoitajalla. Lääkäreiden kyselyt esiteltiin kolmella lääkärillä, jotka työskentelivät eri organisaatiossa. Testauksissa saatujen palautteiden pohjalta kyselyjä muutettiin joiltakin osin.

Kyselylomakkeisiin (liitteet 1-4) tehtiin sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kyselyn alussa on kaksi monivalintakysymystä, koskien ammattia ja osastolla työskentelyaikaa. Näissä vastaaja sai rengastaa oikean vaihtoehdon. Seuraavaksi osiossa oli väittämiä, jotka perustuvat asteikkoihin eli skaaloihin, joista vastaaja valitsi rengastamalla sen vaihtoehdon, miten voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä kuin väittämä. Asteikkona käytettiin viisiportaista Likert-asteikkoa, jossa luku 1 tarkoitti täysin eri mieltä ja luku 5 täysin samaa mieltä. Lopuksi kyselyissä oli 1-3 avointa kysymystä. Avoimet kysymykset antoivat vastaajille mahdollisuuden kertoa asiat omalla tavallaan, omia sanoja käyttäen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 193-196.)

Molemmat kyselyt olivat pääosin samanlaiset, vain väittämien aikamuotoa muutettiin loppumittauksessa sekä avointen kysymysten määrää ja kysymysasettelua muokattiin. Hoitohenkilökunnalla alkumittauksessa ollut väittämä öHoitajat kirjoittavat selkeällä käsialallaö jätettiin loppumittauksessa pois, koska sähköisen kirjaamisen myötä käsialaongelmaa ei enää ollut. Kummankin kohderyhmän kyselyihin lisättiin loppumittauksessa väittämä öHaluaisin palata takaisin käyttämään potilaspapereitaö.

Effica-tukihenkilöiden kyselyssä (liite 5) oli kuusi avointa kysymystä. Opinnäytetyöntekijä jakoi kyselyt tukihenkilöille henkilökohtaisesti, ja kertoi samalla milloin ja mihin lomake pitäisi palauttaa.

8.1.2 Aineiston kerääminen

Hoitohenkilökunnan kyselyn alkumittaus suoritettiin toisella osastolla kehittämisprojektin puitteissa 26.10.-6.11.2010 ja toisella osastolla alkumittaus suoritettiin 3.-17.4.2011. Loppumittaus suoritettiin kummallakin osastolla 4.-22.1.2012. Sähköinen kirjaaminen otettiin osastoilla käyttöön 10.10.2011, joten loppumittaus suoritettiin lähes kolme kuukautta sähköisen kirjaamisen käyttöönoton jälkeen. Kyselyjen saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tavoitteesta ja tarkoituksesta sekä ohjeistus kyselyyn vastaamisesta ja sen

palauttamisesta. Vastattuaan kyselyyn hoitohenkilökunta laittoi lomakkeet kahvihuooneessa olevaan palautuslaatikkoon.

Lääkäreiden tutkimusaineisto kerättiin heidän meetingeissä 8.4.2011 ja 27.1.2012. Opinnäytetyön tekijä jakoi kyselyt henkilökohtaisesti meetingin alussa ja kertoi samalla tutkimuksesta. Lääkäreillä oli aikaa vastata kyselyyn meetingin ajan tai vaihtoehtoisesti palauttaa kysely myöhemmin tutkijalle sairaalan sisäpostissa. Kahdeksalle tukihenkilölle kyselyt jaettiin helmikuussa 2012 ja heillä oli siihen aikaa vastata kaksi viikkoa.

8.2 Aineiston analyysimenetelmät

Kyselylomakkeiden käsittely ja tallentaminen suoritettiin SPSS 19 for Windows -tilasto-ohjelmalla. Kuviot ja taulukot tehtiin Excel-ohjelmassa. Aineiston määrällinen analysointi aloitettiin tarkastelemalla frekvenssijakaumia, joita on raportissa esitetty ensisijaisesti prosenttiosuuksina. Tämän jälkeen määrällisestä aineistosta esitettiin keskiarvot ja keskiarvojen eroja tarkasteltiin käyttäen t-testiä. P-arvot on saatu kaksisuuntaisella t-testillä, jonka avulla voidaan tehdä jakaumien keskiarvoa koskevia päätelmiä (Nummenmaa 2004, 155). Tässä opinnäytetyössä merkitsevyystaso oli 0,05. Tilastollisessa aineiston analyysissä verrattiin muuttujien frekvenssejä, prosenttijakaumia ja keskiarvoja.

Hoitohenkilökunnan kyselyjen avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin avulla kuten myös tukihenkilöiden kyselyjen vastaukset. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista viestintää. Sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21-23). Sisällönanalyysin avulla aineisto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Näin saadaan selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin ja kootaan uudelleen käsitteelliseksi näkemykseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Tässä opinnäytetyössä laadullinen aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Analyysi aloitettiin kirjoittamalla jokaisen kysymyksen vastaukset Word -tekstinkäsittelyohjelmaan niin kuin ne kyselylomakkeisiin oli kirjattu. Tämän jälkeen vastauksia pelkistettiin ja karsittiin niin, että jäljelle jäi ilmaisuja, joista jotkut

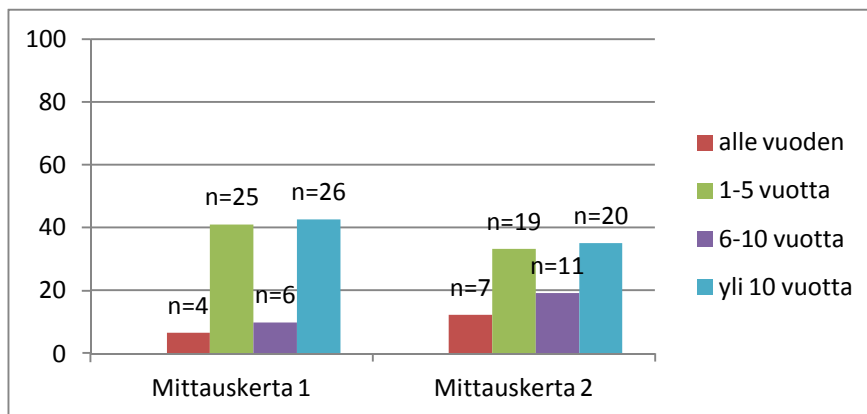
olivat yksittäisiä sanoja ja jotkut muutaman sanan pituisia lauseita. Useissa vastauksissa esiintyi sama asia moneen kertaan, joten samaa tarkoittavat ilmaisut poistettiin. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin ja niille annettiin luokan sisältöä kuvaava nimi. Alaluokat liitettiin yhteen yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi. Viimeiseksi muodostui yhdistävä luokka.

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Hoitohenkilökunnan taustatiedot

Hoitohenkilökunnan kyselylomakkeita palautettiin ensimmäisellä mittauskerralla 62 eli vastausprosentiksi muodostui 93 %. Toisen mittauskerran vastausprosentti oli hieman alhaisempi 85 % (n=57). Kyselyyn vastanneista kummallakin mittauskerralla suurin osa oli sairaanhoitajia noin 70 % osuudella. Lähihoitajia/perushoitajien osuus vastanneista oli reilu 20 %. Kummallakin mittauskerralla fysioterapeutteja vastasi neljä. Ensimmäisellä mittauskerralla yksi vastaaja ei kertonut ammattiaan.

Toisena taustakysymyksenä tiedusteltiin työvuosia tutkitulla kirurgian osastolla. Kummallakin mittauskerralla vastanneista suurin osa oli työskennellyt kirurgian osastolla 1-5 vuotta tai yli kymmenen vuotta. Yksi vastaajista ei ollut ensimmäisellä mittauskerralla vastannut kysymykseen. Kuviossa 1 on esitetty työssäolovuodet.



KUVIO 1. Hoitohenkilökunnan työssäolovuodet.

9.2 Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen

Hoitotyön kirjaamisen toteutumista mitattiin yhdeksällä väittämäkysymyksellä. Hoitohenkilökunta piti huolen siitä, että kirjaaminen suoritettiin, sillä kummallakin mittauskerralla suurin osa vastaajista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Potilaiden tarpeita kirjattiin enemmän toisella mittauskerralla ($p=0,019$). Potilaan kokonaistavoitteiden kirjaaminen vaihteli enemmän kahden mittauksen välillä, joten tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,000$). Manuaalisesti kirjatessa kokonaistavoitteita

ei potilaalle juurikaan kirjattu vastausten keskiarvon ollessa 2,6, kun taas sähköisen kirjaamisen myötä vastausten keskiarvo nousi 3,4. (Taulukko 1.)

Potilaalle annetun ohjauksen kirjaaminen ei vaihdellut merkittävästi kahden mittauskerran välillä. Hoitohenkilökunta arvioi kirjaavansa niin, että potilas voi halutessaan lukea omat tekstinsä, tämä tuli esille kummallakin mittauskerralla. Jokseenkin ja täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli ensimmäisellä kerralla 81 % (n=50) vastaajista ja toisella kerralla 88 % (n=50). Väittämään öOsastolla on hoitotyön kirjaamisessa korkea tasoö vastaajat suhtautuivat positiivisemmin sähköisesti kirjatessa (p=0,001). Hoitohenkilökunta koki osaston kirjaamisessa puutteita kummallakin mittauskerralla. Ensimmäisellä kerralla jokseenkin tai täysin samaa mieltä oli 48 % (n=30) vastanneista ja toisella kerralla 55 % (n=31) vastaajista. Tietojen löytymiseen kirjausten joukosta vastaajat olivat neutraalia mieltä keskiarvon ollessa noin kolme kummallakin mittauskerralla. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen hoitohenkilökunnan kokemana ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla.

	n	ka	p-arvo	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %
Kirjaamisen suorittaminen								
Mittauskerta 1	62	4,05	0,191	0	3	16	53	27
Mittauskerta 2	57	4,23	0,191	0	4	7	53	37
Potilaan tarpeiden kirjaaminen								
Mittauskerta 1	62	3,11	0,019	5	23	37	27	8
Mittauskerta 2	56	3,54	0,019	0	13	38	34	16
Potilaan tuntemusten kirjaaminen								
Mittauskerta 1	62	3,63	0,801	2	5	35	45	13
Mittauskerta 2	57	3,67	0,801	0	7	32	49	12
Potilaan kokonaistavoitteiden kirjaaminen								
Mittauskerta 1	61	2,61	0,000	15	26	46	10	3
Mittauskerta 2	55	3,4	0,000	5	15	31	33	16
Potilaalle annetun ohjauksen kirjaaminen								
Mittauskerta 1	62	3,5	0,273	0	15	35	35	15
Mittauskerta 2	56	3,68	0,271	2	5	29	52	13
Potilas voi lukea omat tekstinsä								
Mittauskerta 1	62	4,16	0,052	2	3	15	39	42
Mittauskerta 2	57	4,46	0,050	0	0	12	30	58
Kirjaaminen on korkea tasoista								
Mittauskerta 1	61	2,57	0,001	7	38	48	8	0
Mittauskerta 2	55	3,07	0,001	4	18	45	33	0
Kirjaamisen puutteet								
Mittauskerta 1	62	3,56	0,971	2	18	32	19	29
Mittauskerta 2	56	3,57	0,971	0	13	32	41	14
Kirjausten löytyminen								
Mittauskerta 1	62	2,82	0,392	8	24	48	16	3
Mittauskerta 2	56	2,96	0,391	9	13	52	27	0

1 Täysin eri mieltä

2 Jokseenkin eri mieltä

3 Ei samaa eikä eri mieltä

4 Jokseenkin samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

Ensimmäisellä mittauskerralla eli ennen sähköistä kirjaamista hoitohenkilökunnalta tiedusteltiin mielipidettä hoitajien käsialaan. Vastaaajista 17 % (n=10) oli täysin eri mieltä siitä, että hoitajat kirjoittavat selkeällä käsialalla ja jokseenkin eri mieltä oli 42 % (n=25) vastaaajista. Jokseenkin samaa mieltä oli 10 % (n=6) ja täysin samaa mieltä ei ollut yhtään vastaajaa.

9.3 Sähköisen kirjaamisen toteutuminen

Sähköisen kirjaamisen toteutumista tiedusteltiin kahdeksan väittämän avulla. Sähköisen kirjaamisen toimivuudesta hoitohenkilökunnan mielipiteissä ei ollut merkittävää eroa kahden mittauksen välillä. Toimivuuteen suhtauduttiin positiivisesti, koska täysin ja jokseenkin samaa mieltä oli reilu 40 prosenttia hoitohenkilökunnasta kummallakin mittauskerralla. Ennen sähköisen kirjaamisen käyttöönottoa yli puolet vastaaajista arvioi sähköisen kirjaamisen rajoittavan jonkun verran luovaa kirjoitustapaa. Käyttöönnoton jälkeen mielipide oli muuttunut positiivisemmaksi. (Taulukko 2.)

Ennen sähköistä kirjaamista vastaajat arvioivat, että sähköinen kirjaaminen vie enemmän työaikaa, vastausten keskiarvon ollessa 3,56. Sähköisen kirjaamisen käyttöönoton jälkeen aikakäsitys oli muuttunut negatiivisemmaksi vastausten keskiarvon ollessa 4,05. Tulos onkin tilastollisesti merkitsevä ($p=0,012/0,011$) Ensimmäisen mittauskerran tuloksista tulee esille, että kirjaamisen laadun uskottiin paranevan sähköisen kirjaamisen myötä. Toisella mittauskerralla kirjaamisen laadun paranemiseen oltiin edelleen samaa mieltä, mutta kuitenkin kahdeksan vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä laadun paranemisen suhteen. Innostuneisuus sähköistä kirjaamista kohtaan oli noussut hieman toisella mittauskerralla. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Sähköisen kirjaamisen toteutuminen hoitohenkilökunnan kokemana ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla.

	n	ka	p-arvo	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %
Sähköisen kirjaamisen toimivuus								
Mittauskerta 1	61	3,28	0,802	2	18	38	36	7
Mittauskerta 2	57	3,32	0,800	0	12	44	44	0
Luovan kirjaamistavan rajoittuminen								
Mittauskerta 1	62	2,74	0,093	15	27	34	18	6
Mittauskerta 2	57	2,39	0,094	28	30	21	18	4
Potilashoidosta pois oleva aika								
Mittauskerta 1	62	3,56	0,012	5	11	29	32	23
Mittauskerta 2	57	4,05	0,011	0	9	16	37	39
Sähköisen kirjaamisen laatu								
Mittauskerta 1	62	3,76	0,660	2	3	32	44	19
Mittauskerta 2	57	3,68	0,662	0	14	25	40	21
Innostuneisuus sähköiseen kirjaamiseen								
Mittauskerta 1	61	3,44	0,269	3	16	33	28	20
Mittauskerta 2	57	3,65	0,266	2	7	33	40	18
Koneella kirjaamisen vaikeus								
Mittauskerta 1	62	2,40	0,002	23	29	34	15	0
Mittauskerta 2	57	1,79	0,002	54	26	7	11	2
Sähköisen kirjaamisen tuen tarve								
Mittauskerta 1	62	2,87	0,000	13	21	39	21	6
Mittauskerta 2	57	2,16	0,000	32	35	19	14	0
Tiedonvälityksen paraneminen								
Mittauskerta 1	62	3,77	0,000	2	5	34	34	26
Mittauskerta 2	57	2,84	0,000	11	25	37	26	2

1 Täysin eri mieltä

2 Jokseenkin eri mieltä

3 Ei samaa eikä eri mieltä

4 Jokseenkin samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

Sähköisen kirjaamisen myötä tietokoneella kirjaaminen tuotti vähemmän vaikeuksia kuin ennen ($p=0,002$). Tulos on tilastollisesti merkitsevä. Myös tuen tarve sähköistä kirjaamista kohtaan väheni merkittävästi toisella mittauskerralla ($p=0,000$). Ennen sähköisen kirjaamisen käyttöön ottoa vastaajat olettivat tiedonvälityksen paranevan, vastausten keskiarvon ollessa 3,77. Kuitenkin käyttöön oton jälkeen tiedonvälityksen para-

nemiseen suhtauduttiin negatiivisemmin (2,84). Tulos onkin tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,000$). (Taulukko 2.)

Viimeisenä väittämänä ainoastaan loppumittauksessa oli kysymys halukkuudesta palata takaisin manuaaliseen kirjaamiseen. Tulos oli varsin selkeä, koska lähes puolet vastaajista ($n=28$) ei halunnut palata takaisin manuaaliseen kirjaamiseen. Jokseenkin eri mieltä oli 25 % ($n=14$) vastaajista. ($n=57$).

9.4 Avoimet kysymykset

Hoitohenkilökunnan kyselyssä ensimmäisellä mittauskerralla oli kolme avointa kysymystä, joissa tiedusteltiin mielipidettä sen hetkisen manuaalisen kirjaamisen heikkouksiin ja etuihin sekä odotuksia sähköistä rakenteista kirjaamista kohtaan. Toisen mittauskerran kyselyssä oli kaksi avointa kysymystä, joissa kysyttiin sähköisen kirjaamisen huonoja ja hyviä puolia. Liitteessä 6 on esitetty kaikkien kysymysten tarkempi analyysi.

9.4.1 Manuaalisen kirjaamisen taso vaihtelee

Manuaalisen kirjaamisen heikkouksia oli maininnut 48 vastaajaa. Tuloksista tuli esille neljä pääluokkaa: manuaalisen kirjaamisen työvälineet, hoidon jatkuvuuden turvaaminen, manuaalisen kirjaamisen puutteet ja manuaalisen kirjaamisen laatu.

Pääluokka manuaalisen kirjaamisen työvälineet jakaantui kahteen yläluokkaan käsialaongelmat ja lomakkeiden puutteet. Käsialaongelmat saivat vastaajilta mainintoja eniten. Toisena heikkoutena hoitohenkilökunta koki hoitosuunnitelmalomakkeiden puutteellisuuden tilan ahtautena ja erilaisten lomakkeiden suurena määränä.

öKäsialat ajoittain erittäin epäselviä.ö

öKaavake on huono, liian moneen kohtaan kirjatessa on vaikea löytää asioiden yhteyksiä toisiinsa, on myös vaikea huomata ajallista järjestystä. Jotkut kirjaavat niin pitkästi, että tietoja on vaikea nopeasti löytyä, toiset eivät kirjaa tarpeeksi.ö

Hoidon jatkuvuus koettiin heikkoutena tiedon kulun näkökulmasta. Vastaajat olivat sitä mieltä, että tärkeitä tietoja ei löydy kirjaamisten joukosta, kirjaaminen on epäyhteistä ja potilaspaperit ovat usein muiden käytössä, joka vaikeuttaa kirjaamista.

öAsioita on vaikea löytää potilaspapereista, kun kirjaaminen ei ole yhtenäistä hoitajien välillä.ö

Vastaajat kokivat manuaalisen kirjaamisen puutteelliseksi. Vastaajien mielestä kirjaaminen oli tässä muodossa niukkaa ja siitä puuttui kokonaisvaltaisuus. Mainintoja oli myös epäolennaisten asioiden kirjaamisesta, mutta myös päivistä, jolloin potilaspapereihin ei ollut kirjattu mitään. Vastaajat halusivat enemmän kuvailevaa ja arvioivaa kirjaamista.

öPuutteellista, joskus potilaspapereissa ei lue mitään.ö

öPotilaan oma näkemys puuttuu; kirjaaminen keskittyy vain ja ainoastaan siihen mitä on tehty (ja sekin usein niukkasanaisesti)ö

Kirjaamisen laatuun kiinnitti huomion muutama vastaaja. Laadun laskuun suurimpana syynä nähtiin ajanpuute sekä kiire. Yksittäisinä mainintoina manuaalisen kirjaamisen heikkouksiksi oli mainittu potilasturvallisuuden vaarantuminen, hoitajien asenteet sekä sähköisen kirjaamisen tuleminen.

9.4.2 Tyytyväisyys manuaaliseen kirjaamiseen

Hoitohenkilökunnalta tiedusteltiin myös manuaalisen kirjaamisen myönteisiä puolia. Vastaajista 40 oli vastannut kysymykseen. Analyysin avulla tuli esiin kaksi pääluokkaa manuaalinen kirjaaminen koetaan tutuksi sekä muutoshalukkuuden lisääntyminen. Manuaalinen kirjaaminen koettiin tutuksi ja sen etuina pidettiin kirjaamisen nopeutta ja helppoutta sekä sitä, että kaikki potilaan tärkeät tiedot olivat nähtävissä kannet avaamalla. Manuaalinen kirjaaminen koettiin vapaana mallina ja luovuuden käytön sallijana. Joidenkin vastaajien mielestä hoitotyön kirjaaminen suoritettiin sillä hetkellä hyvin.

öNopeasti löytää tiedon kannet avaamalla.ö

öNykyään voi kirjoittaa oman mielen mukaan.ö

öTehty työ mainittu, määräykset kirjattu.ö

Analyysistä tuli kuitenkin esiin muutoshalukkuutta, koska vastaajista osa ei ollut tyytyväinen sen hetkiseen kirjaamismuotoon. Kirjaamista verrattiin alkukantaisuuteen, jossa ei ole mitään hyvää. Kuitenkin sähköinen potilastietojärjestelmä ja tietoteknologian lisääntyminen arvelutti vastaajia, koska vastauksissa oli mainintoja tietokoneiden riittävyydestä sekä toimintavarmuudesta.

9.4.3 Sähköisen kirjaamisen tuomat muutokset

Ensimmäisellä mittauskerralla viimeinen avoin kysymys tiedusteli odotuksia sähköistä rakenteista kirjaamista kohtaan. Kysymykseen oli vastannut 42 vastaajaa. Analyysin pohjalta pääluokkia muodostui kolme: kirjaamisen kehittyminen, hoidon jatkuvuuden paraneminen ja lisääntynyt koulutuksen tarve.

Kirjaamisen kehittyminen oletettiin tapahtuvan uuden kirjaamistavan avulla. Vastaajat odottivat, että kirjaaminen selkiytyy ja monipuolistuu rakenteellisuuden myötä. Tyytyväisyys käsialaongelmien pois jääntiin tuotti monta mainintaa. Sähköisen kirjaamisen sekä lukemisen odotettiin olevan helpompaa ja kirjaamisen odotettiin tuovan yhtenäisyyttä kirjaamiskäytäntöihin.

ö Kaikilla sama käsialaö

ö Kirjaaminen helpottuisi ja selkeytyisi, otsikot ohjaisivat monipuoliseen kirjaamiseen.ö

ö Yhtenäistää kirjauskäytäntöjä.ö

Hoidon jatkuvuuden odotettiin paranevan sähköisen kirjaamisen myötä. Vastaajat odottivat löytävänsä potilastiedot helposti sähköisestä järjestelmästä. Myös tiedon kulun uskottiin paranevan ja sitä kautta potilasturvallisuuden lisääntyvän. Raportointitapojen oletettiin kehittyvän sähköisen kirjaamisen myötä.

ö Kaikki tiedot olisi helpommin löydettävissä.ö

ö Toivon, että potilaan turvallisuus ja tiedon kulku säilyy hyvänä.ö

ö Hiljaisen raportin yleistyminen.ö

Koulutuksen tarpeen odotettiin lisääntyvän sähköisen kirjaamisen myötä. Vastaajat odottivat hyviä koulutuksia, aikaa perehdytykseen sekä selkeitä ohjeita. Potilastietojärjestelmän odotettiin olevan yksinkertainen ja nopea. Pelkoa tuotti eniten lääkäreiden osaaminen ja osaamattomuus.

9.4.4 Sähköistä rakenteista kirjaamista kehitetään edelleen

Toisen mittauskerran kyselyssä ensimmäisenä avoimena kysymyksenä tiedusteltiin vastaajilta mielipidettä sähköisen kirjaamisen korjattaviin puoliin. Vastauksia tähän kysymykseen saatiin jopa 47 vastaajalta. Analyysin pohjalta pääluokiksi muodostuivat kirjaamisen tason ja potilastietojärjestelmän käytettävyyden paraneminen.

Pääluokka kirjaamisen tason paraneminen jakaantui vielä kolmeen yläluokkaan: kirjaaminen yhdenmukaistuu, kirjaaminen laadullistuu ja rakenteisen kirjaamisen käyttö opitaan. Kirjaamisen yhdenmukaisuuteen tuli paljon mainintoja. Moni vastaaja koki, että osastolla ei ole yhdenmukaisia kirjaamisen pelisääntöjä tai jos on, niin silti henkilökunta kirjaa oman mielensä mukaan. Myös tuplakirjaamista suoritettiin vastaajien miestä paljon.

öKirjaamisessa pitäisi olla yhtenäiset käytännöt esim. että kaikki kirjaavat tietyt asiat saman otsikon alle. Kaikki eivät noudata yhteisesti sovittuja käytäntöjä, joistain asioista ei sellaisia edes ole tehty.ö

öMoneen paikkaan kirjaamisesta kurva/whoike joskus toistoaö

Kirjaamisen laatuun vaikuttivat kirjaamisessa koetut puutteet sekä ajankäyttö. Sähköisessä kirjaamisessa vastaajat kokivat, että tärkeitä asioita jää usein kirjaamatta. Myös potilaan oma näkemys puuttuu kirjauksista. Vastaajat kokivat kirjaamisen määrän lisääntyneen, kirjaamisajan lyhentyneen ja sitä kautta laadukkaan kirjaamisen tason laskuun.

öWhoikelta on hankala lukea, kirjaamisessa on puutteita eikä kovin usein ehdi kirjata ennen iltavuoron tuloa.ö

öKirjaamisen määrä on kasvanut, laatu ei.ö

Kolmas kirjaamisen tasoon vaikuttava tekijä on rakenteisen kirjaamisen osaaminen. Vastaajat kokivat, että komponentteja on liikaa ja oikean komponentin löytäminen tuottaa vaikeuksia. Komponentit myös pilkkoiivat tekstiä liikaa. Tekstin pilkkoutuminen johtaa siihen, että tietoja ei löydy helposti ja kokonaiskuva potilaan hoidosta hämärtyy.

öRakenteinen kirjaaminen pilkkoo tietoa turhaan pieniin osasiin ó hankaloittaa tiedon lukua.ö

öAikaa kuluu paljon eri komponenttien ja alaotsikkojen hakuun, eikä aika löydy sopivaa.ö

Potilastietojärjestelmän käytettävyys nousi toisena pääluokkana esiin. Vastaajat kokivat tietokoneet ja potilastietojärjestelmän liian hitaiksi, ohjelman kankeaksi ja hajanaiseksi. Yhden vastaajan mielestä hoitohenkilökunnan tietotekniikan hallinnassa on puutteita. Potilastietojärjestelmässä oli vastaajien mielestä paljon korjattavaa muun muassa kuumekurvan ja lääkeosion osalta. Ohjelma koettiin myös huonoksi tietoteknisiltä ominaisuuksiltaan.

öOhjelman yksinkertaistaminen tärkeää. Nykyinen ohjelma ei palvele työntekijöitä eikä potilaita.ö

öUseampaa ikkunaa ei pysty pitämään näytöllä vierekkäin.ö

Yksittäisenä mainintana yksi vastaaja halusi vielä enemmän tarkkuutta kirjaamiseen ja toinen vastaaja koki hiljaisen raportoinnin olevan vaikea toteuttaa sähköisen kirjaamisen aikana.

9.4.5 Sähköisen kirjaamisen hyvät kokemukset

Toinen avoin kysymys tiedusteli sähköisen kirjaamisen hyviä puolia. Kysymykseen oli vastannut 44 hoitohenkilökunnan edustajaa. Pääluokkia muodostui kolme: potilastietojärjestelmän ja hoitotyön rakenteisen kirjaamisen hyvät ominaisuudet sekä moniammatillisuus.

Potilastietojärjestelmän hyvistä ominaisuuksista tärkeimmäksi muodostui käsialaongelmien häviäminen. Vastaajista osa oli tyytyväisiä kirjaamistilan riittävyteen, koska se

teki kirjaamisesta monipuolisempaa. Järjestelmä koettiin selkeäksi ja loogiseksi aikajärjestyksensä takia. Tiedon kulku parantui tietojen saatavuuden ja löydettävyyden ansiosta.

öEri ihmisten käsialan lukeminen on mennyttä aikaa!ö

öSähköinen kirjaaminen mahdollistaa pot. paperien käsittelyn/kirjaamisen riippumatta siitä, ovatko käytössä muualla.ö

öHelppo palata aikaisempien päivien kirjauksiin ja hakea tarvitsemaa tietoa.ö

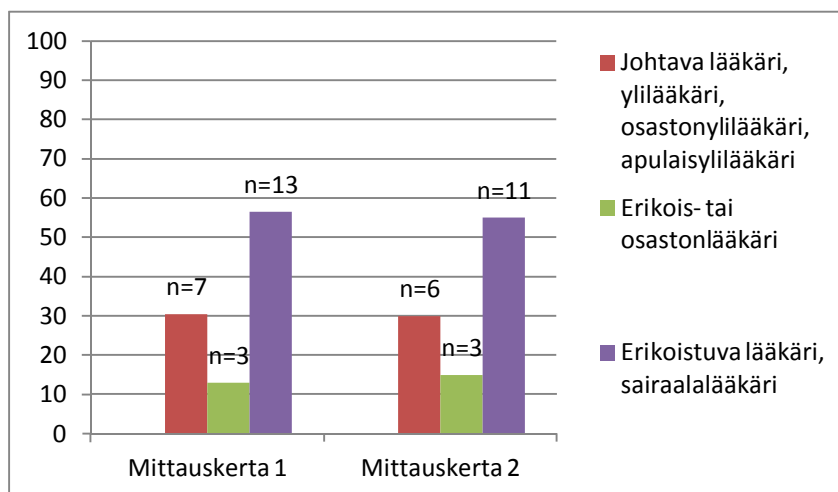
Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen hyvänä ominaisuutena vastaajat kokivat kirjaamisen laadun paranemisen. Laatua lisäsi prosessimallimukainen kirjaaminen, kirjaamisen runsaus ja monipuolisuus.

öTulee kirjoitettua tarkemmin ja monipuolisemmin. Koko sähköinen kirjaus on lähtenyt erinomaisesti käyntiin osastollamme.ö

Viimeiseksi pääluokaksi muodostui moniammatillisuus, joka piti sisällään yhteistyön parantumisen lääkäreiden kanssa. Vastaaajien mielestä lääkärit kirjasivat hyvin ja enemmän kuin ennen. Tyytyväisiä oltiin myös siihen, että lääkärit kirjasit itse omat määräykset.

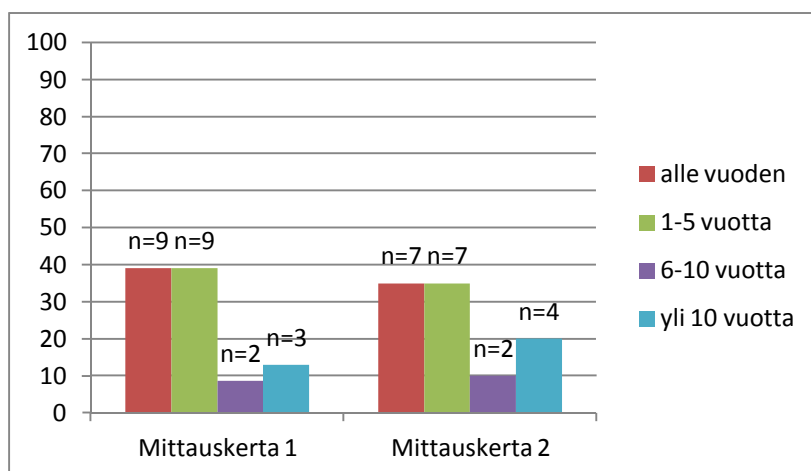
9.5 Lääkäreiden taustatiedot

Lääkäreistä kyselyyn vastasi ensimmäisellä mittauskerralla 23 eli vastausprosentiksi muodostui 88 %. Toisella mittauskerralla tulos oli hieman heikompi, kun lomakkeita palautui 20 kappaletta, joten vastausprosentti oli 77 %. Kyselyn alussa tiedusteltiin ammattinimikettä sekä työssäolovuosia kohdeorganisaation kirurgian osastoilla. Vastauksissa ei ollut merkittävää eroa eri mittauskertojen välillä. Eniten kyselyyn vastasivat erikoistuvat- tai sairaalalääkärit, joiden osuus vastanneista oli kummallakin kerralla reilu 50 %. Kuviossa 2 on kuvattu vastaajien jakauma ammattinimikkeittäin.



KUVIO 2. Lääkärien ammattinimikkeet.

Työvuosissa ei myöskään ollut merkittäviä eroja kahden mittauskerran välissä. Suurin osa vastanneista oli työskennellyt kirurgian osastoille alle vuoden tai 1-5 vuotta. Kuviossa 3 näkyy vastanneiden lääkärien työvuosijakaumat.



KUVIO 3. Lääkärien työvuosijakaumat.

9.6 Sähköisen potilastietojärjestelmän käytettävyys

Ensimmäisessä väittämässä kysyttiin mielipidettä lääkäreiden tietokoneen hallintaan. Mittauskertojen välillä ei ollut merkittäviä eroja, koska kummallakin mittauskerralla lääkäreistä suurin osa oli sitä mieltä, että hallitsevat tietokoneen käytön hyvin. Tietokoneen käyttö kierrolla oli selvästi muuttunut sähköisen kirjaamisen myötä, Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,000$). (Taulukko 3.)

Lääkärit huolehtivat päivittäisten määräysten kirjaamisesta, tämä tuli esille kummallakin mittauskerralla. Hoitohenkilökunnan kirjaamia lääkäreitä lukivat ensimmäisellä mittauskerralla innokkaammin, koska 52 % (n=12) oli väitteen kanssa jokseenkin samaa mieltä, kun taas toisella mittauskerralla vastanneita lääkäreistä vain kuusi oli jokseenkin samaa mieltä. Mielenpide kuumekurvan toimivuudesta oli positiivisempi ennen sähköistä potilastietojärjestelmää. Lähes puolet lääkäreistä (n=11) arvioi löytävänsä oleelliset tiedot hyvin manuaalisesta kuume kurvasta. Mutta sähköisestä kuume kurvasta vain viisi lääkäriä arvioi löytävänsä tiedot melko hyvin. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Sähköisen potilastietojärjestelmän käytettävyys lääkärin kokemana ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla.

	n	ka	p-arvo	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %
Tietokoneen hallinta								
Mittauskerta 1	23	4,13	0,417	0	4	22	30	43
Mittauskerta 2	19	3,89	0,418	0	11	16	47	26
Tietokone mukana kierrolla								
Mittauskerta 1	23	1,52	0,000	74	13	4	4	4
Mittauskerta 2	20	4,60	0,000	5	0	0	20	75
Päivittäisten määräysten kirjaaminen								
Mittauskerta 1	23	3,83	0,475	4	9	13	48	26
Mittauskerta 2	20	4,05	0,471	5	0	10	55	30
Hoitohenkilökunnan kirjausten lukeminen								
Mittauskerta 1	23	3,70	0,166	9	0	22	52	17
Mittauskerta 2	20	3,20	0,171	10	20	25	30	15
Kuumekurvassa olennaiset potilastiedot								
Mittauskerta 1	23	3,22	0,386	9	17	26	39	9
Mittauskerta 2	20	2,95	0,376	5	20	50	25	0
Potilastietojen löytyminen								
Mittauskerta 1	23	2,78	0,914	13	22	43	17	4
Mittauskerta 2	20	2,75	0,913	10	25	45	20	0
Järjestelmä selkeä ja helppokäyttöinen								
Mittauskerta 1	23	3,09	0,656	9	17	35	35	4
Mittauskerta 2	20	2,95	0,653	10	15	45	30	0
Järjestelmä on vakaa								
Mittauskerta 1	23	3,22	0,005	4	13	39	43	0
Mittauskerta 2	20	2,40	0,005	20	30	40	10	0
Järjestelmä on hidas								
Mittauskerta 1	23	2,96	0,177	0	39	30	26	4
Mittauskerta 2	20	3,40	0,186	5	20	25	30	20
Hoitajan ja lääkärin tiedonkulkua								
Mittauskerta 1	23	3,48	0,915	0	9	43	39	9
Mittauskerta 2	20	3,45	0,917	10	0	25	65	0

1 Täysin eri mieltä

2 Jokseenkin eri mieltä

3 Ei samaa eikä eri mieltä

4 Jokseenkin samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

Lääkäreiden mielipide potilastietojen löydettävyyteen ei ollut muuttunut kahden mittauksen välillä. Kummallakin mittauskerralla lääkäreistä reilu 40 % antoi neutraalin mielipiteen väitteelle. Effica-potilastietojärjestelmän koettiin selkeäksi ja helppokäyttöiseksi ennen sähköistä kirjaamista, mutta käyttöön oton jälkeen suhtautuminen oli muuttunut hieman negatiivisemmaksi. Effica-potilasjärjestelmä koettiin epävakaaksi sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön oton jälkeen. Tulos on tilastollisesti merkitsevä ($p=0,005$). Lääkäreiden mielestä tiedonkulku toimi hyvin hoitajan ja lääkärin välillä sekä ennen että jälkeen käyttöönoton. (Taulukko 3.)

9.7 Sähköisen potilastietojärjestelmän toimivuus

Sähköisen potilastietojärjestelmän koettiin vievän enemmän lääkärin työaika molemmilla mittauskerroilla. Käyttöön oton jälkeen järjestelmän koettiin vievän työaika hieman enemmän (ka 4,26). Suurin osa lääkäreistä otti neutraalin kannan kummallakin mittauskerralla potilastietojärjestelmän työtä helpottavasta vaikutuksesta. Sähköinen potilastietojärjestelmä ei koettu lääkäreiden keskuudessa innostavana tai väitteeseen ei otettu kantaa. Kuitenkin mielipide muuttui hieman positiivisemmaksi toisella mittauskerralla. Sähköisen potilastietojärjestelmän toimivuutta epäiltiin enemmän ensimmäisellä mittauskerralla, vastausten keskiarvon ollessa 2,59. Sähköisen potilastietojärjestelmän käytössä tuen tarve arviointiin pienemmäksi ennen järjestelmän käyttöön ottoa, kun taas käyttöön oton jälkeen lääkärit kokivat tukea vielä tarvitsevansa. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Sähköisen potilastietojärjestelmän toimivuus lääkäreiden kokemana ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla.

	n	ka	p-arvo	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %
Sähköinen järjestelmä vie enemmän aikaa								
Mittauskerta 1	22	4,18	0,810	5	9	5	27	55
Mittauskerta 2	19	4,26	0,807	0	11	0	42	47
Sähköinen järjestelmä helpottaa työtä								
Mittauskerta 1	22	2,73	0,465	14	18	50	18	0
Mittauskerta 2	19	2,95	0,466	11	16	42	32	0
Innostuneisuus sähköiseen järjestelmään								
Mittauskerta 1	22	2,50	0,403	14	36	36	14	0
Mittauskerta 2	19	2,74	0,401	11	21	53	16	0
Sähköisen järjestelmän toimivuus								
Mittauskerta 1	22	2,59	0,463	9	41	32	18	0
Mittauskerta 2	19	2,79	0,458	11	11	68	11	0
Sähköisen järjestelmän käyttötuki								
Mittauskerta 1	22	2,64	0,175	5	45	32	18	0
Mittauskerta 2	19	3,05	0,183	0	42	21	26	11
Tiedonvälityksen paraneminen								
Mittauskerta 1	22	3,09	0,640	9	14	41	32	5
Mittauskerta 2	19	2,95	0,637	11	11	53	26	0
Sähköinen järjestelmä vie huomion pois potilaasta								
Mittauskerta 1	22	3,59	0,173	0	9	41	32	18
Mittauskerta 2	19	3,95	0,166	0	0	26	53	21
Sähköinen järjestelmä suunniteltu hoitajille								
Mittauskerta 1	22	2,64	0,498	14	32	36	14	5
Mittauskerta 2	19	2,44	0,476	6	44	50	0	0
Sähköisen järjestelmän laadun paraneminen								
Mittauskerta 1	22	2,64	0,856	14	18	59	9	0
Mittauskerta 2	19	2,68	0,855	11	21	58	11	0

1 Täysin eri mieltä

2 Jokseenkin eri mieltä

3 Ei samaa eikä eri mieltä

4 Jokseenkin samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

Sähköisen potilastietojärjestelmän arviointiin vievän enemmän huomion pois potilaasta toisella mittauskerralla. Jokseenkin tai täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli 74 % (n=14), kun ennen sähköisen potilasjärjestelmän käyttöön ottoa luku oli 50 % (n=11). Ensimmäisellä mittauskerralla neljä lääkäriä arvioi, että sähköinen

potilastietojärjestelmä on suunniteltu vain hoitajan näkökulmasta, mutta sähköisen tietojärjestelmän käyttöön oton jälkeen kukaan lääkäreistä ei kokenut, että järjestelmä olisi vain hoitajille suunniteltu. Hoidon laadun paraneminen koettiin kummallakin mittauskerralla lähes samalla tavalla. Vastausten keskiarvo oli noin 2,6. (Taulukko 4.)

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön oton jälkeen kysyttiin lääkäreiden mielipidettä palata takaisin käyttämään potilaspapereita. Hieman yli puolet (n=10) vastanneista lääkäreistä ei halunnut palata takaisin manuaaliseen paperiaikaan. Neutraalin vastauksen antoi 26 % (n=5) lääkäreistä. Väitteen kanssa oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä neljä vastaajista.

9.8 Sähköisen potilastietojärjestelmän odotukset ja toteutuminen

Ennen sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön ottoa lääkäreiltä tiedusteltiin avoimella kysymyksellä odotuksia sähköistä potilasjärjestelmää kohtaan. Vain kahdeksan lääkäriä oli vastannut kysymykseen. Lääkärien maininnoissa suurin osa liittyi ohjelman tuomiin odotuksiin sekä myös pelkoihin. Ohjelmalta odotettiin selkeyttä, helpokäyttöisyyttä ja potilasturvallisuuden lisääntymistä, mutta pelkona mainittiin ohjelman sekavuus sekä työmäärän lisääntyminen. Yhtenä odotuksena mainittiin aloitusvaiheen riittävä aika ja koulutustuki. Toivottiin myös koko projektin peruuttamista.

öTyön helpottuminen, nopeus, sujuvuus (tiedot eivät saa olla monen klikkauksen takana)ö

öEi tule toimimaan, työmäärä vain lisääntyyö

Toisella mittauskerralla lääkäreiltä tiedusteltiin kahdella avoimella kysymyksellä mitä korjattavaa ja mitä hyvää on nykyisessä sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Kumpaankin kysymykseen oli vastannut seitsemän lääkäriä. Lähes kaikki vastaajat kokivat ohjelmassa puutteita. Toivottiin pikakuvakkeita helpottamaan selaamista sekä selkeämpiä näkymiä myös kuumekurva koettiin sekavaksi. Viisi vastaajaa mainitsi ohjelman olevan liian hidas.

öSaisi olla nopeampi eri näyttöjen siirtymisissä → säästäisi aikaaö

öOlisi hyvä, jos näyttönäkymä olisi kirjamainen aukeamat ö

Hyviä puolia oli kirjoitettu vähemmän, mutta lähes kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä siihen, että joka koneella voi selata helposti potilastietoja lääkärin fyysisestä sijainnista riippumatta. Yhtenä mainintana oli kirjaamisen parantuminen.

9.9 Tukihenkilötoiminta

Ennen sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöön ottoa kummallekin osastolle valittiin Effica-tukihenkilöt, joita toisella osastolla oli neljä ja toisella viisi henkilöä. Opinnäytetyön tekijä oli yksi tukihenkilöistä. Henkilöille toteutettiin kysely avoimilla kysymyksillä, jonka tarkoituksena oli selvittää tukihenkilötoiminnan onnistumista, sähköisen kirjaamisen toteutumista ja kirjaamisen kehittämistä. Kaikki kahdeksan tukihenkilöä vastasivat kyselyyn, ja näin ollen vastausprosentti oli 100 %. Liitteessä 7 on esitetty tarkempi analyysi.

Ensimmäinen kysymys tiedusteli tukihenkilötoiminnan odotuksia. Vastauksista nousi kolme odotusta, joista ensimmäinen oli henkilökohtainen kehitys. Henkilökohtaisena kehityksenä pidettiin tukihenkilötyön haastavuutta ja kouluttamisen mielekkyyttä. Toinen odotus oli esivalmistelujen tekeminen ennen käyttöön ottoa toisten tukihenkilöiden kanssa. Kaksi tukihenkilöä odotti, että osastolla olisi ennakoitu paremmin sähköisen kirjaamisen tuleminen muun muassa potilasmäärää vähentämällä. Kolmantena odotettiin tietojärjestelmäkoulutuksia, joita oletettiin olevan enemmän ja joiden oletettiin olevan syvällisempiä. Tukihenkilöt valittiin pestiin heidän oman mielenkiintonsa mukaan, kuitenkin kyselyssä tuli esille, että kaksi tukihenkilöä oli käsittänyt väärin tukihenkilön pestin sekä sen keston, mutta olivat kuitenkin jatkaneet pestissään loppuun asti.

Tietojärjestelmäkoulutuksissa on kehittämistä edelleen, se tuli esille toisen avoimen kysymyksen analyysin kautta. Koulutuksiin oltiin sekä tyytyväisiä että tyytymättömiä. Tyytyväisiä oltiin kouluttajiin ja pääosin koulutuksen sisältöön. Tyytymättömyys tuli esille koulutuksien liian vähäisestä määrästä, koulutus-sisällöistä ja koulutuksien aikataulusta. Tukihenkilöt odottivat saavansa vielä syvällisempää koulutusta erikseen. He eivät mielestään osanneet käyttää tietojärjestelmää riittävän hyvin, kun järjestelmä otettiin käyttöön. Ja tästä samasta syystä osa tukihenkilöistä ei ollut tyytyväinen omaan pa-

nokseensa Effica-tukihenkilönä. Tämä tuli esille kolmannen kysymyksen analyysin kautta. Pääosin kuitenkin tukihenkilöt olivat omaan panokseen tyytyväisiä varsinkin opettamisen ja ohjauksen osalta.

öKoulutusta olisi voinut olla enemmän tukihenkilöille, koska muut osastolla olevat odottavat, että hallitset tietojärjestelmän tukihenkilönä. Koulutukset olisi pitänyt olla aikaisemmin. Itse kouluttajat kertoivat asiat hyvin ja selkeästi.ö

Tukihenkilön rooli koettiin pääosin tärkeäksi. Tukihenkilö oli osastolla positiivinen kannustaja, tuen antaja sekä kouluttaja. Yksi vastaaja mainitsi, että ilman tukihenkilöitä ei olisi pärjätty. Kuitenkin mainittiin, että tukihenkilön rooli uudistuksen eteenpäinviejänä oli vähäinen ja tukihenkilöitä oli yhden vastaajan mielestä liian vähän.

Seuraavana kysyttiin mielipidettä tämän hetken sähköisestä kirjaamisesta ja ehdotuksia kirjaamisen kehittämiseen. Analyysin kautta pääluokaksi muodostui sähköisen kirjaamisen edelleen kehittäminen. Tukihenkilöt totesivat, että sähköisessä kirjaamisessa on vielä paljon kehittämiskohteita. Kirjaamisen laadun paranemiseen moni oli tyytyväinen ja mainittiin myös, että sähköinen rakenteinen kirjaaminen hallitaan hyvin. Mutta kehittämiskohteina mainittiin ajankäyttö, yhteistyö, yhteiset pelisäännöt sekä raportointikäytännöt. Monen tukihenkilöiden mielestä kirjaaminen vie huomattavasti enemmän aikaa kuin ennen ja yhteisistä pelisäännöistä ei kaikilta osin pidetty kiinni. Tämä tuotti myös yhdelle vastaajalle pelkoja siitä, että kirjaaminen pirstoutuu eikä oleellisia asioita huomioida. Myös yhteistyön kehittäminen varsinkin lääkäreiden kanssa nousi isona asiana esille. Itse potilastietojärjestelmä kaipasi tukihenkilöiden mielestä myös parannuksia. Nyt ohjelmassa on liikaa komponentteja, lääkeosio on mutkikas ja yhden vastaajan mielestä ohjelma ei sovi tällaisenaan lainkaan erikoissairaanhoidon.

öEffica käyttötaso hallitaan hyvin ja sähköinen kirjaaminen sinänsä osataan. Kirjaaminen on kuitenkin työläämpää ja hitaampaa, koska kirjaamista huomattavasti entiseen verrattuna enemmän.ö

Viimeiseksi tiedusteltiin kehittämis ehdotuksia ja niistä yleisin oli kirjaamisen yhtenäistämisen kehittäminen. Ennen käyttöön ottoa kummallakin osastolle laadittiin omat kirjaamisen pelisäännöt, mutta silti hoitajat kirjasivat osittain oman mielensä mukaan. Pelisääntöjen päivytystä pitäisi tehdä useammin sekä käydä yleisiä keskusteluja säännöistä

yhteisissä osastopalavereissa. Lääkäreiden kanssa tehtävä yhteistyö korostui myös yhteinä kehittämiskohteena. Kaksi tukihenkilöä kaipasi yleistä kirjaamiskoulutusta ja yksi vastaaja mainitsi tärkeänä tietojärjestelmäohjelman kehittämisen.

10 POHDINTA

10.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Niin määrällisessä kuin laadullisessakin tutkimuksessa voidaan luovuuden arvioinnissa käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Määrällisen tutkimuksen tulee olla validi eli tutkimuksen tulee mitata sitä, mitä oli tarkoitus selvittää. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan sitä, vastaako mittaukset tutkimuksen teoriaosassa esitettyjä käsitteitä. Ulkoinen validius taas tarkoittaa sitä tulkitsevatko muut tutkijat tutkimustulokset samalla tavalla. Kyselylomakkeet validiutta tukee se, että kysely mittaa oikeita asioita yksiselitteisesti, ja niiden tulee kattaa koko tutkimusongelma. Tutkimuksen perusjoukon tarkka määrittely, edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti edesauttavat validin tutkimuksen toteutumista. (Heikkilä 2005, 29, 186.)

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeet rakennettiin siten, että niiden avulla saatiin vastaukset kaikkiin tutkimusongelmiin. Joidenkin kysymysten kohdalla kuitenkin havaittiin tulkintaongelmia, vaikka kyselylomakkeet esitettiin ennen varsinaista tutkimusta. Lääkärien kyselyssä väittämä öHuolehdiin siitä, että päivittäiset määräykset tulevat kirjattuaö tuotti hankaluuksia erikoislääkäreillä, jotka harvemmin kirjjasivat määräyksiä koneelle. Heidän mukanaan oleva sairaalalääkäri tekee määräykset eikä erikoislääkäri niiden oikeellisuutta tarkista. Hoitohenkilökunnan kyselyssä taas kysyttiin mielipidettä kirjaamisen tasoon ja sähköisen kirjaamiseen laatuun, mutta tutkimustuloksia analysoidessa tuli esiin ristiriita, miten taso ja laatu eroavat toisistaan ja miten vastaajat ovat kysymykset tulkinneet. Onko kyselyssä kysytty samaa asiaa kahteen kertaan, mutta hieman eri merkityksessä.

Kyselyn vastauksissa olivat vastaajat käyttäneet paljon vaihtoehtoa *öei samaa eikä eri mieltäö*, joka tutkimuksessa ei tutkijalle anna kovinkaan paljon tietoa. Kirjallisuuskin kannustaa harkitsemaan vaihtoehdon pois jättämistä ja pakottaa näin vastaajat ottamaan kantaa suuntaan tai toiseen (Heikkilä 2005, 53). Tämän opinnäytetyön kyselylomake kehitettiin kehittämissuunnitelman puitteissa, joten asteikkoa ei voinut enää muuttaa vaan piti pitää koko tutkimuksen ajan samana.

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen eli ei-sattumanvaraisiin tuloksiin. Reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmasta. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa sitä, että kunkin osamittarin muuttujat mittaavat samaa asiaa ja korreloivat keskenään. Mittarin pysyvyys viittaa saman tuloksen saamiseen eri mittauskerroilla. Mittarin vastaavuus taas tarkoittaa kahden eri mittajaan saamaa yhteneväistä mittaustulosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-157.)

Hoitohenkilökunnan kyselylomakkeet ja palautuslaatikko olivat osastolla ja aikaa vastaamiseen oli kaksi viikkoa kummallakin mittauskerralla. Opinnäytetyön tekijä työskenteli toisella osastoista, joten tutkija pystyi muistuttamaan kyselystä ja näin ollen saamaan vastausprosenttia korotettua. Hoitohenkilökunta sai vastata kyselyyn silloin, kun heillä oli siihen aikaa ja se näkyi esimerkiksi avointen kysymysten runsaissa vastauksissa sekä siinä, että lähes kaikki vastaajat olivat vastanneet kaikkiin väittämiin. Muutamien vastaajien kohdalla vastaus puuttui yhden tai kahden väittämän kohdalla. Lääkäreiden kyselyt suoritettiin heidän meetingeissä niin, että aikaa vastaamiseen oli vain meetingin ajan. Tässä tutkimuksessa toimittiin näin, koska pelkona oli, että muuten lääkäreiden vastausprosentti jäisi hyvin alhaiseksi. Tämä johti siihen, että lääkärit vastasivat kiireessä eivätkä ehkä keskittyneet vastaamiseen, joka näkyi vastausten puuttumisena jopa niin, että yhden kyselylomakkeen toinen puoli oli kokonaan tyhjä. Myös avointen kysymysten kohdalla näkyi piittaamattomuus, koska vain harvat lääkärit olivat vastanneet avoimiin kysymyksiin. Vastausväsymystä ei voi kuitenkaan syyttää, koska kaikki kyselyt olivat lyhyitä ja sitä kautta nopeita vastata.

Tässä tutkimuksessa kohderyhmien koko oli aika suppea eli luotettavuus ei siinä suhteessa noussut kovin korkeaksi. Kirjallisuudessa suositeltava vähimmäismäärä on 100, jos tutkimuksessa käytetään tilastollisia menetelmiä (Vilka 2007, 17). Mutta vastausprosentit olivat joka kyselyssä korkeat, joka taas nostaa luotettavuutta.

Eettinen ajattelu on kykyä pohtia sekä omien että yhteisön arvojen kautta sitä, mikä on oikein ja mikä väärin (Kuula 2011, 21). Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen etiikka, jolla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä (Vilka 2009, 30). Tutkimuslupa anottiin kohdeorganisaation omalla lomakkeella ylihoitajalta sekä ylilääkäriltä,

ja lupa myönnettiin 1.4.2011. Tutkimusluvan saamisen jälkeen tutkimus eteni ennalta tehdyn tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joihin oli liitetty saatekirje. Kirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja vastaamisen ohjeet sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus. Aineiston hankinnassa on noudatettava ihmisarvoa ja annettava vastaajien itse päättää osallistumisestaan. On ensisijaisen tärkeää saada vastaukset vapaaehtoisesti, koska väkisin vastauksia hankkiva loukkaa ihmisarvoa ja vastaajien itsemääräämisoikeutta. (Kuula 2011, 60-65.) Vastaajille oli mahdollisuus ottaa yhteys tutkimuksen tekijään henkilökohtaisesti, sähköpostitse tai puhelimitse, mikäli vastaajat halusivat kysyä tutkimuksesta tai kyselykaavakkeesta.

Vastaajien yksityisyyden säilyttämiseksi kyselyihin vastattiin nimettöminä. Yksityisyyden suojaaminen on yksi tärkeimmistä asioista tutkimusta tehdessä ja tutkijan pitää hallita hyvien tieteellisten käytäntöjen lisäksi yksityisyyden suojan perusasiat (Kuula 2011, 75). Kyselylomakkeiden avoimet vastaukset kirjattiin omalla käsialalla, joka toi esiin vastaajien yksityisyyskysymyksen. Opinnäytetyöntekijä tunsi joidenkin kollegoiden käsialat ja näin ollen tunnisti ne vastaajien joukosta. Tällainen ongelma tiedettiin olevan olemassa jo tutkimussuunnitelmaa tehdessä. Ongelmaan olisi ratkaisuna vain sähköinen kyselylomake, jossa käsialaongelmaa ei tulisi.

Tutkimusaineisto kerättiin vain tätä tutkimusta varten ja aineisto säilytettiin tutkijalla niin, että ulkopuoliset eivät aineistoon päässeet käsiksi. Tutkimusaineisto tuhoetaan asianmukaisesti opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Tutkija syötti kaikki tutkimustulokset SPSS -ohjelmaan yhdellä kertaa. Tutkija yritti olla tarkka, koska juuri tässä syöttö vaiheessa voi tapahtua inhimillisiä virheitä. Tutkimustulokset raportoitiin rehellisesti ja tarkasti. Suorien lainausten valintaan tutkija kiinnitti huomiota, ettei yksittäisistä lainauksista olisi paljastunut kenenkään henkilöllisyyttä. Tutkimusorganisaation anonyymius turvattiin sillä ettei organisaation nimeä julkaistu tutkimuksessa.

Tutkija työskenteli tutkimuskohteena olleessa organisaatiossa. Tutkijan mielestä asia on saattanut vaikuttaa tutkimustuloksiin, mutta tutkija on koko tutkimusprosessin ajan yrittänyt olla rehellinen ja tasapuolinen tutkimustulosten käsittelyssä huomioiden työssä-

olonsa mahdollisen vaikutuksen tutkimusprosessiin. Toisaalta tutkijan hyvä tuntemus tutkittavasta aiheesta auttoi avointen vastausten tulkinnassa ja sisällönanalyysivaiheessa.

10.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitohenkilökunta huolehti päivittäisestä kirjaamisesta, mutta kirjaamisessa koettiin puutteita kummallakin kirjaamistavalla. Manuaalisen kirjaamisen puutteiksi mainittiin epäolennaisten asioiden kirjaaminen, mutta myös kirjaamisen niukkuus. Kirjaamisen ei koettu olevan kokonaisvaltaista ja potilaslähtöistä. Sähköisen kirjaamistavan puutteina pidettiin tärkeiden asioiden puuttuminen kirjauksista ja niin ikään niiden välittyminen eteenpäin.

Potilaan tarpeiden ja tavoitteiden kirjaaminen oli vähäisempää manuaalisessa kirjaamisessa. Tuloksen selittää se, että vasta sähköinen kirjaaminen perustui prosessiajatteluun. Nykyään jokaisen potilaan sähköiseen hoitosuunnitelmaan määritellään hoidon tarpeet, tavoitteet ja keinot, ja kirjaamista tapahtuu prosessin jokaisessa vaiheessa. Hoitotyön prosessimalli on tullut tutuksi ja sitä osataan hyödyntää kirjaamisessa. Laineen (2008) tutkimustulokset osoittavat, että hoitotyön prosessi selkeyttää kirjaamista. Kirjaamisen tasoon hoitohenkilökunta ei ollut kovin tyytyväinen kummallakaan kirjaamistavalla. Suurin tasoa huonontava tekijä oli ajanpuute, joka tuli esille avointen vastausten kautta. Laine (2008) on todennut tutkimuksessaan saman asian. Kuitenkin hoitohenkilökunta koki kirjaamisen tason nousseen sähköisen kirjaamisen myötä, joka on tullut esiin myös Käpin & Jokisen (2011) tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitohenkilökunnasta suurin osa kirjaa niin, että potilas voi halutessaan lukea omat tekstinsä. Huomion arvoista on todeta, että sähköisesti kirjattiin vielä enemmän sellaista tekstiä, jota potilaat voivat lukea. Sähköisen kirjaamisen tason nousulla saattaa olla yhteys tähän tutkimustulokseen. Kun hoitohenkilökunta arvioi kirjaavansa tasokkaammin vaikuttaa se siihen, että kirjauksia voi lukea myös potilas.

Kirjausten löydettävyyteen hoitohenkilökunta otti neutraalin kannanoton, eikä mittaus-ten välillä syntynyt eroa. Kuitenkin avoimissa vastauksissa oli monta mainintaa kirjausten löydettävyydestä. Manuaalisen kirjaamistavan heikkouksiksi mainittiin olennaisten

kirjausten huono löydettävyys ja myös se, että potilaspaperit olivat usein hukassa tai jonkun muun käytössä. Sähköisessä kirjaamisessa tietojen löydettävyys tuotti ristiriitaa, koska osa vastaajista koki tärkeiden tietojen löytyvän helposti ja nopeasti sähköisestä järjestelmästä. Kun taas osa vastaajista koki tietojen löydettävyyden ongelmaksi ja hakemisen aikaa vieväksi. Syyksi tällä mainittiin kirjausten pilkkoutuminen komponenttien käytön takia. Useissa tutkimuksissa on tullut esille rakenteisen kirjaamisen hankaluus (Ensio 2001, Laine 2008, Härmä ym. 2009, Nykänen ym. 2010 ja Sandelin ym. 2011).

Kun osastoilla vielä kirjattiin manuaalisesti tuottivat hoitajien käsialat suuria tulkinta ongelmia. Avoimissa vastauksissa manuaalisen kirjaamisen heikkouksien suurimmaksi tekijäksi mainittiin käsialoista johtuvat ongelmat, kun taas sähköisen kirjaamisen hyvänä puolena käsialaongelmien poistuminen. Samaan lopputulokseen on päässyt Käppi & Jokinen (2011) tutkimuksessaan.

Lääkäreiden kirjaamisen nykytilaa kartoitettiin hieman eri näkökulmasta, koska lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan dokumentoinnissa korostuvat eri asiat. Tulokset osoittavat, että lääkärit kokivat potilastietojärjestelmän käytettävyyden huonompana sähköisen kirjaamisen käyttöönoton jälkeen. Potilastietojärjestelmä koettiin hitaaksi, epävakaa ja vaikeakäyttöiseksi. Manuaaliseen kuumekurvaan lääkärit olivat tyytyväisempiä ja syy tähän löytyi manuaalisen kurvan helppoon esille saamiseen eli potilaskannet avaamalla. Sähköinen kuumekurva todettiin sekavaksi ja kaivattiinkin nopeaa näkymää potilaan voinnista. Härmä, Juvonen & Ovaska (2009) ja Vänskä ym. (2010) ovat todenneet, että potilaskertomusjärjestelmien kuumekurvat eivät tue kokonaiskuvan muodostumista potilaan tilasta. Tässä tutkimuksessa potilastietojen löytyminen potilastietojärjestelmästä koettiin sähköisen kirjaamisen myötä huonommaksi. Aikaisemmat tutkimukset ovat päässeet samaan tulokseen (Kortteisto ym. 2008; Törnvall & Wilhelmsson 2008; Vänskä ym. 2010).

Tietokoneen käyttö hallittiin hyvin sekä ennen että jälkeen sähköisen kirjaamisen. Tulos vastaa aikaisempia tutkimustuloksia (Immonen ym. 2003; Kuusisto & Saloniemi 2010; Lammi 2011). Tässä tutkimuksessa mielenkiintoista on kuitenkin havaita, että sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön otton myötä lääkäreiden arvio tietokoneen hallinnasta oli hieman huonompi.

Lääkärit lukivat mielestään hoitohenkilökunnan tekstejä suhteellisen hyvin ja manuaalisia potilaspapereiden tekstejä luettiin jonkun verran enemmän. Tulos eroaa Nykäsen, Viitasen & Kuusiston (2010) tutkimuksesta, jossa ilmeni, että lääkärit eivät lukeneet hoitokertomusta, eivätkä kokeneet sitä hyödylliseksi ja lääkärrien käsitykset hoitotyön kirjauksista olivat erittäin varauksellisia. Tämän tutkimuksen positiivisen tuloksen yhtenä selittävänä tekijänä voi olla manuaalisen kirjaamistavan aikana papereiden helpposaatavuus ja helppolukuisuus. Yhdellä hoitosuunnitelmakaavakkeella oli yhden päivän dokumentointi sekä lääkärin määräykset. Sähköisen kirjaamisen myötä harva lääkäri käy lukemassa potilaan tekstejä hoitosuunnitelmakaavakkeelta, koska lääkärit eivät tarvitse whoike -näkömää muuten työssään. Kyselyssä olleen väittämän voi käsittää monella eri tavalla. Hoitohenkilökunnan kirjaukset ovat hoitosuunnitelmakaavakkeella, mutta lääkärit voivat ajatella, että esimerkiksi muistilaatikossa olevat muistutukset ovat hoitohenkilökunnan kirjausten lukemista.

10.2.1 Sähköisen kirjaamisen odotukset ja kokemukset

Tulosten mukaan hoitohenkilökunnalla oli sekä myönteisiä että kielteisiä odotuksia ja kokemuksia sähköisestä rakenteisesta kirjaamisesta. Sähköisen rakenteisen kirjaamisen toimivuuteen hoitohenkilökunta suhtautui positiivisesti sekä luovan kirjaamistavan säilymiseen. Innostuneisuus sähköistä kirjaamista kohtaan nousi käyttöön oton jälkeen. Moody ym. (2004) ja Dillon, Blankenship & Crews (2005) tutki hoitajien asenteita ja tulokset osoittavat, että hoitajat suhtautuvat positiivisesti sähköiseen potilastietojärjestelmään. Tietokoneella kirjaamisen vaikeudesta hoitohenkilökunnalla oli suuret ennakkokäsitykset, jotka sähköisen kirjaamisen myötä poistuivat. Avoimista vastauksista voi havaita, että ennakkokäsityksiksi nousivat epä tietoisuus tietokoneiden riittävydestä ja käyttökatkojen mahdollisuudesta sekä ohjelman käytön hallinnasta. Aikaisemmat tutkimustulokset osoittavat, että hoitohenkilökunnan tietotekniikan osaaminen on hyvää ja siihen suhtaudutaan positiivisesti (Kuusisto & Saloniemi 2010; Rajalahti & Saranto 2011; Sandellin ym. 2011).

Kielteiset odotukset ja kokemukset liittyivät muun muassa kirjaamiseen kuluvaan aikaan. Sähköiseen kirjaamiseen oletettiin kuluvan enemmän aikaa ja käyttökokemuksen myötä aikaa kului ennakkoon arvioitua enemmän. Tulos tukee muiden tutkimusten tuloksia (Leino 2004, Hartikainen 2008, Härmä ym. 2009, Järvi ym. 2010, Nykänen ym.

2010, Käppi & Jokinen 2011). Koposen ym. (2005) tutkimustulos oli päinvastainen. Tiedonvälityksen odotettiin paranevan sähköisen potilastietojärjestelmän myötä, joka tuli esille myös avoimissa vastauksissa. Kuitenkin käyttöön oton jälkeen tiedonvälityksen koettiin huonontuneen. Tuloksen selittää tietojen löydettävyys, jonka osa hoitajista koki ongelmallisena sähköisessä kirjaamisessa.

Moodyn ym. (2004) ja Laineen (2008) tutkimustulos kirjaamisen laadusta on päinvastainen mitä tässä tutkimuksessa. Rakenteisen kirjaamisen käyttöön oton jälkeen kirjaamisen laatu koettiin huonommaksi mitä aikaisemmin. Avoimissa vastauksissa laatua huonontaviksi tekijöiksi mainittiin epäyhteinen kirjaaminen, tuplakirjaaminen sekä ajan puute ja osaston kiire. Positiivisiakin puolia mainittiin kuten kirjausten monipuolisuus ja selkeys sekä hoitoprosessin näkyminen.

Lääkäreiden odotukset ja kokemukset sähköisestä potilastietojärjestelmästä olivat pääosin muuttuneet myönteisimmiksi kahden mittauskerran vertailussa. Järjestelmän arvioitiin helpottaneen lääkärin työtä ja hyvänä omaisuutena pidettiin potilastietojen selailua riippumatta lääkärin fyysisestä sijainnista. Samaan suuntainen tyytyväisyys tulee esille Turusen ja Suokkaan (2001), Vänskän ym. (2010) ja Lammin (2011) tutkimuksissa. Innostuneisuus sähköistä potilastietojärjestelmää kohtaan ei ollut korkea kummallakaan kerralla, mutta innostuneisuus nousi hieman käyttöön oton jälkeen. Säkön ym. (2003) tutkimuksessa lääkärikunnan ennakoasenteet sähköistä järjestelmää kohtaan olivat pääsääntöisesti myönteisiä. Päinvastoin Kuusisto & Saloniemen (2010) tutkimuksessa harva lääkäreistä arvioi sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen tarjoavan oman työn kannalta myönteisiä muutoksia. Tässä tutkimuksessa lääkäreiden mielestä potilastietojärjestelmä oli kehitetty myös heidän näkökulmastaan eikä vain hoitajan näkökulmasta. Tulos on erilainen kuin Nykäsen, Viitasen & Kuusiston (2010) tutkimuksessa.

Kielteinen suhtautuminen potilastietojärjestelmää kohtaan tuli esille vain kahdessa väitännässä. Sähköisen potilasjärjestelmän käyttö kulutti työaika huomattavasti enemmän kuin manuaaliset potilaspaperit. Säkö ym. (2003) ja Härmä ym. (2009) tuovat esiin samanlaisen tutkimustuloksen. Samoin lääkärit odottivat potilastietojärjestelmän vievän huomion pois potilaasta ja mielipide oli muuttunut vielä negatiivisemmaksi käyttöön oton jälkeen. Tutkimustulos vastaa Vänskän ym. (2010) tulosta.

Hoitohenkilökunta ja lääkärit eivät olleet enää halukkaita palaamaan takaisin manuaaliseen kirjaamiseen. Myös Koposen ym. (2005), Nykäsen ym. (2010) ja Käpin & Jokisen (2011) tutkimuksissa henkilökunta ei enää halunnut palata vanhaan paperikirjaamiseen. Tulos kertoo siitä, että sähköinen potilastietojärjestelmä on lyhyen ajan sisällä otettu hyvin vastaan eikä vanhaan enää haluta palata takaisin. Tämä on luonnollista, koska kaikki tietävät, että sähköinen kirjaaminen on tulevaisuutta.

10.2.2 Sähköisen kirjaamisen tuen tarve

Hoitohenkilökunnan kyselyssä sähköisen kirjaamisen tuen tarve arvioitiin ennakoitua suuremmaksi, mutta käyttöön oton jälkeen tuen tarve oli vähentynyt merkittävästi. Tuloksen pohjalta voi todeta, että hoitohenkilökunnalla oli ennen käyttöön ottoa epävarmuutta tietojärjestelmän käyttöä kohtaan. Koulutusten ja tukihenkilötoiminnan kautta tuen tarve oli vähentynyt merkittävästi vain kolmen kuukauden käytön jälkeen. Avoin kysymyksen vastauksissa vastaajat odottivat hyviä koulutuksia ja sekä riittävästi aikaa niihin. Lääkäreiden kyselyn vastaukset osoittavat päinvastaisen tuloksen kuin hoitohenkilökunnalla. Ennen sähköisen tietojärjestelmän käyttöön ottoa lääkärit arvioivat tarvitsevänsä tukea vähemmän kuin käyttöön oton jälkeen. Lääkäreille käyttöjärjestelmäkoulutuksia oli vain yksi ja koulutukseen osallistuminen oli vapaaehtoista.

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että tukihenkilöiden ja kollegoiden vertaistuki on tärkeimpiä tukimenetelmiä (Leino 2004; Kavén 2005; Laine 2008). Tämän tutkimuksen kohdeosastolla tukihenkilöt valittiin hyvissä ajoin ennen käyttöön ottoa. Heidän työtään koskevassa kyselyssä tukihenkilöt olivat pääosin tyytyväisiä omaan panokseensa ennen ja jälkeen sähköisen kirjaamisen käyttöön oton. Tutkimuksessa tuli kuitenkin esille, että tukihenkilöt olisivat halunneet enemmän koulutusta, koska nyt he olivat epävarmoja osaamisestaan. Kavénin (2005) tutkimuksesta selvisi, että tukihenkilöiden roolissa korostui kannustaminen eikä niinkään muutosvastarinnan vähentäminen. Sama asia tuli esille myös tässä tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa tukihenkilöiden määrään oltiin ilmeisen tyytyväisiä, koska vain yksi vastaaja mainitsi tukihenkilöitä olevan liian vähän. Laineen (2008) tutkimustulos oli päinvastainen.

Tukihenkilöiden kyselyssä kehittämiskohteina nähtiin Effica-koulutukset, yhtenäiset kirjaamiskäytännöt ja tietojärjestelmäohjelman parantaminen. Effica-koulutuksien mää-

rää haluttiin lisää, mutta myös peruskoulutusta kirjaamisesta toivottiin enemmän. Yhteiset kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen nousivat esille hoitohenkilökunnan sekä tukihenkilöiden mielipiteissä. Ja itse potilastietojärjestelmässä on vielä monia puutteita ja heikkouksia, joita vain ohjelmapäivitykset voivat korjata. Syksyllä 2012 osaston potilastietojärjestelmään tehdään iso versiopäivitys, joka poistaa tämänkin tutkimuksen esiintuomia ongelmia ja heikkouksia

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Kohdeosastoilla siirtyminen manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen on ollut haaste koko henkilökunnalle. Osastoilla oli vuosikymmenet totuttu käyttämään ainoastaan potilaspapereita, joten ennakkokäsitykset tulevaa sähköistä aikakautta kohtaa olivat suuret. Tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, että sähköinen aika-kausi on otettu pääosin hyvin vastaan sekä hoitohenkilökunnan että lääkäreiden keskuudessa eikä manuaaliseen kirjaamiseen haluta enää palata takaisin. Kuviossa 4 on esitetty tutkimustulosten yhteenveto.



KUVIO 4. Tutkimustulosten yhteenveto.

Tämän opinnäytetyön tulokset osoittavat, että hoitohenkilökunnan mielestä hoitotyön kirjaamisessa oli puutteita vaikka kirjaaminen koettiin pääosin laadukkaaksi ja tasokkaaksi. Kirjaamisen taso oli noussut sähköisen rakenteisen kirjaamisen myötä, kun taas tiedonvälityksen arvioitiin huonontuneen. Hoitohenkilökunta arvioi sähköiseen kirjaamiseen kuluvan enemmän aikaa kuin ennen. Aikaa kului komponenttien hakemiseen ja erilaisten sivujen selailuun johtuen potilastietojärjestelmän kankeudesta. Tähän ratkai-

suna ovat yhteisten kirjaamiskäytäntöjen sopiminen ja potilastietojärjestelmän kehittyminen.

Tässä opinnäytetyössä tuli esille, että sähköisen kirjaamisen kautta hoitohenkilökunta on tiedostanut hoitotyön prosessimallin ja kirjaa tällä hetkellä prosessin vaiheiden mukaisesti. Kirjaamisen rakenteisuus on opittu hyvin ja se koetaan jo arkirutiiniksi. Ongelmana on, että kirjaaminen muuttuu liian rutiininomaiseksi ja hoitotyön prosessimallin idea unohtuu. Varsinkin hoitosuunnitelmaa laadittaessa potilaslähtöisyys saattaa unohtua ja suunnitelma tehdään vain, koska tietojärjestelmä pakottaa sen tekemään. Hoitotyön prosessimallin hyödyntäminen kaipaa kehittämistä hoitohenkilökunnan keskuudessa.

Opinnäytetyön tuloksissa korostui yhteisten kirjaamiskäytäntöjen tärkeys. Kun hoitohenkilökunnalla on tarkat ohjeet mihin ja mitä kirjataan, löytyy tieto aina samasta paikasta. Vaikka yhteisistä kirjaamiskäytännöistä sovittiin ennen sähköisen kirjaamisen käyttöön ottoa, pitäisi käytänteitä päivittää aika ajoin. Yhteisistä pelisäännöistä pitäisi käydä myös keskustelua osastolla, jotta kirjaaminen kehittyisi. Kirjaamiskäytäntöiden suunnittelussa tulisi tehdä yhteistyötä muun osaston henkilökunnan kanssa.

Kolmen käyttökuukauden jälkeen tietokonetta kirjaamisvälineenä oli totuttu käyttämään hoitohenkilökunnan keskuudessa hyvin ja sähköisen kirjaamisen tuen tarve oli vähentynyt huomattavasti. Voi siis todeta, että tietojärjestelmäkoulutukset ja aktiivinen tukihenkilötoiminta olivat toimineet odotetusti ja ne ovatkin tärkeitä elementtejä isossa muutoksessa.

Lääkäreiden tutkimustuloksista ei noussut niin selkeästi esille eroja alku- ja loppumittauksen välillä. Johtopäätöksenä voidaan mainita, että potilastietojärjestelmän teknisiin ominaisuuksiin oltiin tyytymättömiä. Järjestelmä arvioitiin hitaaksi, epävakaaksi ja hankalakäyttöiseksi. Tästä huolimatta sähköiseen potilastietojärjestelmään asennoiduttiin positiivisesti. Tulosten mukaan työtä helpottava vaikutus oli noussut ja järjestelmä koettiin hyvänä työvälineenä lääkäreiden keskuudessa. Ainoastaan lääkäreiden työaika kului huomattavasti enemmän kuin aikaisemmin. Tulokset myös osoittavat, että lääkärit eivät enää niin ahkerasti lukeneet hoitohenkilökunnan kirjauksia kuin manuaalisen kirjaamisen aikana.

11.1 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa sähköisen potilastietojärjestelmän käyttökokemus jäi noin kolmen kuukauden pituiseksi eli varsin lyhyeksi ajaksi. Jatkotutkimuksena samat kyselyt voisi suorittaa vielä vuoden kuluttua ja verrata tuloksia keskenään. Näin myös selviäisi, onko tulevalla versiopäivityksellä vaikutusta tuloksiin. Mielenkiintoista olisi myös tutkia osastojen hoitotyön rakenteista kirjaamista. Mikä on käytetyin komponentti ja mitä tietoja komponenttien alle on kirjattu. Näin saataisiin konkreettista näyttöä kirjaamisesta ja sitä kautta kirjaamisen kehittämiskohteita.

Tässäkin tutkimuksessa esille tullut hoitotyönprosessin käyttö on monelle hoitajille uusi asia. Vaikka sen käyttö on vakiintunut sähköisen kirjaamisen myötä uskallan epäillä, että hoitotyön prosessista saatava hyöty olisi vielä suurempi. Jatkotutkimuksena voisi tutkia hoitohenkilökunnan hoitoprosessin tuntemusta ja tämänhetkistä käyttöä.

LÄHTEET

Ahokas-Kukkonen, I. & Pantsari, J. 2000. Tietotekniikan alueellinen verkostoituminen ó henkilöstön asennoituminen terveydenhuollon tietoteknologiaan Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu ótutkielma.

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007 Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoitaja 10/2007, 6-9.

Ala-Hiiri, T. & Kettunen, P. 2008. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotoinnit. Sairaanhoitaja 9/2008, 46-47.

Arkistolaki 831/1994. Luettu 28.8.2011

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831>

Dillon, T., Blankenship, R. & Crews, T. 2005. Nursing attitudes and images of electronic patient record systems. Computers, Informatics, Nursing 3/2005, 139-145.

Engestróm, Y. 1994. Perustietoa opetuksesta. Helsinki: Painatuskeskus.

Ensio, A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet 89. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

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

Ensio, A. & Häyrynen, K. 2008. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttú, K & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ensio, A. 2008. Elektronisen hoitotiedon vaikutus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttú, K & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ensio, A. & Kinnunen, U-M. 2011. Hoitotyön tiedonhallinta, Nursing Informatics, käsitteenä ja käytäntönä ó FinCC suomalaisen hoitotyön yhtenäisen ammattikielen kehittäjänä. Pro terveyst 1/2011, 14-15.

Ensio, A. 2012. Hoitotyön terminologiat óhanke. Luettu 4.4.2012

<http://www.uef.fi/stj/hoitotyon-terminologiat>

Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoitaja 12/2009, 38-39.

Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Haukilahti, R-L., Virjo, I., Hallila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M., Kujala, S., Vänskä, J. & Mattila, K. 2008. Enemmistö lääkäreistä pitää tietoteknologian muutosta myönteisenä. Suomen Lääkärilehti 48/2008, 4223-4229.

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5.-6. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Henkilötietolaki 523/1999. Luettu 28.8.2011.

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search\[type\]=pika&search\[pika\]=henkil%C3%B6tietolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search[type]=pika&search[pika]=henkil%C3%B6tietolaki)

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

Hoffren, P. & Hassinen, T. 2008. Mirandan pilotointi Kuopion ja Turun yliopistollisessa sairaalassa. Sairaanhoidaja 6-7/2008, 17.

HoiData -ohjelman loppuraportti. 2009. Luettu 3.2.2011.

<http://www.vsshp.fi/fi/4519>

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

Hovilainen-Kilpinen, T. & Oksanen, H. 2010. Lähihoitajan käsikirja. Helsinki: Tammi.

Huryk, L.A. 2010. Factors influencing nurses' attitudes towards healthcare information technology. Journal of Nursing Management 18/2010, 606-612.

Hämäläinen, V. 2004. Henkilöstöryhmien tietotekniikan osaaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Härmä, M., Juvonen, P. & Ovaska, P. 2009. WHOIKE-tietojärjestelmän käyttöönotto jouduttiin keskeyttämään Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Suomen Lääkärilehti 18/2009, 1679-1682.

Härö, H. 2007. Terveystieteiden henkilöstön tietotekninen osaaminen. Kansallisen tutkimuksen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Häyrinen, K. & Ensio, A. 2008. Rakenteinen, elektroninen potilaskertomus. Artikkeliteoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Häyrinen, K. 2011a. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Luettu 10.1.2012. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0535-2>

Häyrinen, K. 2011b. 2011. Sähköisen potilaskertomuksen yhtenäisten tietorakenteiden ja ydintietojen käyttöönotto ó hyödyt terveydenhuollon ammattihenkilöille. *Pro Terveys* 1/2011, 7-8.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. *Hoida ja Kirjaa*. Helsinki: Tammi.

Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Kuopion yliopisto. *Terveyshallinnon ja ótalouden laitos*. Pro gradu ótutkielma.

Ikonen, H. 2009. eNNi-hankkeessa edistetään hoitotyön kansallisen kirjaamismallin osaamista. *Sairaalaviesti* 2/2009, 22-23.

Immonen, A., Ruotsalainen, P., Saranto, K. & Turunen, P. 2003. *Terveydenhuollon ammattilaisten tietotekniikka- ja tietoturva- ja valmiudet*. *Lääkärilehti* 2/2003, 195-197.

Immonen, A. 2004. *Terveydenhuollon henkilöstön tietoturvaosaaminen*. Kuopion yliopisto. *Terveyshallinnon ja ótalouden laitos*. Pro gradu ótutkielma.

Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaariosta ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 89. Kuopion yliopisto. *Terveyshallinnon ja ótalouden laitos*. Väitöskirja.

Jokela, V. 1998. *Tietotekniikka hoitotyössä*. Teoksessa Munnukka, T., Halme, S., Kiikkala, I., Koponen, P. & Vuottilainen, P. *Hoitotyön vuosikirja 1999*. Dokumentointi hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Jokinen, T. 2005. *Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa*. Kuopion yliopisto. *Terveyshallinnon ja ótalouden laitos*. Pro gradu ótutkielma.

Järvi, M., Kulla, M., Liljeberg, R., Metsänsalo, S., Tirkkonen, M., Selander, M. & Kilkku, N. 2010. Omahoitajuus, kirjaaminen ja raportointi mielenterveyshoitotyössä. *Sairaanhoitaja* 10/2010, 54-56.

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

Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. *Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisalaja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa*. Versio 3.0. Luettu 5.7.2011.
https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=46b8b38a-3488-4c6e-81d2-ae8dcfeaf848&groupId=10206

KanTa, Kansallinen Terveysarkisto. *Sähköinen potilastiedon arkisto*. Luettu 3.2.2011.
<https://www.kanta.fi/web/fi/sahkoinen-potilastiedon-arkisto>

Káven, A. 2005. *Sähköinen potilaskertomus ó hoitohenkilökunnan toiveiden ja kokemusten vertailua*. Kuopion yliopisto. *Terveyshallinnon ja ótaloudenlaitos*. Pro gradu ótutkielma.

Kinnunen, U-M. 2007. *Rakenteinen tieto haavanhoidon kirjaamisessa*. Kuopion yliopisto. *Terveyshallinnon ja ótalouden laitos*. Pro gradu ótutkielma.

Kivelä, N., Anttila, S. & Kukkola, S. 2011. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen ja sen hyödyntäminen hoitotyön henkilöstösuunnittelussa. *Premissi* 1/2011, 26-33.

Kokkonen, P. 1998. Hoitotyön ydin esiin dokumentaatiota parantamalla. Teoksessa Munnukka, T., Halme, S., Kiikkala, I., Koponen, P. & Vuotilainen, P. *Hoitotyön vuosikirja 1999. Dokumentointi hoitotyössä*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Koponen, L., Hajola, V-P., Mustonen, H., Paloheimo, M., Granfelt, T., Mustonen, E. & Voipio-Pulkki, L-M. 2005. Kliinisen tietojärjestelmän käyttöönotto erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikalla. *Hoitohenkilökunnan kokemuksia. Suomen Lääkärilehti* 20/2005, 2233-2238.

Korhonen, T. 2009. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tietoturvaosaaminen. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja ötalouden laitos. Pro gradu ötutkielma.

Korpela, M. & Saranto, K. 1999. Peruskäsitteet, osa-alueet ja toimijat. Teoksessa Saranto, K. & Korpela, M. (toim.) *Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Porvoo: WSOY.

Kortteisto, T., Mäntyranta, T., Komulainen, J. & Kaila, M. 2008. Lääkäreillä vielä paljon sanottavaa sähköisistä potilaskertomusjärjestelmistä. *Suomen Lääkärilehti* 14/2008, 1297-1301.

Koskinen, A. 2003. Psykiatrisen sairaalan henkilökunnan suhtautuminen tietokoneen käyttöön työssään. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu ötutkielma.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Kuusela, T. & Lemmetty, K. 2005. Tietojärjestelmäkoulutukset terveydenhuollossa. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tietojärjestelmäkoulutuksista. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja ötalouden laitos. Pro gradu ötutkielma.

Kuusisto, A. & Saloniemi, A. 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Tutkiva Hoitotyö* Vol. 8 (4) 2010, 12-18.

Käppi, S. & Jokinen, K. 2011. Sähköisen kirjaamisen vaikutus toiminnan kehittämisessä. Luentomateriaali. Sairaanhoidajapäivät 2011.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2002. *Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

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

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Luettu 28.8.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Lammi, L. 2011. Lääkärit tietojärjestelmäkoulutuksessa. Kokemuksia sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotosta. *Suomen Lääkärilehti* 19/2011, 1573-1579.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Jauhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Juva: WSOY.

Lauri, S. & Lehti, T. 2000. Hoitotyön kirjaaminen teoriassa ja käytännössä. Kokemuksia Turun yliopistollisesta keskussairaalaasta. Sairaanhoitaja 8/2000, 19-22.

Lehtokari, O. 2007. Hoitotyön tiedonhallinta äitiiyshuollossa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja ötalouden laitos. Pro gradu ötutkielma.

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Luostarinen, J. & Ässämäki, S. 2003. Potilastietojärjestelmän kouluttajan osaaminen ja asiantuntijuus. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja ötalouden laitos. Pro gradu ötutkielma.

Moody, L., Slocumb, E., Berg, B. & Jackson, D. 2004. Electronic health records documentation in nursing. Nurses' perceptions, attitudes and preferences. Computers, Informatics, Nursing 6/2004, 337-344.

Mutanen, M. 2007. Potilastietojärjestelmään kohdistuvan koulutuksen arviointi ö haasteita asiantuntijuuden ja uusien toimintamallien kehittämiseksi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteiden laitos. Pro gradu ötutkielma.

Mykkänen, M., Huovinen, H., Miettinen, M. & Saranto, K. Hoitotyön toiminnan tulosten tarkastelua ö rakenteistetun tiedon käyttömahdollisuuksia johtamisessa. Pro terveys 1/2011, 16-18.

Mäkelä, K. 2006. Terveystieteiden tietotekniikka. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin sovellukset. Helsinki: Talentum.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko ö näkyvää ja ei?. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Suomen sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nieminen, A. 2010. Kohti paperitonta potilaskertomusta. Sairaalaviesti 2/2010, 20-21.

Nummenmaa, L. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Julkaisusarja D ö verkkajulkaisu. Luettu 16.7.2011.

<http://www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>

Partanen, A. & Kvist, T. 2007. Informaatiotekniikka akuuttihoitotyössä ö sairaanhoitajien näkemyksiä. Sairaanhoitaja 6-7/2007, 18-21.

- Peltari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Prideaux, A. 2011. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *British Journal of Nursing* 22/2011, 1450-1454.
- Raitoharju, R. 2007. Information technology acceptance in the Finnish social and healthcare sector. Exploring the effects of cultural factors.. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Turun yliopisto. Väitöskirja. Tampere: Esa Print.
- Rajalahti, E. & Saranto, K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen ó haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. *Hoitotiede* 4/2011, 243-257.
- Rauste-Von Wright, M., Von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. Helsinki: WSOY.
- Ripatti, S. 1999. Tietojärjestelmän käyttöönotto. Teoksessa Saranto, K. & Korpela, M. (toim.) *Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Porvoo: WSOY.
- Ruohotie, P. 1998. Motivaatio, tahto ja oppiminen. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Ruohotie, P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Juva: WSOY.
- Ruotsalainen, P. 2006. Suositukset terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvaliselle sähköiselle arkistoinnille. Stakesin raportteja 4/2006. Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki. Luettu 8.1.2012
www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R4-2006-VERKKO.pdf
- Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) 2007. *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Suomen sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Salovaara, H. & Järvelä, S. 1997. Teorioita ja käsityksiä oppimisesta. Luettu 7.1.2012.
<http://wwwedu.oulu.fi/ok1/lo/kt2/wwwpro.htm>
- Sandell, K., Marttinen, P., Pekkanen, H., Raatikainen, A. & Saranto, K. 2011. Puhetta riittää ó Mistä kiikastaa sähköinen kirjaaminen? *Pro terveystieteen* 1/2011, 20-22.
- Saranto, K. & Ensio, A. 1999. Tietojärjestelmien kehittäminen hoitotyöhön. Teoksessa Saranto, K. & Korpela, M. (toim.) *Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Porvoo: WSOY.
- Saranto, K. 2000. Sähköisen kirjaamisen haasteet hoitotyössä. *Sairaanhoitaja* 3/2000, 36-37.
- Saranto, K., Eriksson, E., Kärkkäinen, H. & Rouvala, C. 2003. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä tietoteknisestä osaamisestaan. *Tutkiva Hoitotyö* vol. 1 (3) 2003, 4-9.
- Saranto, K. & Leino-Kilpi, H. 2007. Computer literacy in nursing: developing the information technology syllabus in nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 25/2007.

- Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Sairaalaviesti 2/2007, 32-33.
- Saranto, K. & Sonninen, L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Saranto, K. & Kinnunen, U-M. 2008. Evaluating nursing documentation ó research designs and methods: systematic review. Journal of advanced nursing 65 (3)/2008, 464-476.
- Sinervo, L. & von Fieandt, N. 2005. Tietotekniikka sosiaali- ja terveysalan osaamisen kehittämisessä. Aiheita 2005:5. Helsinki: Stakes. Luettu 16.8.2011.
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita5-2005.pdf>
- Sonninen, A-L. 2008. Termistöjen käyttö kirjaamisessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Luettu 28.8.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>
- STM 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:3. Luettu 16.7.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8444.pdf
- STM. 2003. Sähköiset potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Työryhmämuistioita 2003:38. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 3.2.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8920.pdf
- STM. 2004. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Työryhmämuistioita 2004:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 3.2.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4020.pdf&title=Sahkoisten_potilasasiakirjajarjestelmien_toteuttamista_ohjaavan_tyoryhman_loppuraportti_fi.pdf
- STM. 2007. Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2 31.1.2007. Luettu 25.7.2011.
<http://virtual.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf>
- STM. 2010. Tietojärjestelmähankeet: sähköinen potilastietoarkisto ja sosiaalialan tiedonhallinta. Luettu 3.2.2011.
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/tietojarjestelmahankkeet
- STM. 2011. Lainsäädäntö ohjaa asiakas- ja potilastietojen hallintaa.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/tietohallinto/lainsaadanto

Säkö, S. Paanen, E., Ulkuniemi, & Kelottijärvi, T. 2003. Paperista bitteihin ó sähköisen sairauskertomusjärjestelmän tuominen sairaalaan. Suomen Lääkärilehti 45/2003, 4609-4612.

Tanttu, K. & Saranto, K. 2006. Rakenteistaminen hoitotietojen monipuolisen käytön mahdollistajana. Sairaalaviesti 2/2006, 23-25.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Suomen sairaanhoitajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tanttu, K. & Ikonen, H. 2008. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tanttu, K. 2009. Hoitotyön kirjaaminen osana laadukasta potilashoitoa ó kansallinen hoitotyön kirjaamismalli ja sen käyttöönoton haasteet. Luettu 16.7.2011.

http://www.kirke.fi/index_tiedostot/Page565.html

Terveystieteiden laitos 1326/2010. Luettu 28.8.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tolppanen, E-M. 1999. Elektroninen potilaskertomus. Teoksessa Saranto, K. & Korpe-la, M. (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Porvoo: WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Turunen, P. & Suokas, M. 2001. Sähköisen potilaskertomuksen käytettävyys suhteessa manuaaliseen potilaskertomukseen. Tapaustutkimus Kaarinan-Piikkiön terveyskeskuksesta. Suomen Lääkärilehti 48/2001, 5029-5032.

Tynjälä, P. 2000. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Tampere: Tammi.

Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. 2008. Nursing documentation for communicating and evaluating care. Journal of Clinical Nursing 17/2008, 2116-2124.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virginia K Saba. The Clinical Care Classification System. Luettu 7.8.2011.

<http://www.sabacare.com/>

Virolainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu ó tutkielma.

Välimäki, M., Suhonen, R., Koivunen, M., Alanen, S. & Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. Hoitotiede 3/2007, 115-127.

Vänskä, J., Viitanen, J., Hyppönen, H., Elovainio, M., Winblad, I. Reponen, J. & Lääveri, T. 2010. Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä kriittisiä. Suomen Lääkärilehti 50-52/2010, 4177-4183.

Von Fieandt, N. 2005. Henkilöstön tietotekninen osaaminen ja koulutustarve terveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Ylivaara, T. 2008. Sähköinen kirjaaminen tulee sairaalan vuodeosastolle. Miten hoitohenkilöstö voi valmistautua siihen? Hämeen ammattikorkeakoulu. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö.

Winbland, I., Hyppönen, H., Vänskä, J. Reponen, J., Viitanen, J., Elovainio, M. & Lääveri, T. 2010 Potilastietojärjestelmät tuotemerkeittäin arvioitu. Suomen Lääkärilehti 50-52/2010, 4185-4194.

Yura, H. & Walsh, M. 1988. Hoitotyön kehittäminen. Juva: WSOY.

Yee, T., Needleman, J., Pearson, M., Parkerton, P., Parkerton, M. & Wolstein, J. 2012. The influence of integrated electronic medical records and computerized nursing notes on nurses' time spent on documentation. Computers, Informatics, Nursing. 2012, 1-6.

LIITTEET

Liite 1. Hoitohenkilökunnan kysely (mittauskerta 1)

Liite 2. Lääkäreiden kysely (mittauskerta 1)

Liite 3. Hoitohenkilökunnan kysely (mittauskerta 2)

Liite 4. Lääkäreiden kysely (mittauskerta 2)

Liite 5. Tukihenkilöiden kysely

Liite 6. Hoitohenkilökunnan avointen kysymysten vastaukset pelkistettyinä ja luokiteltuina

Liite 7. Tukihenkilöiden avointen kysymysten vastaukset pelkistettyinä ja luokiteltuina



Sairaalan osastojen kirjaamiskäytäntöjä ja henkilökunnan odotukset sähköistä rakenteista kirjaamista kohtaan

1. Ammattisi

1. Sairaanhoidtaja
2. Lähihoitaja/perushoitaja
3. Fysioterapeutti

2. Kuinka pitkään olet työskennellyt osastolla?

1. alle vuoden
2. 1-5 vuotta
3. 6-10 vuotta
4. yli 10 vuotta

**Arvioi asteikolla 1-5 mukaisesti miten koet kirjaamisen osastolla tällä hetkellä.
Ympyröi vaihtoehto.**

	täysin eri mieltä			täysin samaa mieltä	
Huolehdin aina, että hoitotyön kirjaaminen tulee suoritettua	1	2	3	4	5
Kirjaan potilaan tarpeet	1	2	3	4	5
Kirjaan potilaan tuntemukset	1	2	3	4	5
Kirjaan hoidon kokonaistavoitteet	1	2	3	4	5
Kirjaan potilaalle annetun ohjauksen sisällöstä	1	2	3	4	5
Kirjaan niin, että potilas voi halutessaan lukea omat tekstinsä	1	2	3	4	5
Osastollamme on hoitotyön kirjaamisessa korkea taso	1	2	3	4	5
Hoitajat kirjoittavat selkeällä käsialalla	1	2	3	4	5
Osaston kirjaamisessa on puutteita	1	2	3	4	5
Minun on helppo löytää etsimäni tieto kirjausten joukosta	1	2	3	4	5

Käännä!



4. Arvioi asteikolla 1-5 mukaisesti miten koet sähköisen rakenteisen kirjaamisen.

Ympyröi vaihtoehto.

	täysin eri mieltä			täysin samaa mieltä	
Sähköinen kirjaaminen tulee toimimaan hyvin	1	2	3	4	5
Sähköinen kirjaaminen tulee rajoittamaan luovaa kirjaamistapaani	1	2	3	4	5
Sähköinen kirjaaminen tulee viemään aikaa varsinaisesta potilashoidosta	1	2	3	4	5
Sähköinen kirjaaminen tulee parantamaan kirjaamisen laatua	1	2	3	4	5
Olen innostunut sähköisestä kirjaamisesta	1	2	3	4	5
Minulle tulee tuottamaan vaikeuksia tietokoneella kirjaaminen	1	2	3	4	5
Tulen tarvitsemaan paljon tukea sähköisessä kirjaamisessa	1	2	3	4	5
Sähköinen kirjaaminen tulee parantamaan tiedonvälitystä	1	2	3	4	5

5. Mitä korjattavaa on nykyisessä kirjaamisessa?

6. Mitä hyvää on nykyisessä kirjaamisessa?

7. Mitä odotuksia sinulla on sähköistä rakenteista kirjaamista kohtaan?

Kiitos vastauksestasi!



Sairaalan osastojen lääkäreiden kokemukset ja odotukset sähköistä potilastietojärjestelmää kohtaan

1. Ammattinimike

1. Johtava lääkäri, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisyylilääkäri
2. Erikois- tai osastonlääkäri
3. Erikoistuva lääkäri, sairaalalääkäri

2. Kuinka pitkään olet työskennellyt osastolla?

1. alle vuoden
2. 1-5 vuotta
3. 6-10 vuotta
4. yli 10 vuotta

3. Arvioi asteikolla 1-5 mukaisesti mitä mieltä olet väittämän kanssa. Ympyröi vaihtoehto.

	täysin eri mieltä		täysin samaa mieltä		
	1	2	3	4	5
Hallitsen tietokoneen käytön	1	2	3	4	5
Otan tietokoneen aina potilaskierrolle mukaan	1	2	3	4	5
Huolehdin siitä, että päivittäiset määräykset tulevat kirjattua	1	2	3	4	5
Luen hoitajien ja fysioterapeuttien kirjauksia	1	2	3	4	5
Kuumekurvasta löytyy kaikki potilaan oleelliset tiedot	1	2	3	4	5
Löydän kaikki oleelliset potilastiedot potilastietojärjestelmästä helposti	1	2	3	4	5
Effica -potilastietojärjestelmä on selkeä ja helppokäyttöinen	1	2	3	4	5
Effica ópotilastietojärjestelmä on tekniseltä toimivuudeltaan vakaa (ei kaatuile, ei käyttökatkoksia)	1	2	3	4	5
Effica ópotilastietojärjestelmä on hidas	1	2	3	4	5
Tiedonkulku toimii hyvin lääkärin ja hoitajan välillä	1	2	3	4	5

Käännä!



	täysin eri mieltä		täysin samaa mieltä		
Sähköinen potilastietojärjestelmä tulee viemään enemmän työaikaani	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmä tulee helpottamaan työtäni	1	2	3	4	5
Olen innostunut sähköisestä potilastietojärjestelmästä	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmä tulee toimimaan hyvin	1	2	3	4	5
Tulen tarvitsemaan paljon tukea sähköisen potilastietojärjestelmän käytössä	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmä tulee parantamaan tiedonvälitystä ja hoidon jatkuvuutta	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmän käyttö tulee viemään huomion pois potilaasta	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmä on suunniteltu vain hoitajan näkökulmasta	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmä auttaa parantamaan hoidon laatua	1	2	3	4	5

4. Mitä odotuksia sinulla on sähköistä potilastietojärjestelmää kohtaan?

Kiitos vastauksestasi!



Sairaalan osastojen kirjaamiskäytäntöjä ja henkilökunnan kokemuksia sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöön oton jälkeen

1. Ammattisi

1. Sairaanhoitaja
2. Lähihoitaja/perushoitaja
3. Fysioterapeutti

2. Kuinka pitkään olet työskennellyt osastolla?

1. alle vuoden
2. 1-5 vuotta
3. 6-10 vuotta
4. yli 10 vuotta

3. Arvioi asteikolla 1-5 mukaisesti mitä mieltä olet väittämän kanssa. Ympyröi vaihtoehto

	täysin eri mieltä		täysin samaa mieltä		
	1	2	3	4	5
Huolehdin aina, että hoitotyön kirjaaminen tulee suoritettua	1	2	3	4	5
Kirjaan potilaan tarpeet	1	2	3	4	5
Kirjaan potilaan tuntemukset	1	2	3	4	5
Kirjaan hoidon kokonaistavoitteet	1	2	3	4	5
Kirjaan potilaalle annetun ohjauksen sisällöstä	1	2	3	4	5
Kirjaan niin, että potilas voi halutessaan lukea omat tekstinsä	1	2	3	4	5
Osastollamme on hoitotyön kirjaamisessa korkea taso	1	2	3	4	5
Osaston kirjaamisessa on puutteita	1	2	3	4	5
Minun on helppo löytää etsimäni tieto kirjausten joukosta	1	2	3	4	5

Käännä!



	täysin eri mieltä		täysin samaa mieltä		
Sähköinen kirjaaminen toimii hyvin	1	2	3	4	5
Sähköinen kirjaaminen rajoittaa luovaa kirjaamistapaani	1	2	3	4	5
Sähköinen kirjaaminen vie aikaa varsinaisesta potilashoidosta	1	2	3	4	5
Sähköinen kirjaaminen on parantanut kirjaamisen laatua	1	2	3	4	5
Olen innostunut sähköisestä kirjaamisesta	1	2	3	4	5
Minulle tuottaa vaikeuksia tietokoneella kirjaaminen	1	2	3	4	5
Tarvitsen edelleen paljon tukea sähköisessä kirjaamisessa	1	2	3	4	5
Sähköinen kirjaaminen on parantanut tiedonvälitystä	1	2	3	4	5
Haluaisin palata takaisin entiseen manuaaliseen kirjaamiseen	1	2	3	4	5

4. Mitä korjattavaa on nykyisessä sähköisessä kirjaamisessa?

5. Mitä hyvää on nykyisessä sähköisessä kirjaamisessa?

Kiitos vastauksestasi!



Sairaalan osastojen lääkäreiden kokemukset sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön oton jälkeen

1. Ammattinimike

1. Johtava lääkäri, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisyylilääkäri
2. Erikois- tai osastonlääkäri
3. Erikoistuva lääkäri, sairaalalääkäri

2. Kuinka pitkään olet työskennellyt osastolla 5A tai 5B?

1. alle vuoden
2. 1-5 vuotta
3. 6-10 vuotta
4. yli 10 vuotta

4. Arvioi asteikolla 1-5 mukaisesti mitä mieltä olet väittämän kanssa. Ympyröi vaihtoehto.

	täysin eri mieltä		täysin samaa mieltä		
	1	2	3	4	5
Hallitsen tietokoneen käytön	1	2	3	4	5
Otan tietokoneen aina potilaskierrolle mukaan	1	2	3	4	5
Huolehdin siitä, että päivittäiset määräykset tulevat kirjattua	1	2	3	4	5
Luen hoitajien ja fysioterapeuttien kirjauksia	1	2	3	4	5
Kuumekurvasta löytyy kaikki potilaan oleelliset tiedot	1	2	3	4	5
Löydän kaikki oleelliset potilastiedot potilastietojärjestelmästä helposti	1	2	3	4	5
Effica ópotilastietojärjestelmä on selkeä ja helppokäyttöinen	1	2	3	4	5
Effica ópotilastietojärjestelmä on tekniseltä toimivuudeltaan vakaa (ei kaatuile, ei käyttökatkoksia)	1	2	3	4	5
Effica ópotilastietojärjestelmä on hidas	1	2	3	4	5
Tiedonkulku toimii hyvin lääkärin ja hoitajan välillä	1	2	3	4	5

Käännä!



	täysin eri mieltä		täysin samaa mieltä		
Sähköinen potilastietojärjestelmä vie enemmän työaikaani	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmä helpottaa työtäni	1	2	3	4	5
Olen innostunut sähköisestä potilastietojärjestelmästä	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmä toimii hyvin	1	2	3	4	5
Tarvitsen edelleen tukea sähköisen potilastietojärjestelmän käytössä	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmä on parantanut tiedonvälitystä ja hoidon jatkuvuutta	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmän käyttö vie huomion pois potilaasta	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmä on suunniteltu vain hoitajan näkökulmasta	1	2	3	4	5
Sähköinen potilastietojärjestelmä auttaa parantamaan hoidon laatua	1	2	3	4	5
Haluaisin palata takaisin käyttämään potilasapereita	1	2	3	4	5

4. Mitä korjattavaa on nykyisessä sähköisessä potilastietojärjestelmässä?

5. Mitä hyvää on nykyisessä sähköisessä potilastietojärjestelmässä?

Kiitos vastauksestasi!



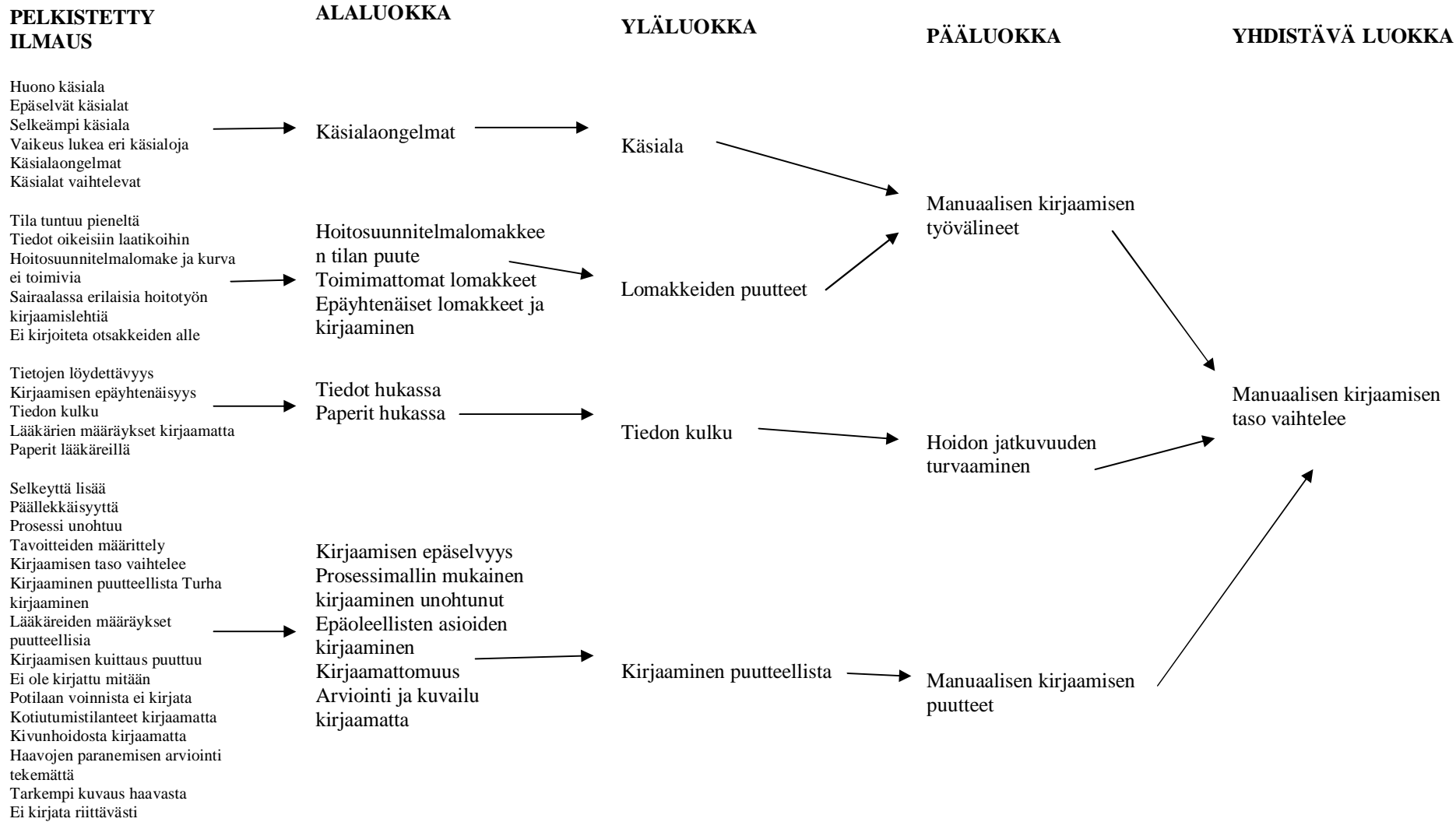
4. Miten koet Efficia -tukihenkilön roolin uudistuksen eteenpäinviejänä?

5. Mitä mieltä olet Effican toimivuudesta ja kirjaamisesta tällä hetkellä osastolla?

6. Miten kehittäisit kirjaamista omalla osastollasi vielä paremmaksi?

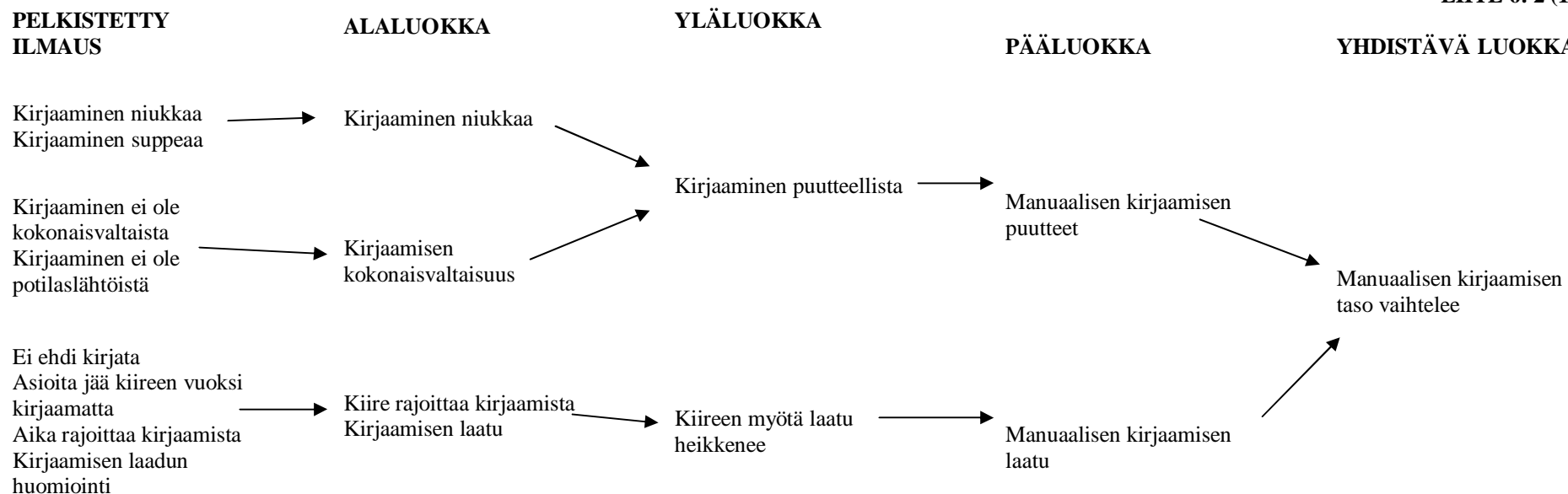
Kiitos vastauksestasi!

Mitä korjattavaa on manuaalisessa kirjaamisessa?



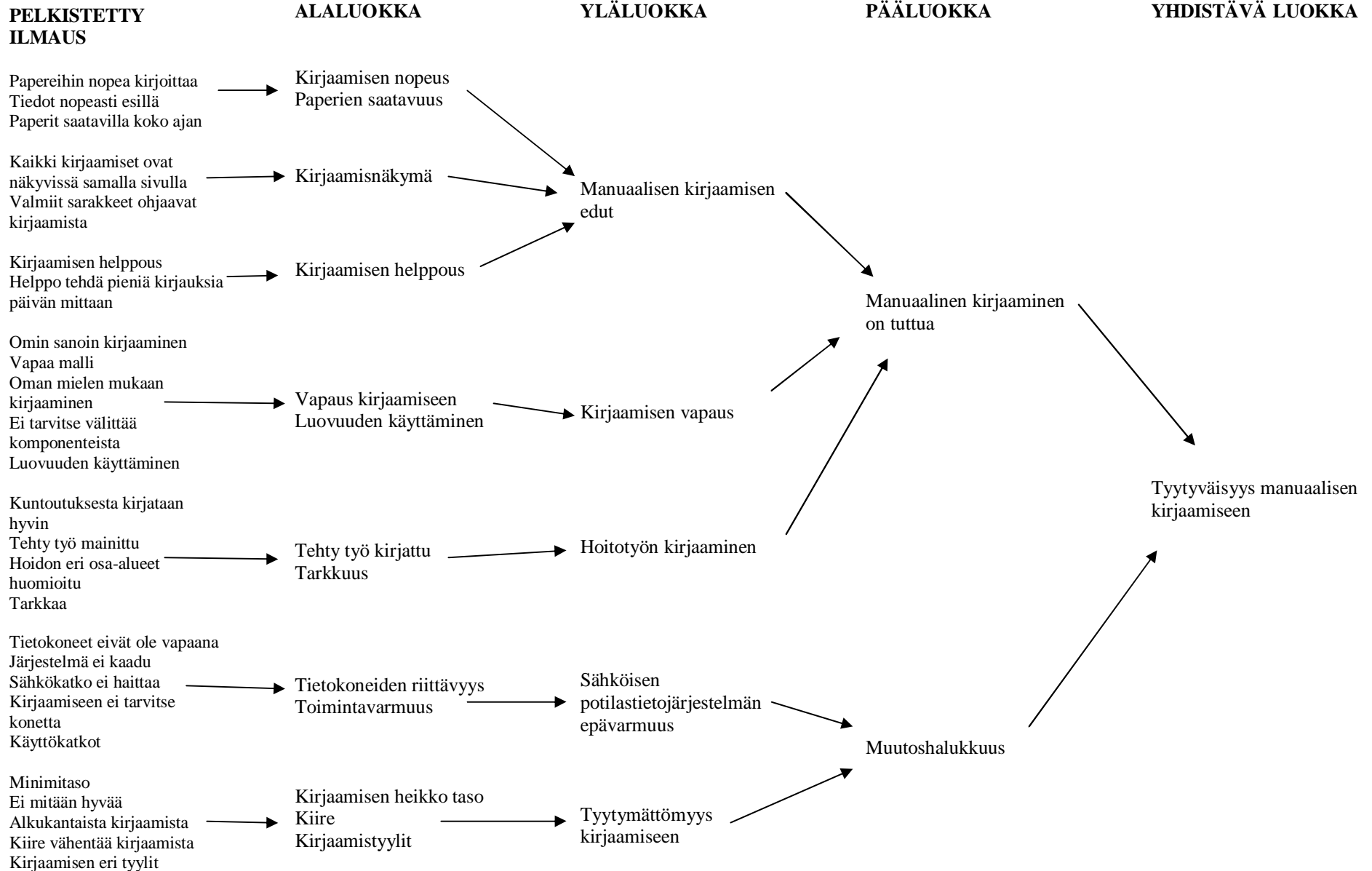
Mitä korjattavaa on manuaalisessa kirjaamisessa?

LIITE 6: 2 (10)



Mitä hyvää on manuaalisessa kirjaamisessa?

LIITE 6: 3 (10)



Mitä odotuksia sinulla on sähköistä rakenteista kirjaamista kohtaan?

LIITE 6: 4 (10)

PELKISTETTY ILMAUS

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA

PÄÄLUOKKA

YHDISTÄVÄ LUOKKA

Kirjaamisen selkeys
Kirjaaminen rakenteellistuu
Selkeyttää määräyksiä
Otsikot ohjaavat
monipuoliseen kirjaamiseen
Tehdyt asiat näkyviin
Kaikilla sama käsiala
Käsialasta saa selvän

Kirjaamisen selkeys
Rakenteellinen kirjaaminen
Ei käsialaongelmia

Kirjaamisen parantuminen
Kirjaamiskäytäntöjen
yhtenäistäminen
Hoitotoimenpiteiden
kirjaaminen

Kirjaaminen parantuu
Yhteiset pelisäännöt
kirjaamiseen

Kirjaamisen helppous
Kirjaaminen helpottaa
lukemista
Helpottaa potilastyötä
Helpottaa lääkehoidon
kirjaamista

Kirjaamisen helppous

Tiedonkulku paranee
Potilaan turvallisuus paranee

Tiedonkulun paraneminen

Hiljaisen raportin
yleistyminen
Suullisen raportoinnin
paraneminen

Raportoinnin
selkiytyminen

Helpottaa yhteistyötä
Hoidon jatkuvuus paranee
Tieto kulkee
jatkohoitopaikkaan

Yhteistyö
Jatkuvuus

Tiedot löytyy helposti
Monipuolinen tieto saatavissa

Tietojen saatavuus

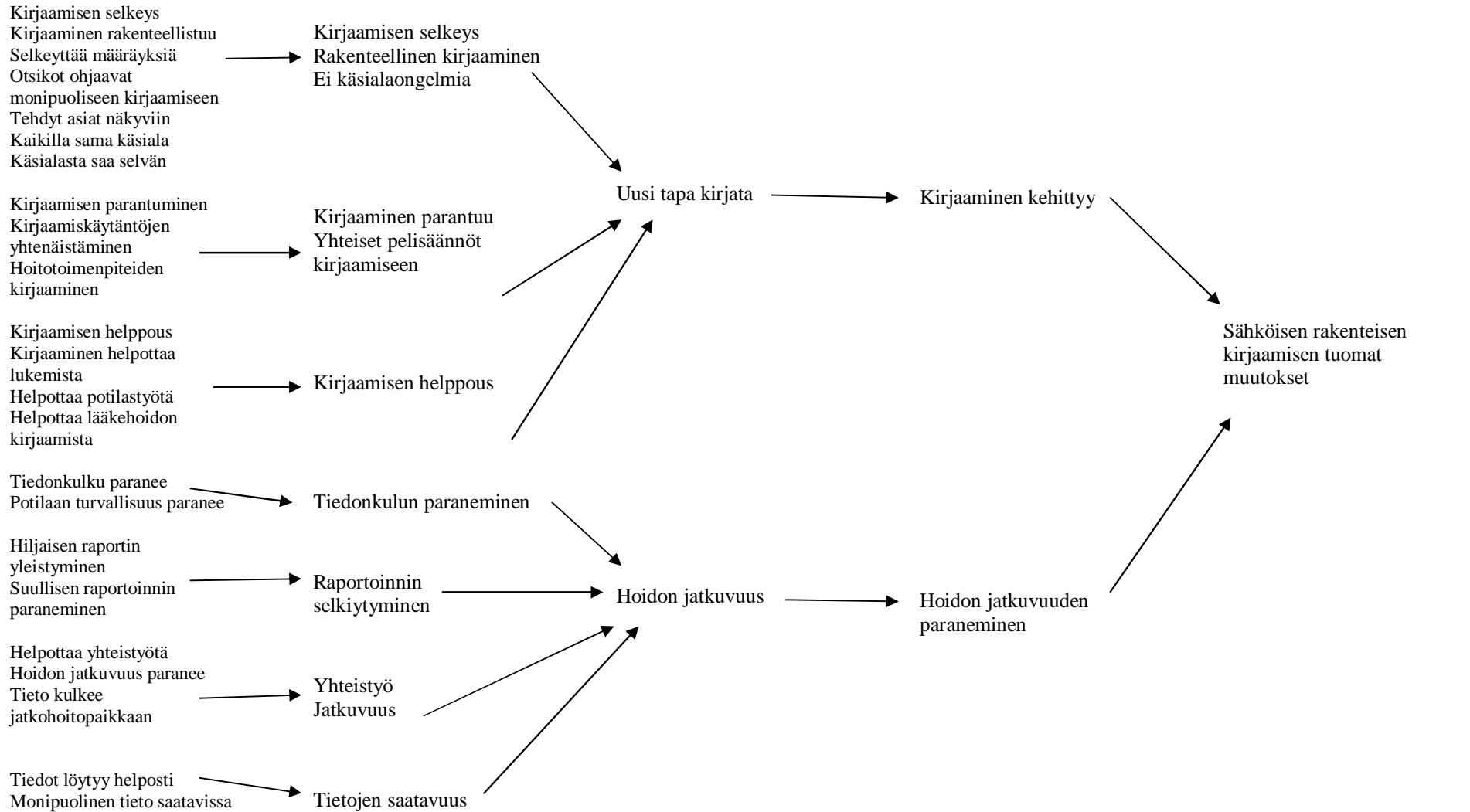
Uusi tapa kirjata

Kirjaaminen kehittyy

Sähköisen rakenteisen
kirjaamisen tuomat
muutokset

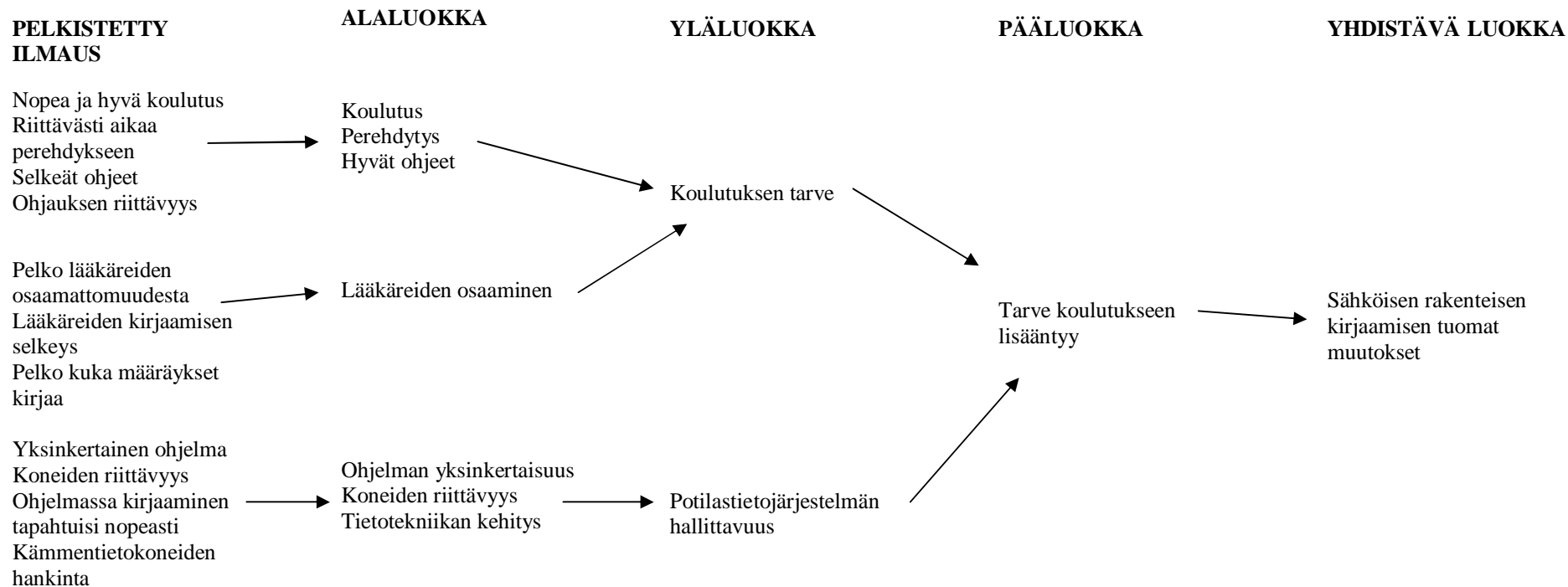
Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuuden
paraneminen



Mitä odotuksia sinulla on sähköistä rakenteista kirjaamista kohtaan?

LIITE 6: 5 (10)



Mitä korjattavaa on nykyisessä sähköisessä kirjaamisessa?

LIITE 6: 6 (10)

PELKISTETTY ILMAUS

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA

PÄÄLUOKKA

YHDISTÄVÄ LUOKKA

Komponenttien käytöstä yhteinen käytäntö
Yhteiset pelisäännöt mitä kirjataan whoikelle ja mitä kurvaan
Yhteisten linjojen luominen
Eri osastoilla eri käytännöt
Yhteisistä pelisäännöistä ei ole sovittu
Yhtenäistää käytäntöjä
Epäyhtenäinen kirjaaminen
Yhdenmukaisuus
Tarkemmat kirjaamisohjeet puuttuvat
Kirjaamisen öminimiö taso

Yhteiset pelisäännöt
Kirjaamisen yhdenmukaisuus

Hoitotyön kirjaaminen yhdenmukaistuu

Yhtaikaisen kirjaamisen mahdollisuus
Samanaikainen kirjaaminen
Toistoa moneen paikkaan kirjaamisesta
Ohjelmien järjeistämisen

Tuplakirjaaminen

Kirjaamisen taso paranee

Sähköistä rakenteista kirjaamista kehitetään edelleen

Kirjaamisessa puutteita
Potilaan omat näkemykset kirjaamatta
Tärkeitä asioita jää kirjaamatta
Oleelliset tiedot eivät välity seuraavalle vuorolle
Jatkohoitotiedot paremmin esille
Kuumekurva päivittämättä

Kirjaamisen puutteet

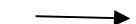
Kirjaaminen muuttuu laadukkaammaksi

Kirjaamisen määrä kasvanut, laatu ei
Töiden määrä rajoittaa laajempaa kirjaamista
Kiire → kirjaamisen taso laskee
Oma kirjaus vaatii kehittämistä

Kirjaamisen laatu

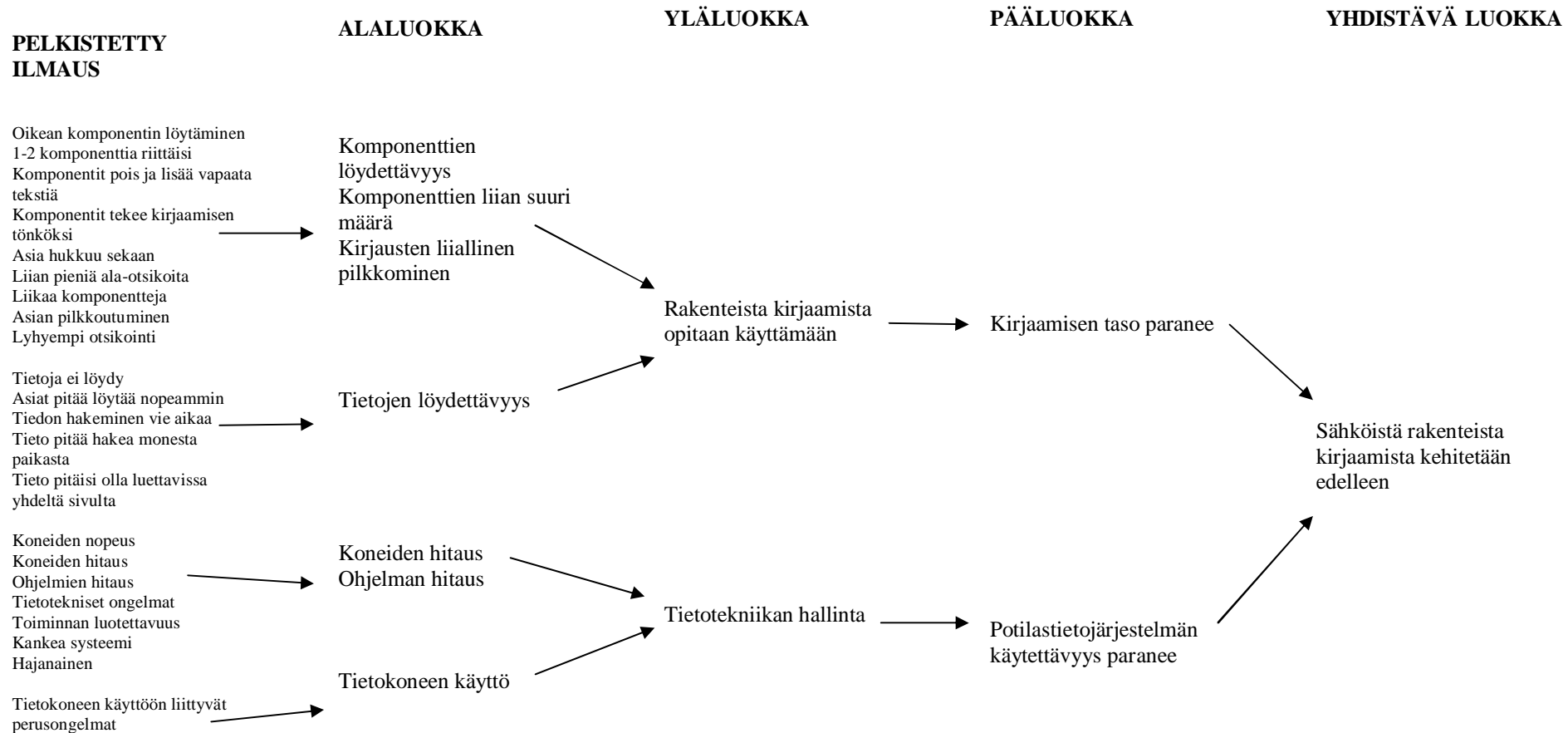
Kirjaaminen tehdään ylitöinä
Aikaa lukemiseen rajoitetusti
Ei ehdi kirjata kaikkea

Ajankäyttö



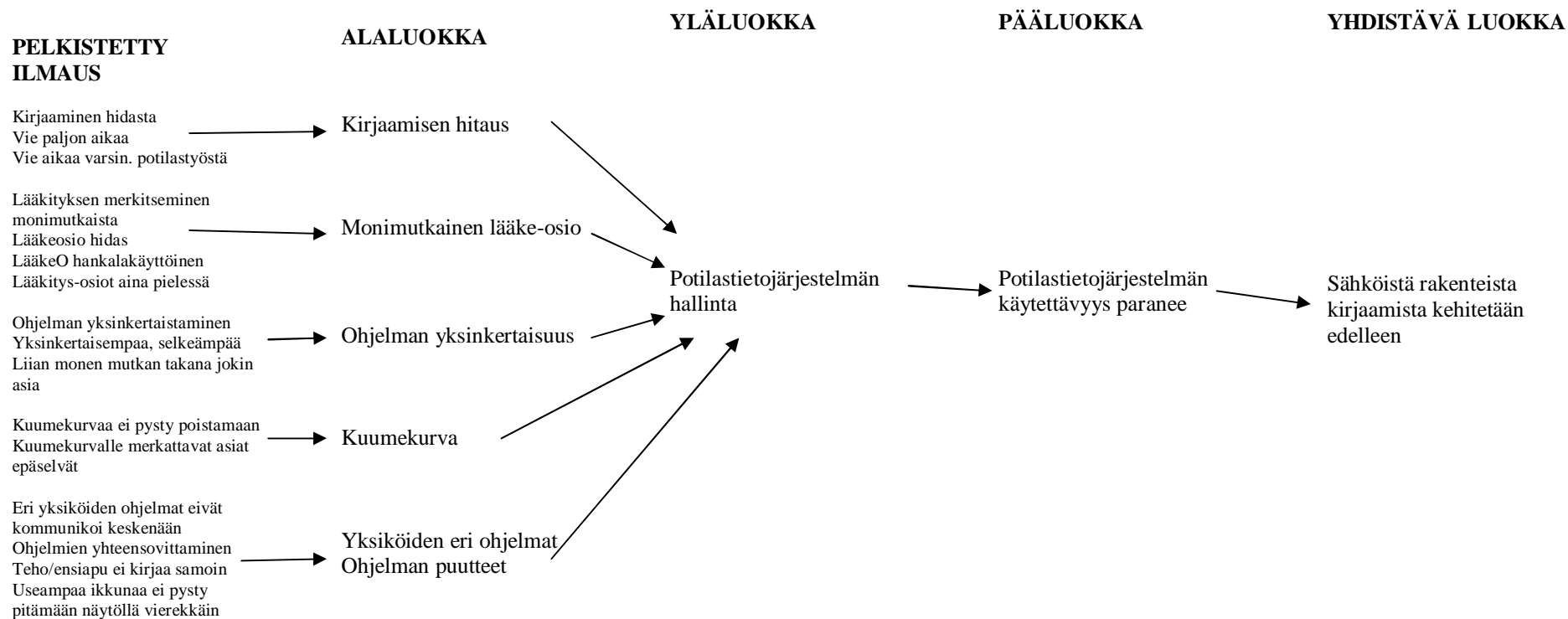
Mitä korjattavaa on nykyisessä sähköisessä kirjaamisessa?

LIITE 6: 7 (10)



Mitä korjattavaa on nykyisessä sähköisessä kirjaamisessa?

LIITE 6: 8 (10)



Mitä hyvää on nykyisessä sähköisessä kirjaamisessa?

PELKISTETTY ILMAUS

Käsialasta saa selvän
Käsiala siistiä
Käsialaepäselvyydet poissa
Läkelistat selvät
Teksti helppolukuista

Selkeys lukea
Aikajärjestys
Monipuolista, kun on tilaa kirjata
Teksti loogista

Asiat päivitty
Kurva selkeä
öMuisti-ikkunaö on hyvä

Läkelista on hyvä
Lääkkeiden nimet exaktit

Kaikki tieto samassa paikassa
Paperit ei ole hukassa
Tiedot heti saatavilla
Tietoja pystyy käsittelemään yhtäaika

Asiat löydettävissä helposti
Helppo palata aikaisempien päivien kirjauksiin
Lääkärin määräykset helposti tarkistettavissa

Lääkärit kirjaavat paremmin
Lääkärit kirjaavat enemmän
Kirjaukset tehdään kierrolla
Lääkärit kirjaavat määräykset itse

ALALUOKKA

Ei käsialaongelmia

Selkeys ja loogisuus
Tilaa kirjata

Ohjelma

Lääke-osio

Tietojen saatavuus

Tietojen löydettävyys

Lääkärien kirjaaminen

YLÄLUOKKA

Sähköinen potilastietojärjestelmä

Tiedonkulku parantunut

Yhteistyö parantunut

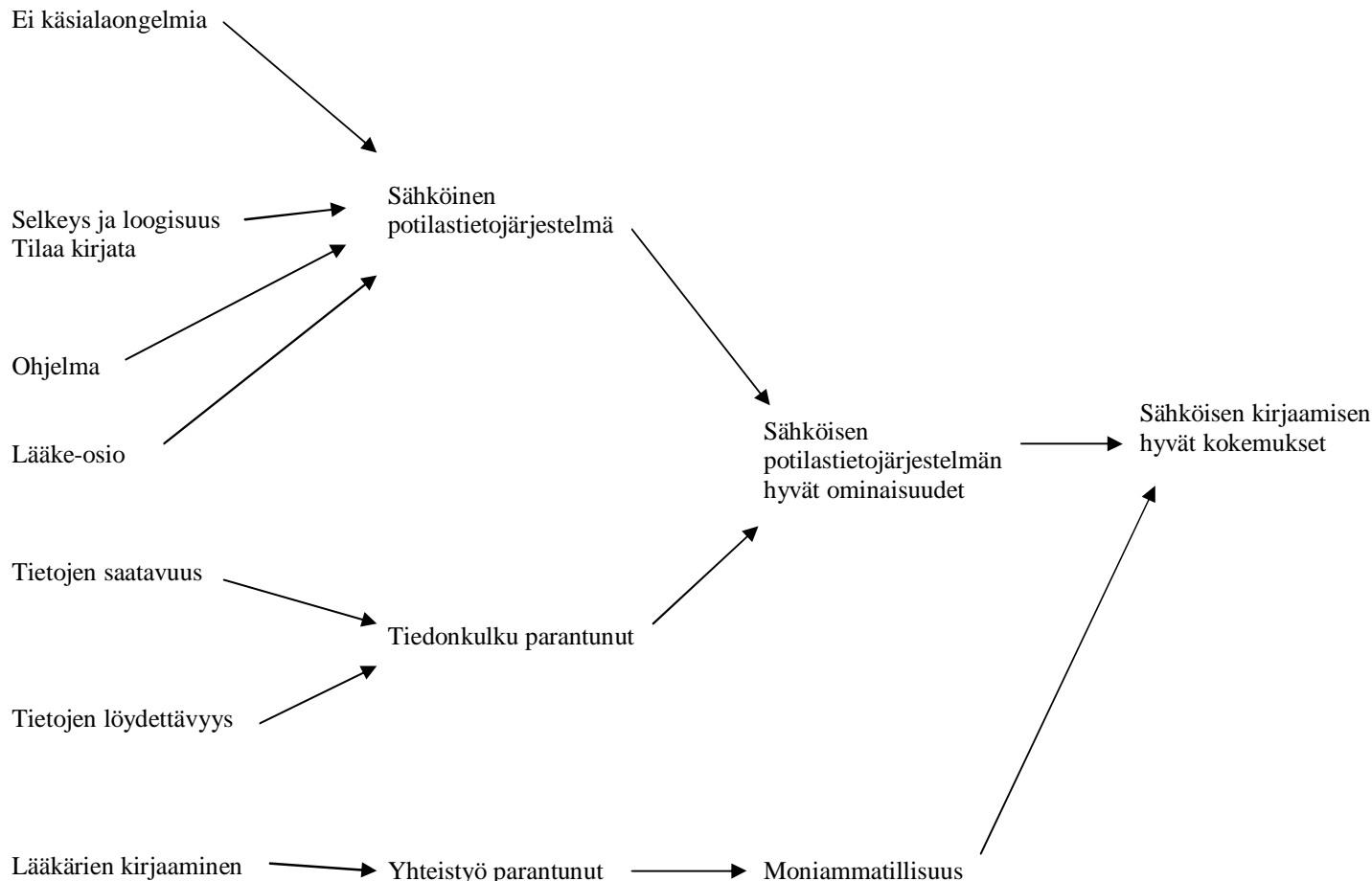
PÄÄLUOKKA

Sähköisen potilastietojärjestelmän hyvät ominaisuudet

Moniammatillisuus

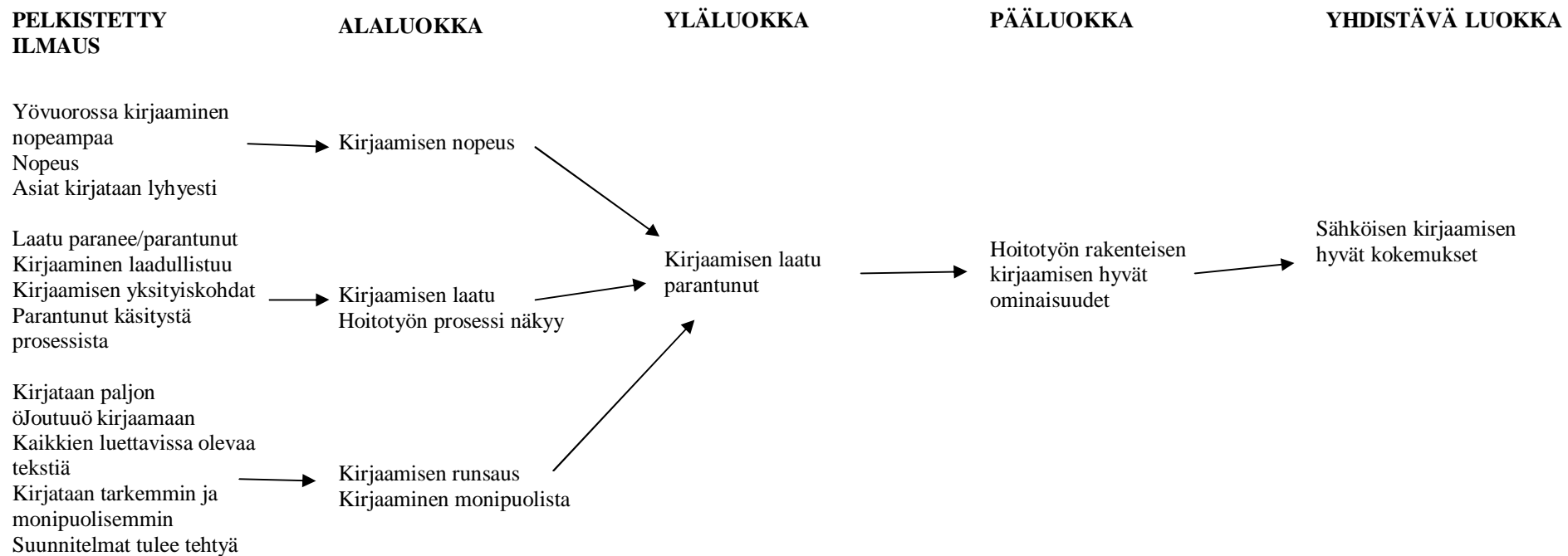
YHDISTÄVÄ LUOKKA

Sähköisen kirjaamisen hyvät kokemukset



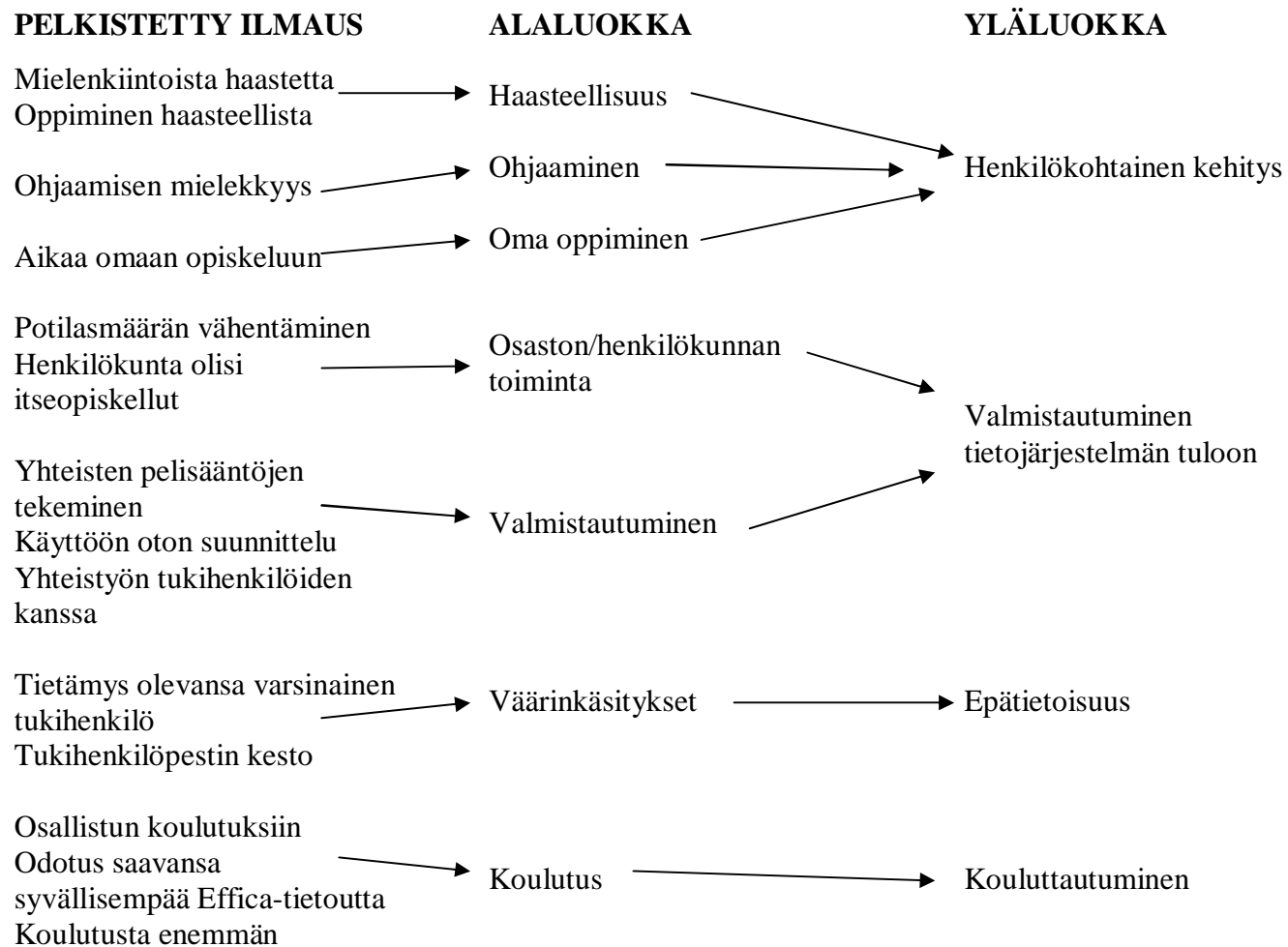
Mitä hyvää on nykyisessä sähköisessä kirjaamisessa?

LIITE 6: 10 (10)



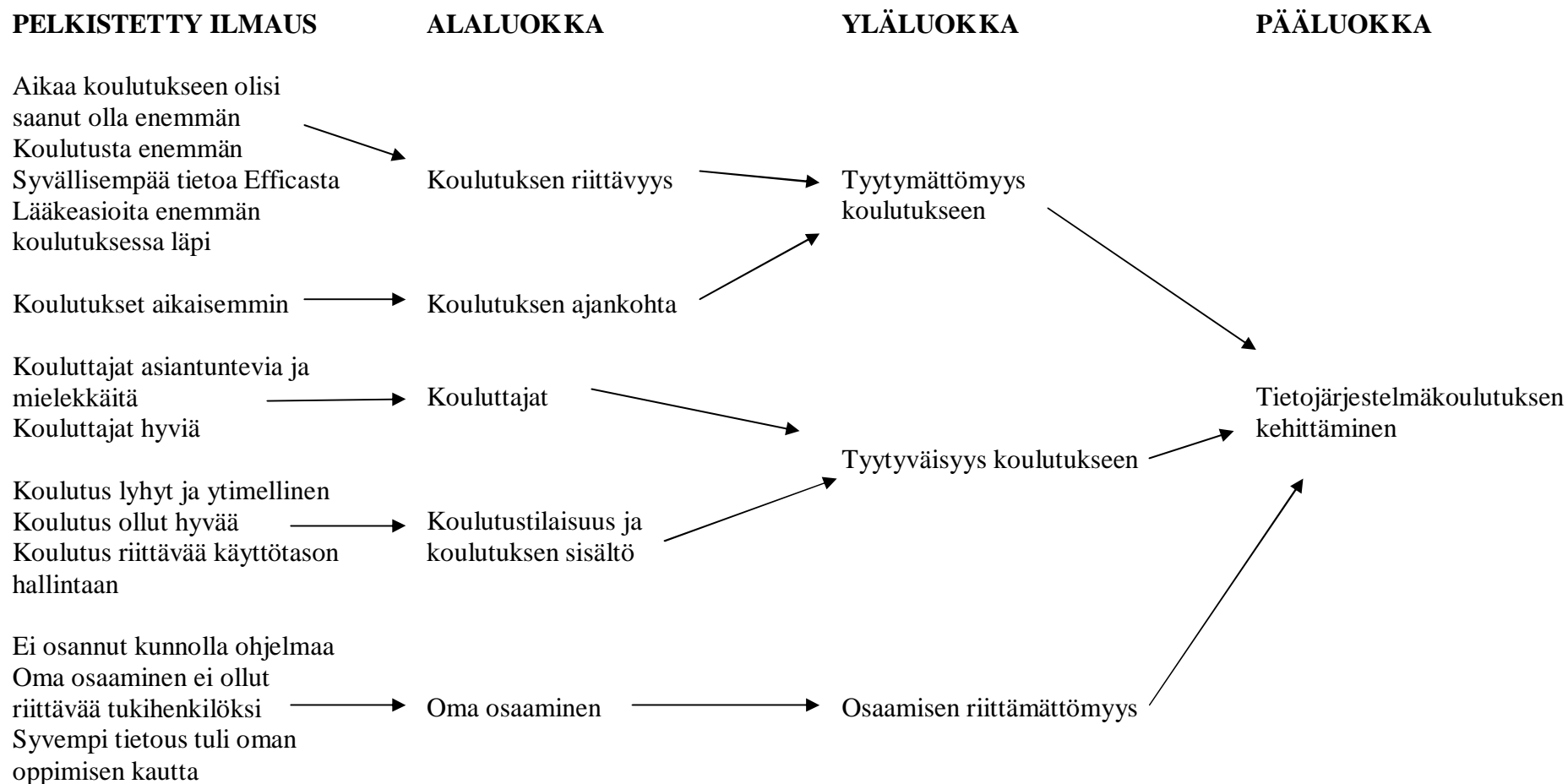
Mitä odotit, kun sinut valittiin Efficatukihenkilöksi?

LIITE 7: 1 (6)



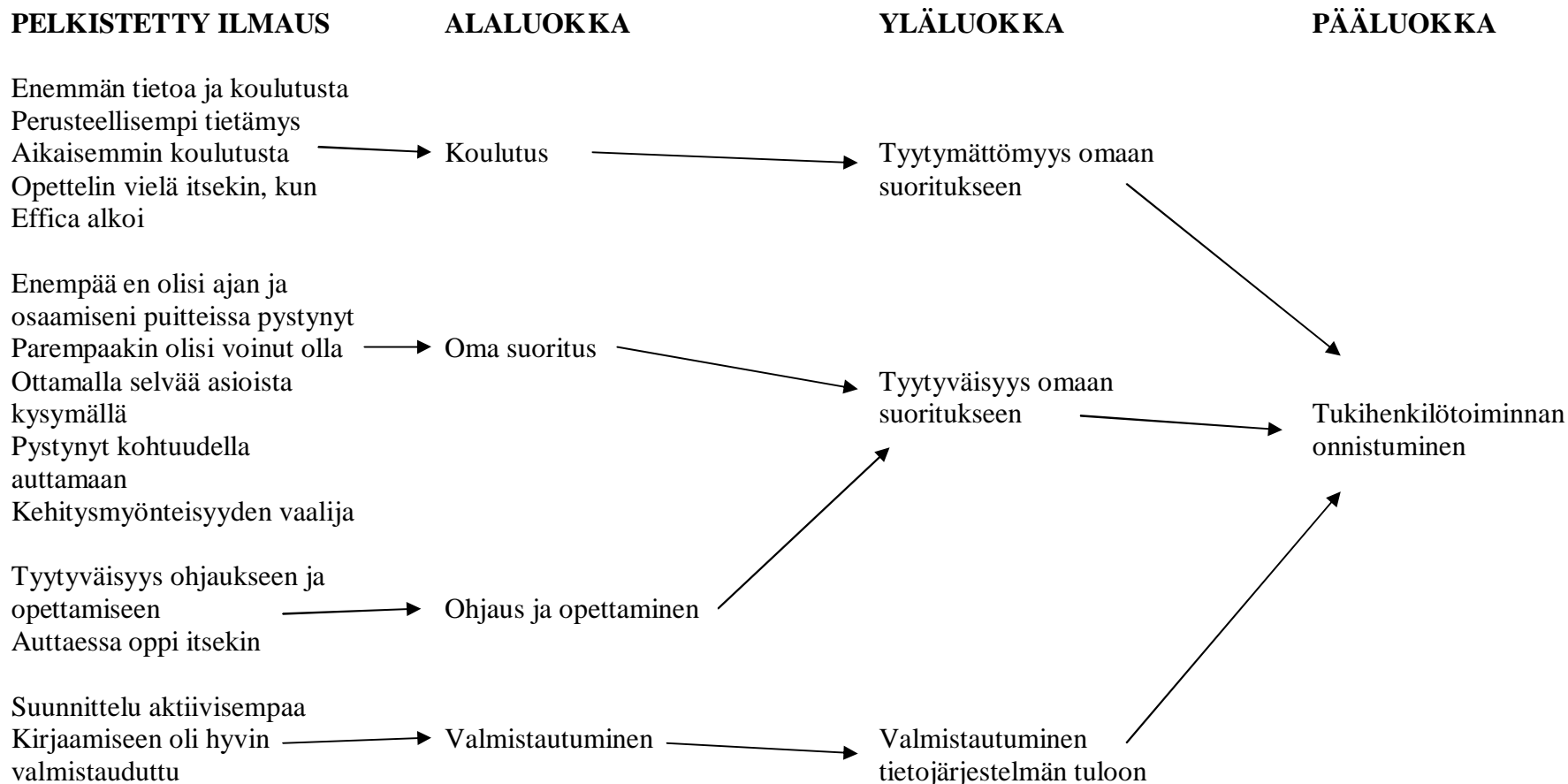
Mitä mieltä olet saamastasi tietojärjestelmäkoulutuksesta?

LIITE 7: 2 (6)



Oletko tyytyväinen omaan panokseen osaston tukihenkilönä? Perustele vastauksesi.

LIITE 7: 3 (6)



Miten koet Effica -tukihenkilön roolin uudistuksen eteenpäinviejänä?

LIITE 7: 4 (6)

PELKISTETTY ILMAUS

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA

PÄÄLUOKKA

Luottamus ja positiivisuus

Efficaan

Myönteinen suhtautuminen

sähköiseen kirjaamiseen ja

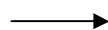
Efficaan

Tukihenkilön positiivinen asenne

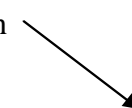
Työyhteisön asenteen

muutokseen ja muutoksessa

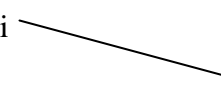
Osastolla ei muutosvastarintaa



Positiivinen kannustaminen



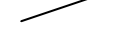
Tukihenkilön rooli



Tukihenkilön tärkeä rooli

Tuki uuden asian omaksumisessa

→ Tuen antaminen



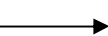
Kirjaamisen kehittäminen



Tukihenkilön tärkeä rooli

Aikaa ja halua yksilölliseen

ohjaamiseen



→ Ohjaus ja koulutus



Kirjaamisen kehittäminen



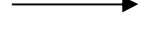
Tukihenkilön tärkeä rooli

Päivittäisen arjen rakentaminen

ja muokkaaminen



→ Kirjaamisen kehittäminen



Kirjaamisen kehittäminen



Tukihenkilön tärkeä rooli

Ei olisi pärjätty ilman

tukihenkilöitä

Haastava

Aktiiviset, asianosaajat ja

positiiviset tukihenkilöt

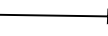
Uudistusten eteenpäin viejä

Uudistusten eteenpäinviejänä

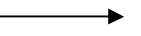
vähäinen

Tukihenkilöiden liian pieni

määrä



→ Tukihenkilön rooli



Tukihenkilötoiminta



Osaston tukihenkilötoiminta

Mitä mieltä olet Effican toimivuudesta ja kirjaamisesta tällä hetkellä osastolla?

LIITE 7: 5 (6)

PELKISTETTY ILMAUS

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA

PÄÄLUOKKA

Kirjaaminen rutiininomaista ja laatu parantunut
Kirjaaminen lisääntynyt
Kirjaaminen on hieman parantunut
Sähköinen kirjaaminen osataan

Kirjaamisen laatu

Kirjaaminen kehittynyt paremmaksi

Sähköinen kirjaamisen tuomat edut

Toiminta hidasta
Aika tuplaantunut
Kirjaamista enemmän
Hidastanut hieman kirjaamista

Ajankäyttö ja hitaus

Ajankäytön kehittäminen

Lääkärien kanssa yhteistyössä kehittämistä
Määräykset selkeitä
Yhteisten pelisääntöjen noudattaminen vaikeaa
Potilaan lääkitysasiat selvittämättä

Lääkärien toiminta

Yhteistyön kehittäminen

Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen

Yhteiset kirjaamiskäytännöt ontuvat
Kirjaaminen ei ole kattavaa/helposti löydettävissä

Yhteiset pelisäännöt

Yhteisen pelisääntöjen kehittäminen

Tieto pirstoutuu ja oleellista jää kirjaamatta

Pelot

Raportointikäytäntöjen kehittäminen

Hiljaisen raportoinnin haasteet
Raportointiaika on menetetty Efficalle

Raportointi

Toimivuus hyvä
Tilaa kirjata
Kurva melko hyvä
Komponenttien suuri kirjo
Lääkeosion kehittäminen
Raporttilapun saatavuus

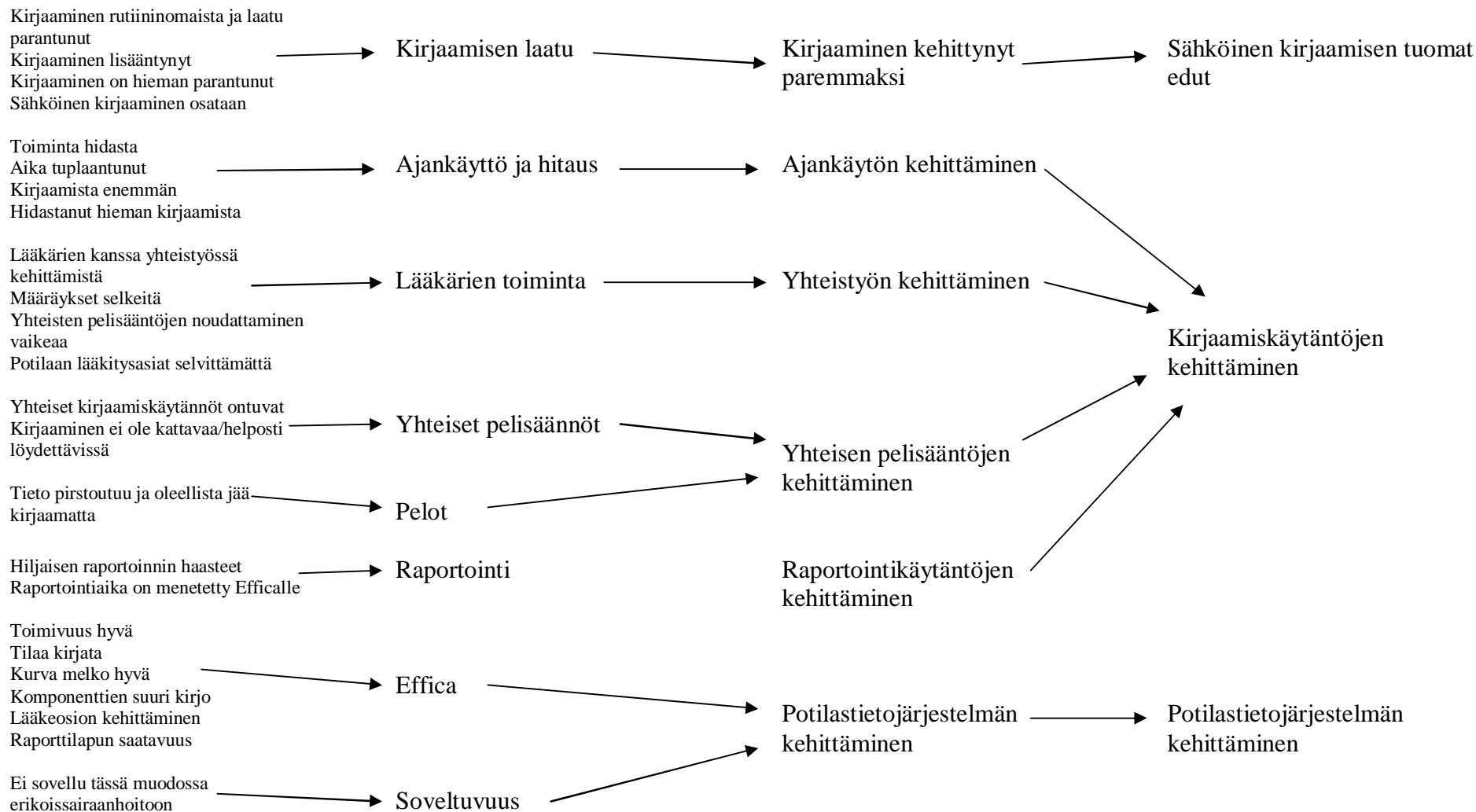
Effica

Potilastietojärjestelmän kehittäminen

Potilastietojärjestelmän kehittäminen

Ei sovellu tässä muodossa erikoissairaanhoidon

Soveltuvuus



Miten kehittäisit kirjaamista omalla osastollasi vielä paremmaksi?

LIITE 7: 6 (6)

