

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Päivi Aaltonen

Helena Katajisto

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA RAPORTOINTIKÄY-
TÄNNÖN MUUTOKSESTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2008

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA RAPORTOINTIKÄYTÄNNÖN MUUTOKSESTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Aaltonen Päivi
Katajisto Helena
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu 2008
Ohjaaja: Kangassalo Ritva
YKL: 59.21
Sivumäärä: 59

Asiasanat: hoitotyö, kirjaaminen, jatkuvuus, raportointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tietoa raportoinnin ja kirjaamisen kokemuksista ja kehittämistarpeista raportointikäytännön muutoksen jälkeen erikoissairaanhoidon sisätautivuosastojen hoitotyöntekijöille. Tutkimustehtävien avulla selvitettiin hoitajien kokemuksia työajan käytön muutoksesta kirjallisen raportoinnin myötä. Lisäksi selvitettiin muutoksen vaikutusta kirjaamiseen, hoitajien työhön, osaston toimintaan ja päätöksentekoon. Tutkimustehtäviin kuului myös kysymys sähköisestä kirjaamisesta.

Aineisto kerättiin kyselomakkeen avulla syys- lokakuussa 2007. Kyselylomake sisälsi 25 strukturoitua ja kaksi avointa kysymystä, sekä kolme muuta vaihtoehtokysymystä. Vastauksia saatiin 42 kappaletta ja vastausprosentti oli 72. Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Avointen kysymyksien vastaukset luokiteltiin sisällön erittelyllä. Tuloksia havainnollistettiin kuvioiden avulla ja avointen kysymysten vastauksia suorilla lainauksilla.

Tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan raportointikäytännön muutos oli parantanut kirjaamista merkittävästi ja hoitotyöhön koettiin olevan enemmän aikaa. Tutkimustulokset antavat hyvän lähtökohdan kehittää edelleen kirjallista raportointia suullisen raportoinnin sijaan ja näitä tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa lukuraportoinnin kehittämisessä. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää hoitajien kokemuksia kirjallisesta raportoinnista sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä. Lisäksi voitaisiin selvittää kokemuksia sähköisen kirjaamisen vaikutuksista hoitotyöhön.

EXPERIENCES OF NURSING STAFF OF THE CHANGE OF REPORTING PRACTICE WITHIN SPECIAL HEALTH CARE

Aaltonen Päivi
Katajisto Helena
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
January 2008
Advisor: Kangassalo Ritva
PLC: 59.21
Pages: 59

Keywords: nursing, recording, continuity, reporting

The aim of the master's thesis was to study information on reporting and recording experiences and on the needs to develop them after the reporting practice has changed. The study was addressed to nursing staff working on internal disease bedpatient wards within special health care. By means of the research tasks the nurses' experiences of changed use of working hours via written reporting were explored. In addition, the impact of the change on recording, on the nurses' work, on the functioning of the ward and on decision-making was looked into. One of the research tasks also dealt with the issue of electronic recording.

The material was gathered by means of a questionnaire in September and October, 2007. The questionnaire contained 25 structured and two open questions as well as three alternative questions. 42 responses were returned, the response rate being 72 %. The quantitative material was analyzed using statistical methods, and the responses to the open questions were classified by means of content analysis. The findings were illustrated by using figures and the responses to the open questions with direct quotations.

The results showed that the change in the reporting practice had considerably improved recording, and that there was more time to be devoted to nursing. The results provide a good basis for further development of written reporting instead of oral reporting, and these results can be utilized in the future to develop numerical reporting. A topic for further research could focus on nurses' experiences of written reporting as electronic recording is introduced. Also, experiences of the effects of electronic recording on nursing could be studied.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	7
2.1 Kirjaamista koskeva lainsäädäntö	9
2.2 Sähköinen kirjaaminen	11
2.3 Hoitotyön jatkuvuus	12
2.4 Hoitoisuus ja hoitotyön luokitukset.....	13
3 HOITOTYÖN RAPORTOINTI.....	15
3.1 Suullinen raportointi	16
3.2 Kirjallinen raportointi	17
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	19
5.1 Tutkimusmenetelmät	19
5.2 Aineiston hankinta.....	23
5.3 Aineiston käsittely ja analysointi	25
6 TULOKSET	26
6.1 Vastaajien taustatiedot.....	26
6.2 Ajankäyttö raportointikäytännön muutoksen jälkeen.....	27
6.3 Raportointikäytännön muutoksen vaikutus työhön ja osaston toimintaan	33
6.4 Raportointikäytännön muutoksen vaikutus päätöksentekoon	38
6.5 Sähköisen kirjaamisen vaikutus hoitotyöhön	42
6.6 Lukuraportin tärkeimmät asiat	45
6.7 Muut huomioitavat asiat lukuraportointiin liittyen	46
7 TULOSTEN YHTEENVETO	47
8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	52
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	54
8.2 Tutkimuksen eettisyys	55
9 POHDINTA	56
LÄHTEET.....	58

LIITTEET

LIITE 1 Saatekirje ja kyselylomake

LIITE 2 Tutkimuslupa-anomus

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö käsittelee suullisen raportointikäytännön muutoksen vaikutusta hoitotyöhön ja kirjaamisen merkitystä hoitotyön turvallisuudelle jatkuvuudelle. Hyvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi potilasasiakirjojen tulee olla oikeita, virheettömiä ja laajuudeltaan riittäviä. (Saranto & Ikonen 2007, 189). Kyselytutkimus suoritettiin erikoissairaanhoidon sisätautivuodeosastojen hoitohenkilökunnalle raportointikäytännön muutoksen vaikutuksista hoitotyöhön.

Kirjallisesta raportointikäytännöstä ja sen vaikutuksesta hoitotyöhön on tehty vähän tutkimuksia ja kuitenkin aihe on ajankohtainen ja merkityksellinen. Aihe kiinnostaa meitä tulevana sairaanhoitajina, koska raportointi- ja kirjaamiskäytännöt vaihtelevat ja kirjaamisen tiedot on todettu olevan osittain puutteellisia. Hoitotyön kirjaamisen kehittymisen myötä on kuitenkin mahdollistunut suullisten raportointikäytäntöjen vähentyminen. (Hallila 2005, 125).

Sähköinen kirjaaminen auttaa jäsentämään kirjaamista ja helpottaa potilastietojen löytymistä ja siten edistää potilasturvallista hoidon jatkuvuutta. Tulevaisuudessa systemaattinen kirjaaminen edistää myös hoitotietojen käyttöä ja saatavuutta ajantasaisesti ja moniammatillisesti. Systemaattinen kirjaaminen auttaa myös hoitotyön toimintaprosessin, vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten seurannan kehittämässä. (Saranto 2007, 178.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tietoa raportoinnin ja kirjaamisen kokemuksista ja kehittämistarpeista raportointikäytännön muutoksen jälkeen. Tutkimuskysymysten tavoitteena on saada vastaukset hoitajien kokemuksesta työajan käytön muutokseen, työhön, osaston toimintaan ja päätöksentekoon. Tutkimuksessa selvitetään myös kirjaamisen muuttumista ja mahdollisia kehittämistarpeita sekä hoitajien kokemuksia sähköisestä kirjaamisesta.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Kirjaaminen eli dokumentointi on yksi ohjaavia periaatteita potilaan oikeudelle hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (Hallila 2005, 16). Tiedolla on suuri merkitys potilaan hoidon toteuttamisessa ja järjestämisessä. Merkityksellisiä ovat kirjaamisen vaikutukset potilasturvallisuuden edistymiseen ja luottamuksellisen hoitosuhteen kehittymiseen. (Saranto & Ikonen 2007, 187.) Erityisesti kirjatut hoitotiedot pitää olla käytettävissä viiveettä niitä tarvitseville potilaan päivittäisessä hoidossa. Potilastietojen hallinnasta onkin kehittynyt laaja järjestelmä terveydenhuollossa, johon kuuluvat tietojen tuottamiseen, säilyttämiseen ja jakamiseen tarvittavat menettelytavat, välineet, ohjeet ja toimijoina ihmiset. (Saranto & Sonninen 2007, 12.)

Potilaslähtöisessä hoitotyön suunnitelmassa kirjaamisen tavalla on merkitystä. Liian niukka kirjaaminen jättää aukkoja suunnitelmaan ja voi aiheuttaa helposti vääriä tulkin-toja. Liikaa kirjatussa tekstissä ydinasiat katoavat herkästi ja tarvittavaa tietoa on vaikea löytää. Potilaan lähtökohdista käsin kirjatuissa tiedoissa on kyse juuri tämän potilaan hoitotyöstä. Tarvitaan siis osallisuutta, hoitajan toimimista potilaan neuvottelukump-panina, kysymysten tekemistä molemmin puolin sekä erilaisten havaintojen tekemistä ja tarkistamista. (Laitinen 2002, 155.)

Hoitotyöntekijän arvioiva ote hoitotyöhönsä on osoitus kriittisestä ajattelutavasta ja päättelykyvystä. Arvioiva kirjaamisen tapa on potilaslähtöistä. Se on vertailevaa, kuvai-levaa, kriittistä ja siten voidaan nostaa esille potilaan hoidossa tapahtuneita muutoksia ja ilmennyttä uutta tietoa. Vertailemalla aikaisempiin tapahtumiin voidaan kirjaamisen avulla havaita hoidon edistyminen, taantumaiset tai pysähtymiset. Tilanteisiin voidaan tarttua heti ja niitä voidaan korjata välittömästi. Arvioivasti kirjattu hoitotyön suunnitelma antaa arvokasta tietoa niille hoitotyöntekijöille, jotka eivät ole aiemmin tavanneet potilasta. Potilaan hoitajakson ollessa lyhyt tai hoidettaessa häntä eri yksiköissä, arvioi-den kirjattuun tekstiin on helppo nojata ja jatkaa työtä hoidon seuraavissa vaiheissa. (Laitinen 2002, 155.)

Näyttöön perustuva hoitotyö on prosessi, joka jäsentää kirjaamista ja se perustuu loogis – analyyttiseen päätöksentekomalliin. Menettelynä korostuvat oikeat asiat, hoitotyön auttamismenetelmät, oikealla tavalla, toimintaprosessit, oikealle potilaalle ja oikeaan aikaan. Koska hoitotyön tulisi perustua näyttöön, tulisi sen kirjaaminenkin perustua näyttöön eli hoitotyön kirjaamisessa tulisi näkyä, minkälaiseen tietoon päätökset perustuvat ja mitä hoitotyön keinoilla saatiin aikaan. Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on, että potilaat saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa hoitoon ja terveyteen liittyvistä vaihtoehdoista, hoitotyön tehottomat auttamiskeinot karsiutuvat, voimavarat kohdistetaan oikein ja taloudellisesti sekä suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta päästään eroon. (Hallila 2005, 12-13, Hopia & Koponen 2007, 6-7.)

Hoitotyön prosessiin kuuluu neljä vaihetta: potilaan tilanteen ja hoitotyön tarpeen arviointi, tavoitteiden asettaminen, hoitotyön toteutus ja hoitotyön arviointi. Painopisteenä tulisi erityisesti olla hoitotyön tulosten näkyväksi tekeminen ja niiden arviointi. Ammatillaiset pitävät hoitotyön prosessia työn perustana, sen käyttö myös helpottaa työtä. Prosessi myös tehostaa tiedonsiirtoa ammattilaiselta toiselle, toisaalta prosessia pidetään myös vieraana tapana jäsentää työtä ja sitä ei koeta tarpeelliseksi. Prosessia pidetään myös käytännön työssä liian kankeana, jossa päätöksentekotyylit ja päätöksenteon vaiheet toistuvat nopeina, päällekkäisinä tapahtumina. Siksi hoitotyön päätöksenteko ja päätöksiin liittyvät perustelut kirjataan vielä puutteellisesti. Hoitotyön keskeiset periaatteet, potilas- ja perhekeskeisyys, eivät vielä näy riittävästi kirjaamisen sisällöissä. (Hopia ym. 2007, 6-7.)

2.1 Kirjaamista koskeva lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaaminen perustuu lainsäädäntöön. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet (2001) edellyttävät, että terveydenhuollon palveluja saavan potilaan tai asiakkaan hoidon aikaiset tiedot ovat virheettömiä ja asianmukaisia. Näiden asiakirjojen perusteella tulee voida jälkikäteen päätellä terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan asianmukaisuutta ja asiakkaan tai potilaan terveydentilaa sekä käytettyjä hoitokeinoja ja niiden vaikutuksia. Peruseriaatteena on, mikä on kirjattu, on tehty. Oikea-aikainen, huolellinen ja virheetön kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta sekä potilaan ja henkilökunnan oikeusturvaa. (Hallila 2005, 111.) Laillisilla ja eettisillä vastuilla tarkoitetaan, että lakeja, asetuksia, ohjeita ja sääntöjä sekä toimintayksikön tai laajemmin sovittuja toimintatapoja ja – linjoja on noudatettu (Saranto & Sonninen 2007, 15).

Keskeinen kirjaamista koskeva laki on potilasvahinkolaki (585/1986), jonka mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Potilasvakuutuskeskuksella on oikeus saada tarpeellisia tietoja terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavilta. Täsmällisen kirjaamistiedon merkitys on oleellista potilasturvallisuudelle ja hoitajien oikeusturvalle.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn (159/2007) mukaan, asiakastietojen sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys. Asiakastietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko niiden säilytysajan. Asiakastiedolla tarkoitetaan potilastietoa sekä asiakasta koskevaa tietoa. Sähköisestä asiakasasiakirjasta tulee olla vain yksi alkuperäinen tunnisteella yksilöity kappale. Alkuperäisestä asiakirjasta voidaan palvelun toteuttamiseksi tai muusta perustellusta syystä ottaa jäljennös, josta tulee ilmetä asiakirjan olevan jäljennös.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mukaan potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa kos-

kevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan, ellei hän itse toisin halua. Terveystieteiden ammattihenkilön tulee kirjata potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjoihin liittyvä tieto on salassa pidettävää.

Erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) mukaan, potilaasta on tehtävä hänen terveydentilansa koskevat merkinnät sairaalan tai muun toimintayksikön asiakirjoihin. Asiakirjat on laadittava ja säilytettävä kussakin sairaalassa tai muussa toimintayksikössä. Asiakirjat voidaan potilaan tutkimuksen tai hoidon järjestämiseksi siirtää tai antaa lainaksi toiselle sairaalalle tai muulle toimintayksikölle.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) mukaan, terveydenhuollon ammattihenkilön ja kunkin terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava ja säilytettävä potilasasiakirjat siten kuin Sosiaali- ja terveysministeriö tarkemmin määrää. Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salaisia. Terveystieteiden ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivullisille potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja.

Henkilötietolain (523/1999) mukaan tietojen käsittelyä koskeviin periaatteisiin kuuluu huolellisuusvelvoite, käyttötarkoitussidonnaisuus, yhteysvaatimus ja tietojen laatua koskevat periaatteet, joita ovat tarpeellisuusvaatimukset ja virheettömyysvaatimus. Henkilötiedot ovat henkilön tai hänen ominaisuuksia kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä koskeviksi.

2.2 Sähköinen kirjaaminen

Kansallisella tasolla on tehty merkittävä päätös siirtyä yhtenäiseen, rakenteiseen kirjaamisjärjestelmään (standardoidut otsikot, termit, luokitukset, vapaamuotoinen teksti) koko terveydenhuollossa. Paperi ja kynä vaihtuvat tietokoneeseen. Eniten muuttuu tiedon jäsentäminen ja ilmaisu. (Hopia ym. 2007, 5-6.) Hoitotyön ydin kuitenkin säilyy eli sairaanhoitaja arvioi edelleen potilaan tilannetta, tekee johtopäätöksen hoitotyön tarpeesta, suunnittelee ja toteuttaa hoitotyötä sekä kirjaa ja arvioi tuloksia. Sähköisiä lomakkeita ja luokituksia on kehitetty ja ne ovat jäsenneilty hoitotyön prosessin mukaisesti. Prosessi jäsentää sähköistä kirjaamista hoitotyön ydintietojen keräämisessä, kirjaamisessa ja tallentamisessa. (Hopia ym. 2007, 6.)

Sähköinen kirjaaminen luo puitteet sairaanhoitajille tuoda päätöksentekoa yhä näkyvämmäksi ja yhdenmukaisemmaksi sekä mahdollistaa tiedon hyödyntämisen eri tarkoituksiin hoitotyön dokumentoinnin näkökulmasta, koska kirjaamista ohjataan kansallisesti hyväksytyjen ydintietojen mukaisella rakenteella. Hoitotyön suunnitelman ydintiedot, rakenteelliset tiedot ovat hoitotyön tarve, toiminnot ja tulokset ja ne sisältävät arvioinnin. Ydintietoihin sisältyy myös potilaan hoitoisuuden luokitus ja hoitotyön yhteenvedo. Sähköisen kirjaamisen tarkoituksena on yhtenäistää kirjaamisen sisältöjä. (Tanttu & Rusi 2007, 113, Lundgrén-Laine & Salanterä 2007, 30.)

Rakenteinen kirjaaminen yhtenäistää hoitotyössä käytettäviä käsitteitä, tukee hoitotyön kirjaamiseen ohjausta ja perehdytystä sekä parantaa hoidon ja kirjaamisen laatua. Potilaan hoitotiedoista voidaan koota erilaisia tietokokonaisuuksia eli näkymiä ja niitä voidaan käyttää esimerkiksi hoitopalautteissa ja yhteenvedoissa sekä läheteissä ja tiivistelmissä. Rakenteisiin hoitotyön tietoihin voidaan myös liittää hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseksi arviointimittareita. (Tanttu ym. 2007, 116.)

Hoitotyön kirjaamisen lähtökohtana on saman tiedon kirjaaminen vain sovittuun kohtaan hoitokertomusta. Rakenteisesti kirjattujen tietojen yhtenäisyys helpottaa potilaan-

hoitoa koskevien tietojen hakua potilaskertomusjärjestelmästä ja takaa yhtenäisen tiedon saamisen. Tietoja voidaan hakea esimerkiksi koodistojen, otsikoiden ja yhtenäisten luokitusten avulla ja ne voidaan yhdistää potilaaseen, erikoisalaan, ammattiryhmään, aikaan ja hoitoprosessin eri vaiheeseen. Tiedoista voi myös saada raportteja ja tilastoja hoitoisuudesta ja hoitotyön luokitusten käytöstä. (Tanttu ym. 2007, 116.)

2.3 Hoitotyön jatkuvuus

Hoitotyössä kirjaaminen tapahtuu hoitosuunnitelman avulla. Laadukkaalla, virheettömällä, taloudellisella ja arvioivalla hoitotyön kirjaamisella luodaan edellytykset potilasturvalliselle hoidon jatkuvuudelle ja etenemiselle. (Nissilä 2005, 56-57.)

Potilaiden hoitokokonaisuudet jaksottuvat usein eri hoitopaikkoihin. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää terveydenhuollon ja hoitotyön eri ammattilaisten muodostaman hoitotiimin mahdollisuutta saada yksittäisen potilaan hoitoa koskeva tieto käyttöön potilaan suostumuksella juuri silloin kun tietoa tarvitaan. Tällöin potilaan hoito jatkuu saumattomasti. (Tanttu 2007, 131.)

Terveydenhuollossa on vielä kehitettävää hoidon ja palvelujen jatkuvuudessa. Potilaat joutuvat vielä usein itse selvittämään asiapapereidensa sijainnin ja varmistamaan tietojensa siirtymisestä eri laitosten välillä sekä perus- että erikoissairaanhoidossa. Loppuarviot voivat edelleen viipyä ja hoitotyön yhteenvedot eivät siirry välttämättä lainkaan. Hoidon jatkuvuuden kannalta välttämättömän tiedon tulisi siirtyä hoidon edellyttämällä tavalla ilman, että potilaan tarvitsee ottaa siitä vastuuta. (Tanttu 2007, 131.)

Hoitotietojen sähköinen välittäminen mahdollistaa ja vaatii hoitokäytäntöjen ja potilaille annettavien ohjeiden yhdenmukaistamista. Potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta tar-

peellisten ja virheettömien potilastietojen siirto toimintayksiköiden välillä edellyttää muun muassa yhdenmukaisia tietorakenteita. Yhtenäinen hoitotieto sujuvoittaa potilaan hoidon jatkuvuutta. (Tanttu ym. 2007, 113). Tulevaisuudessa kansallinen potilaskertomusten arkistointi mahdollistaa sen, että potilasta koskevat asiakirjat ovat käytettävissä tarvittaessa kaikkialla Suomessa, kaikissa toimintayksiköissä, terveyskeskuksissa, sairaaloissa ja yksityisillä palvelujen tuottajilla. Edellytyksenä kuitenkin on, että potilas antaa käytölle luvan. (Tanttu 2007, 131-132.)

Sosiaali- ja terveysministeriö edellyttää, että potilaan hoitoa antavan tahon viestinnässä edistetään sähköisten järjestelmien käyttöä. Potilaan ja hoitavan henkilön välinen hoitotapahtumaan liittyvä keskustelu, hoito-ohjeiden antaminen tai tutkimustuloksista tiedottaminen on myös mahdollista tietoturvallisen sähköpostin avulla. Se edellyttää kuitenkin turvajärjestelmää. Myös näistä potilaan ja ammattilaisen välisistä sähköisistä asioinneista tehdään merkinnät potilaskertomukseen ja hoitovastuu on sama kuin muissakin terveydenhuollon palveluissa. (Tanttu 2007, 132.)

Tulevaisuudessa muodostuu tärkeäksi yhteisten päätösten tekeminen potilaan hoidon suunnittelussa ja se korostuu erityisesti hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Hoitotyössä korostuu yhä enemmän potilaan oma osallistuminen, joka edellyttää tasavertaista ja toimivaa yhteistyösuhdetta hoitotyöntekijöiden ja potilaiden välillä. (Tanttu 2007, 132.)

2.4 Hoitoisuus ja hoitotyön luokitukset

Hoitoisuus on yksi kansallisesti määritellyistä hoitotyön ydintiedoista. Potilaiden hoitoisuuden arviointi tehdään hoitoisuusluokituksen avulla. Lähtökohtana hoitoisuuden määrittämiselle on potilaan hoidollinen tilanne, joka muodostuu potilaan hoidon tarpeesta ja sitä vastaavasta hoitamisesta. Hoitoisuusluokitus mittaa annettua hoitoa, ei suoraan potilaan hoidon tarvetta. (Tanttu & Ikonen 2007, 124). Hoitoisuus on tunnusluku, joka kuvaa hoitotyössä henkilöstön työtä ja ilmaisee potilaan hoidon tarpeeseen perustuvan

hoitamisen vaativuuden asteen. Hoitoisuus tarkoittaa myös henkilöstön mitoittamista ja hoitotyön kustannusten selvittämistä. (Tanttu ym. 2007, 123.) Mittausajanjakso on yleensä yksi vuorokausi tai yksi työvuoro, jonka aikana hoitohenkilöstö on hoitanut potilasta. Potilasta hoitava sairaanhoitaja arvioi asiantuntemuksensa perusteella potilaaseen kohdentuvaa hoitoa ja sen toteuttamiseen käytettyä hoitamisen vaativuutta. Hoitoisuuden arvioinnin avulla selviää yksittäisen potilaan hoidon vaativuus hoitavalle henkilöstölle. Hoitoisuuden arviointi kuuluu hoitoprosessiin ja on osa sitä. (Pulkinen 2000, 12, Tanttu ym. 2007, 123.)

Hoitoisuusluokitus sisältää potilaiden luokittelun valittujen ominaisuuksien perusteella ja tarvittavan hoitotyön luokittelun valittujen periaatteiden mukaisesti. Potilaiden luokitteluperuste on yleensä hoidon tarpeen samanlaisuus valituilla tarvealueilla. Hoitotyön luokitteluperusteena on jokin hoitamista kuvaava päätöksenteon vaihe tai yksittäisiä hoitotoimintoja, jotka parhaiten edustavat hoitamisen alaa. Potilaan hoitoisuus määräytyy arviointikohteiden vaativuudesta saadun arvon perusteella. Kunkin hoitoisuusluokan potilas edustaa ryhmää, joiden hoitoisuus on tietyllä vaihteluvälillä samanlainen. (Pulkinen 2000, 13.)

Systemaattisesti kerätyn tiedon yhdenmukaisuus mahdollistaa tietojen vertaamisen eri aikoina, eri tilanteissa ja eri alueilla. Se sisältää termipohjaista tietoa hoitotyön toiminnasta diagnooseista ja tuloksista. Lähtökohtana on potilaan hoitosuunnitelmaan kirjattu tieto. (Pulkinen 2000, 14.) Valtakunnallisena tavoitteena on liittää potilaan hoitoisuustieto sujuvaksi osaksi potilaan päivittäistä hoitotyön prosessinmukaista kirjaamista. Tarkoituksena on, että hoitotyön toteuttamisen kirjaukset ja potilaan hoidon tarpeen määrittäminen tukevat potilaan hoitoisuuden arviointia. (Tanttu ym. 2007, 124-125.)

3 HOITOTYÖN RAPORTOINTI

Yleisempiä raportointikäytäntöjä ovat suullinen ja kirjallinen raportointi. Raportoinnin tarkoituksena on potilaan hoidon kannalta tarvittavien tietojen välittyminen eteenpäin. Raportoinnilla turvataan potilaan hoidon jatkuvuus. Raportit ovat osa välillistä hoitoa ja niihin kuuluu melkein puolet hoitohenkilökunnan kokonaistyöajasta. Raportointiin kuluvaan aikaan vaikuttavat muun muassa osaston potilasmäärä, potilaiden vaihtuvuus ja hoitoisuus. (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4.) Kirjallisesta raportoinnista on Suomessa erittäin vähän saatavilla tutkittua tietoa.

Puumalainen ym. (2003) toteutti kehittämissuorituksen raportointikäytännön muutoksesta HUS:n Meilahden sairaalan seitsemällä sisätautien vuodeosastolla. Sen tavoitteena oli korvata perinteinen raportointikäytäntö pääsääntöisesti kirjallisella tiedon siirrolla työvuorojen vaihtuessa ja vähentää näin suulliseen tiedottamiseen käytettävää aikaa sekä tehostaa kirjaamista ja kirjatun tiedon hyväksikäyttöä. Suoritukseen liittyi kyselytutkimus ennen raportointikäytännön muutosta ja puolen vuoden kuluttua muutoksesta, jolla kartoitettiin uuden toimintatavan vaikutusta hoitajien työajan käyttöön, työhön ja osaston toimintaan sekä hoitajien kokemuksia uudesta toimintatavasta.

Puumalaisen ym. (2003) saamien tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat kirjaamisen parantuneen ja potilaiden hoitoon käytetyn ajan lisääntyneen. Raportointikäytännön muutoksen myötä hoitajat kokivat myös itsenäisten päätösten lisääntyneen. Lisäksi hoitajat ottivat aikaisempaa enemmän huomioon potilaan oman näkökulman heitä koskevassa päätöksenteossa. Tutkimuksesta ilmeni, että kirjallisen raportointikäytännön muutoksen jälkeen hoitotyön kirjaamiseen käytetty aika lisääntyi ja suulliseen tiedottamiseen kulunut aika vähentyi. Valtaosan mielestä muutoksesta tiedotettiin hyvin ja siitä keskusteltiin avoimesti. Hoitajat olivat myös erityisen tyytyväisiä esimiehiltä saamaansa tukeen raportointikäytännön muutokseen liittyvissä asioissa. (Puumalainen ym. 2003, 4-8.)

Negatiivisena hoitajat kokivat sen, että potilaspapereiden lukemiseen kului paljon aikaa ja kaikki tarpeellinen tieto ei löydy sairauskertomuksista, eivätkä kaikkien kirjoittamistaidot ole yhtä hyvät. Suullista raportointia kaivattiin varsinkin pitkien vapaiden jälkeen työhön palattaessa ja silloin kun kaikki potilaat ovat uusia tai kun potilas on vakavasti sairas. Lähes kaikki halusivat jatkaa uutta raportointikäytäntöä. (Puumalainen ym. 2003, 8.)

Raportoinnin kehittämishanke on toteutettu myös HUS-piirin sairaaloissa, joissa työajan käytön mittauksella todettiin suoran potilastyön vievän eniten aikaa. Ennen raportointikäytännön muutosta tiedottamiseen (kirjaamiseen ja raportointitilaisuuksiin) kului keskimäärin 17 tuntia vuorokaudessa, joista seitsemän tuntia kului pelkästään raporteihin. Raportointikäytännön muutos vähensi kyseistä aikaa noin kolmeen ja puoleen tuntiin vuorokaudessa. Vastaavasti kirjaamiseen ja sairauskertomuksiin tutustumiseen käytetty aika lisääntyi. (Hallila 2005, 127, Puumalainen ym. 2003, 6.)

3.1 Suullinen raportointi

Käsitteitä raportti ja suullinen tiedotustilaisuus käytetään synonyymeinä. Hoitotyössä sana raportti kuvaa tilaisuutta, jossa tiedotetaan juuri päättyneen tai päättyvän työvuoron aikana tapahtuneita asioita potilaiden hoitamisessa ja voinnissa. (Ruuskanen 2007, 13.) Suullinen tiedottaminen eli raportointi on käytetyin tapa välittää tietoa. Tätä raportointikäytäntöä on totuttu pitämään itsestään selvänä toimintatapana, joka varmistaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden.

Suullisen tiedotustilaisuuden aikana sairaanhoitaja siirtää tietoa potilaan voinnista ja hoidosta sekä siirtää vastuun potilaan hoidosta seuraavaan työvuoroon tuleville hoitotyöntekijöille. Perinteinen kansliaraportointi toimii myös työntekijöiden välisenä sosiaalisena tapahtumana sekä koko työyhteisöä koskevan tiedon informointipaikkana. Viime

vuosina on kuitenkin tätä menettelytapaa alettu tarkastella monessa organisaatiossa kriittisesti, koska siihen kuluu runsaasti työaikaa. (Puumalainen ym. 2003, 4-5.)

Raportointitilaisuudet keskeytyvät usein esimerkiksi puheluiden vuoksi ja tämä taas lisää tilaisuuksiin kuluva työaikaa. Suullisen raporttien sisältöjen on todettu olevan usein pirstaleista sekä ne kuvaavat usein toteutettua hoitoa ja niihin kuuluu vain vähän hoidon suunnittelua ja päätöksentekoa. (Puumalainen ym. 2003, 4-5.) Suullisissa tiedotustilaisuuksissa käytetään aikaa myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden opastuksessa ja perehdyttämisessä. Siellä heillä on mahdollisuus kysyä potilaiden hoitoon liittyvistä asioista muilta hoitajilta ja tätä kautta saada vahvistusta omille hoitotoimenpiteille. Opiskelijat oppivat suullisessa raportointitilaisuudessa paremmin myös hoitotyön toimintatapoja ja ammattikieltä. (Ruuskanen 2007, 14.)

Suullista tiedottamista voi tapahtua myös potilaan vierellä, tällöin puhutaan potilaanvierusraportista. Raportin vastaanottajat saavat näin välittömän kuvan potilaan voinnista ja samalla voivat kysyä potilaalta hänen tuntemuksiaan. Potilaanvierusraportointi on potilaskeskeisempi toimintatapa. (Kassara ym. 2005, 63.)

3.2 Kirjallinen raportointi

Kirjallinen eli lukuraportointi perustuu huolelliseen kirjaamiseen. Taustalla tulee olla hyvin suunniteltu rakenne potilastietojen kirjaamiseksi. Menetelmä edellyttää, että hoitotyössä on tehty selkeät valinnat esimerkiksi jonkin hoitotieteellisen mallin käyttämisestä. Silloin kirjaaminen ja raportointi ovat sen kiinteitä osia. (Telaranta 1997, 225.)

Kirjallisessa tiedonsiirrossa kirjatun tiedon tulee olla loogista ja selkeää sekä potilaan hoidon kannalta oleellisten asioiden esiintuomista ja hoidollisen vaikuttavuuden seuran-

taa. (Lauri & Lehti 2000, 20). Työvuoron vaihtuessa työvuoroon tulevat hoitajat lukevat kirjalliset raportit ja saavat siten itselleen riittävän tiedon edellisten työvuorojen tapahtumista. Kirjallisessa tiedonsiirrossa tieto on samalla tavalla kaikkien ammattihenkilöiden luettavissa ja hyödynnettävissä. Hoitotyön kirjaamisen kehittyminen on mahdollistanut sen, että suullisia raportteja on voitu vähentää. (Hallila 2005, 125).

Puumalaisen ym. (2003) tekemän tutkimuksen mukaan kirjalliseen raportointimenetelmään kului vähemmän työaika, raportointi oli selkeää ja asiallista, sekä kirjaaminen oli merkittävästi parantunut. Hoitajat ottivat myös aikaisempaa paremmin huomioon potilaan näkökulman päätöksenteossa. Lisäksi potilaiden hoitoon jäi enemmän aikaa tämän raportointimenetelmän mukaan. (Puumalainen ym. 2003, 4.)

Elektronisen kirjaamisen mukaan tulo tuo muutoksia kirjaamiseen, joista yksi merkittävin on siirtyminen vapaasta, kertovasta kirjaamisesta luokituksia hyödyntävään kirjaamiseen. Tämä edellyttää uuden oppimista ja yhtenäistä tapaa kirjata hoitotietoja. Yhtenäisesti kirjattu hoitotieto vähentää suullisen raportoinnin tarvetta ja muuttaa täten raportointikäytäntöjä eri työyksiköissä. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 149.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tietoa raportoinnin ja kirjaamisen kokemuksista ja kehittämistarpeista raportointikäytännön muutoksen jälkeen erikoissairaanhoidon sisätautivuodeosastojen hoitotyöntekijöille. Opinnäytetyön tavoitteena on saada vastaukset seuraaviin **tutkimustehtäviin:**

1. Miten hoitajat kokevat työajan käytön muuttuneen hiljaisen raportoinnin myötä?
2. Miten raportoinnin muutos vaikuttaa hoitajien työhön, osaston toimintaan ja päätöksentekoon?
3. Miten kirjaaminen on muuttunut hiljaisen raportoinnin myötä ja mitkä ovat kehittämistarpeet?
4. Miten hoitajat kokevat sähköisen kirjaamisen?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmät

Käytimme opinnäytetyössämme kvantitatiivista eli määrällistä ja kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesin esittäminen ja käsitteiden määrittely. Tärkeää on myös aineiston keruun suunnitelmat, tutkittavien henkilöiden valinta, aineiston saattaminen käsiteltävään muotoon ja päätelmien teko perustu-

en tutkimusaineiston tilastolliseen analysointiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.)

Kyselyä käytetään usein ihmisten mielipiteitä ja asenteita mitattavissa tutkimuksissa. Se vaatii huolellisen valmistelun. (Krause & Kiikkala 1996, 10.) Kyselytutkimuksen etuna pidetään yleensä sitä, että niiden avulla voidaan kerätä kattava tutkimusaineisto, johon voidaan saada paljon henkilöitä ja kysyä monia asioita. Hyvin suunniteltu kyselylomake nopeuttaa aineiston käsittelyä sekä analysointia ja tätä kautta säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Hyvä kyselylomake on selkeä ja helposti täytettävä. Spesifiset kysymykset ovat parempia kuin yleisesti esitetyt kysymykset. (Hirsjärvi ym. 2007, 190, 197-198.)

Kyselytutkimukseen liittyy myös haittoja. Esimerkiksi on mahdottomuus varmistua vastaajan suhtautumisesta tutkimukseen sekä siitä onko vastaaja vastannut huolellisesti ja rehellisesti. Väärinymmärrysten kontrollointi on vaikeaa, koska ei ole varmuutta siitä, miten vastausvaihtoehdot toimivat vastaajan näkökulmasta. Vastaajan perehtymisestä kysyttävään asiaan ei myöskään voida olla varmoja ja vastaamattomuus voi nousta joissakin tapauksissa suureksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tiedon keruun instrumenttina suositaan ihmistä. Tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankinta ja aineisto kerätään luonnollisissa sekä todellisissa tilanteissa. Tutkimuksessa suositaan menetelmiä, joiden avulla tutkittavien näkökulmat tulevat esille. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta. Laadullisessa tutkimuksessa on induktiivinen tutkimusote eli se päättyy yksityisistä havainnoista yleisiin merkityksiin. Tätä kautta tutkijan pyrkimyksenä on tuoda esille odottamattomia asioita. Tutkimukseen osallistuva kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotannalla. Kvalitatiivisen tutkimusaineiston tulos kuvataan yleensä sanallisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 157, 160, 260.)

Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä (Liite 1), jotka perustuivat osittain muunneltuna ulkomaalaisiin aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin (Kilpeläinen 1992, Sherlock 1995, Kennedy 1999). Samaa mittaria on käytetty muunneltuna Suomessakin tehdyssä tutkimuksessa. (Puumalainen ym. 2003). Saimme ThT, dosentti Elina Erikssonilta luvan käyttää mittaria muunneltuna opinnäytetyön aineistonkeruussa. Mittariin lisättiin ylihoitajan ja osastonhoitajien toivomia aiheita. Kyselylomaketta ei esitettävä, koska mittaria oli käytetty aikaisimmissa tutkimuksissa ja se oli todettu luotettavaksi.

Kyselylomakkeen 30 kysymystä olivat pääasiassa väittämämuodossa ja mukana oli kolme muuta vaihtoehtokysymystä, sekä kaksi avointa kysymystä. Kysymykset olivat kaikille samat ja ne olivat esitetty samassa järjestyksessä, sekä strukturoidut kysymykset olivat helposti vastattavissa viisiportaisella Likertin asteikolla.

Opinnäytetyön kyselylomakkeessa tiedusteltiin ensin vastaajien taustatietoja: ammattia, ikää, työkokemusta ja työkokemusta kyseisellä osastolla (Liite 1/2). Opinnäytetyön ensimmäiseen tutkimustehtävään; Miten hoitajat kokevat työajan käytön muuttuneen hiljaisen raportoinnin myötä, haettiin vastausta kyselylomakkeen 5. kohdassa olevilla kysymyksillä (Liite 1/3). Toiseen tutkimustehtävään; Miten raportoinnin muutos vaikutti hoitajien työhön, osaston toimintaan ja päätöksentekoon, haettiin vastausta kyselylomakkeen 6. ja 7. kohdissa olevilla kysymyksillä (Liite 1/4 ja Liite 1/5). Kolmanteen tutkimustehtävään; Miten kirjaaminen on muuttunut hiljaisen raportoinnin myötä, haettiin vastausta kyselylomakkeen kohdan 6. kysymyksillä (Liite 1/4). Neljanteen tutkimustehtävään; Miten hoitajat kokevat sähköisen kirjaamisen, haettiin vastausta kyselylomakkeen kohdan 8. kysymyksillä (Liite 1/6). Tutkimustehtävät ja kyselylomakkeen kysymysaiheet on havainnollistettu taulukossa 1.

Tutkimustehtävät	Kyselylomakkeen kysymysaiheet
1. Miten hoitajat kokevat työajan käytön muuttuneen hiljaisen raportoinnin myötä?	5. Arvioi ajankäyttöäsi hoitotyön toiminnoissa raportointikäytännön muutoksen jälkeen.
2. Miten raportoinnin muutos vaikuttaa hoitajien työhön, osaston toimintaan ja päätöksentekoon?	6. Miten raportointikäytännön muutos on vaikuttanut työhösi ja osaston toimintaan? 7. Miten raportointikäytännön muutos on vaikuttanut päätöksentekooosi?
3. Miten kirjaaminen on muuttunut hiljaisen raportoinnin myötä ja mitkä ovat kehittämistarpeet?	6. Miten raportointikäytännön muutos on vaikuttanut työhösi ja osaston toimintaan?
4. Miten hoitajat kokevat sähköisen kirjaamisen?	8. Mitä mieltä olet sähköisen kirjaamisen vaikutuksesta hoitotyöhön?

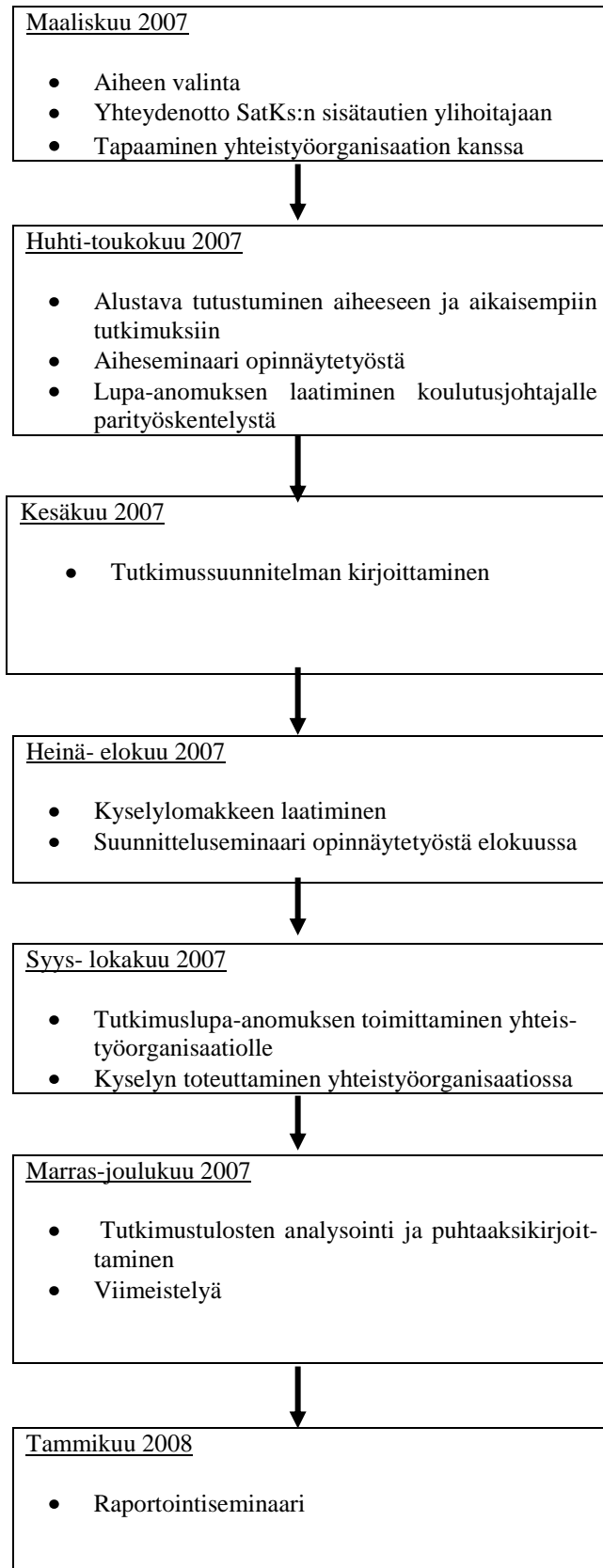
Taulukko 1. Tutkimustehtävät ja kyselylomakkeen kysymysaiheet

Strukturoitujen kysymysten lisäksi kyselylomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä (Liite 1/7) ja kolme vaihtoehtokysymystä. Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä pyydettiin vastaajan mainitsemaan kolme tärkeintä asiaa jotka huomioi lukuraportista. Toisessa avoimessa kysymyksessä vastaajalta kysyttiin, mitä muuta haluaa tuoda esille lukuraportointiin liittyen. Avoimilla kysymyksillä haettiin vastausta kolmanteen tutkimustehtävään, jossa kysyttiin kirjaamisen muuttumista ja mahdollisia kehittämistarpeita. Vaihtoehtokysymyksillä sai tuoda esille omia mielipiteitä, jotka liittyivät toiseen, kolmanteen ja neljänteen tutkimustehtävään, koskien hoitajien työtä, osaston toimintaa ja päätöksentekoa, sekä kokemuksia sähköisestä kirjaamisesta. Avoimet ja vaihtoehtokysymykset antavat mahdollisuuden tuoda esille vastaajien omat mielipiteet tai varteenotettavat parannusehdotukset.

5.2 Aineiston hankinta

Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyy tutkimuseettisiä periaatteita, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen ovat tutkijan vastuulla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä ja toteutuvat avoimina tutkimustuloksia julkaistessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 23-24.) Ennen tämän tutkimuksen aloittamista anoimme Satakunnan keskussairaalan sisätautiosastojen ylihoitajalta kirjallisesti tutkimusluvan (Liite 2/1) saada suorittaa kyselytutkimus hoitotyöntekijöille kolmella sisätautien vuodeosastolla. Ylihoitaja tiedotti osastonhoitajia etukäteen tulevasta tutkimuksesta yhteisessä kokouksessa.

Aineisto hankittiin 13.9.2007 – 8.10.2007, jolloin hoitajien oletettiin olevan mahdollisimman vähän lomilla kesälomakauden lopussa. Veimme kyselylomakkeet ja laatikot niiden palauttamista varten henkilökohtaisesti vuodeosastojen osastonhoitajille. He jakoivat kyselylomakkeet osastoidensa hoitotyöntekijöille, edesauttaen näin tutkimuksen onnistumista mahdollisimman kattavasti. Jätimme kyselylomakkeita jaettaviksi yhteensä 58. Noudimme kyselylomakkeet henkilökohtaisesti osastoilta 8.10.2007. Opinnäytetyön eteneminen esitetään kuviossa 1.



Kuvio 1. Opinnäytetyön eteneminen

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Opinnäytetyöntekijät aloittivat tarkastamalla tutkimusaineiston alustavasti, sisältyikö siihen selviä virheellisyyksiä tai puuttuiko tietoja. Seuraavana vaiheena oli aineiston järjestäminen tallennusta ja analysointia varten. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistosta muodostetaan muuttujia ja aineisto koodataan eli jokaiselle havaintoyksikölle annetaan jokin arvo eli muuttuja, laaditun muuttujaluokitusten mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 216-217.) Jokainen kyselylomake numeroitiin ennen tietojen syöttämistä Microsoft Excel- ohjelmaan mahdollisten virheiden löytämiseksi tietojen käsittelyn myöhemmässä vaiheessa. Lomakkeiden vastaukset syötettiin Excel- ohjelman taulukkoon ja tämän jälkeen tarkistettiin vielä uudelleen, että jokainen muuttuja oli syötetty oikein. Vastamatta jätetyt kohdat jätettiin tyhjiksi ilman muuttujia. Tiedot käsiteltiin Tixel – laskentaohjelman avulla.

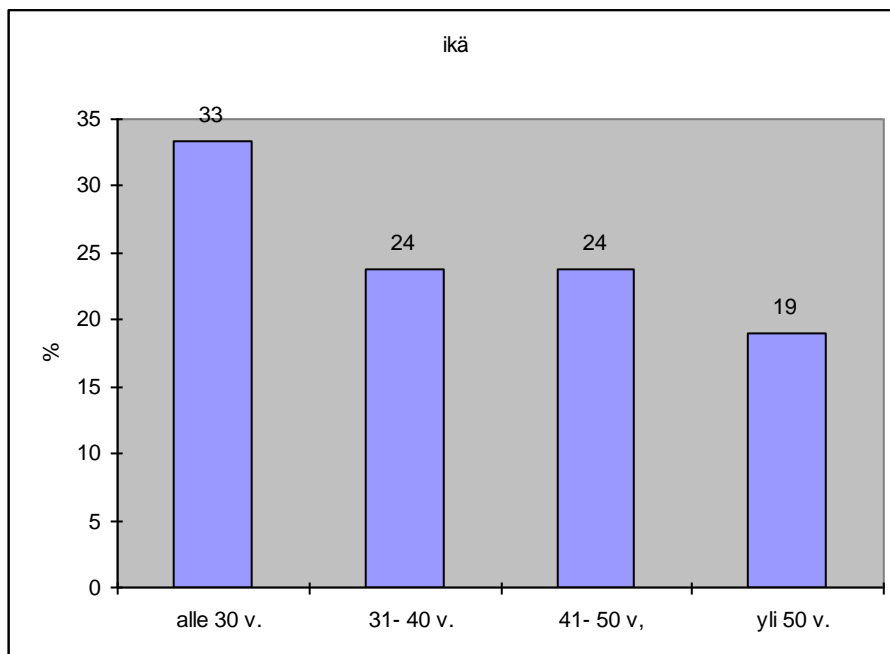
Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin, kun aineisto oli kerätty ja järjestetty. Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin. Pääperiaate on kuitenkin valita sellainen analysointitapa, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Tulosten analysoinnin jälkeen tuloksia tulee selittää ja tulkita. (Hirsjärvi ym. 2007, 219.) Opinnäytetyöhön käytettiin kuvioita havainnollistamaan tutkimustuloksia, sekä niitä tarkasteltiin ja vertailtiin prosenttien avulla. Lisäksi kyselylomakkeen taustamuuttujat ristiintaulukoitiin muiden muuttujien kanssa ja tuloksissa raportoitiin vain tilastollisesti merkitsevät ja melkein merkitsevät tulokset ($p < 0,05$). Kyselylomakkeen avoimet kysymykset käytiin läpi ja muodostettiin niistä luokat yhdistämällä vastaukset, joissa oli samoja asioita tarkoittavia lauseita.

6 TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeita palautui yhteensä 42 kappaletta (72,4 %). Kyselyyn vastanneista 93 % oli ammatiltaan sairaanhoitajia ja 7 % vastaajista oli perushoitajia.

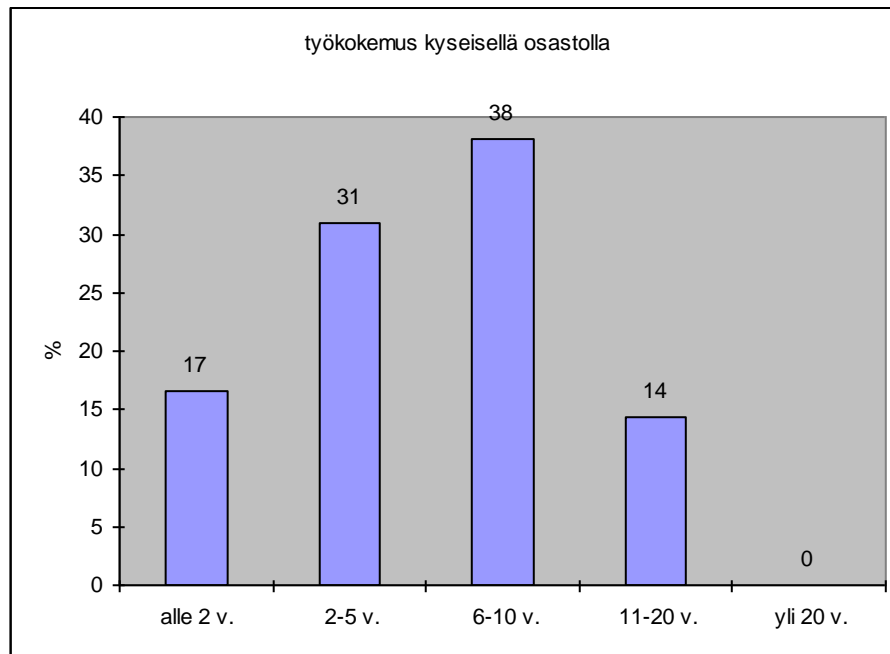
Vastaajista lähes puolet (48 %) oli 31 – 50-vuotiaita, 33 % oli alle 30-vuotiaita ja yli 50-vuotiaita oli 19 % (Kuvio 2).



Kuvio 2. Ikä (N=42)

Vastaajien työkokemuksen keskiarvo oli 12 – vuotta, mediaani 10,5 -vuotta, lyhin työkokemus on 1,5 -vuotta ja pisin 36 -vuotta.

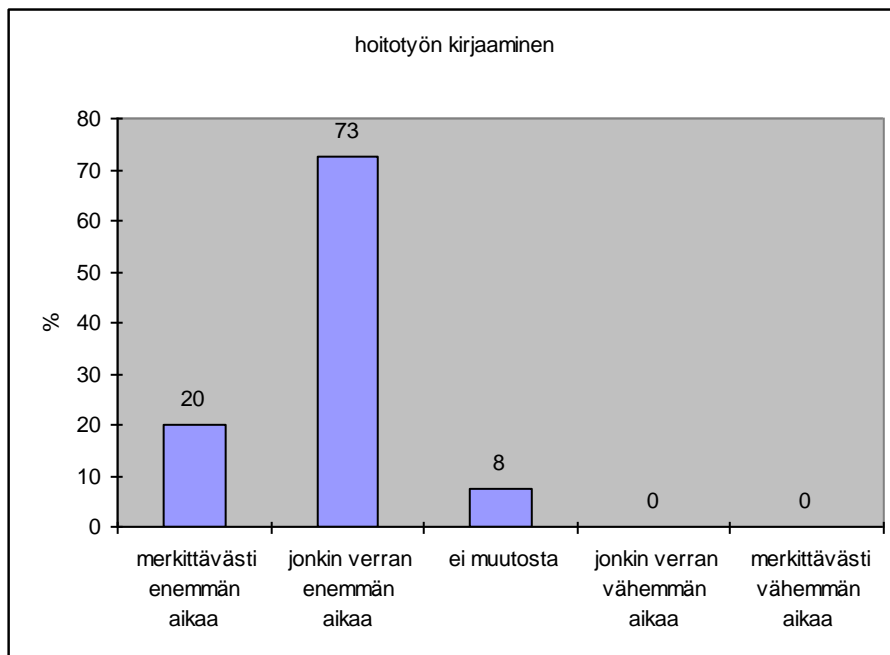
Vastaajista 38 %:lla oli työkokemusta kyseisellä osastolla 6 – 10 – vuotta, 31 %:lla 2 – 5 -vuotta, 17 %:lla työkokemusta oli alle 2 – vuotta ja 14 %:lla työkokemusta kyseisellä osastolla oli 11 – 20 – vuotta (Kuvio 3).



Kuvio 3. Työkokemus kyseisellä osastolla (N=42)

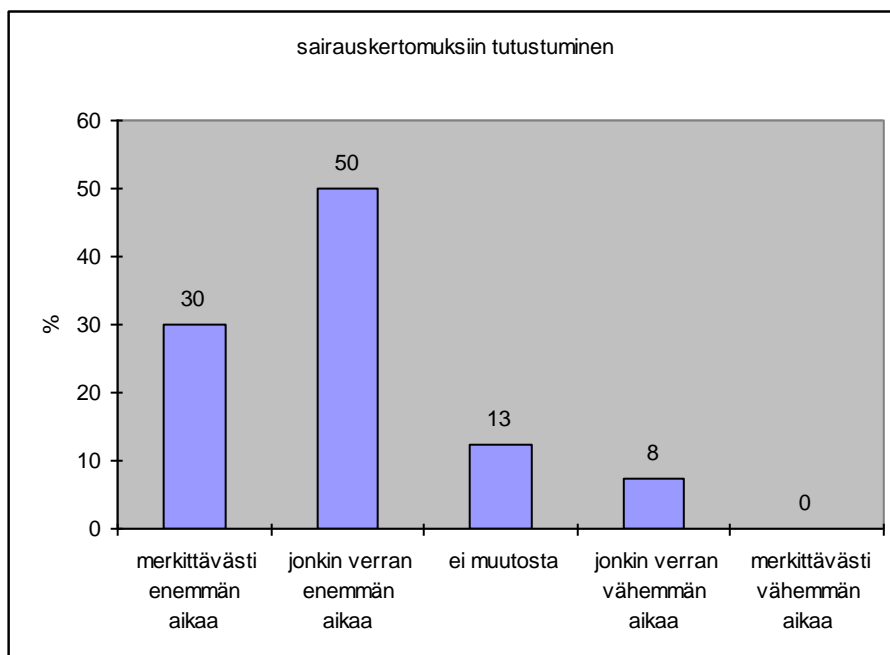
6.2 Ajankäyttö raportointikäytännön muutoksen jälkeen

Ajankäyttöä raportointikäytännön muutoksen jälkeen, vastaajista enemmistö (93 %) oli arvioinut käyttävänsä jonkin verran tai merkittävästi enemmän aikaa hoitotyön kirjaamiseen, ja 8 % vastaajista ei kokenut tapahtuneen muutosta (Kuvio 4). Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni, mitä pidempi työkokemus ($p= 0,03$) hoitajilla oli kyseisellä osastolla, sitä merkittävämmän käytettiin aikaa hoitotyön kirjaamiseen.



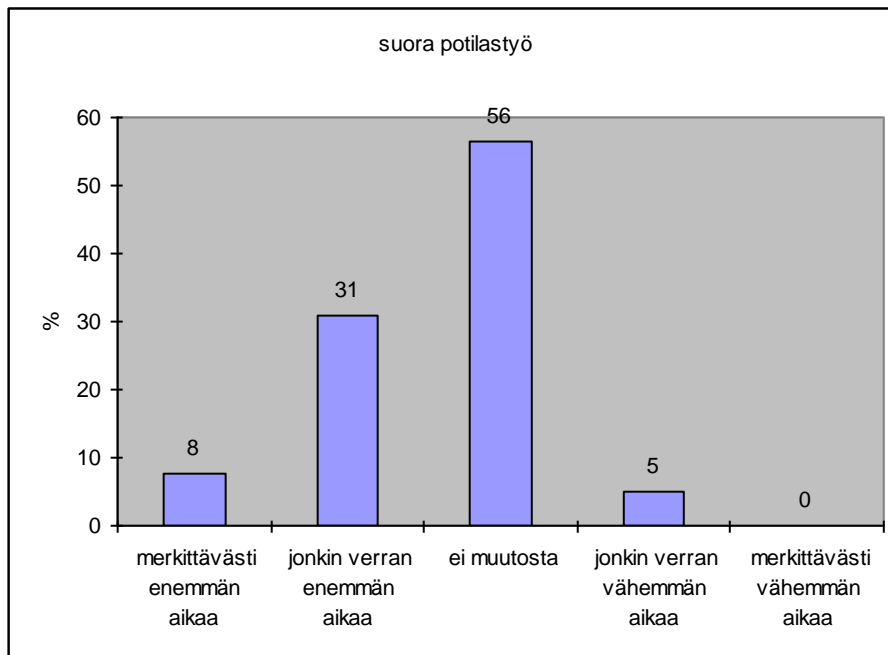
Kuvio 4. Hoitotyön kirjaaminen (n=40)

Sairauskertomuksiin tutustumiseen vastaajista suurin osa (80 %) oli arvioinut käyttävänsä merkittävästi tai jonkin verran enemmän aikaa, 13 % arvioi, että muutosta ei ollut tapahtunut ja 8 % käytti jonkin verran vähemmän aikaa kertomuksiin tutustumiseen (Kuvio 5).



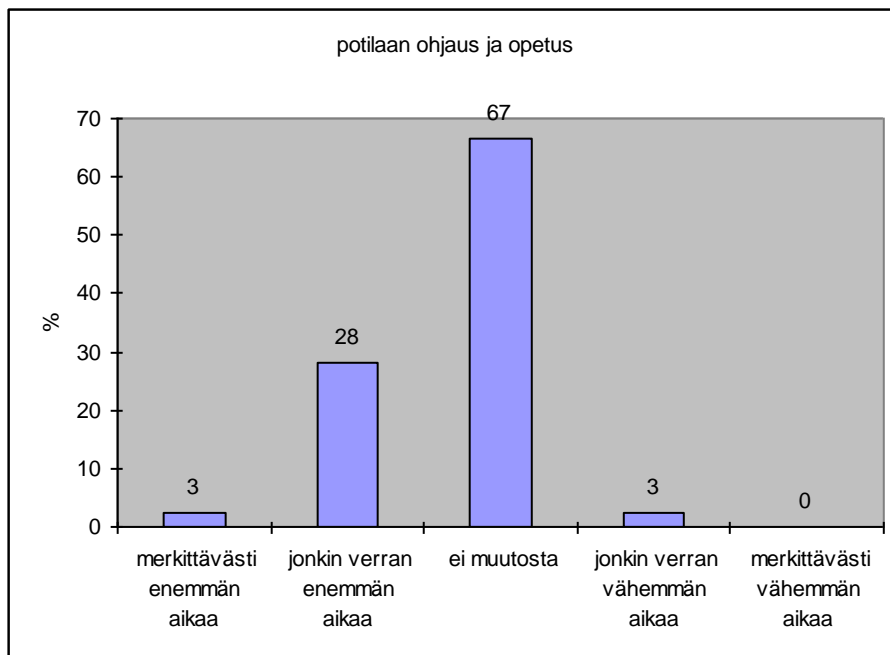
Kuvio 5. Sairauskertomuksiin tutustuminen (n=40)

Vastaajista yli puolet (56 %) arvioi, ettei ollut tapahtunut muutosta suoran potilastyön tekemisessä, vajaa puolet (39 %) arvioi käyttävänsä jonkin verran tai merkittävästi enemmän aikaa suoraan potilastyöhön (Kuvio 6). Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni, mitä enemmän työkokemusta hoitajilla oli kyseisellä osastolla, sitä enemmän käytettiin aikaa ($p=0,04$) suoraan potilastyöhön raportointikäytännön muutoksen jälkeen.



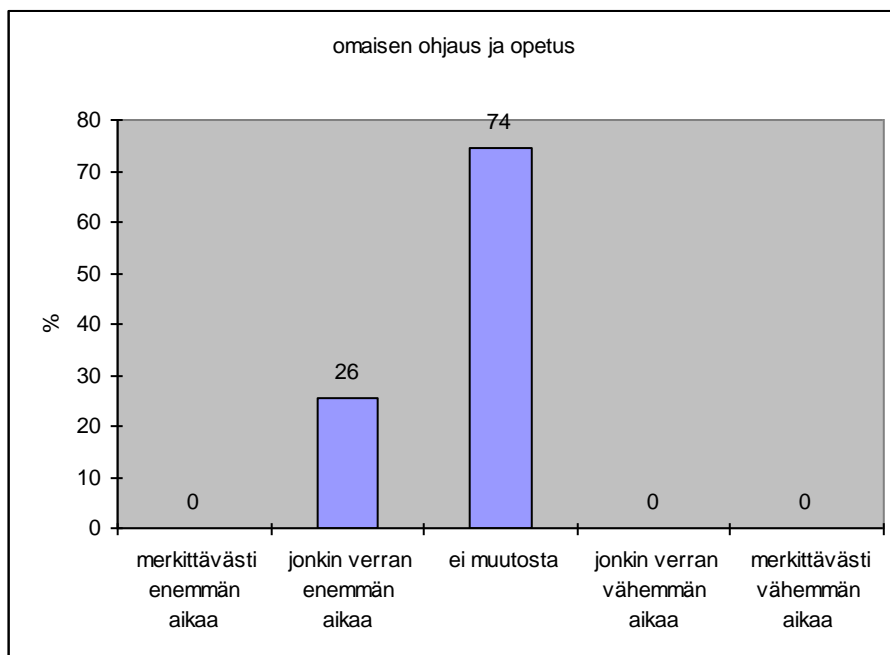
Kuvio 6. Suora potilastyö (n=39)

Potilaan ohjauksessa ja opetuksessa vastaajista yli puolet (67 %) ei kokenut tapahtuneen muutosta. Kolmannes vastaajista (31 %) arvioi käyttävänsä jonkin verran tai merkittävästi enemmän aikaa potilaan ohjaukseen ja opetukseen (Kuvio 7). Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni, hoitajat, joiden työkokemus oli yli 15 – vuotta, käyttivät enemmän aikaa ($p=0,04$) potilaan ohjaukseen ja opetukseen.



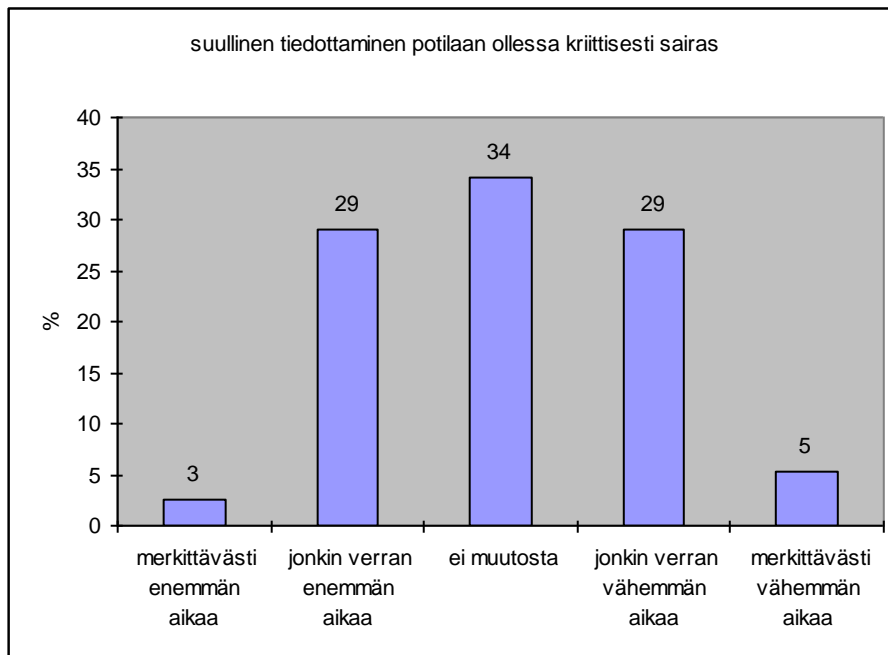
Kuvio 7. Potilaan ohjaus ja opetus (n=39)

Enemmistö vastaajista (74 %) ei kokenut tapahtuneen muutosta omaisen ohjauksessa ja opetuksessa, 26 % arvioi käyttävänsä jonkin verran enemmän aikaa (Kuvio 8). Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni, että hoitajat, joiden työkokemus kyseisellä osastolla oli yli 6 – vuotta, käyttivät enemmän aikaa ($p=0,02$) omaisen ohjaukseen ja opetukseen.



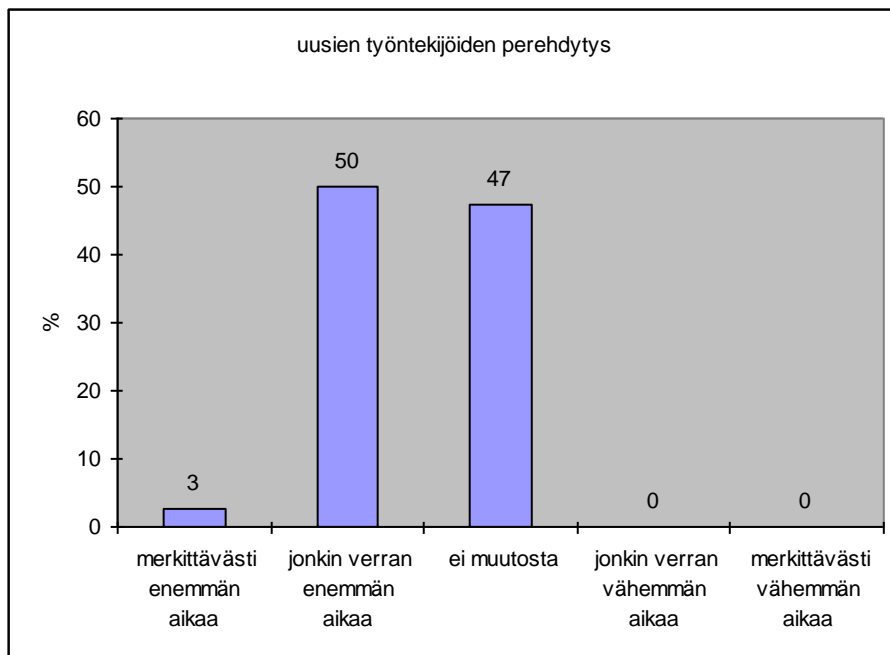
Kuvio 8. Omaisen ohjaus ja opetus (n=39)

Vastaajista 34 % arvioi, ettei ollut tapahtunut muutosta suullisessa tiedottamisessa potilaan ollessa kriittisesti sairas. Sama määrä vastaajia (34 %) arvioi käyttävänsä jonkin verran tai merkittävästi vähemmän aikaa ja 32 % vastaajista arvioi käyttävänsä jonkin verran tai merkittävästi enemmän aikaa suulliseen tiedottamiseen potilaan ollessa kriittisesti sairas (Kuvio 9).



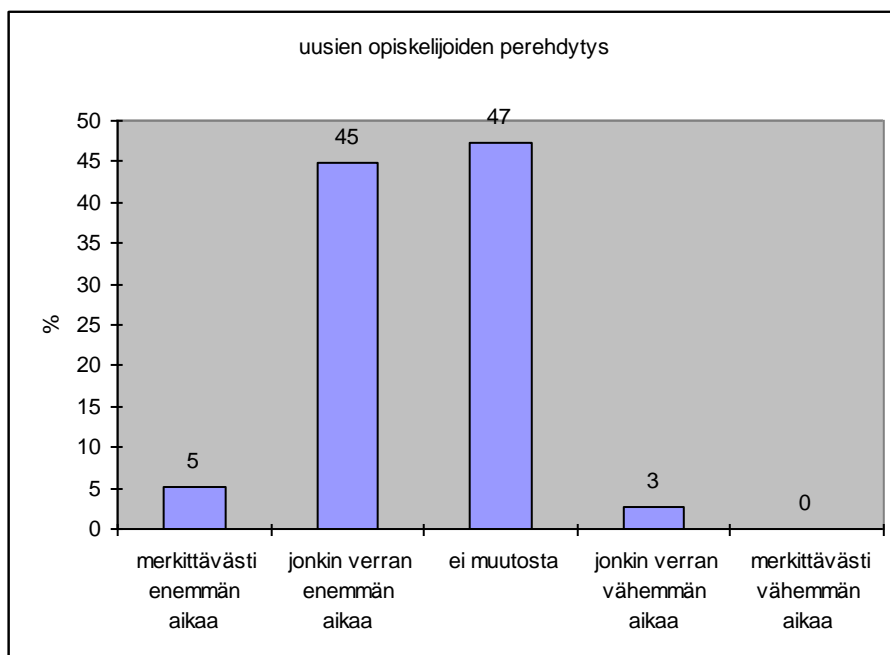
Kuvio 9. Suullinen tiedottaminen potilaan ollessa kriittisesti sairas/moniongelmainen (n=38)

Vastaajista puolet (50 %) arvioi käyttävänsä jonkin verran enemmän aikaa uusien työntekijöiden perehdytykseen. Lähes puolet (47 %) arvioi, ettei muutosta ollut tapahtunut (Kuvio 10).



Kuvio 10. Uusien työntekijöiden perehdytys (n=38)

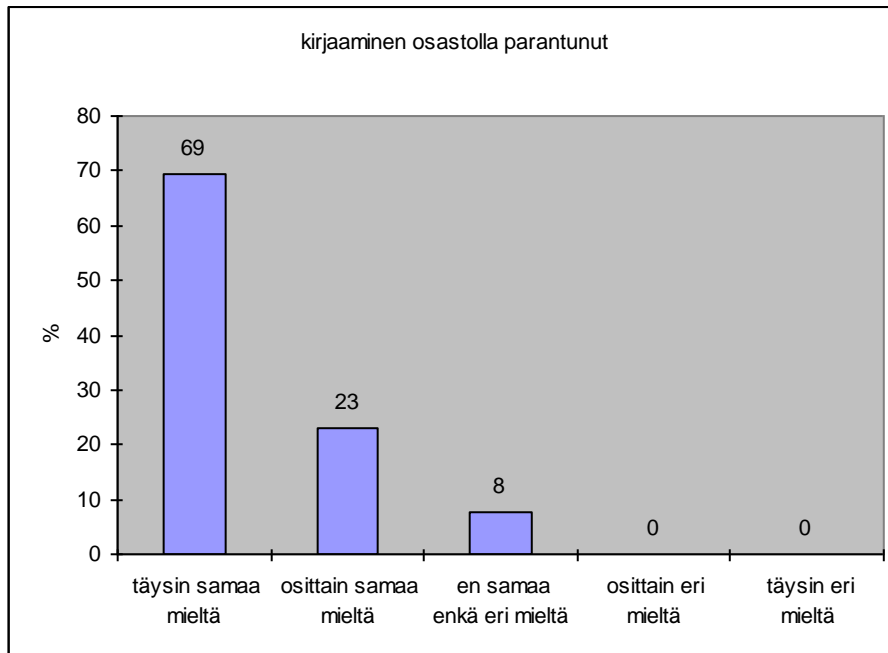
Vastaajista puolet (50 %) arvioi käyttävänsä jonkin verran tai merkittävästi enemmän aikaa uusien opiskelijoiden perehdytykseen. Lähes saman verran vastaajia (47 %) arvioi, ettei muutosta ollut tapahtunut uusien opiskelijoiden perehdytyksessä (Kuvio 11). Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni alle 30 – vuotiaiden hoitajien käyttävän enemmän aikaa ($p=0,04$) uusien opiskelijoiden perehdytykseen.



Kuvio 11. Uusien opiskelijoiden perehdytys (n=38)

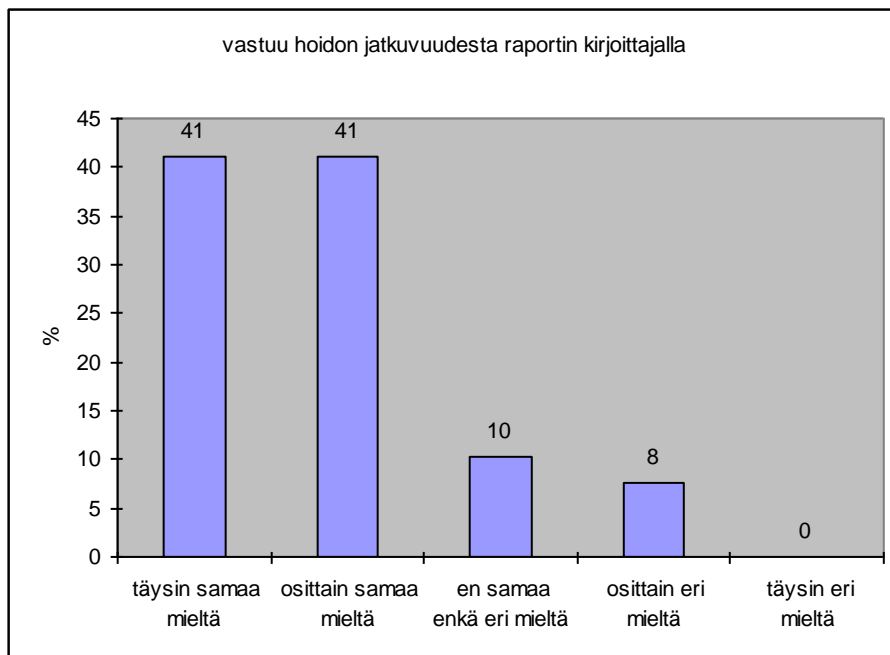
6.3 Raportointikäytännön muutoksen vaikutus työhön ja osaston toimintaan

Lähes kaikkien vastaajien mielestä (92 %) kirjaaminen osastolla oli parantunut raportointikäytännön muutoksen jälkeen, 8 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä (Kuvio 12). Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni, pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat kokivat kirjaamisen osastolla selkeästi parantuneen ($p=0,0003$).



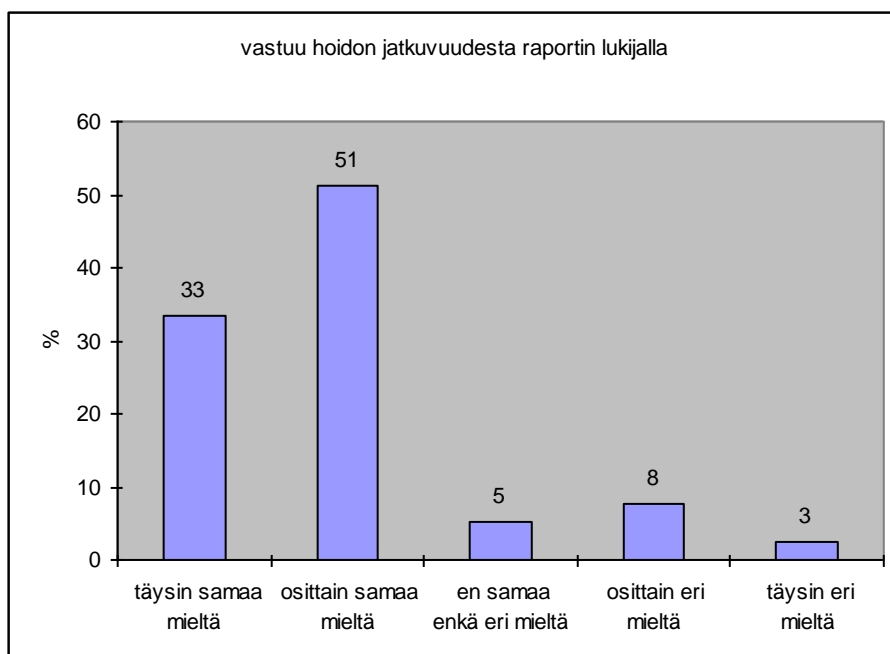
Kuvio 12. Kirjaaminen osastolla on parantunut (n=39)

Enemmistö vastaajista (82 %) arvioi vastuun hoidon jatkuvuudesta olevan raportin kirjoittajalla ja 18 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä tai olivat osittain eri mieltä (Kuvio 13).



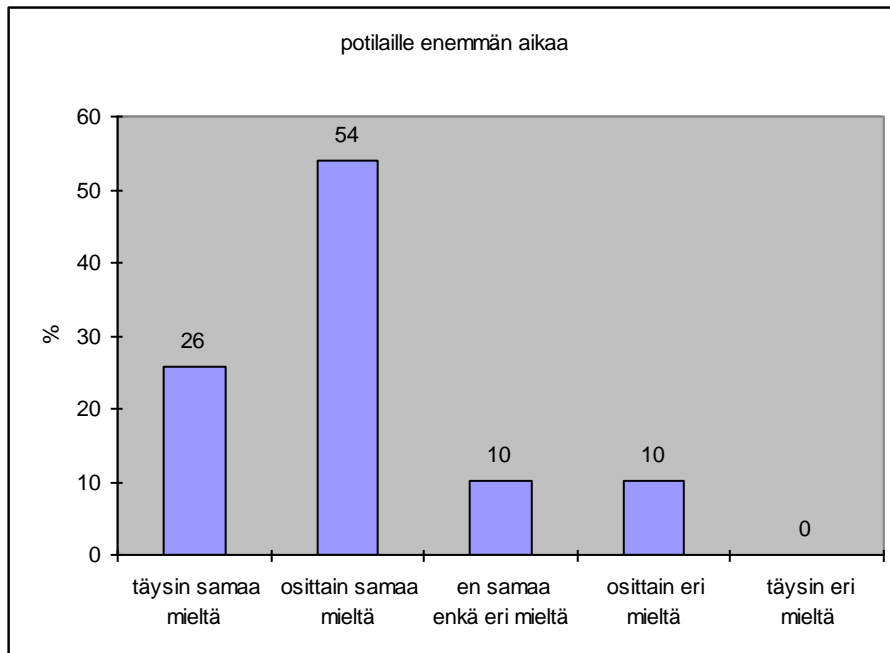
Kuvio 13. Vastuu hoidon jatkuvuudesta on raportin kirjoittajalla (n=39)

Enemmistö vastaajista (84 %) arvioi vastuun hoidon jatkuvuudesta olevan raportin lukijalla, 11 % vastaajista oli osittain tai täysin eri mieltä (Kuvio 14).



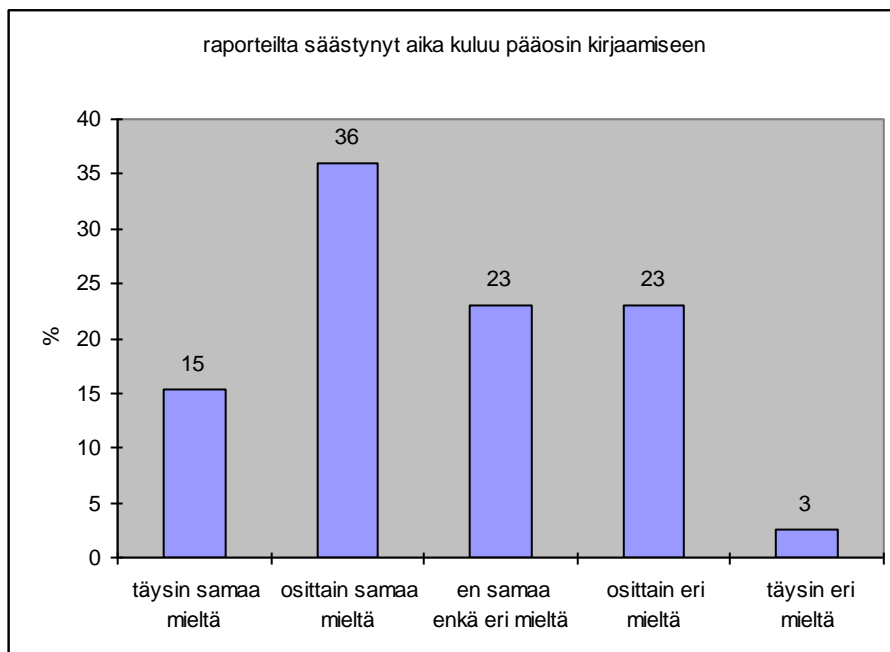
Kuvio 14. Vastuu hoidon jatkuvuudesta raportin lukijalla (n=39)

Enemmistö vastaajista (80 %) arvioi potilaille olevan enemmän aikaa ja 20 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä tai olivat osittain eri mieltä (Kuvio 15).



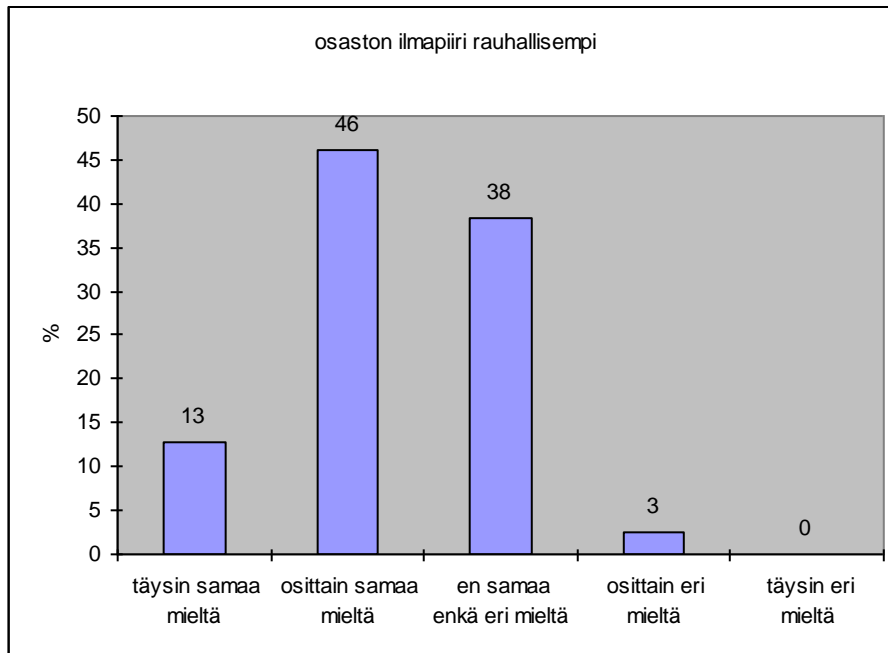
Kuvio 15. Potilaille on enemmän aikaa (n=39)

Vastaajista yli puolet (51 %) arvioivat raporteilta säästyneen ajan kuluvan kirjaamiseen, 26 % vastaajia oli eri mieltä ja 23 % ei ollut samaa eikä eri mieltä (Kuvio 16).



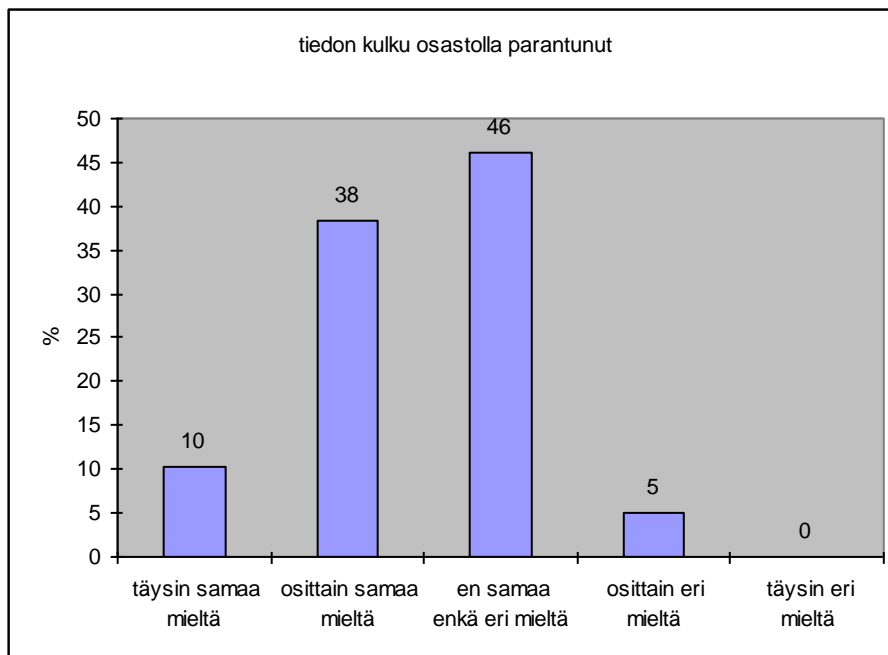
Kuvio 16. Raporteilta säästynyt aika kului kirjaamiseen (n=39)

Vastaajista yli puolet (59 %) arvioivat osaston ilmapiirin rauhallisemmaksi raportointikäytännön muutoksen jälkeen ja 38 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä (Kuvio 17). Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni kahdella osastolla ilmapiirin olevan rauhallisempi ($p=0,04$).



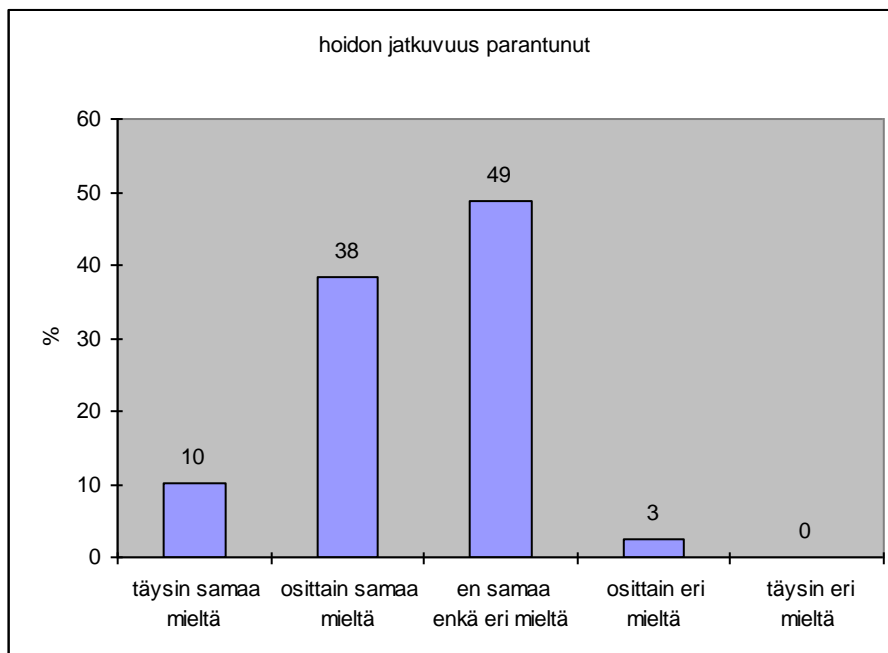
Kuvio 17. Osaston ilmapiiri on rauhallisempi (n=39)

Lähes puolet vastaajista (48 %) arvioivat tiedon kulun parantuneen osastolla raportointikäytännön muutoksen jälkeen ja melkein saman verran vastaajia (46 %), ei ollut samaa eikä eri mieltä (Kuvio 18). Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni kahdella osastolla tiedon kulun parantuneen ($p=0,03$) raportointikäytännön muutoksen jälkeen.



Kuvio 18. Tiedon kulku osastolla on parantunut (n=39)

Lähes puolet vastaajista (48 %) arvioivat hoidon jatkuvuuden parantuneen raportointikäytännön muutoksen jälkeen, 49 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä (Kuvio 19).

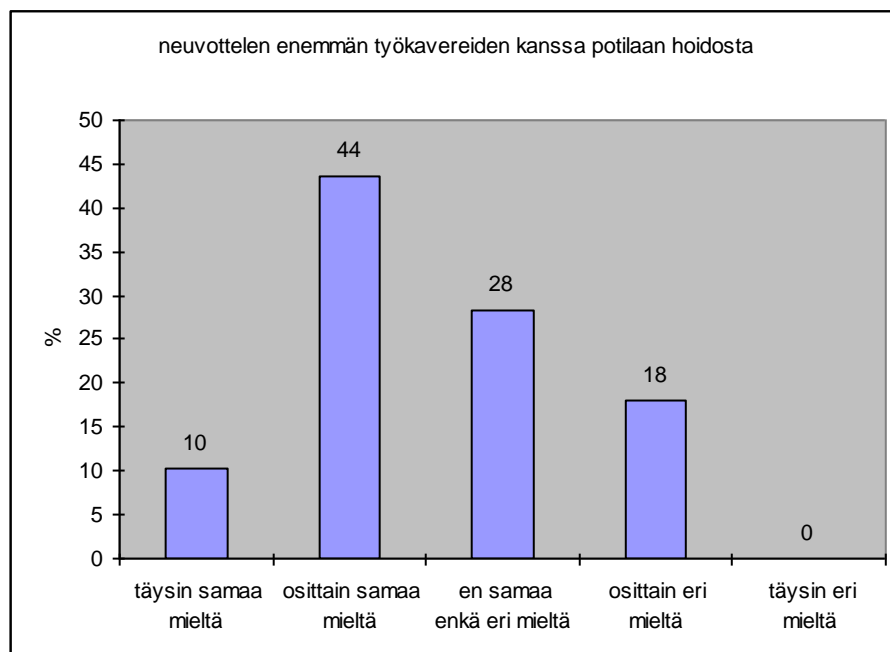


Kuvio 19. Hoidon jatkuvuus on parantunut (n=39)

Vaihtoehtokysymyksenä raportointikäytännön muutoksen vaikutuksesta työhön ja osaston toimintaan oli arvioitu osastolla olevan kova kiire, tarpeeksi hyvään kirjaamiseen ei ollut aikaa ja se stressaa sekä uusien asioiden oppimisen koettiin vähentyneen. Kokemuksena oli myös, että aiemmin tuli enemmän tietoa lääkkeistä, taudeista ym. Erillinen huomio oli, että vastuu hoidon jatkuvuudesta on sekä raportin kirjoittajalla että lukijalla.

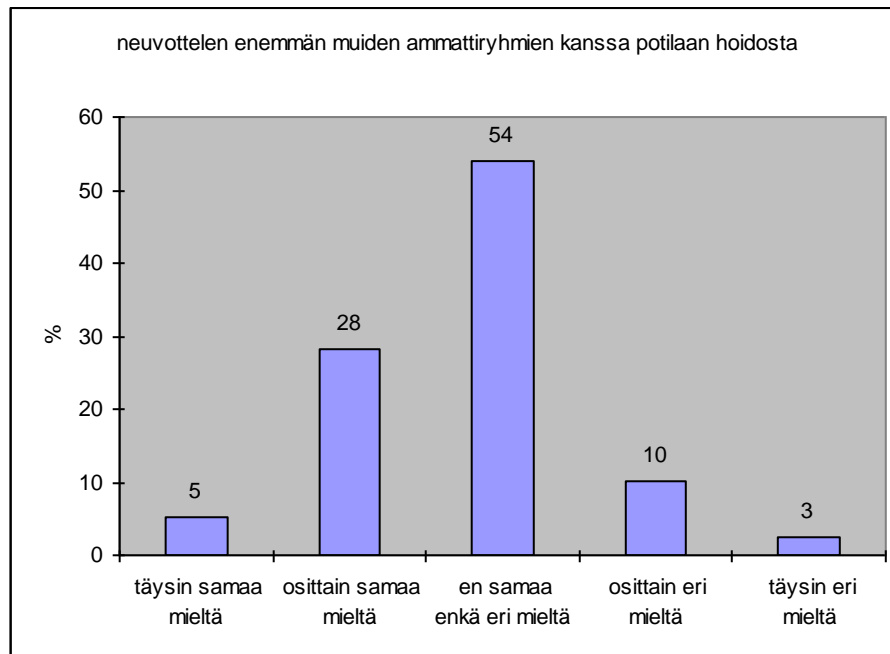
6.4 Raportointikäytännön muutoksen vaikutus päätöksentekoon

Yli puolet vastaajista (54 %) arvioi neuvottelevansa työkavereiden kanssa enemmän potilaan hoidosta, 28 % ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 18 % vastaajista oli osittain eri mieltä (Kuvio 20). Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni vähemmän työkokemusta omaavien hoitajien ($p= 0,03$) neuvottelevan enemmän työkavereiden kanssa potilaan hoidosta.



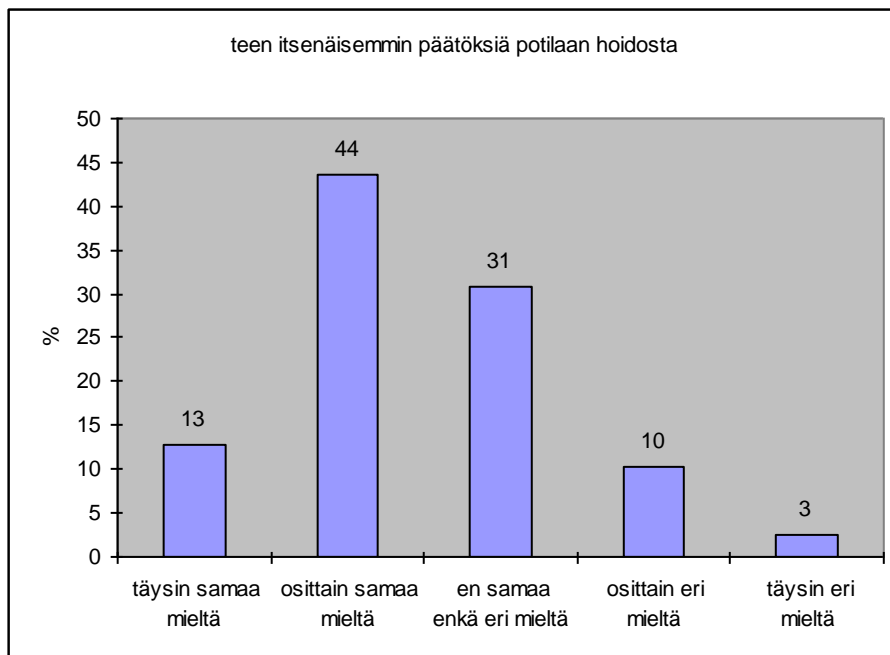
Kuvio 20. Neuvottelen enemmän työkavereiden kanssa potilaan hoidosta (n=39)

Yli puolet vastaajista (54 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä neuvottelemisesta enemmän muiden ammattiryhmien kanssa potilaan hoidosta, 33 % vastaajista arvioi neuvottelevansa enemmän muiden ammattiryhmien kanssa potilaan hoidosta (Kuvio 21).



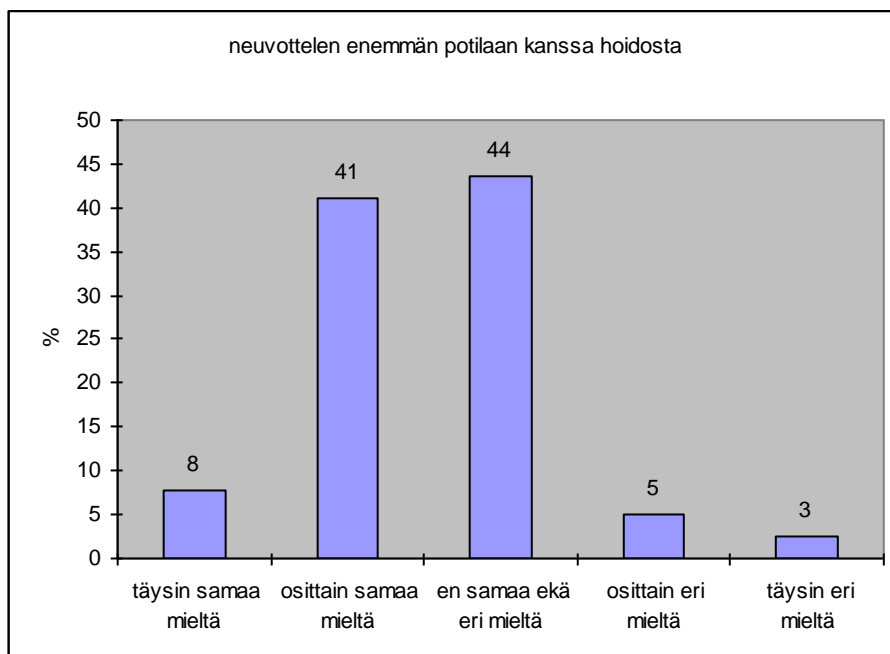
Kuvio 21. Neuvottelen enemmän muiden ammattiryhmien kanssa potilaan hoidosta (n=39)

Vastaajista yli puolet (57 %) arvioi tekevänsä itsenäisemmin päätöksiä potilaan hoidosta raportointikäytännön muutoksen jälkeen, kolmannes vastaajista (31 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä, 13 % oli osittain tai täysin eri mieltä (Kuvio 22).



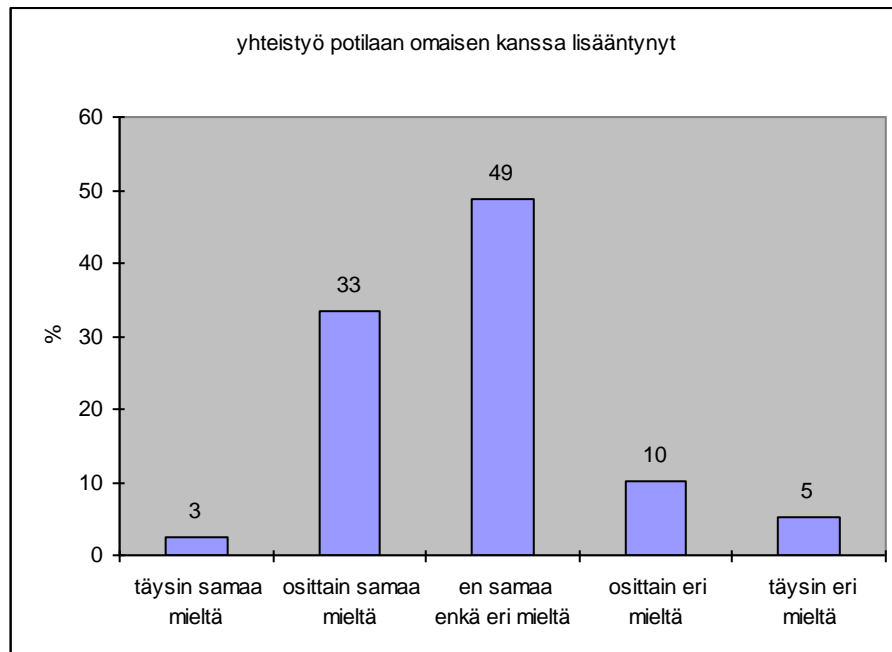
Kuvio 22. Teen itsenäisemmin päätöksiä potilaan hoidosta (n=39)

Vastaajista lähes puolet (49 %) arvioi neuvottelevansa enemmän potilaan kanssa hoidosta, lähes sama määrä vastaajia (44 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä (Kuvio 23).



Kuvio 23. Neuvottelen enemmän potilaan kanssa hoidosta (n=39)

Lähes puolet vastaajista (49 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä yhteistyön lisääntymisestä potilaan omaisen kanssa, 36 % vastaajista arvioi yhteistyön lisääntyneen, 15 % arvioi, ettei yhteistyö ollut lisääntynyt (Kuvio 24).

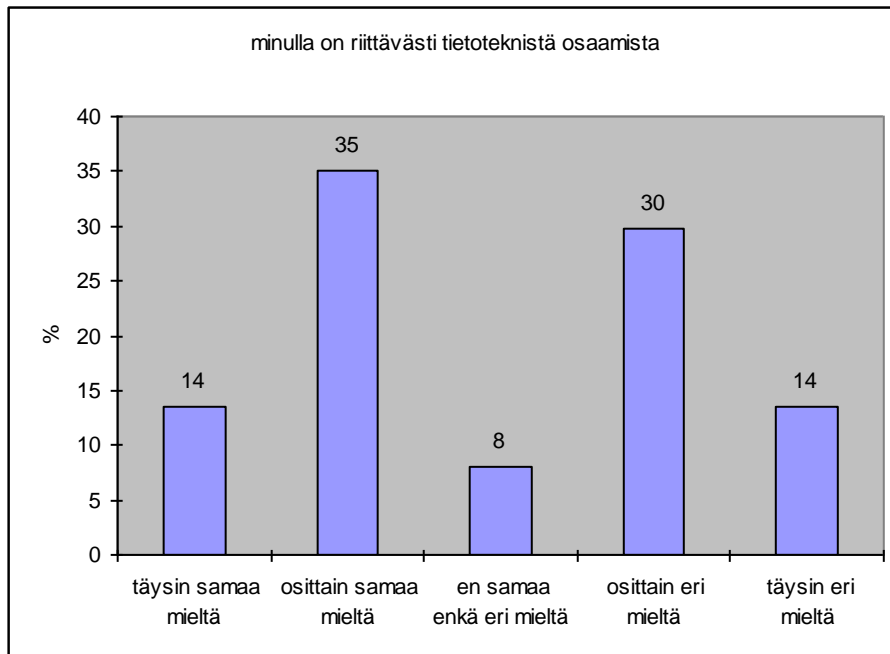


Kuvio 24. Yhteistyö potilaan omaisen kanssa on lisääntynyt (n=39)

Vaihtoehtokysymyksenä raportointikäytännön muutoksen vaikutuksesta päätöksentekoon oli arvioitu, että on helpompi tarkistaa tietoja, tuntee paperit tarkemmin. Lisäksi koettiin kokemusta tulleen vuosien varrella, jolloin osaa neuvotella enemmän.

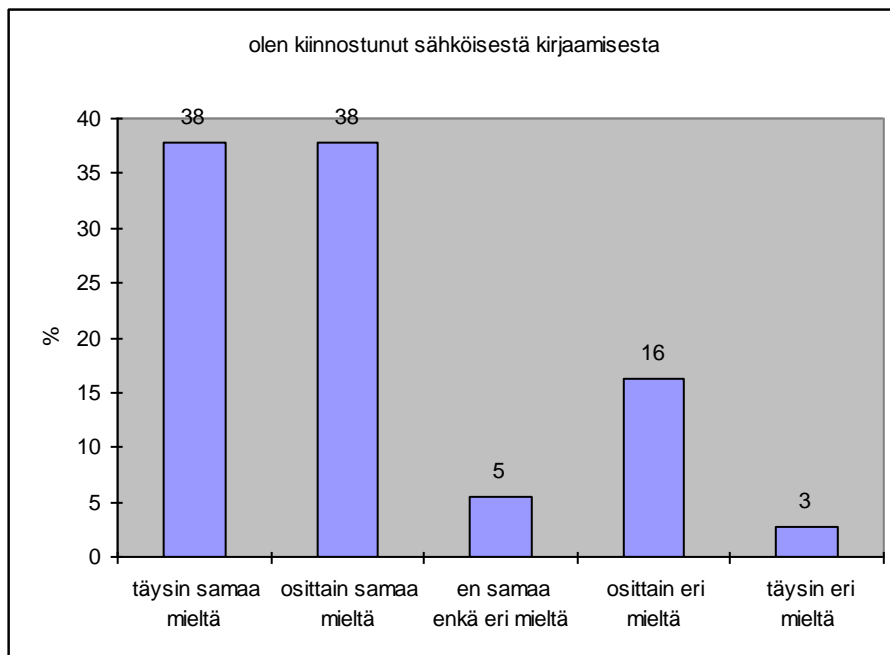
6.5 Sähköisen kirjaamisen vaikutus hoitotyöhön

Vastaajista lähes puolet (49 %) arvioi omaavansa riittävää tietoteknistä osaamista, melkein saman verran vastaajia (44 %) arvioi, että heillä ei ole riittävää tietoteknistä osaamista (Kuvio 25).



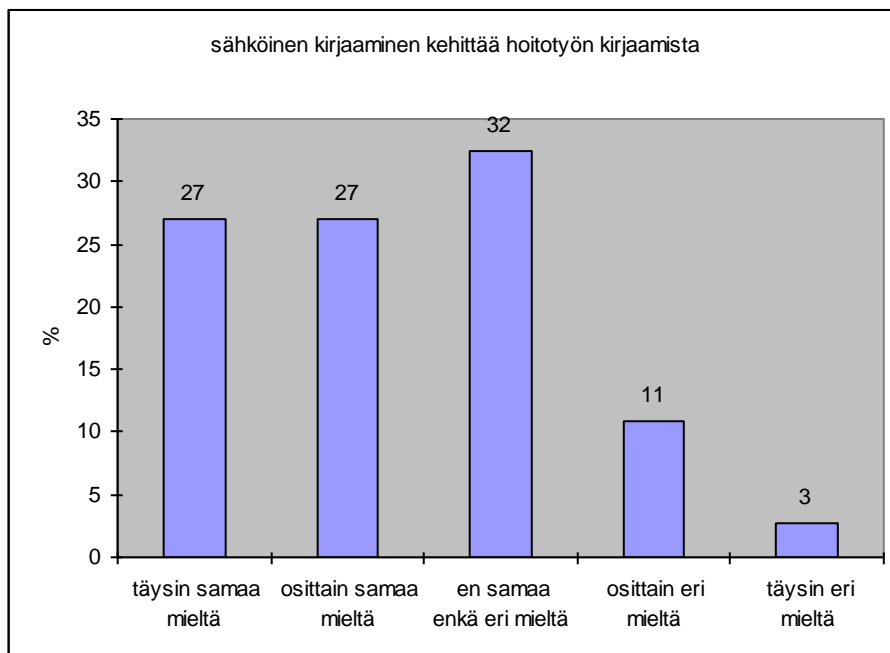
Kuvio 25. Minulla on riittävästi tietoteknistä osaamista (n=37)

Enemmistö vastaajista (76 %) oli kiinnostunut sähköisestä kirjaamisesta, 19 %:lla ei ollut kiinnostusta sähköiseen kirjaamiseen (Kuvio 26).



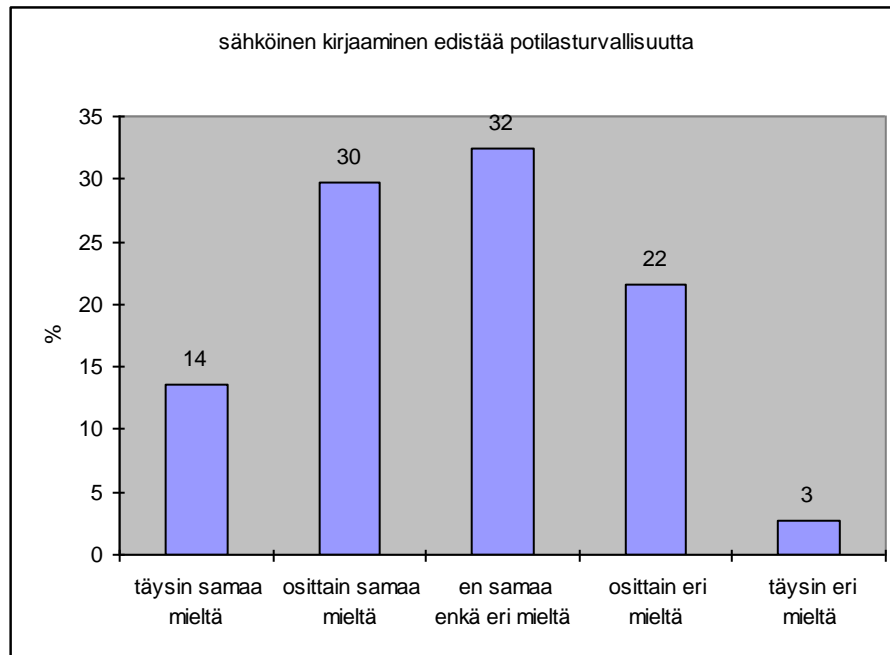
Kuvio 26. Olen kiinnostunut sähköisestä kirjaamisesta (n=37)

Yli puolet vastaajista (54 %) arvioi sähköisen kirjaamisen kehittävän hoitotyön kirjaamista, kolmannes vastaajista (32 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 14 % arvioi, ettei sähköinen kirjaaminen kehitä hoitotyön kirjaamista (Kuvio 27).



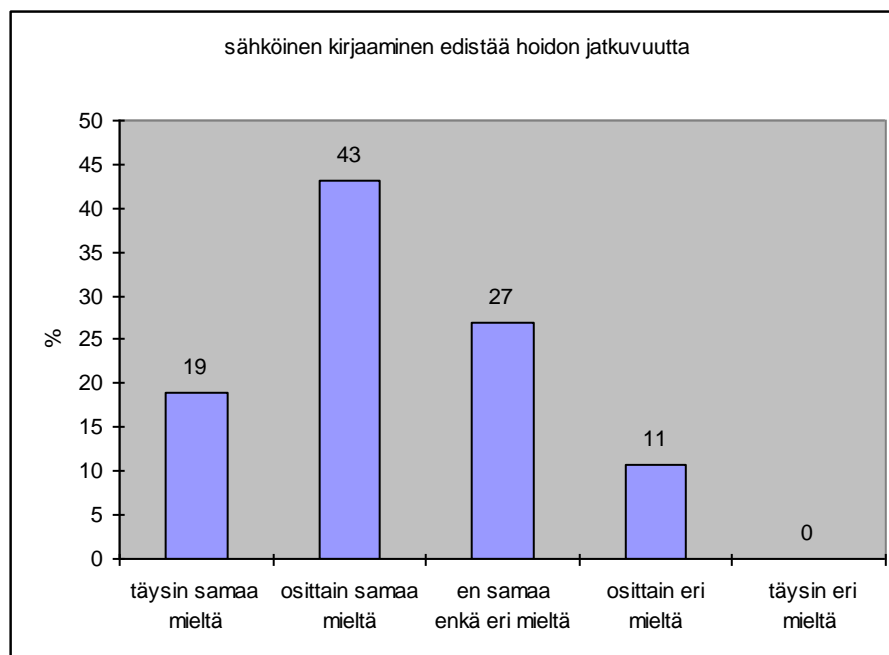
Kuvio 27. Sähköinen kirjaaminen kehittää hoitotyön kirjaamista (n=37)

Lähes puolet vastaajista (44 %) arvioi sähköisen kirjaamisen edistävän potilasturvallisuutta, kolmannes vastaajista (32 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja neljännnes vastaajista (25 %) arvioi, että sähköinen kirjaaminen ei edistä potilasturvallisuutta (Kuvio 28). Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni, että yhdellä kyselyyn vastanneista osastoista arvioidaan sähköisen kirjaamisen edistävän ($p= 0,008$) potilasturvallisuutta enemmän kuin kahdella muulla tutkimusosastolla.



Kuvio 28. Sähköinen kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta (n=37)

Enemmistö vastaajista (62 %) arvioi sähköisen kirjaamisen edistävän hoidon jatkuvuutta, 27 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 11 % oli osittain eri mieltä (Kuvio 29).



Kuvio 29. Sähköinen kirjaaminen edistää hoidon jatkuvuutta (n=37)

Vaihtoehtokysymyksenä sähköisen kirjaamisen vaikutuksesta hoitotyöhön arvioitiin, että koulutusta sähköiseen kirjaamiseen pitäisi lisätä. Sähköinen kirjaaminen koettiin vaikeana, kun työpäivät ovat kiireisiä, eikä ole aikaa opetella uutta asiaa, kun kellot ja puhelimet soivat. Toisaalta arviona oli että, tulkintavirheet vähenevät ja oletuksena oli, että sähköinen kirjaaminen on välttämätöntä jatkossa.

6.6 Lukuraportin tärkeimmät asiat

Lukuraportista tärkeimpiä huomioitavia asioita kysyttiin avoimella kysymyksellä, johon tuli 33 vastausta (79 %). Tärkeimpiä lukuraportista huomioitavia asioita olivat potilaan vointi, tulosyys, nykytilanne, taustatiedot, aikaisemmat sairaudet, diagnoosi, lääkitys, tutkimukset, auttamiskeino, hoitotoimenpiteet, erityisongelmat ja hoitosuunnitelma. Lisäksi oli nimetty toimintakyky, hoidon ongelmat ja – tavoitteet, muutokset hoidossa, lääkärin määräykset, käsiala ja kokonaisvaltaisuus.

6.7 Muut huomioitavat asiat lukuraportointiin liittyen

Toiseen avoimeen kysymykseen tuli 17 vastausta (40 %) ja vastaajat saivat kertoa vapaasti asioita lukuraportointiin liittyen. Merkittäväksi koettiin rauhallisen tilan löytymisen lukuraportointia varten.

”Rauhallinen tila lukuraporttiin sekä mahdollisuus tarkistaa tiedot edell. hoitajalta”

”Rauhallinen lukuympäristö”

”Rauhallisen tilan löytyminen välillä vaikeaa”

Hoitajat kokivat myös kirjaamisen merkityksen korostuneen lukuraportointikäytännön muutoksen myötä.

”Kaikkiin määräyksiin tulisi löytyä syy eli asioita tulisi selittää enemmän eli miksi mitään tehdään. Silloin on helpompi ymmärtää potilaan hoidon tavoitteet”

”Kirjaamisen tärkeys korostuu, etenkin mitä kirjoittaa”

”Jotain olennaista saattaa jäädä tietämättä jos ei olla kirjattu”

”Parantanut erittäin paljon hoidon jatkuvuutta ja selkeyttänyt päivää ja potilaan hoitoa”

Kirjaamisessa olisi tärkeää muistaa kirjata olennainen, kuitenkin pitäisi olla aikaa neuvotteluun työryhmän kanssa”

”Käsialaan olisi myös hyvä kiinnittää vähän huomiota että lukija saa selvää”

Lukuraportointikäytännön muutoksen myötä ajankäyttö potilastyöhön koettiin selkeästi lisääntyneen.

”Lukuraportointi ei sido kaikkia hoitajia raporttiin vaan toinen vuoro voi jatkaa töitään ja tuleva vuoro lukea. Näin työt saadaan rauhassa tehtyä”

”Päiväraportti mahtava – en vaihtaisi pois. Paperit tulee tav. raportin jälkeen selattua uudelleen. Aikaa päivällä enempi esim. pot. kotiuttamiselle. Yövuorolaisille haluan antaa puheraportin, jotta voin nukkua yöni rauhassa, ettei tule tunne, että onko yökkö huomannut kaikki asiat”

”Säästää aikaa potilaan hoitotyöhön. Selkeyttää asioita. Turhat ennakkoluulot poistuu potilaista. Virhemahdollisuus pienenee”

”Nykyoloissa meillä välttämätön”

7 TULOSTEN YHTEENVETO

Tuloksilla haettiin vastauksia hoitajien työajan käytön muuttumisesta hiljaisen raportoinnin myötä, raportoinninmuutoksen vaikutuksesta hoitajien työhön, osaston toimintaan ja päätöksentekoon. Tuloksilla selvitettiin myös miten hoitajat kokevat sähköisen kirjaamisen ja miten se vaikuttaa hoitotyöhön, miten kirjaaminen on muuttunut ja mitkä ovat mahdolliset kehittämistarpeet.

Kyselylomakkeita jätettiin sisätautien vuodeosastoille 58 ja vastauksia saimme 42 hoitajalta (72,4 %). Enemmistö vastaajista oli sairaanhoitajia (93 %) ja loput 7 % vastaajista oli perushoitajia. Vastaajien ikä oli luokiteltu neljään luokkaan ja lähes puolet vastaajista (48 %) oli 31 – 50-vuotiaita, 33 % oli alle 30-vuotiaita ja yli 50-vuotiaita oli 19 %.

Vastaajien työkokemuksen keskiarvo oli 12 – vuotta, mediaani 10,5 -vuotta, lyhin työkokemus oli 1,5 -vuotta ja pisin 36 -vuotta.

Vastaajista 38 %:lla oli työkokemusta samalla osastolla 6 - 10 vuotta, 31 %:lla työkokemusta oli 2 – 5 vuotta, 14 %:lla oli 11 – 20 vuotta ja alle 2 – vuotta työkokemusta samalla osastolla oli 17 %:lla.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen etsittiin vastausta hoitajien **työajan käytön muuttumiseen** hiljaisen raportointikäytännön myötä. Tulokset osoittivat, että lähes kaikkien hoitajien **kirjaamiseen** käyttämä aika lisääntyi. Hoitajista 73 % arvioi käyttävänsä jonkin verran enemmän aikaa ja 20 % merkittävästi enemmän aikaa hoitotyön kirjaamiseen. Ristiintaulukoinnissa ilmeni pidemmän työkokemuksen kyseisellä osastolla omaavien hoitajien käyttävän enemmän ($p=0,03$) aikaa hoitotyön kirjaamiseen. Myös **sairauskertomuksiin tutustumiseen** käytettävä aika lisääntyi enemmistöllä (80 %). 50 % hoitajista käytti jonkin verran enemmän aikaa ja 30 % merkittävästi enemmän aikaa sairauskertomuksiin tutustumiseen. Hoitajista 56 % ei kokenut tapahtuneen muutosta liittyen **suoraan potilastyöhön**, toisaalta 31 % hoitajista koki käyttävänsä jonkin verran enemmän aikaa suoraan potilastyöhön. Ristiintaulukoinnissa ilmeni pidemmän työkokemuksen omaavien hoitajien käyttävän enemmän ($p=0,04$) aikaa suoraan potilastyöhön. Tulokset **potilaan ja omaisen ohjauksesta ja opetuksesta** olivat samansuuntaiset. Hoitajista 70 % arvioi, että ajankäytön suhteen muutosta ei ollut tapahtunut. Ristiintaulukoinnissa kuitenkin ilmeni pidemmän työkokemuksen omaavien hoitajien käyttävän enemmän aikaa ($p= 0,04$) potilaan ja omaisen ohjaukseen ja opetukseen. Raportointikäytännön muutoksen jälkeen 29 % hoitajista arvioi käyttävänsä **suulliseen tiedottamiseen potilaan ollessa kriittisesti sairas** jonkin verran enemmän aikaa, toisaalta kolmannes hoitajista (34 %) ei kokenut muutosta tapahtuneen ja vajaa kolmannes (29 %) arvioi käyttävänsä jonkin verran vähemmän aikaa. **Uusien työntekijöiden ja uusien opiskelijoiden** perehdytysajan tulokset olivat samansuuntaiset. Puolet hoitajista (50 %) arvioi käyttävänsä jonkin verran enemmän aikaa perehdytykseen ja lähes puolet (47 %) ei kokenut tapahtuneen muutosta. Ristiintaulukoinnissa ilmeni alle 30–vuotiaiden hoitajien käyttävän enemmän aikaa ($p=0,04$) uusien opiskelijoiden perehdytykseen.

Toiseen tutkimuskysymykseen etsittiin vastausta raportointikäytännön **muutoksesta hoitajien työhön ja osaston toimintaan**. Enemmistö hoitajista (92 %) koki **kirjaamisen osastolla parantuneen**. Hoitajista 69 % oli asiasta täysin samaa mieltä ja 23 % osittain samaa mieltä. Ristiintaulukoinnissa ilmeni, että pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat kokivat kirjaamisen selkeästi ($p=0,0003$) parantuneen. **Vastuu hoidon jatkuvuudesta** koettiin olevan sekä raportin kirjoittajalla, että raportin lukijalla. Enemmistö hoitajista (80 %) koki **potilaille** olevan **enemmän aikaa** raportointikäytännön muutoksen jälkeen. Hoitajista 54 % oli osittain samaa mieltä ja 26 % täysin samaa mieltä. Puolet hoitajista arvioi **raporteilta säästyneen ajan kuluvaan pääosin kirjaamiseen**. Hoitajista 23 % ei ollut samaa eikä eri mieltä ja toisaalta neljännes (23 %) hoitajista olivat asiasta osittain eri mieltä. Yli puolet hoitajista (59 %) koki **osaston ilmapiirin rauhallisemmaksi**, toisaalta yli kolmannes hoitajista (38 %) ei kokenut muutosta osaston ilmapiirissä tapahtuneen. Ristiintaulukoinnissa ilmeni kahdella osastolla ilmapiirin koetun rauhallisemmaksi ($p=0,04$) raportointikäytännön muutoksen jälkeen. Lähes puolet hoitajista (48 %) koki **tiedonkulun osastolla** parantuneen ja 46 % ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä. Ristiintaulukoinnissa kahdella osastolla koettiin tiedon kulun parantuneen ($p=0,03$). **Hoidon jatkuvuuden** parantuminen arvioitiin samansuuntaisesti. Puolet hoitajista (48 %) arvioi hoidon jatkuvuuden parantuneen ja 49 % ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä raportointikäytännön muutoksen jälkeen.

Toiseen tutkimustehtävään sisältyy lisäksi kysymys raportointikäytännön **muutoksen vaikutuksesta hoitajan päätöksentekoon**. Yli puolet hoitajista koki **neuvottelevansa** enemmän **työkavereiden kanssa** potilaan hoidosta, hoitajista 44 % oli osittain samaa mieltä, 10 % täysin samaa mieltä, toisaalta kolmannes (28 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 18 % hoitajista koki neuvottelevansa osittain vähemmän työkavereiden kanssa potilaan hoidosta. Ristiintaulukoinnissa ilmeni alle 30-vuotiaiden neuvottelevan enemmän ($p=0,03$) työkavereiden kanssa potilaan hoidosta. Yli puolet hoitajista (54 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä neuvottelemisesta enemmän **muiden ammattiryhmien** kanssa potilaan hoidosta ja kolmannes (28 %) koki neuvottelevansa osittain enemmän. 57 % hoitajista arvio tekevänsä **itsenäisemmin päätöksiä** potilaan hoidosta raportointikäytännön muutoksen myötä, kolmannes (31 %) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä itsenäisemmästä päätöksenteosta. Lähes puolet (49 %) hoitajista **neuvottelee** enem-

män **potilaan kanssa** hoidosta ja lähes saman verran hoitajia (44 %) ei ole samaa eikä eri mieltä. Puolet hoitajista (49 %) ei ole samaa eikä eri mieltä **yhteistyön** lisääntymisestä potilaan **omaisten kanssa**, toisaalta yli kolmannes (36 %) hoitajista arvioi yhteistyön lisääntyneen.

Tutkimustehtäviin liittyy myös kysymys hoitajien kokemuksesta **sähköiseen kirjaamiseen**. Lähes puolet hoitajista (49 %) koki omaavansa **riittävää** tietoteknistä **osaamista**, hoitajista 35 % oli osittain samaa mieltä ja 14 % täysin samaa mieltä. Hoitajista 44 % ei kokenut omaavansa riittävää tietoteknistä osaamista. Enemmistö hoitajista (76 %) oli **kiinnostunut** sähköisestä kirjaamisesta, toisaalta neljännessä vastaajia (19 %) se ei kiinnostanut. Yli puolet hoitajista arvioi sähköisen kirjaamisen **kehittävän hoitotyön kirjaamista**, hoitajista 27 % oli asiasta osittain samaa mieltä ja 27 % täysin samaa mieltä. Kolmannes (32 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 14 % oli eri mieltä. Hoitajista 30 % arvioi sähköisen kirjaaminen osittain **edistävän potilasturvallisuutta**, 14 % oli täysin samaa mieltä, toisaalta kolmannes (32 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja neljännes (22 %) oli osittain eri mieltä. Ristiintaulukoinnin tuloksena ilmeni, että yhdellä osastolla arvioidaan sähköisen kirjaamisen edistävän ($p=0,008$) potilasturvallisuutta. Yli puolet (52 %) arvioi sähköisen kirjaamisen edistävän **hoidon jatkuvuutta** ja neljännes (27 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä.

Kyselylomakkeessa oli mukana kolme **vaihtoehtokysymystä**. **Raportointikäytännön muutoksen vaikutusta työhön ja osaston toimintaan** oli arvioitu, että kovan kiireen vuoksi osastolla ei ole aikaa tarpeeksi hyvään kirjaamiseen ja se stressaa. Uusien asioiden oppimisen koettiin vähentyneen ja aikaisemmin tuli enemmän tietoa lääkkeistä ja taudeista. Vastuu hoidon jatkuvuudesta koettiin olevan sekä raportin kirjoittajalla että lukijalla.

Raportointikäytännön muutoksen vaikutusta päätöksentekoon vaihtoehtokysymyksessä oli arvioitu, että kokemusta hoitotyöhön on tullut vuosien varrella, joten osaa

neuvotella enemmän työkavereiden kanssa. Kokemuksena oli myös, että on helpompi tarkistaa tietoja ja tuntee paperit tarkemmin.

Vaihtoehtokysymyksenä oli lisäksi **sähköisen kirjaamisen vaikutuksesta hoitotyöhön**. Arviona oli, että tarvittaisiin lisää koulutusta ja asia tuntuu vaikealta, kun työpäivät ovat kiireisiä eikä ole aikaa opetella uutta asiaa. Tulkintavirheiden koettiin vähenevän. Sähköisen kirjaamisen oletetaan olevan jatkossa välttämätöntä.

Ensimmäisessä **avoimessa kysymyksessä** piti mainita kolme tärkeintä lukuraportista huomioitavaa asiaa. Hoitajat olivat arvioineet selkeästi tärkeimmiksi potilaan tulossyn, diagnoosin, lääkityksen ja potilaan voinnin.

Toiseen avoimeen kysymykseen sai tuoda esille muita asioita lukuraportointiin liittyen. Vastauksista nousi selkeästi esille rauhallisen tilan tarve ja kirjaamisen tärkeyden korostuminen. Hoitajat kokivat myös aikaa riittävän enemmän hoitotyöhön.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tietoa raportoinnin ja kirjaamisen kokemuksista ja kehittämistarpeista raportointikäytännön muutoksen jälkeen erikoissairaanhoidon sisätautivuodeosastojen hoitotyöntekijöille. Tutkittavia asioita olivat raportointikäytännön muutoksen vaikutukset työajan käyttöön, hoitajien työhön, osaston toimintaan ja päätöksentekoon. Lisäksi selvitettiin kirjaamisen muuttumista ja kehittämistarpeita sekä kokemuksia sähköisestä kirjaamisesta. Johtopäätöksenä voimme todeta tutkimuksen antaneen vastaukset opinnäytetyön tutkimustehtäviin. Tulosten mukaan esiin nousi erityisesti hyvän kirjaamisen olevan lähtökohtana onnistuneelle kirjalliselle tiedonsiirrolle.

Tulokset osoittavat, että lähes kaikkien hoitajien **kirjaamiseen** käyttämä aika lisääntyi. Pidemmän työkokemuksen kyseisellä osastolla omaavat hoitajat käyttivät enemmän aikaa hoitotyön kirjaamiseen ja **suoraan potilastyöhön**. Tulosten mukaan **potilaan ja omaisen ohjaukseen ja opetukseen** käyttämä aika ei ollut muuttunut. Toisaalta ilmeni pidemmän työkokemuksen omaavien hoitajien käyttävän enemmän aikaa potilaan ja omaisen ohjaukseen ja opetukseen. **Uusien työntekijöiden ja uusien opiskelijoiden** perehdytysajan tulokset olivat samansuuntaiset. Toisaalta käytettiin enemmän aikaa perehdytykseen, toisaalta ei koettu tapahtuneen muutosta. Selkeästi ilmeni alle 30-vuotiaiden hoitajien käyttävän enemmän aikaa uusien opiskelijoiden perehdytykseen. Saamamme tutkimustulokset olivat samansuuntaisia aikaisemman tutkimustuloksen kanssa, mutta Puumalaisen ym. (2003) saaduissa tuloksissa hoitajat käyttivät selkeästi enemmän aikaa suoraan potilastyöhön raportointikäytännön muutoksen jälkeen verrattuna tämän tutkimuksen tulokseen.

Tuloksista voidaan päätellä myös **kirjaamisen osastolla parantuneen selkeästi**. Eri-tyisesti pidemmän työkokemuksen omaavat hoitajat kokivat kirjaamisen selkeästi parantuneen. Toisaalta kovan kiireen vuoksi osastolla ei ole aikaa tarpeeksi hyvään kirjaamiseen ja se stressaa. **Vastuu hoidon jatkuvuudesta** koettiin olevan sekä raportin kirjoittajalla, että raportin lukijalla. **Potilaille** koettiin olevan **enemmän aikaa** rapor-

tointikäytännön muutoksen jälkeen. **Osaston ilmapiiri koettiin osittain rauhallisemmaksi**, toisaalta muutosta ei koettu tapahtuneen. Kahdella osastolla ilmapiirin koettiin merkittävästi rauhallisemmaksi raportointikäytännön muutoksen jälkeen. Tämä tulos on ristiriitainen Puumalaisen ym. (2003) tutkimustuloksen kanssa, koska osaston ilmapiiriä ei siinä tutkimuksessa koettu rauhallisemmaksi. Tutkijat pohtivat tulosten ristiriitaisuutta ja tulivat siihen tulokseen, että Puumalaisen ym. (2003) tutkimus oli tehty puoli vuotta raportointikäytännön muutoksen alkamisesta, joten ilmapiirin muutos ei vielä mahdollisesti ollut näkyvissä. Kun taas tutkimusosastojemme raportointikäytännön muutoksesta tutkimusajankohtaan oli kulunut vuosia, enimmillään viisi vuotta ja raportointikäytännön muutos oli jo näkyvissä. **Tiedonkulun koettiin osastolla** parantuneen, toisaalta tiedonkulussa ei osattu selkeästi sanoa muutosta ja uusien asioiden oppimisen koettiin vähentyneen ja aikaisemmin tuli enemmän tietoa lääkkeistä ja taudeista. Kahdella osastolla koettiin tiedon kulun parantuneen merkittävästi.

Tuloksista voidaan päätellä myös muutoksia tapahtuneen **hoitajien päätöksenteossa** raportointikäytännön muutoksen jälkeen. Hoitajat **neuvottelevat** enemmän **työkavereiden kanssa** potilaan hoidosta. Erityisesti ilmeni alle 30-vuotiaiden hoitajien neuvottelevan enemmän työkavereiden kanssa potilaan hoidosta, toisaalta ilmeni päätöksenteossa auttavan myös hoitotyön kokemus vuosien varrelta, joten hoitajat osaavat neuvotella enemmän työkavereiden kanssa potilaan hoidosta. Hoitajat tekevät myös **itsenäisemmin päätöksiä ja neuvottelevat enemmän potilaan kanssa** hänen hoidostaan, toisaalta hoitajat eivät osaa sanoa selkeästi tapahtuneen muutosta. **Yhteistyö potilaan omaisten kanssa** on osittain lisääntynyt. Puumalaisenkin tutkimuksessa päätöksentekoon liittyvät aiheet nähtiin tärkeänä, mutta siinä ne eivät nousseet niin tärkeäksi kuin tässä opinnäytetyössä.

Tuloksista voidaan päätellä **sähköisen kirjaamisen kiinnostavan** hoitajia. Tietotekniiseen osaamiseen ollaan tyytyväisiä, osittain koetaan myös osaamattomuutta. Koulutusta kaivataan lisää ja asia tuntuu vaikealta työpäivien kiireisyyden vuoksi, aikaa ei ole myöskään opetella uutta asiaa. Tulkintavirheiden koettiin kuitenkin vähenevän. Sähköisen kirjaamisen oletetaan olevan jatkossa välttämätöntä. Tuloksista voidaan päätellä

myös sähköisen kirjaamisen **kehittävän hoitotyön kirjaamista, edistävän potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta**. Erityisesti yhdellä osastolla nousi esiin potilasturvallisuuden edistyminen sähköisen kirjaamisen myötä.

Tulokset osoittivat **lukuraportin tärkeimmiksi asioiksi** potilaan tulosityyn, diagnoosin, lääkityksen ja potilaan voinnin. Kirjaamisen tärkeys ja rauhallisen raportointitilan tarve korostuivat. Tuloksista nousi esille myös se, että hoitajilla oli aikaa enemmän hoitotyöhön kirjallisen raportoinnin myötä.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat reliabiliteetti eli luotettavuus ja validiteetti eli pätevyys. Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia eli luotettavuus perustuu siihen, että tutkimus on toistettavissa. (Hirsjärvi 2007, 226-227.) Opinnäytetyöntekijöiden mielestä kyselytutkimus on toistettavissa ja tekijät ovat sitä mieltä, että vastaukset olisivat samansuuntaisia, mikäli sama kyselylomake jaettaisiin samalle kohderyhmälle uudelleen.

Riittävän suuri otos perusjoukosta mahdollistaa yleistettävien päätelmien teon tulosten perusteella (Hirsjärvi ym. 2007, 175). Tutkimuksemme perusjoukon muodostivat kaikki kolmen sisätautivuodeosaston hoitajat. Kyselylomakkeita jaettiin 58 kappaletta. Vastajien määrä oli 42 ja vastausprosentti oli 72.

Määrällisessä tutkimuksessa tulosten luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206). Opinnäytetyössä oli aikaisemmin käytetty ja esitestattu mittari ja opinnäytetyön tulokset ovat yhdenvertaisia

aikaisemmin tehdyn tutkimuksen kanssa, näin käyttämäämme mittaria voidaan pitää luotettavana.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta täytyy tarkastella tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa alkaen aineiston keruusta aina raportointiin asti. Pohdittaessa on huomioitava, että tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys ja siinä on mukana tutkijan tunne ja intuitio. Luotettavuuden toteutuminen vaatiikin opinnäytetyöntekijöiltä tarkkuutta ja kriittisyyttä omaa työtään kohtaan. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 216-219.) Opinnäytetyön laadullisten kysymysten raportoinnissa on käytetty suoria lainauksia ja näin voitiin lisätä tulosten luotettavuutta.

Tulosten luotettavuutta heikensi se, että muutamassa kyselylomakkeessa esiintyi puuttuvia vastauksia. Pääosa puuttuvista vastauksista oli niiden osalta, joilla ei ollut kokemusta muunlaisesta raportointikäytännöstä.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys tulee huomioida jo tutkimusaiheen valinnassa. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen aikana noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. Tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään eli tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin haitan. Tutkijan on vältettävä epärehellisyyttä tutkimustyön jokaisessa vaiheessa. Tutkimusta suunniteltaessa tulee muista myös, että tutkittavilla on oikeus tietää, mitä heille tapahtuu, jos he osallistuvat tutkimukseen. Etiikan kannalta on myös tärkeää, että tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Se edellyttää, että tutkija pyrkii mahdollisimman suureen objektiivisuuteen. (Hirsjärvi ym. 2007, 23, 25, Vehviläinen-Julkunen ym. 1997, 27, 31.)

Kaikki kyselylomakkeet palautuivat suljetussa laatikossa ja vastaaminen tapahtui nimettömänä. Jokaisen kyselylomakkeen alussa oli saatekirje (Liite 1/1), josta ilmeni opinnäytetyön tarkoitus ja tekijät. Saatekirjeessä korostettiin tutkimukseen osallistumisen tärkeyttä ja vapaaehtoisuutta sekä vastaajien antamien tietojen luottamuksellista käsittelyä vastausten ollessa vain tutkijoiden käytössä. Jokaisella vastaajalla oli mahdollisuus itse päättää tutkimukseen osallistumisesta.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoista, koska hoitotyön kirjaaminen ja raportointikäytännöt ovat ajankohtaisia ja potilasturvallisen hoidon perusta. Suullista ja kirjallista raportointikäytäntöä punnitaan työelämässä keskenään ja molemmista löydetään sekä hyviä että huonoja puolia. Käytännössä elämme myös siirtymävaihetta sähköiseen kirjaamiseen, jonka pitäisi auttaa jäsentämään kirjaamista ja helpottaa potilastietojen löytymistä ja siten edistää potilasturvallista hoidon jatkuvuutta.

Työn alkaessa aiheeseen liittyviä tutkimuksia löytyi vähän, mutta hoitotyön kirjaamiseen liittyvä kirjallisuus oli ajantasaista liittyen sähköisen kirjaamisen alkamiseen. Myös sitä koskeva lainsäädäntö tuli voimaan 1.7.2007. Palaute työmme tekemisestä on ollut positiivista ja odottavaista, koska asia on tärkeä ja ajankohtainen. Toivomme työmme auttavan hoitohenkilökuntaa löytämään asioita, jotka helpottavat käytännön työtä potilaiden parhaaksi.

Opimme työmme aikana hyvin tutkimustyön tekemiseen liittyvät asiat ja siihen liittyvät prosessin erilaiset vaiheet. Opinnäytetyön tekemisen prosessi on kasvattanut meitä tulevaan uuteen sairaanhoitajan ammattiin ja kirjaamisen tärkeys on korostunut entisestään.

Työn tekemisessä on osittain auttanut myös harjoittelujakson kokemus osallistua kirjalliseen raportointikäytäntöön. Työmme on edennyt hyvin suunnitelmien mukaisesti ja työn tekijöiden yhteistyö on ollut saumatonta ja toisiaan täydentävää.

Tutkimustulokset antavat hyvän lähtökohdan kehittää edelleen kirjallista raportointia suullisen raportoinnin sijaan ja näitä tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa luku-raportoinnin kehittämisessä. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää hoitajien kokemuksia kirjallisesta raportoinnista sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä. Lisäksi voitaisiin selvittää kokemuksia sähköisen kirjaamisen vaikutuksista hoitotyöhön.

LÄHTEET

Ensio, A. 2007. Tavoitteena toiminnan ja palvelujen kehittäminen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 149.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Finlex. Valtion säädöstietopankki. [viitattu 29.11.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.

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

Henkilötietolaki 523/1999. Finlex. Valtion säädöstietopankki. [viitattu 29.11.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. 13 painos. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitoyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Laitinen, H. 2002. Yksilövastuisten hoitotyön lähtökohdat lyhytaikaisessa hoitosuhteessa. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) Minun hoitajani – Näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi, 155.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Finlex. Valtion säädöstietopankki [viitattu 29.11.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Finlex. Valtion säädöstietopankki. [viitattu 29.11.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Finlex. Valtion säädöstietopankki. [viitattu 29.11.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/19940559>.

Lauri, S. & Lehti, T. 2000. Hoitotyön kirjaaminen teoriassa ja käytännössä. Kokemuksia Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Artikkel. Sairaanhoidaja 8/2000.

Lundgrén-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko – muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa: Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Sairaanhoidajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nissilä, A. 2005. Esimerkkinä sähköinen hoitotyön dokumentointi Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 56-57.

Potilasvahinkolaki 585/1986. Finlex. Valtion säädöstietopankki [viitattu 29.11.2007]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>.

Pulkkinen, M-L. 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Turun yliopiston julkaisuja. Turku: Kirjapaino Pika Oy.

Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. Artikkel. Tutkiva hoitotyö 1 (1)

Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen- kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro- gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Saranto, K. 2007. Elektronisen hoitotiedon käyttö. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 178.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 187.

Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 15.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Opas 2001:3. [viitattu 13.12.2007]. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/opas.htm#4>.

Tantt, K. 2007. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidon jatkuvuus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 131.

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

Tantt, K. & Ikonen, H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 123.

Telaranta, S. 1997. Hoitotyön hallinto. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

ARVOISA VASTAAJA!

LIITE 1/1

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Porissa ja teemme opinnäytetyötä sairaanhoitajatutkimuksemme varten. Satakunnan keskussairaalan kolmella vuodeosastolla on ollut käytössä lukuraportointi ja tämän **opinnäytetyön tavoitteena on** saada tietoa lukuraportin mahdollisista vaikutuksista hoitajien työhön ja päätöksentekoon sekä osaston toimintaan.

Tämä kyselylomake jaetaan jokaiselle kolmella sisätautiosastolla työskentelevälle perus- ja sairaanhoitajalle. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja **kaikki tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti**. Kyselyyn vastataan nimettömänä, joten vastauksenne eivät ole tunnistettavissa. Kyselylomakkeet eivät tule kenenkään muun kuin opinnäytetyön tekijöiden käyttöön.

Täytettyänne kyselylomakkeen, voitte jättää sen suljetussa kirjekuoressa osastolla olevaan vastauslaatikkoon.

Vastaamalla kyselyyn voit olla mukana kehittämässä teidän osastolla tapahtuvaa lukuraportointia.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Ritva Kangassalo Satakunnan ammattikorkeakoulusta sosiaali- ja terveysalalta Porista ja Ylihoitaja Päivi Hautaoja Satakunnan keskussairaalan sairaalasta.

Ystävällisin terveisin

Päivi Aaltonen

Sairaanhoitajaopiskelija

Puh: 041-4327220

Helena Katajisto

Sairaanhoitajaopiskelija

Puh: 044-3562740

KYSELY HOITAJILLE LUKURAPORTTOINTIIN LIITTYEN

Taustakysymykset.

(Rastita sopiva vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.)

1. Ammatti 1. _____ Sairaanhoitaja

2. _____ Perus-/lähihoitaja

2. Ikä 1. _____ alle 30 v.

2. _____ 31 – 40 v.

3. _____ 41 – 50 v.

4. _____ yli 50 v.

3. Työkokemus _____ v.

4. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisellä osastolla _____ alle 2 v.

_____ 2 – 5 v.

_____ 6 – 10 v.

_____ 11 – 20 v.

_____ yli 20 v.

5. Arvioi ajankäyttöäsi hoitotyön toiminnoissa raportointikäytännön muutoksen jälkeen. (Rastita sopiva vaihtoehto.)

Toiminto	Käytän merkittävästi enemmän aikaa	Käytän jonkin verran enemmän aikaa	Ei muutosta	Käytän jonkin verran vähemmän aikaa	Käytän merkittävästi vähemmän aikaa
1. Hoitotyön kirjaaminen					
2. Sairauskertomuksiin tutustuminen					
3. Suora potilastyö					
4. Potilaan ohjaus ja opetus					
5. Omaisen ohjaus ja opetus					
6. Suullinen tiedottaminen potilaan ollessa kriittisesti sairas/moniongelmainen					
7. Uusien työntekijöiden perehdytys					
8. Uusien opiskelijoiden perehdytys					

6. Miten raportointikäytännön muutos on vaikuttanut työhösi ja osaston toimintaan? (Rastita sopiva vaihtoehto. Jos valitset muun vaihtoehdon, kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.)

Väittäjä	Olen täysin samaa mieltä	Olen osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Olen osittain eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
1. Kirjaaminen osastolla on parantunut					
2. Vastuu hoidon jatkuvuudesta on raportin kirjoittajalla					
3. Vastuu hoidon jatkuvuudesta on raportin lukijalla					
4. Potilaille on enemmän aikaa					
5. Raporteilta säästynyt aika kuluu pääosin kirjaamiseen					
6. Osaston ilmapiiri on rauhallisempi					
7. Tiedon kulku osastolla on parantunut					
8. Hoidon jatkuvuus on parantunut					

9. Muuten, miten? _____

7. Miten raportointikäytännön muutos on vaikuttanut päätöksentekoo- si?

Väittäjä	Olen täysin samaa mieltä	Olen osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Olen osittain eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
1. Neuvottelen enemmän työtovereiden kanssa potilaan hoidosta					
2. Neuvottelen enemmän muiden ammattiryhmien kanssa potilaan hoidosta					
3. Teen itsenäisemmin päätöksiä potilaan hoidosta					
4. Neuvottelen enemmän potilaan kanssa hoidosta					
5. Yhteistyö potilaan omaisten kanssa on lisääntynyt					

6. Muuten, miten? _____

8. Mitä mieltä olet sähköisen kirjaamisen vaikutuksesta hoitotyöhön?

Väittämä	Olen täysin samaa mieltä	Olen osittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Olen osittain eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
1. Minulla on riittävästi tietoteknistä osaamista					
2. Olen kiinnostunut sähköisestä kirjaamisesta					
3. Sähköinen kirjaaminen kehittää hoitotyön kirjaamista					
4. Sähköinen kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta					
5. Sähköinen kirjaaminen edistää hoidon jatkuvuutta					

6. Vaikuttaa muuten, miten? _____

9. Avoimet kysymykset.

(Kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.)

1. Mainitse kolme tärkeintä asiaa, jotka huomioit lukuraportista.

2. Mitä muuta haluaisit tuoda esille lukuraportointiin liittyen?

KIITOS VASTAUKSESTASI!

Päivi Aaltonen
Santalantie 2
29100 LUVIA
041-4327220

ANOMUS

LIITE 2/1

30.8.2007

Satakunnan keskussairaala
Ylihoitaja
Päivi Hautaoja
Sairaalantie 3
28500 PORI

TUTKIMUSLUPA

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Porissa sairaanhoitajiksi. Tutkintoomme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Aikomuksemme on tehdä opinnäytetyö yhteistyössä Satakunnan keskussairaalan kolmen sisätautivuodeosaston kanssa. Opinnäytetyömme **tarkoituksena** on selvittää tietoa raportoinnin ja kirjaamisen mahdollisesta kehittämisestä hoitotyöntekijöille, tekemällä heille kyselytutkimus. **Tavoitteena** on saada tietoa lukuraportin mahdollisista vaikutuksista hoitajien työhön ja päätöksentekoon sekä osaston toimintaan.

Opinnäytetyömme aineistonkeruu toteutetaan kyselylomakkeen avulla vuoden 2007 syys-lokakuussa. Kyselylomakkeet jaetaan kaikille kolmella sisätautiosastolla työskentelevälle sairaan- ja perushoitajalle. Kaikki täytetyt lomakkeet jätetään/ palautetaan suljetussa kirjekuoressa osastolla olevaan vastauslaatikkoon. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen vastataan nimettömänä. Tutkimustulokset käsitellään luottamuksellisesti.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Ritva Kangassalo Satakunnan ammattikorkeakoulusta Porista.

Anomme kohteliaimmin lupaa suorittaa opinnäytetyön aineistonkeruun Satakunnan keskussairaalan kolmelta sisätautien vuodeosastolta. Pyydämme myös saada kopioida kyselylomakkeet Satakunnan keskussairaalan loma-kevarastossa ja saada niihin suljettavat blanko kirjekuoret kolmen osaston hoitohenkilökuntaa varten.

Kunnioittavasti

Helena Katajisto
sairaanhoitajaopiskelija

Päivi Aaltonen
sairaanhoitajaopiskelija