



**IPANA-TIETOJÄRJESTELMÄN JA  
RAFAELA-  
HOITOISUUSLUOKITUKSEN  
KÄYTTÖÖNOTTO JA TOIMIVUUS  
HOITOHENKILÖKUNNAN KOKE-  
MANA**

Noora Rajala

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kättilötyön suuntautumis-  
vaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kättilötyön Suuntautumisvaihtoehto

RAJALA, NOORA

iPana-tietojärjestelmän ja RAFAELA-hoitaisuusluokituksen käyttöönotto ja toimivuus  
hoitohenkilökunnan kokemana  
Opinnäytetyö 52 sivua, joista liitteitä 8 sivua  
Toukokuu 2013

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä iPana-tietojärjestelmän ja RAFAELA-hoitaisuusluokituksen käyttöönotosta ja toimivuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda julki hoitohenkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä iPana-tietojärjestelmän ja RAFAELA-hoitaisuusluokituksen toimivuudesta, ongelmista ja kehityskohteista. Tavoitteena oli myös kartoittaa tietoa koulutuksen onnistumisesta ja lisäkoulutuksen tarpeesta.

Opinnäytetyö toteutettiin käyttämällä kvantitatiivista menetelmää. Tutkimuksen välineenä käytettiin sähköistä kyselylomaketta, jossa kysymykset olivat suljettuja ja väittämien muodossa. Vastausvaihtoehdot olivat likertin-asteikolla. Kyselyssä oli myös kaksi avointa kysymystä, joista toinen käsitteli iPana-tietojärjestelmää ja toinen RAFAELA-hoitaisuusluokitusta, antamassa mahdollisuuden vastaajille kertoa omin sanoin kokemuksia ohjelmista.

iPana-ohjelman käyttöönottoon ja alkuperehdytykseen oltiin pääosin tyytyväisiä, mutta yli kolmasosa kaipasi myös lisäkoulutusta. Suurin osa koki saavansa tukea sitä tarvitessaan. Kysymykset iPana-ohjelman loogisuudesta ja selkeydestä jakoivat mielipiteitä. Vapaasti kirjoitettujen mielipiteiden perusteella keskeisimmiksi kehityskohteiksi iPana-ohjelmassa nousi ohjelman lääkitysosio ja ohjelman yksinkertaistaminen.

RAFAELA-hoitaisuusluokituksen käyttöönoton onnistuneisuus ja luokitusten ohjeiden selkeys jakoi myös mielipiteitä. Suurin osa vastaajista koki kuitenkin saavansa aina tukea sitä tarvitessaan. Suurin osa vastaajista koki, että hoitaisuusluokituksen kirjaamiseen käytettävää aikaa ei huomioida työajassa, mutta suurin osa koki kuitenkin sen aina ehtivänsä tekemään. Enemmistö vastaajista ei uskonut hoitaisuusluokituksen kirjaamisesta olevan konkreettista hyötyä.

Jatkotutkimusehdotuksiksi muodostui osastokohtainen kysely iPana-ohjelman kehittämiskohteista sekä kysely valtakunnallisesti kaikista iPana-ohjelmaa käyttävistä sairaaloista. Näin saataisiin kartoitettua iPana-ohjelman kehittämiskohteita kattavasti sitä käyttävältä henkilökunnalta itseltään.

## ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences  
Degree programme in Nursing  
Option of Midwifery

RAJALA, NOORA:

Nurses' experiences of the implementation and functionality of iPana-data system and RAFAELA-patient classification system

Bachelor's thesis 52 pages, appendices 8 pages  
May 2013

---

The purpose of this thesis was to gather information on nurses' experiences and viewpoints of the implementation and functionality of iPana-data system and RAFAELA-patient classification system. The primary aim of this thesis was to bring out experiences and outlooks on the functionality, the problems and bring out any needs for further development of the iPana-data system and the RAFAELA-patient classification system. The other aim was to gather information on the success of the initial training and the needs for further training. The research was conducted by using quantitative and qualitative methods. The research material was gathered using an electronic questionnaire, which had questions that were in a closed form and in a form of claim. The choices for answers were given in a likert scale. The questionnaire included two open answer questions as well. The first open answer question concerned the iPana-data system and the other the RAFAELA-patient classification system aiming at giving the respondents a possibility to tell their experiences of the systems in their own words.

The respondents were mostly satisfied with the implementation of the iPana-data system and with the initial orientation, but over one third of them would have wanted to get further training in using the system. Majority of the respondents felt that they got enough support in the use of the data system whenever they needed it. Aspects of the logics and of the clarity of the iPana-data system divided the opinions to some extent. Based on the answers that were given by in the respondents' own words the two most central points for development would be the overall medication section of the system and the overall simplification of the system. The success of the implementation of RAFAELA-patient classification systems and clarity of the instructions divided opinions as well. The majority of the respondents, however, felt that they got good support whenever they needed it. Most of them felt that the time they used in entering the patient classification system was not taken into account in their work load, but the majority also felt that they still found the time to do it. Majority of the respondents did not believe that recording the patient classification would be of any practical benefit.

Suggestions as for further research came up a survey that would focus on development feedback both from the single wards using the iPana-system and from all the hospitals that are using the system. Such a survey collecting responses from staff that are 'hands-on' using the system would more extensively map out the needs for development of iPana-data system.

---

Key words: electronical documentation, structured nursing documentation, patient classification

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	HOITOTYÖN KIRJAAMISEN HISTORIAA SUOMESSA.....	7
3	HOITOTYÖN ELEKTRONINEN JA RAKENTEINEN KIRJAAMINEN.....	9
	3.1 Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehitys Suomessa.....	9
	3.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen.....	10
	3.2.1 Kirjaamisen lainsäädäntö.....	11
4	IPANA-TIETOJÄRJESTELMÄ.....	13
5	HOITOISUUSLUOKITUS.....	15
6	RAFAELA-HOITOISUUSLUOKITUS.....	16
	6.1 OPC-mittari.....	16
	6.2 PAONCIL-mittari.....	17
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT.....	19
8	TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSPROSESSI.....	20
	8.1 Aineiston keruu.....	20
	8.2 Kvantitatiivinen analyysi.....	20
	8.3 Kvalitatiivinen analyysi.....	21
9	TUTKIMUSTULOKSET.....	22
	9.1 Tutkimusjoukko.....	22
	9.2 iPana-tietojärjestelmä.....	23
	9.2.1 iPana-tietojärjestelmän käyttöönotto ja koulutus.....	23
	9.2.2 Kirjaaminen ja raportin pitäminen iPana-tietojärjestelmästä.....	25
	9.2.3 Henkilökunnan mietteitä iPana-tietojärjestelmän kehittämisestä.....	27
	9.3 RAFAELA-hoitoisuusluokitus.....	29
	9.3.1 Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto, ohjeet ja tuki.....	29
	9.3.2 Hoitoisuusluokituksen kirjaaminen.....	30
	9.3.3 Hoitoisuusluokituksen valinta.....	31
	9.3.4 Henkilökunnan mietteitä RAFAELA-hoitoisuusluokituksesta.....	32
	9.4 Sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtyminen.....	33
10	POHDINTA.....	35
	10.1 Tuloksien pohdintaa iPana-tietojärjestelmästä.....	37
	10.2 Tuloksien pohdintaa RAFAELA-hoitoisuusluokituksesta.....	37
	10.3 Tuloksien pohdintaa sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymisestä.....	38
11	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	39
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET.....	44
	Liite 1. Kyselylomake.....	44
	Liite 2. Taulukko sisällönanalysista 1.....	49

Liite 3. Taulukko sisällönanalyysista 2 .....	50
Liite 4. Taulukko sisällönanalyysista 3 .....	51

## 1 JOHDANTO

Potilastietojärjestelmiä kehitetään, parannetaan ja uudistetaan jatkuvasti. Terveystieteiden henkilökunnalla on tärkeä osa näiden järjestelmien kehityksessä. Heidän avulleen potilastietojärjestelmiä voidaan kehittää suuntaan, mikä palvelee heitä paremmin jokapäiväisessä työssä, vapauttaen näin enemmän aikaa välittömään hoitotyöhön.

Kyseessä olevan sairaalan synnytysosastoilla, josta opinnäytetyöni tein, siirryttiin iPana-tietojärjestelmän käyttöön vuosina 2008-2009. Keväällä 2013 iPana-tietojärjestelmästä tuli uusi kehitelty versio. RAFAELA-hoitoisuusluokitus taas otettiin käyttöön 2011 keväällä.

Aihe opinnäytetyöhöni tuli työelämästä. Synnytysosastojen henkilökunnalta haluttiin kerättävän tietoa, kokemuksia ja mielipiteitä iPana-tietojärjestelmän ja rafaela-hoitoisuusluokituksen käyttöönotosta ja toimivuudesta. Tarkoituksena oli kartoittaa henkilökunnan kokemuksia, mielipiteitä ja kehitysehdotuksia iPana-tietojärjestelmästä ja RAFAELA-hoitoisuusluokituksesta, sekä mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta näihin ohjelmiin. Tarkoituksena oli myös selvittää, kuinka onnistuneesti sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtyminen tapahtui vuonna 2005, kyseessä olevan sairaalan synnytysosastoilla työskennelleiden mielestä.

Opinnäytetyön tutkimustuloksien tavoitteena oli tuoda paremmin julki henkilökunnan näkemystä ohjelmien toimivuudesta, ongelmista ja hyödyistä, ja näin herättää enemmän keskustelua, sekä saada aikaan parannuksia ohjelmissa ja niiden ohjeissa. Edellä mainitun lisäksi tavoitteena oli kartoittaa lisäkoulutuksen tarvetta. Elektroninen kirjaaminen on yhä uusi ilmiö hoitotyössä ja etenkin iPana-tietojärjestelmä potilastietojärjestelmänä. Tämän opinnäytetyön aihe on siksi edelleen ajankohtainen ja tärkeä. Kehitettävää löytyy yhä, joten toivon opinnäytetyöni auttavan osaltaan tässä kehityksessä.

## 2 HOITOTYÖN KIRJAAMISEN HISTORIAA SUOMESSA

Hoitotyön kirjaamisen historia on lähtöisin yksittäisistä työntekijän muistiinpanomerkinnöistä itselleen ja yksinkertaisesta potilastilastoinnista. Suomessa piirinlääkäriin aikoina, jotka sijoituivat vuosille 1749–1943, kirjaamisen tarkoitus oli tartuntatautien esiintyvyyden tilastointi lääkintöhallitukselle. Lääkärit kirjasivat tietoa myös potilaspäiväkirjaan muistiinpanoiksi itselleen. (Ensio & Häyrinen 2008, 67.) Kunnan lääkärijärjestelmän kehittyä piirinlääkärijärjestelmän rinnalle vuosiksi 1882–1972, otettiin dokumentoinnin välineeksi käyttöön kynän ja paperin rinnalle kirjoituskoneet, sanelukoneet ja potilasvarauskirjat. Samaan aikaan kehittyi terveystietojärjestelmä. Jo tuolloin terveystietojärjestelmät alkoivat kerätä omia merkintöjään hoitotyöstä omiin kortistoihinsa ja näistä koottiin vuosittain tilastoja. (Ensio & Häyrinen 2008, 67–68)

Vuonna 1972 kansanterveystietolain tullessa voimaan terveyskeskukset perustettiin. Koska enemmän eri hoitoalan ammattiryhmiä osallistui potilaan hoitoon, syntyi tarve uudentyyppiselle kirjaamiselle. Silloin otettiin käyttöön erilaisia lomakkeita, jotka saattoivat eri organisaatioissa tai saman organisaation eri pisteissä olla hyvinkin erilaisia. Lopulta vuonna 1974 otettiin käyttöön yhtenäiset lomakkeet ja jatkuva sairauskertomusjärjestelmä sai alkunsa. Tuolloin julkaistiin myös erikoissairaanhoidon jatkuvan sairauskertomuksen ohjekirja, joka myöhemmin uusittiin vuonna 1991. (Ensio & Häyrinen 2008, 67–68.)

Nykyinen potilaskertomusjärjestelmä sai alkunsa 1980-luvulta, jolloin käynnistettiin kansallisia ja paikallisia kehittämishankkeita. Vuonna 1982 ilmestyi perusterveydenhuollon terveystietojärjestelmän ohjekirja, jonka ”tavoitteena oli, että potilaalla olisi yksi terveyden- ja sairaanhoitoa palveleva asiakirjakokonaisuus” (Ensio & Häyrinen 2008, 68). Terveystietojärjestelmän tehtävä oli olla työväline hoidon tavoitteiden asettamisessa, toteuttamisessa ja arvioimisessa. Kertomuksen tehtävänä oli myös olla dokumentti hoidon, kuntoutuksen ja neuvonnan toteutuksesta sekä potilaalle tehdystä tutkimuksesta. Kertomus toimi myös apuvälineenä perustiedon keräämisessä, toiminnan suunnitteluun. (Ensio & Häyrinen 2008, 66, 68.)

Erikoissairaanhoidon potilaskertomus muodostui kolmesta eri tasosta: yhdistelmätasosta, tiivistelmätasosta ja perustasosta. *Yhdistelmätasoon* hoitava lääkäri keräsi kirjattavat ydinkohdat potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä pitkäaikaisesti merkitykselliset

tiedot. Erikoisaloilla, joilla oli potilaan kokonaihoitovastuu, pidettiin *tiivistemätasoa*, ja laatijana oli hoitovastuussa oleva lääkäri. Se sisälsi pitkäaikaisesti merkittävät tiedot, sekä hoito- ja johtopäätökset, johon hoidontoteutus ja jatkohoito perustuivat. *Perustasolle* merkintöjä tekivät kaikki hoitoon osallistuvat. Siihen kirjattiin kaikki tieto jonka mukaan tiivistelmätaso tehtiin, eli esimerkiksi havainnot, tutkimustulokset, toimenpiteet, hoitotapahtumat, kuvat, jne. (Ensio & Häyrynen 2008, 68-69.)

Perusterveydenhuollon lomakkeet taas koostuivat yhdistelmästä, peruslomakkeista ja erikoislomakkeista. Yhdistelmässä kuvattiin yhteenveto potilaan sairauksista ja terveysriskeistä. Erilaisia peruslomakkeita taas olivat imeväis-, leikki-, kouluiän ja aikuisiän terveydenhoitolomakkeet, sekä hammashuollon ja yleislääketieteen lomakkeet, jotka sisälsivät hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Näihin kirjasivat hoitohenkilöstö, sekä lääkärit. Erikoislomakkeille eli terveystietomuksen kolmannelle tasolle taas kirjattiin tutkimukset ja hoitojen erillisseuranta, esim. raskauden seuranta, kasvukäyrä-lomake, laboratorio ja fysioterapia, olivat erikoislomakkeita. (Ensio & Häyrynen 2008, 70-72.)



### 3 HOITOTYÖN ELEKTRONINEN JA RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen on tärkein elementti elektronisessa kirjaamisessa. Hoitotiedon tulee olla nopeasti ja vaivattomasti saatavilla sitä tarvittaessa ja sen on oltava selkeää, joten hoidon kirjaamisen tulee noudattaa ennalta yhteisesti sovittua rakennetta. On oltava muodostettuna yhteiset linjaukset siitä mitä kirjataan, mihin kirjataan ja miten kirjataan. Kirjaamisen päällekkäisyyttä esiintyi myös paljon paperiperusteisessa manuaalisessa kirjaamisessa, joten sen väheneminen on yksi lähtökohta sähköisen systemaattisen kirjaamisen kehittämisessä. (Saranto & Sonninen 2008, 12, 14; Ensio & Saranto 2004, 35.)

Korpelan (1999) mukaan tietotekniikkaa terveydenhuollossa tulee käyttää vain silloin, kun siitä on hyötyä niin kansanterveyttä kuin sosiaalista hyvinvointia edistävästi. Tietoteknisen hankkeen lähtökohtana tulisi olla tulos paremmista palveluista, niin että työtoimintaa kehitetään. Lisäksi tietotekniikan kustannus-vaikuttavuus-suhteen tulisi olla vähintään yhtä hyödyllinen, kuin investoitaessa esimerkiksi työvoiman koulutukseen tai lääkkeisiin jne. (Korpela 1999, 92–93)

#### 3.1 Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehitys Suomessa

60-luvulta lähtien erikoissairaanhoidossa on ollut erilaisia tietoteknisiä ohjelmistoja talous- ja palkkahallinnon tarpeisiin, kuten palkanmaksuun ja hallinnolliseen kirjanpitoon. Tampereen keskussairaala vuonna 1968 otti käyttöön ensimmäisenä omalla yleis-tietokoneella toteutetun potilashallinnon ja laboratoriotoinnin atk-järjestelmän. Varkauden terveyskeskuksessa vuonna 1982 otettiin käyttöön ensimmäinen sähköinen potilaskertomus. Minkä jälkeen kehiteltiin 80-luvun lopulla ja 90-luvulla useita erilaisia tietojärjestelmiä perusterveydenhuoltoon, jotka kattoivat kaikki perusterveydenhuollon toiminnot, kuten hammashuollon ja vastaanotto toiminnan. (Koskimies 1999, 66; Häyrynen ja Ensio 2008, 98; Nykänen 2003, 3.)

Erikoissairaanhoidossa otettiin vasta 90-luvulla käyttöön potilaskertomusohjelmistot, jotka sisälsivät potilaan tunnistetiedot, tutkimus- ja hoitosuunnitelman sekä historian, potilaan voinnin seurantaan liittyvät merkinnät, sekä päivittäiset kirjaukset potilaan toiminnoista ja niiden toteutumisesta. Käytössä oli tuolloin myös osastokohtaisia kirjausohjelmistoja, esimerkiksi synnytysosastolla ja tehohoidossa, sekä tietyn sairauden hoi-

toon suunniteltuja ohjelmistoja, joihin kerättiin mitattavia määreitä, kuten diabetes. (Häyrinen & Ensio 2008, 98.)

Vuonna 2003, jo 93,6 % perusterveydenhuollon organisaatioista käyttivät sähköisiä potilaskertomuksia, mutta erikoissairaanhoidossa 62 % käytti jossain määrin. Vuonna 2005, luvut olivat kuitenkin perusterveydenhuollon osalta 95,6 % ja erikoissairaanhoidossa 95%. Käytössä on vieläkin erilaisia potilaskertomusohjelmistoja ja sama ohjelmistokin voi olla erilainen eri organisaatioissa. Useimmiten ohjelmistot on toteutettu pikainen käyttöönotto mielessä, ohjelmistotoimittajalähtöisesti, jolloin käytännön tieto ohjelmiston kehityksessä on jäänyt vähäiseksi, eivätkä ne tällöin ole saavutaneet tarvittavaa hyötyä, mitä sähköisellä kirjaamisella on tarjottavana. (Häyrinen & Ensio 2008, 98.) Siksi onkin tärkeää ohjelmistojen työelämälähtöinen kehittäminen ja päivittäminen, kuuntelemalla työntekijöiden kehitysehdotuksia.

Elektronisen hoitokertomuksen ja liikuteltavien tietokoneiden ansioista kirjaaminen ei ole sidottua paikkaa, vaan kirjauksia voi suorittaa ja hoitotietoja lukea myös potilaskierroksilla. Tätä mahdollisuutta käyttävät lääkärit, mutta myös hoitajat voisivat käyttää tätä mahdollisuutta potilashuoneessa hoitokierroillaan. (Ensio & Saranto 2004, 14.)

### **3.1.1 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen**

WHO:n hoitotyön kehittämisohjelman tavoitteena 1980-luvulla, oli luoda päätöksenteon prosessimalli, jota siitä lähtien on myös Suomessa käytetty. Se jakaantui aluksi neljään eri vaiheeseen, jotka olivat hoitotyön tarpeen arviointi, suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Ensio & Saranto 2004, 36; Saranto & Sonninen 2008, 13). Tiedon rakenteisuus potilastietojärjestelmässä on otsikkotason tietoa, tiedon muotoa ja luokitusten sekä koodistojen käyttöä kirjaamisessa. Hoitoprosessi tulee näin näkyvämmäksi ja mahdollistaa tiedon käytön useampiin eri tarkoituksiin, helpottaen näin potilaan hoidon jatkuvuutta. (Tanttu & Rusi 2007, 113.)

Rakenteisten ydintietojen kehittäminen on ollut Suomen kuntaliiton vastuulla, ja on nykymuotoonsa kehittynyt pitkän prosessin tuloksena. Niiden tarkoitus on antaa kokonaiskuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta, sekä annetusta hoidosta, ohjauksesta ja hoidon arvioinnista. Kaikki ydintiedot potilaan terveydestä ja sairaanhoidosta tulee voida siirtää tietojärjestelmästä toiseen. (Häyrinen ja Ensio 2008, 104,).

Ydintiedot voidaan jakaa hallinnollisiin ja potilaan hoitoprosessin tietoihin. Hallinnolliset tiedot sisältävät: potilaan tunnistetiedot, hoidon antajan tunnistetiedot ja hoitajakson sekä palvelutapahtuman tunnistetiedot. Potilaan hoitoprosessin tietoihin sisällytetään seuraavat ydintiedot: Ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, *hoitotyön ydintiedot*, fysiologiset mittaukset, tutkimukset, toimenpiteet, lääkehoito, toimintakyky, apuvälineet, elinluovutustestamentti, hoitotahto suostumus, yhteenveto, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot ja lausunnot. (Ensio & Saranto 2004, 38; Häyrinen ja Ensio 2008, 104.)

*Hoitotyön ydintiedot* koostuvat hoidon tarpeen arvioinnista, järjestämisestä, toteutuksesta, toteutuksen arvioinnista ja seurannan kannalta oleellisista ydintiedoista. Niitä ovat hoidon tarve, toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Näiden avulla saadaan kuva potilaan hoidon etenemisestä ja voidaan luoda hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön kirjaamisen termistönä käytetään useita kansallisia luokituksia, mutta osa pohjautuu kansainvälisiin luokituksiin. Suomalaisia luokituksia ovat SHTaL (suomalaista hoidon tarveluokitusta) ja SHToL (suomalaisen hoitotyön luokitusta) ja yhtenä esimerkkinä kansainvälisestä hoitotyön diagnoosien luokituksista on yhdysvaltalainen Nanda-luokitus (North American Nurses Association), joka on samalla myös vanhin. (Ensio & Saranto 2004, 38, 42; Häyrinen & Ensio 2008, 107)

Suurimman hyödyn rakenteisesta ydintietojen käyttöönosta käyttäjä saa, kun hän hyödyntää jo kirjattuja tietoja myöhemmin tapahtuvissa käyttötarkoituksissa, jolloin hän voi siirtää jo kirjatut tiedot tietotekniikan avulla. Näin säästytään päällekkäiseltä uudelleen tapahtuvalta kirjaamiselta. Rakenteisesti kirjatun tiedon etsintä valtavasta tietomäärästä on myös vaivattomampaa, sekä erilaisten koosteiden muodostaminen potilaan terveydentilasta tai hoidosta on helpompaa. Tästä hyvänä esimerkkinä voidaan pitää tiedon siirtymistä suoraan hoitopalautteisiin, sähköiseen reseptiin tai lähetteisiin. (Häyrinen ja Ensio 2008, 110.)

### **3.1.2 Kirjaamisen lainsäädäntö**

Kirjaamista ohjaa potilaslaki, potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä tarvittavat tiedot, jotta voidaan turvata potilaan hoidon järjestämisen suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta. (Ensio & Saranto 2004.) Lain mukaan potilasasiakirjojen tulee sisältää tietoa siitä miksi potilas on tullut hoitoon, mitä hoitoa hän on saanut, miten hoito on vaikuttanut ja miten potilas on voinut hoidon aikana, millainen hänen vointinsa on hoitajakson päättyessä, miten hänen mahdollinen jatkohoito

on järjestetty sekä mitä mieltä hoitoon osallistuneet eri ammattiryhmät ja potilas tai hänen omaisensa ovat hoidon onnistumisesta ja vaikutuksista. (Sonninen, Ensio & Ikonen, 2008, 80). Mitä vaikeampi potilaan tilanne tai hoitopäätös on, niin sitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin potilaaseen liittyviä tietoja on kirjattava.

Kirjauksesta tulee aina käydä ilmi kenen tutkimushavainnoista on kyse, mikäli se ei ole kirjaajan itsensä tekemä. Merkinnät tulee aina tehdä hyväksytyjä ennalta sovittuja lyhenteitä ja käsitteitä käyttäen, koska aiemmin kirjattuja potilastietoja saatetaan käyttää tehtäessä hoidollisia päätöksiä muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden taholla. (Salo 2010, 146–147.)

Virheelliset kirjatut tulee aina korjata niin, että virheellinenkin merkintä on myöhemmin luettavissa. Sähköisessä kirjaamisessa tämä tapahtuu useimmiten niin, että korjattu merkintä jää näkyviin, mutta virheellinen kirjaus on tietojärjestelmästä tarvittaessa myös haettavissa. (Salo 2010, 151.)

#### 4 IPANA-TIETOJÄRJESTELMÄ

iPana (Intelligent Patient Archives for Neonatal and Antenatal Services) on äitiyshuollon toiminnanohjausjärjestelmä, jonka tarkoitus on kattaa raskaana olevan naisen koko hoitoketju, aina lapsivuode aikaan asti. iPana on MediWare Oy:n ja Oulun yliopistollisen sairaalan yhteistyössä kehittämä synnytystietotietojärjestelmä, joka on kehittynyt ja laajentunut koko äitiyshuollon kattavaksi Alue-iPanaksi. Alue-iPanassa eri äitiyshuollon ammattilaiset, samalla alueella, voivat tuottaa ja käsitellä tarvitsemiaan tietoja yhdessä ja samassa tietojärjestelmäympäristössä, organisaatiosta riippumatta. (Mediware Oy 2011)

Alue-iPana koostuu eri osajärjestelmistä, jotka ovat iPana-synnytystietojärjestelmä, Web-esitietolomake, jonka täyttää raskaana oleva äiti, iFetus-sikiöseulontajärjestelmä ja iPrena-äitiysneuvolajärjestelmä. (Mediware Oy 2011)

iPana-synnytystietojärjestelmä on tarkoitettu erikoissairaanhoidolle, johon sisältyvät äitiyspoliklinikka, prenataaliosasto, synnytyssali ja lapsivuodeosasto. Tutkimukseni iPanan toimivuudesta ja käyttöönotosta henkilökunnan näkökulmasta, keskittyy tähän osajärjestelmään. Tekijöiden mukaan, ohjelmaa suunniteltaessa, peruseriaatteena on ollut integroitavuus muihin sairaalan tietojärjestelmiin, kuten potilastietojärjestelmään, jotta välttyttäisiin tietojen toistuvalla kirjaamisella ja kopioimisella. Tekijät kertovat järjestelmän olevan käyttäjäystävällinen, ohjaavan käyttäjää oikeaan toimintaan ja ”perusnäkymien olevan selkeitä, normaalia raskauden ja synnytyksen kulkua tukevia”. Tekijät listaavat myös yhdeksi tärkeimmäksi ominaisuudeksi partogrammin, jossa näkyy kaikki normaalisyntyksessä tarvittava tieto yhdellä näytöllä ja näin yhdellä silmäyksellä saada helposti kattava kuva synnytyksen kulusta. (Mediware Oy 2011; Lääkärilehti 2008)

iPanan-järjestelmän tarkoituksena on ollut vapauttaa hoitajien aikaa hoitotyöhön, yhtenäistämällä ja automatisoimalla rutiinia kirjaamista. iPana mm. muodostaa itse tarvittavat koosteet synnytyksestä ja syntyneistä lapsista, jotka se lähettää sairaskertomusjärjestelmään. Tiedot vastasyntyneestä siirtyvät myös Stakesin syntymärekisteriin automaattisesti, vapauttaen näin aikaa, jota kuluisi erikseen täytettäviin ja lähetettäviin ilmoituksiin. (Mediware Oy 2011; Lääkärilehti 2008)

iPana-järjestelmään sisään on integroitu RAFAELA-hoitoisuusluokitus, josta kerron luvussa 7 lisää. Tarkoituksena RAFAELA:ssa on luokitella äiti ja lapsi erikseen, mutta samojen periaatteiden mukaan, mikä voi myös tuottaa luokittelussa vaikeuksia.

iPana-järjestelmä otettiin käyttöön Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ja Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirissä Oulaskankaalla vuonna 2007.

.

## 5 HOITOISUUSLUOKITUS

Hoitoisuusluokistusjärjestelmää on kehitelty Yhdysvalloissa jo 40-luvulta lähtien. Hoitoisuusluokitusmenetelmiä on Suomessa käytetty 70-luvulta lähtien, jolloin Suomessa kehitettiin HYKS:in malli, josta kuitenkin luovuttiin, mittarin epäluotettavuuden vuoksi. 90-luvulla hoitoisuusluokitukset nousivat kuitenkin uudelleen ajankohtaiseksi taloudellisen laman vuoksi, jolloin suuria taloudellisasäästötoimenpiteitä kohdistettiin terveydenhuoltoon. Hoitohenkilökuntaa vähennettiin ja oli tarpeen saada luotettava mittari henkilökunnan resurssien määrittämiseen. (L. Fagerström, A. Rauhala 2003: 9).

Hoitoisuusluokituksen ensisijaisena tarkoitus on saada ”näkyvätön hoitotyö näkyväksi”. Hoitoisuusluokituksesta saadun tiedon avulla suunnitellaan ja määritetään henkilöstöresurssien riittävyys, jotta voidaan vastata potilaiden yksilölliseen, alati muuttuvaan, hoidon tarpeeseen, eli paljonko hoitajia tarvitaan hoitamaan potilasta, jotta yksilöllinen hoidontarve ja hoitoisuus toteutuu, diagnoosista riippumatta. Hoitoisuusluokituksen tärkeänä tehtävänä nähdään myös, saadut arviot tuottavuudesta, kustannusvaikutteisuudesta ja oikeasta resurssien ”allokoinnista” eli jakautumisesta.. Hoitoisuusluokituksessa hoitaja vastaa pisteyttämällä potilaan hoidon kuormittavuuden, eli paljonko aikaa ja resursseja potilaan hoito on vienyt, sekä välillisesti, että välittömästi. Arvio tehdään riippuen osastosta jokaisen potilaan kohdalta kerran tai esim. pitkäaikaisessa hoidossa yhden vuorokauden osalta tai jokaisessa työvuorossa. (L. Fagerström, A. Rauhala 2003: 10-11).

Hoitoisuus voidaan jakaa välittömään ja välilliseen hoitoon. Välitön hoito tarkoittaa hoitoa, joka tapahtuu potilaan luona. Siihen kuuluu perussairaanhoito ja muut hoidolliset toimenpiteet potilaan välittömässä tunteessa. Välillinen hoito tarkoittaa taas hoitotoimenpiteitä joita ei tehdä potilaan kanssa välittömässä vuorovaikutuksessa, mutta kuitenkin tehdään potilaan hyväksi. Kuten laboratorio näytteiden lähetys tai kirjaaminen (L. Fagerström, A. Rauhala 2003: 9).

## 6 RAFAEL-HOITOISUUSLUOKITUS

RAFAELA-järjestelmä on Suomen Kuntaliiton omistama hoitoisuusluokitusjärjestelmä, joka tuottaa tietoa potilaiden yksilöllisestä hoidon tarpeesta, hoitotyön määrästä, hoitohenkilöstön kustannuksista ja hoitohenkilöstön työn tuottavuudesta. Järjestelmän tietoa voidaan hyödyntää organisaation yksikkötasolta laajaan strategiseen suunnitteluun. ([www.rafaela.fi](http://www.rafaela.fi)) RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmä muodostuu kahdesta osasta: OPC-mittarista (Oulu Patient Classification) ja Vaasan keskussairaalassa kehitetystä PAONCIL-mittarista (Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level), sekä henkilöstöresurssitiedoista. RAFAELA-järjestelmän päätavoite on, että potilaiden hoidolliset tarpeet ovat tasapainossa henkilöstöresurssien kanssa. Mittareiden avulla voidaan määrittää kunkin potilaan kohdalla toteutuneen hoitotyön määrä. RAFAELA-järjestelmän luotettavuus perustuu hyvään ja perusteelliseen perehdytys koulutukseen, sekä lisäkoulutukseen, jotta työntekijät osaavat tehdä oikeat tarkoituksenmukaiset valinnat luokituksissa, ja näin ollen antavat oikeaa tietoa potilaiden hoitoisuudesta. (L. Fagerström, A. Rauhala 2003: 13-14.)

### 6.1 OPC-mittari

Ensimmäinen versio OPC-mittarista kehitettiin Suomessa Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1991-1994. Mittari perustuu potilaan tarpeisiin. Se sisältää kuusi hoitotyön tarvealuetta niihin sisältyvine hoitotoimenpiteineen, jotka ovat:

- 1) Hoidon suunnittelu ja koordinointi
- 2) hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet
- 3) ravinto ja lääkehoito
- 4) hygienia ja eritystoiminta
- 5) aktiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo
- 6) hoidon/jatkohoidon opetus ja emotionaalinen tuki

Jokainen näistä hoitotyön osa-alueista on luokiteltu neljään eri tasoon, jotka on nimetty kirjaimilla A, B, C ja D. Hoitoisuus voi vaihdella näillä neljällä eri asteella. A vastaa 1 pistettä ja on vaativuustasoltaan alhaisin, eli potilas on omatoiminen ja hoidon tarve on vähäistä. B vastaa 2 pistettä ja tarkoittaa vaativuustasoltaan, että potilaan hoidon tarve on ajoittaista, lyhytaikaista tai melko vaativaa. C vastaa 3 pistettä ja tarkoittaa vaativuustasoltaan, että hoidon tarve on toistuvaa tai aikaa vievää. D vastaa 4 pistettä ja tarkoittaa vaativuustasoltaan, että potilaan hoidon tarve on täysin autettavaa tai erittäin



vaativaa. Näistä vaihtoehtoista hoitaja valitsee omaan arvioonsa perustuen, kunkin potilaan kohdalla hoitoisuutta vastaavan vaativuustason. Jokaisen tarvealueen pisteet lasketaan yhteen, ja pisteiden summasta määräytyy hoitoisuusluokka.

Hoitoisuusluokat jakautuvat neljään: Luokka I on 6-8 pistettä ja merkitsee vähäistä hoidon tarvetta, luokka II määräytyy 9-12 pisteestä ja tarkoittaa keskimääräistä hoidon tarvetta, luokka III määräytyy 13-15 pisteestä ja kuvaa keskimääräistä suurempaa hoidon tarvetta, luokka IV määräytyy 16-24 pisteestä ja osoittaa vaativaa hoidon tarvetta (L. Fagerström, A. Rauhala 2003, 13-14; Syrjälä 2010,11-12)

Vaasan keskussairaalassa Opc-mittaria on kehitetty vielä siten, että kukin hoitoisuusluokka sai oman painokertoimen, jotta kyettäisiin laskemaan osaston kokonaishoitoisuus. Kun tiedetään osaston potilas määrä ja hoitoisuusluokkien painokertoimet saadaan osaston kokonaishoitoisuus ja kun tämä vielä jaetaan kyseisen vuorokauden aikana työskennelleiden hoitajien kesken, niin saadaan hoitoisuus per hoitaja. Henkilöstöresursseihin lasketaan vain ne hoitajat, jotka ovat olleet välittömässä hoitotyössä. (Luhtasela 2006, 15)

Hoitajan subjektiivinen kokemus potilaan hoitoisuudesta, voi vaikuttaa luokituksen arviointiin, kuten myös kiire ja henkilökohtaiset asenteet. Täysin objektiiviseksi luokitte-  
lua ei voi koskaan saada, koska edellä mainituilta tekijöiltä ei voida välttyä. Tärkeää olisi hoitajien yhtenäisen koulutuksen saanti ja tieto siitä miksi luokituksia tehdään. Kaikkien tulisi luokitella saman periaatteen mukaan jotta mittarin luotettavuus olisi parempi. (Luhtasela 2006, 16)

## **6.2 PAONCIL-mittari**

PAONCIL-mittarissa hoitaja arvioi OPC-luokittelun lisäksi noin 6-8 viikon ajan jokaisen työvuoron päätteeksi kaikkien hoitamiensa potilaiden yhteisen kokonaishoitoisuuden, saaden näin kokonaisarvion hoitamiensa potilaiden hoitoisuudesta ja hoidon toteutuksesta asteikolla -3 - +3. Hoitaja merkitsee annettuun lomakkeen mittariin 0,25 yksikön tarkkuudella oman arviointinsa työn kuormittavuudesta. -3 tarkoittaen erittäin matalaa hoitoisuuden kuormittavuutta, +3 tarkoittaen taas erittäin korkeaa hoitoisuuden kuormittavuutta ja 0 taas tarkoittaen optimaalista hoitoisuutta. Lomakkeeseen voidaan myös merkitä muut työvuorossa esiintyneet kuormittavat tekijät, kuten esimerkiksi opiskelijanohjaus. (Fagerström & Rauhala 2003, 14; Luhtasela 2006, 20.)

Arviointeja kerätään noin 500 kappaletta 6-8 viikon aikana. Mittarissa nollassa on optimi, jolloin potilaat saavat sekä psyykkisesti, että fyysisesti hyvää hoitoa ja henkilöstöresurssit ovat tasapainossa suhteessa potilaiden hoidon tarpeisiin. Tasolla +1-+3 on tilanne, jolloin työmäärä on suurempi verrattaessa henkilöstön määrään ja hoitajan tulee priorisoida työtehtäviään. (Fagerström & Rauhala 2003, 14; Luhtasela 2006, 20.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan näkemyksiä iPana-tietojärjestelmän ja RAFAELA-hoitoisuusluokituksen käyttöönotosta ja toimivuudesta. Tarkoituksena oli myös kartoittaa mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta, sekä kartoittaa hieman henkilökunnan kokemuksia sähköiseen kirjaamiseen siirtymisestä vuonna 2005.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda paremmin julki henkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä iPana-tietojärjestelmän ja RAFAELA-hoitoisuusluokituksen toimivuudesta, ongelmista ja kehittämiskohteista. Tavoitteena oli myös kartoittaa tietoa koulutuksen onnistuneisuudesta ja kartoittaa sen lisätarve. Lisäksi tavoitteena on kartoittaa tietoa sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymisen onnistuneisuudesta.

Tutkimustehtävät:

1. iPana-ohjelman toimivuus ja sen käyttöönoton onnistuneisuus hoitohenkilökunnan kokemana.
2. RAFAELA-hoitoisuusluokituksen toimivuus ja sen käyttöönoton onnistuneisuus hoitohenkilökunnan kokemana
3. Koulutuksen/perehdytyksen riittävyys ja onnistuneisuus hoitohenkilökunnan kokemana.
4. Lisäkoulutuksen tarpeen määrittäminen
5. Sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymisen onnistuneisuus hoitohenkilökunnan kokemana.

## 8 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSPROSESSI

### 8.1 Aineiston keruu

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, sekä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusvälineeksi valikoitui kyselylomake, jossa kysymykset olivat suljettuja ja väittämien muodossa. Vastausvaihtoehdot olivat likertin-asteikolla. Kyselyssä oli myös kaksi avointa kysymystä, joista toinen käsitteli iPana-tietojärjestelmää ja toinen RAFAELA-hoitoisuusluokitusta. (Liite 1.)

Kyselylomakkeen kysymyksiä lähdettiin muodostamaan syksyllä 2011. Asiantuntija-haastattelujen ja opinnäytetyön ohjaajan avulla saatiin muodostettua tutkimuksessa käytetty kyselylomake. Kyselylomake tarkastettiin työelämän yhteistyöhenkilöllä ja kahdella hoitohenkilökuntaan kuuluvalla työntekijällä. Tutkimuslupa myönnettiin 2012 syksyllä.

Tutkimuksen kerääminen piti alkuperäisen suunnitelman mukaan toteuttaa syksyllä 2012, mutta tieto tulevasta päivitetystä iPana-tietojärjestelmän versiosta tuli esiin, joten päätimme siirtää aineiston keräämisen uuden iPana-tietojärjestelmän päivityksen käyttöönoton jälkeiseen aikaan. Tutkimusaineiston kerääminen tapahtui siis keväällä 2013 uuden päivitetyn iPana-tietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Aineisto kerättiin sähköpostikyselynä, joka lähetettiin kaikille synnytysvastuualueen hoitohenkilökunnalle. Kyselyyn vastasi 70 työntekijää, joista kaikki 70 vastasivat kyselyn ensimmäiseen osaan iPana-tietojärjestelmästä. 68 työntekijää heistä vastasi kyselyn toiseen osaan RAFAELA-hoitoisuusluokituksesta ja 40 heistä vastasi kyselyn kolmanteen osaan, mikä käsitteli sähköiseen potilaskertomukseen siirtymistä.

### 8.2 Kvantitatiivinen analyysi

Kyselylomakkeen vastaukset analysoitiin kvantitatiivisin menetelmin kahta avointa kysymystä lukuun ottamatta. Tässä opinnäytetyössä kvantitatiivisen aineiston analysointi oli kuvailevaa. Mitta-asteikkona käytettiin järjestys- eli ordinaaliasteikkoa. Kysely tehtiin käyttämällä E-lomake – ohjelmistoa ja tilastollinen analyysi tehtiin käyttäen E-

lomake -ohjelmiston vastauksien raportointi ohjelmaa apuna käyttäen. Tulokset esitettiin raportissa, numeerisesti, sekä graafisesti pylväsdiagrammilla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128, Heikkilä 2008, 264.)

## **8.2. Kvalitatiivinen analyysi**

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän yleisimpiä aineiston keruu menetelmiä on haastattelu, kysely, havainnointi, erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto, kuten artikkelit, kirjat, päiväkirjat, kirjeet, valokuvat jne. Tässä opinnäytetyössä käytettiin muuten suljettuja kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella kahta avointa kysymystä johon vastaajat saivat vapaasti kertoa mielipiteitään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73 Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

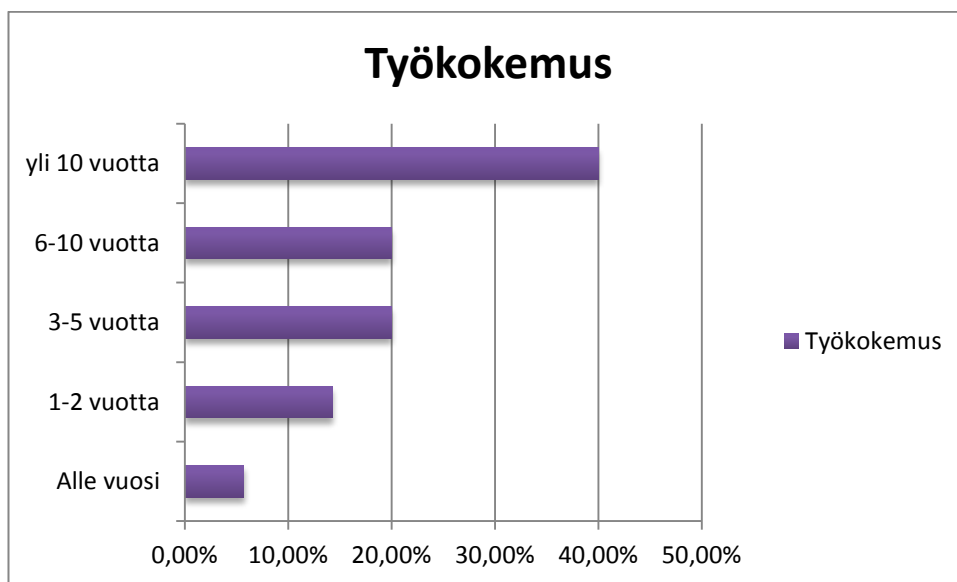
Tämän tutkimuksen avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan sanoja, niiden merkityksen mukaan. Sisällönanalyysi on kerätyn aineiston tiivistämistä. Sisällönanalyysissä tutkimusaineisto erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tekstit, sanat, fraasit tai muut yksiköt luokitellaan samaa merkitseviin kategorioihin. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä, eli aineisto pelkistetään. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään, siten, että samaatarkoittavat ilmaisut yhdistetään omaksi luokaksi, jolle annetaan sisältöä kuvaava nimi. Seuraavaksi yhdistetään saman sisältöiset luokat yläluokiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167, Janhonen & Nikkonen 2001, 23, 28-29.) (Liite 2.)

## 9 TUTKIMUSTULOKSET

### 9.1 Tutkimusjoukko

Kyselyyn vastasi synnytysosastojen hoitohenkilökunnan jäseniä. Kysely tehtiin niin, että vastaajille lähetettiin saatekirje ja linkki kyselyyn sähköpostitse. Tavoitteena oli, että mahdollisimman moni kaikilta synnytysosastojen henkilökuntaan kuuluvilta osastoilta vastaisi kyselyyn. Kyselyyn vastanneita oli yhteensä 70. Kyselyn ensimmäiseen osaan, joka käsitteli iPana-tietojärjestelmää, vastasivat kaikki 70 vastaajaa. Kyselyn toiseen osaan, joka käsitteli RAFAELA-hoitoisuusluokitusta, vastasi 68 vastaajaa. Kyselyn kolmanteen osaan, joka käsitteli sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymistä vuonna 2005, vastasi 40 vastaajaa.

Vastaajista 68 oli koulutukseltaan kättilöitä ja 2 sairaanhoitajia. Vastaajien työkokemus jakautui niin, että 5,71 %:lla vastaajista oli alle vuoden työkokemus, 14,29 % oli 1–2 vuoden työkokemus, 20 %:lla oli 3–5 vuoden työkokemus, 20 %:lla oli 6–10 vuoden työkokemus ja 40 %:lla oli yli 10 vuoden kokemus. (Ks. Kuvio 1.)



KUVIO 1. Vastaajien työkokemus vuosissa.

## 9.2 iPana-tietojärjestelmä

Kyselyn ensimmäinen osa käsitteli iPana-tietojärjestelmää, sen käyttöönottoa, koulutusta ja ohjelmassa kirjaamista. Vastaajia kyselyn ensimmäisessä osassa oli 70. Kysymykset on jaettu kolmeen eri osa alueeseen, jotka ovat ohjelman käyttöönotto ja koulutus, kirjaaminen ohjelmassa, sekä henkilökunnan omat mietteet ohjelman kehittämisestä.

### 9.2.1 iPana-tietojärjestelmän käyttöönotto ja koulutus

Ensimmäisessä väittämässä ”iPanin käyttöönotto on sujunut hyvin työyksikössäni”. vastaajista täysin eri mieltä oli 5,71 %, jokseenkin eri mieltä 14,29 %, ei samaa eikä eri mieltä oli 5,71 %, jokseenkin samaa mieltä oli 60 % ja täysin samaa mieltä oli 14,29 %. Yli 70 % vastaajista oli siis melko tyytyväisiä tai täysin tyytyväisiä käyttöönoton sujuvuuteen. Vastaajan työkokemuksella ei ollut tilastollisesti merkittävää jakautuvuutta tuloksissa. Toisaalta voidaan myös miettiä, miten vastaajat ovat kysymyksen ymmärtäneet. Osa vastaajista, kuten ne jotka ovat olleet alle 4 vuotta kyseessä olevassa sairaalassa työssä, ehkä perustaa mielipiteensä siihen, miten uuden kehitellyn iPana-tietojärjestelmän version käyttöönotto keväällä 2013 on sujunut, ja osa voi perustaa mielipiteensä siihen, kuinka iPana-tietojärjestelmä otettiin käyttöön vuonna 2008. (Ks. Kuvio 2.)

Väitteestä ”Alkukoulutus/perehdytys on ollut riittävä” täysin eri mieltä oli 1,43 % vastaajista, jokseenkin eri mieltä 22,86 %, ei samaa eikä eri mieltä 7,14 %, jokseenkin samaa mieltä 51,43 %, täysin samaa mieltä 17,14 %. Vastaajista yli 68 % oli jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä siitä, että alkukoulutus/perehdytys on ollut riittävä. (Ks. Kuvio 2.)

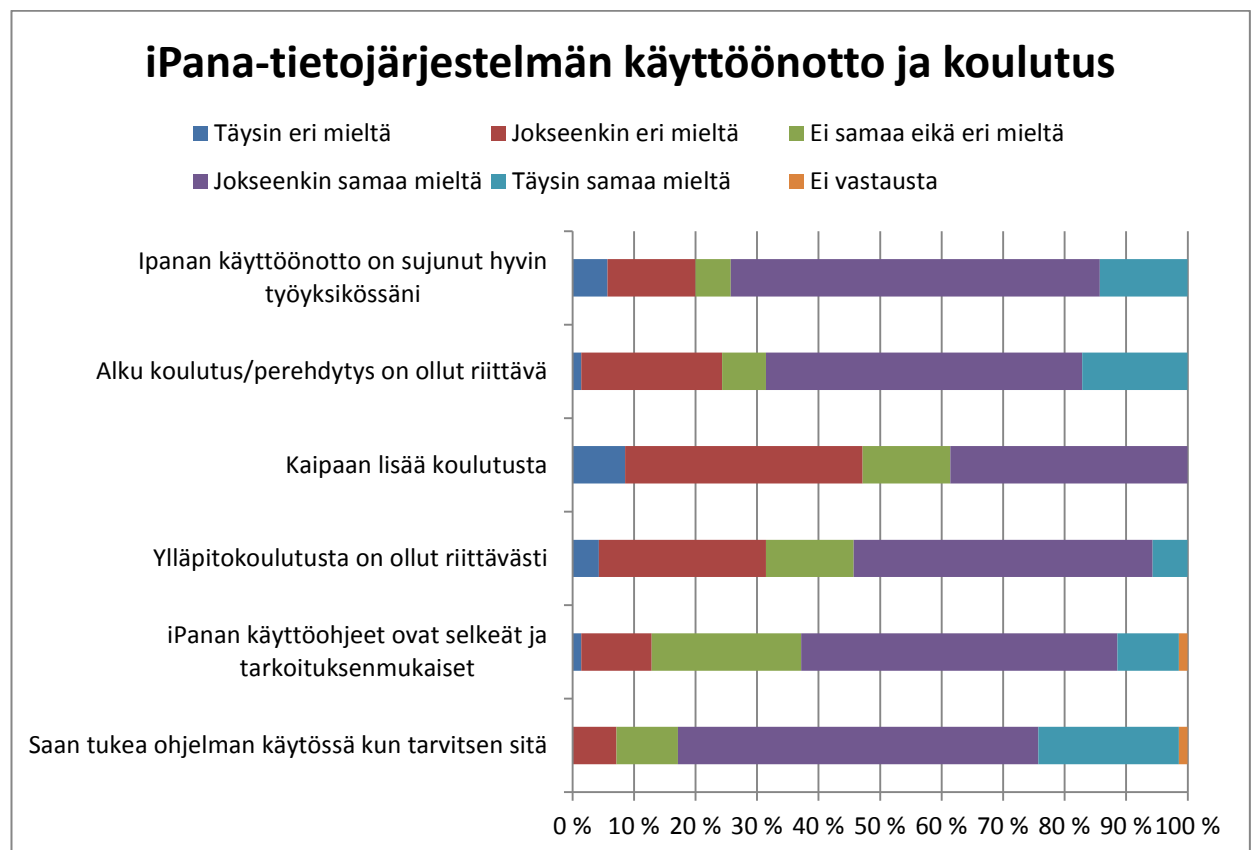
Väittämään ”Kaipaen lisää koulutus” vastasi täysin eri mieltä olevansa 8,57 %, jokseenkin eri mieltä 38,57 %, ei samaa eikä eri mieltä 14,29 %, jokseenkin samaa mieltä 38,57 %. Tässä mielipiteet ovat jakautuneet tasaisesti. Hieman alle 50 % vastaajista oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että ei kaipaa lisää koulutusta, ja hieman alle 40 % vastaajista oli jokseenkin sitä mieltä, että kaipaisi lisäkoulutusta. (Ks. Kuvio 2.)

Väittämään ”Ylläpitokoulutusta on ollut riittävästi” vastasi täysin eri mieltä olevansa 4,29 %, jokseenkin eri mieltä 27,14 %, ei samaa eikä eri mieltä 14,29 %, jokseenkin

samaa mieltä 48,57%, täysin samaa mieltä 5,71%. Yli 50 % vastaajista olivat täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että ylläpitokoulutusta on ollut riittävästi. Täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä oli hieman yli 30 % vastaajista. Tämän väittämän vastausprosentit tukevat edellisen väittämän vastauksia. (Ks. Kuvio 2.)

Väittämään ”iPanan käyttöohjeet ovat selkeät ja tarkoituksenmukaiset” vastasi 1,43 % olevansa täysin eri mieltä, 11,43 % jokseenkin eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä 24,29 %, jokseenkin samaa mieltä 51,43 %, täysin samaa mieltä 10 % ja 1,43 % ei vastannut väittämään. Yli 60 % vastaajista oli joko jokseenkin tai täysin tyytyväisiä käyttöohjeisiin. Merkittävä osa vastaajista (24,29 %) ei kuitenkaan ollut samaa eikä eri mieltä, joten tästä voisi päätellä, että kaikki eivät ole käytössä oleviin ohjeisiin vielä perehtyneet tai ole niihin joutuneet turvautumaan. (Ks. Kuvio 2.)

Väittämään ”Saan tukea ohjelman käytössä kun tarvitsen sitä” vastasi olevansa täysin eri mieltä 0 %, jokseenkin eri mieltä 7,14 %, ei samaa eikä eri mieltä 10 %, jokseenkin samaa mieltä 58,57 %, täysin samaa mieltä 22,86 % ja 1,43 % ei vastannut. Hieman yli 80 % vastaajista oli jokseenkin tai täysin sitä mieltä, että saavat tukea ohjelman käytössä kun sitä tarvitsee. (Ks. Kuvio 2.)



KUVIO 2. Mielenpitoja iPana-tietojärjestelmän käyttöönotosta ja koulutuksesta



### 9.2.2 Kirjaaminen ja raportin pitäminen iPana-tietojärjestelmässä

Väittämään ”Rakenteinen kirjaaminen toteutuu kattavasti iPana-ohjelmassa” vastasi olevansa täysin eri mieltä 2,86 %, jokseenkin eri mieltä 28,5 %, ei samaa eikä eri mieltä 28,57 %, jokseenkin samaa mieltä 37,14 %, täysin samaa mieltä 2,86 %. Vastaukset tähän ovat hajautuneet tasaisesti, niin että noin kolmasosa on vastannut olevansa täysin tai jokseenkin eri mieltä, kolmasosa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä ja kolmasosa ei samaa eikä eri mieltä. (Ks. Kuvio 3.)

Väittämään ”iPana-ohjelmassa kirjaaminen on selkeää ja loogista” vastasi olevansa täysin eri mieltä 10 %, jokseenkin eri mieltä 31,4 %, ei samaa eikä eri mieltä 5,71 %, jokseenkin samaa mieltä 45,71 %, täysin samaa mieltä 5,71 % ja 1,43 % ei vastannut. Mielenpitoet ovat jakautuneet tasaisesti, kuitenkin niin, että hieman yli 50 % vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että kirjaaminen on selkeää ja loogista. (Ks. Kuvio 3.)

Väittämään ”Minulle on aina selvää minne iPana-ohjelmassa kirjaan hoitotyön tiedot” vastasi olevansa täysin eri mieltä 4,29 %, jokseenkin eri mieltä 34,29 %, ei samaa eikä eri mieltä 5,71 %, jokseenkin samaa mieltä 42,86 %, täysin samaa mieltä 11,43 % ja 1,43 % ei vastannut. Tässäkin väittämässä vastaukset ovat jakautuneet melko tasaisesti, mutta kuitenkin niin, että yli 50 % vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Tulokset tukevat edellisen väittämän vastauksia. (Ks. Kuvio 3.)

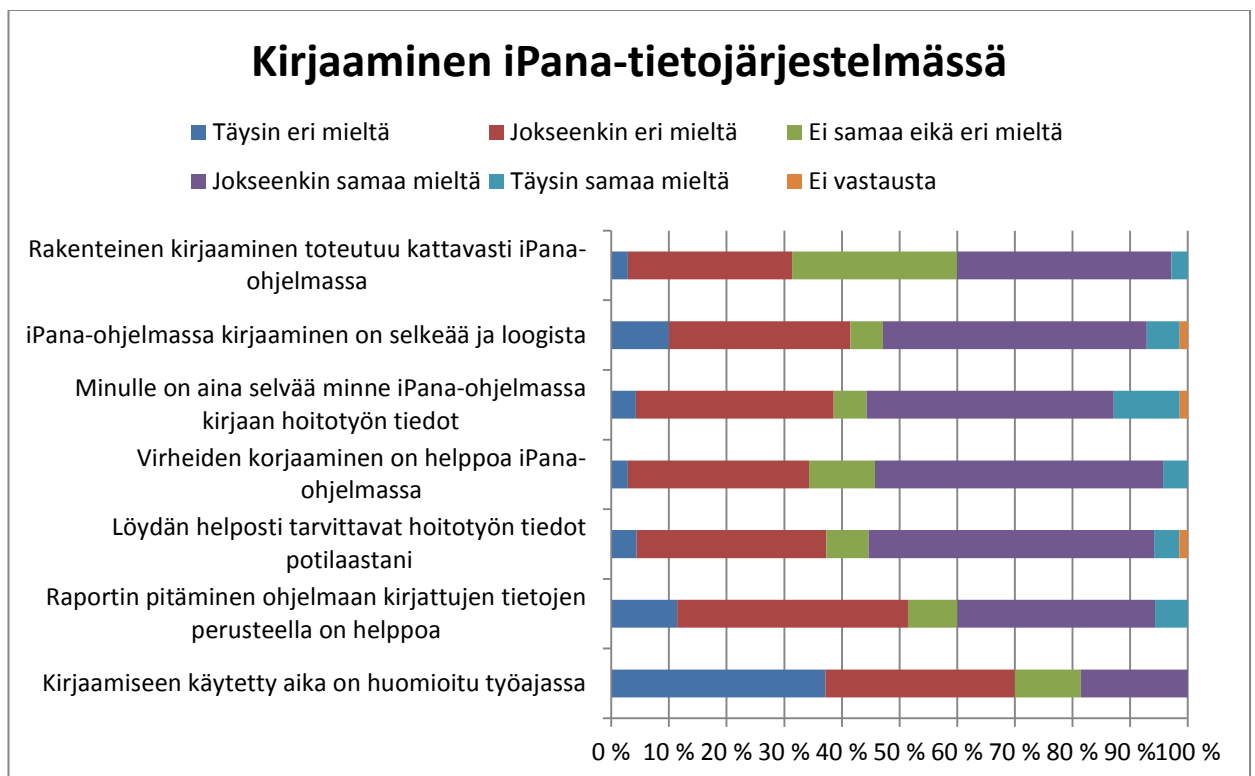
Väittämään ”Virheiden korjaaminen on helppoa iPana-ohjelmassa” vastaukset jakaantuivat niin, että täysin eri mieltä oli 2,86 %, jokseenkin eri mieltä 31,43 %, ei samaa eikä eri mieltä 11,43 %, jokseenkin samaa mieltä 50 %, täysin samaa mieltä 4,29 %. Yli 50 % oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että virheiden korjaaminen on helppoa. Kolmasosa vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että korjaaminen ei ole helppoa. Yli 10 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä, mistä voisi päätellä, että he eivät ole vielä joutuneet korjaamaan virheitä iPana-ohjelmassa. (Ks. Kuvio 3.)

Väittämän ”Löydän helposti tarvittavat hoitotyön tiedot potilaastani” vastaukset jakaantuivat niin, että täysin eri mieltä oli 4,29 %, jokseenkin eri mieltä 32,29 %, ei samaa eikä eri mieltä 7,14 %, jokseenkin samaa mieltä 48,57 %, täysin samaa mieltä 4,29 % ja

1,43 % ei vastannut. Yli puolet vastaajista oli siis joko jokseenkin sitä mieltä tai täysin sitä mieltä, että tarvittavat tiedot potilaasta löytyvät helposti ohjelmasta. (Ks. Kuvio 3.)

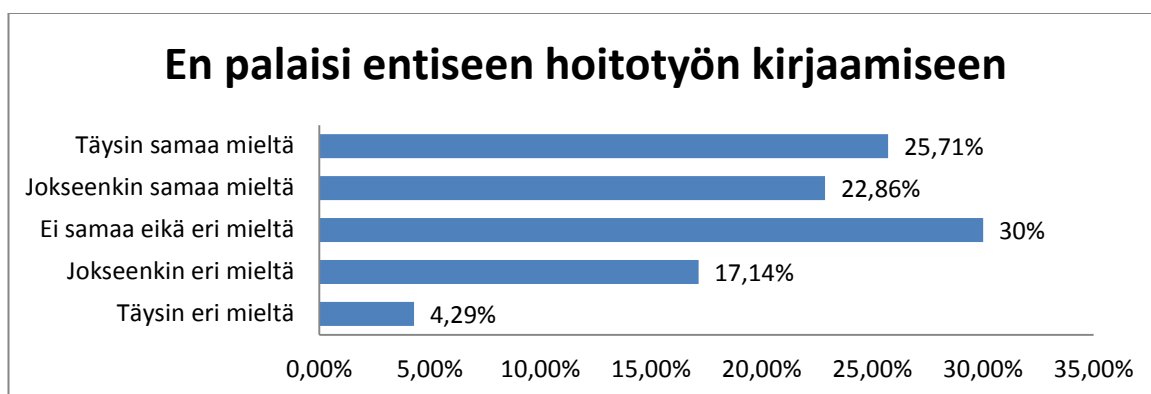
Väittämästä ”Raportin pitäminen ohjelmaan kirjattujen tietojen perusteella on helppoa” vastasiolevansa täysin eri mieltä 11,43 %, jokseenkin eri mieltä 40 %, ei samaa eikä eri mieltä 8,57 %, jokseenkin samaa mieltä 34,29% ja täysin samaa mieltä 5,71 %. Yli puolet vastanneista oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että raportin pitäminen ohjelmaan kirjattujen tietojen perusteella ei ole helppoa. Yli kolmasosa taas oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että raportin pitäminen on helppoa. (Ks. Kuvio 3.)

Väittämän ”Kirjaamiseen käytetty aika on huomioitu työajassa” vastaukset jakaantuivat niin, että täysin eri mieltä oli 37,14 %, jokseenkin eri mieltä 32,86 %, ei samaa eikä eri mieltä 11,43 %, jokseenkin samaa mieltä 18,57 % ja täysin samaa mieltä 0 %. Noin kaksi kolmasosaa vastaajista oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että kirjaamiseen käytettyä aikaa ei ole huomioitu työajassa. (Ks. Kuvio 3.)



KUVIO 3. Työntekijöiden kokemuksia kirjaamisesta iPana-tietojärjestelmässä.

Väittämästä ”En palaisi entiseen hoitotyön kirjaamiseen” vastasi olevansa täysin eri mieltä 4,29 % vastaajista, jokseenkin eri mieltä 17,14 %, ei samaa eikä eri mieltä 30 %, jokseenkin samaa mieltä 22,86 % ja täysin samaa mieltä 25,71 %. Hieman alle puolet vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ei haluaisi palata enää entiseen hoitotyön kirjaamiseen. 30 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Tämä voi osittain johtua siitä, että osa vastaajista ei ole ollut työntekijänä sairaalassa ennen iPanan käyttöönottoa, joten ei voi vastata kokemukseen perustuen haluaisiko palata entiseen kirjaamisalustaan vai pitääkö iPana-ohjelmaa parempana. Toinen mahdollinen syy voi olla, että vastaaja ei pidä kumpaakaan vaihtoehtoa parempana tai huonompana. (Ks. Kuvio 4.)



KUVIO 4. Työntekijöiden näkemys siitä palaisivatko he entiseen hoitotyön kirjaamiseen.

### 9.2.3 Henkilökunnan mielteitä iPana-ohjelman kehittämisestä

Kehitettäviä tai parannettavia asioita iPana-ohjelmassa kuvaili 19 vastaajaa tutkimusjoukosta. Keskeisimmäksi kehittämiskohteeksi nousi lääkitysosio, vastaajista yli puolet nosti esiin tässä ilmeneviä epäkohtia. Keskeisimmäksi ongelmaksi nousi lääkitysosion hitaus. Sitä pidettiin myös hankalana, epäkäytännöllisenä, epäloogisena ja kankeana. Virheiden korjausta lääkitysosiossa piti myös yksi vastaajista hankalana.

*”Lääkitysosio huono kaiken kaikkiaan, vie aikaa kirjata määräykset.”*

*”Lääkitysohjelma hidas!”*

*”Lääkitysosio uuden päivityksen jälkeen huono, jäykkä ja epälooginen.”*

*”Lääkesovellus on erittäin hidas käytössä”*

Esiin nousi myös iPana-ohjelman liiallisten otsikoiden ja lokeroiden määrä, joiden alle hoitotyöntietoja kirjataan. Koettiin, että yleisesti käytössä on kuitenkin vain muutama otsikko joiden alle kirjataan. Toisaalta koettiin, että hoitotietoja joudutaan kirjaamaan hajanaisesti eri otsikoiden alle. Koettiin myös, että hoitotyön tiedon löytämiseksi ja kokonaiskuvan muodostamiseksi joutuu käymään kaikki otsikot läpi, jotta voi olla varma, että on kaikki hoitotyön kirjaukset nähnyt. Toivottiin myös, että koosteet äidin ja vauvan hoitotyöstä, lääkityksestä, imetyksestä, määräyksistä jne. löytyisivät yhdestä näkymästä, jolloin saisi muodostettua helposti kokonaiskuvan. Monet toivat siis esiin kehityskohteena ohjelman yksinkertaistamisen ja loogisuuden parantamisen.

*”Ohjelmassa on liikaa otsikoita joiden alle voi kirjata asioita. Yleisesti käytössä on vain pari otsikkoa”*

*”...suoraan ei näe (avaamatta otsikkoa), jos jonkin otsikon alle onkin kirjattu jotain.”*

*”Ipanassa selkeät ajantasaiset koosteet (äiti+vauva) YHDEN näppäimen takana. MÄÄRÄYKSET, hoitotyö, lääkitys, synnyttäjän tarkastus, imetys ym. tulisi näkyä samassa näkymässä: Tällöin kaikki oleelliset asiat tulee huomioitua ja huomattua potilaan hoidossa”*

Kehittämiskohteeksi nousi myös eri tietojärjestelmien keskusteleavuus. Toivottiin, että Tamlab- ja iPana-ohjelma keskustelisivat keskenään sekä Miranda ja iPana-ohjelman lääkeosiot olisivat yhtenäiset. iPana-ohjelmaan kaivattiin myös enemmän tietoja neuvolasta sekä parannuksia bilirubiinin arvoja esittävään käyrään.

*”Lisää keskustelevuutta eri ohjelmien ja potilasjärjestelmien kesken. Esim. lääkitysosoiden yhteensopivuus Miranda vs. I-pana.”*

*” TAMLAB ja Ipana PITÄÄ saada keskustelemaan keskenään, ei ole järjettä siirtää tietoja järjestelmästä toiseen manuaalisesti (virheiden mahdollisuudet liian suuret).”*

*”...bil käyrä saisi olla pidempi ja valorajan muuttuminen viikkojen muuttumisen jälkeenkin olisi kätevä.”*

### **9.3 RAFAELA-hoitoisuusluokitus**

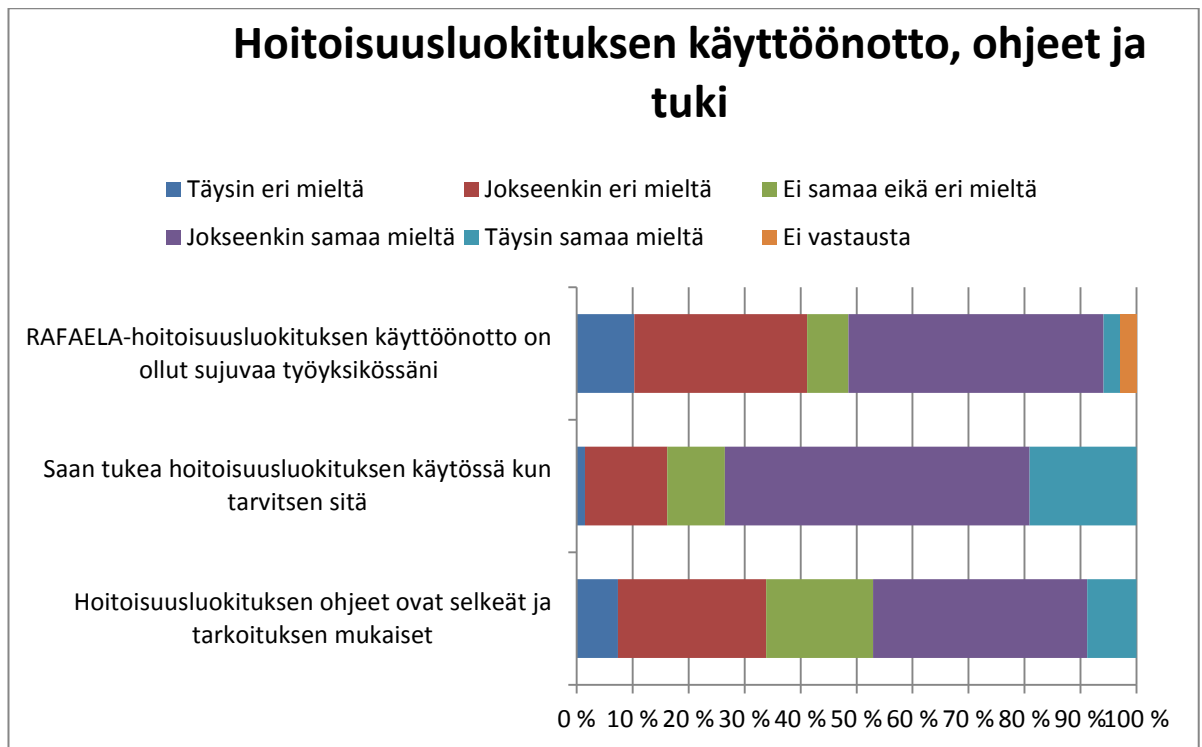
Kyselyn toinen osa käsitteli RAFAELA-hoitoisuusluokitusta, sen käyttöönottoa, ohjeita, hoitoisuusluokituksen kirjaamista ja hoitoisuusluokituksen valintaa. Vastaajia tässä osiossa oli 68. Kysymykset on jaettu kolmeen eri osaan alueeseen, joita ovat hoitoisuusluokituksen käyttöönotto, ohjeet ja tuki, hoitoisuusluokituksen kirjaaminen sekä hoitoisuusluokituksen valitseminen.

#### **9.3.1 Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto, ohjeet ja tuki**

Väittämästä ”RAFAELA-hoitoisuusluokituksen käyttöönotto on ollut sujuvaa työyksiköissäni” vastasi olevansa täysin eri mieltä 10,29 % vastaajista, jokseenkin eri mieltä 30,88 %, ei samaa eikä eri mieltä 7,36 %, jokseenkin samaa mieltä 45,59 % ja täysin samaa mieltä 2,94 % ja vastaamatta jätti 2,94 % vastaajista. Mielipiteet tästä väittämästä ovat jakautuneet melko tasaisesti. (Ks. Kuvio 5.)

Väittämän ”Saan tukea hoitoisuusluokituksen käytössä kun tarvitsen sitä” vastaukset jakaantuivat niin, että täysin eri mieltä oli 1,47 % vastaajista, jokseenkin eri mieltä 14,71 %, ei samaa eikä eri mieltä 10,29 %, jokseenkin samaa mieltä 54,41 % ja täysin samaa mieltä 19,12 %. Yli 70 % vastaajista koki siis saavansa apua sitä tarvitessaan. (Ks. Kuvio 5.)

Väittämästä ”Hoitoisuusluokituksen ohjeet ovat selkeät ja tarkoituksen mukaiset” vastasi olevansa täysin eri mieltä 7,35 % vastaajista, jokseenkin samaa mieltä 26,47 %, ei samaa eikä eri mieltä 19,12 %, jokseenkin samaa mieltä 38,24 % ja täysin samaa mieltä 8,82 %. (Ks. Kuvio 5.)



KUVIO 5. Henkilökunnan mielipiteitä hoitoisuusluokituksen käyttöönotosta, ohjeista ja tuesta.

### 9.3.2 Hoitoisuusluokituksen kirjaaminen

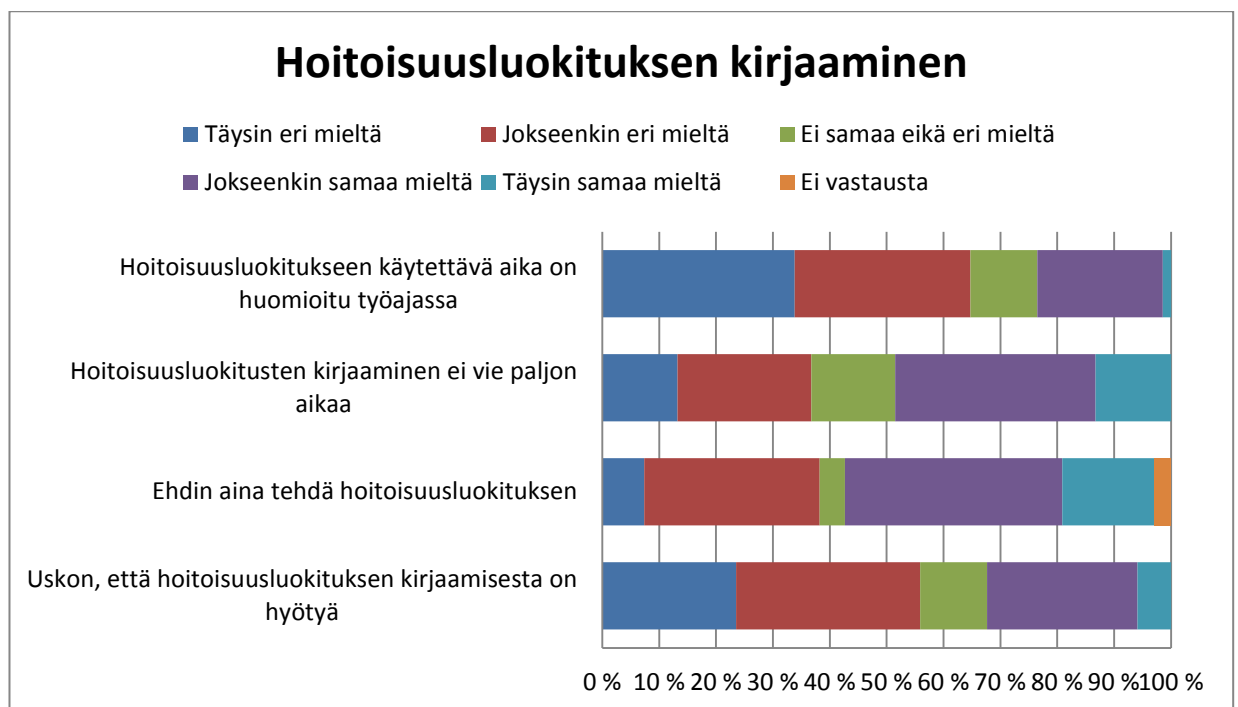
Väittämästä ”Hoitoisuusluokitukseen käytettävä aika on huomioitu työajassa” vastasi olevansa täysin eri mieltä 33,82 % vastaajista, jokseenkin eri mieltä oli 30,88 %, ei samaa eikä eri mieltä 11,76 %, jokseenkin samaa mieltä 22,07 % ja täysin samaa mieltä 1,47 % vastaajista. Yli 60 % vastaajista oli joko täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että hoitoisuusluokituksen käyttämiseen ei ole huomioitu työajassa. (Ks. Kuvio 6.)

Väittämästä ”Hoitoisuusluokituksen kirjaaminen ei vie paljon aikaa” oli täysin eri mieltä 13,24% vastaajista, jokseenkin eri mieltä 23,53%, ei samaa eikä eri mieltä 14,72%, jokseenkin samaa mieltä 35,29% ja täysin samaa mieltä 13,24%. Enemmistö eli 48,5% vastaajista oli sitä mieltä, että hoitoisuusluokituksen kirjaaminen ei vie paljoa aikaa. (Ks. Kuvio 6.)

Väittämästä ”Ehdin aina tehdä hoitoisuusluokituksen” vastasi olevansa täysin eri mieltä 7,35%, jokseenkin eri mieltä 30,88%, ei samaa eikä eri mieltä 4,41%, jokseenkin samaa mieltä 38,24% , täysin samaa mieltä oli 16,18%. Vastaamatta jättäneitä oli 2,94%. 54% vastaajista oli sitä mieltä, että joko aina tai melkein aina ehtivät hoitoisuusluokituksen

tekemään. 38% taas koki, että ei aina välttämättä ehdi tehdä hoitoisuusluokituksia. (Ks. Kuvio 6.)

Väittämästä ”Uskon, että hoitoisuusluokituksen kirjaamisesta on hyötyä” täysin eri mieltä 23,54 % vastaajista, jokseenkin eri mieltä 32,35 %, ei samaa eikä eri mieltä 11,76 %, jokseenkin samaa mieltä 26,47 %, täysin samaa mieltä 5,88 %. Noin 56 % oli joko täysin tai jokseenkin eri mieltä siitä, että hoitoisuusluokituksen kirjaamisesta on hyötyä, ja 32 % oli sitä mieltä, että hoitoisuusluokituksen kirjaamisesta on hyötyä. (Ks. Kuvio 6.)



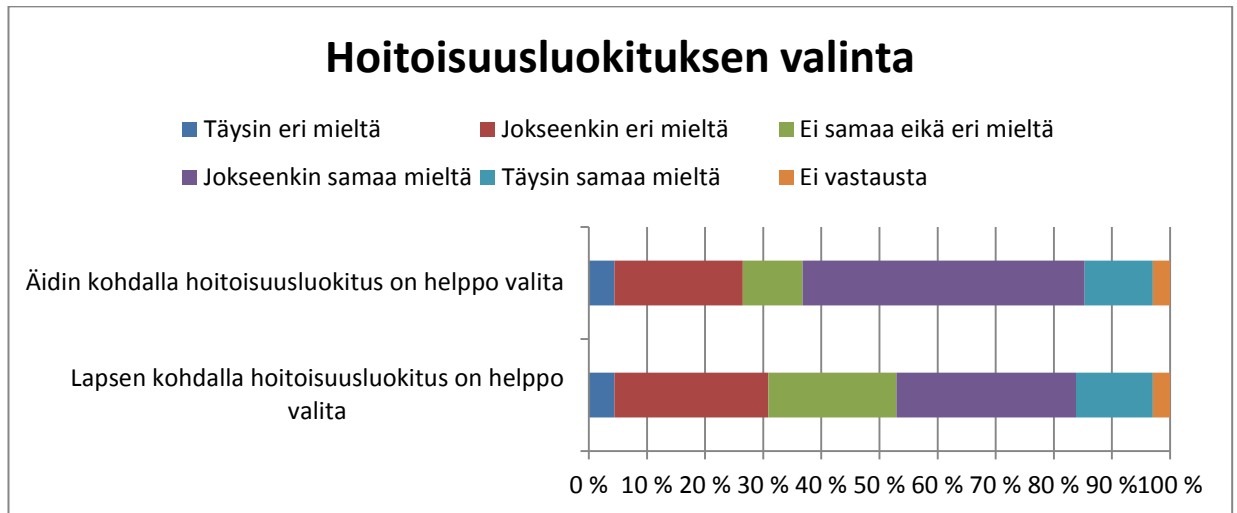
KUVIO 6. Henkilökunnan mielipiteitä hoitoisuusluokituksen kirjaamisesta (n=68)

### 9.3.3 Hoitoisuusluokituksen valinta

Väittämään ”Äidin kohdalla hoitoisuusluokitus on helppo valita” vastasi täysin eri mieltä olevansa 4,41 %, jokseenkin eri mieltä 22,06 %, ei samaa eikä eri mieltä 10,29 %, jokseenkin samaa mieltä 48,53 %, täysin samaa mieltä oli 11,77 %. Vastaamatta jätti 2,94 %. (Ks. Kuvio 7.)

Väittämästä ”Lapsen kohdalla hoitoisuusluokitus on helppo valita” täysin eri mieltä oli 4,41 %, jokseenkin eri mieltä oli 26,47%, ei samaa eikä eri mieltä oli 22,06 %, jokseen-

kin eri mieltä oli 30,88%, täysin samaa mieltä oli 13,24 %. Vastaamatta jättäneitä oli 2,94%. (Ks. Kuvio 7.)



KUVIO 7. Henkilökunnan mielipiteitä hoitoisuusluokituksen valinnasta.

#### 9.3.4 Henkilökunnan ajatuksia ja kehittämisideoita RAFAELA:sta

Ajatuksiaan ja kehittämisideoita RAFAELA-hoitoisuusluokituksesta kuvaili 7 (N=70) kyselyyn vastanneista. Osa vastanneista nosti esiin, että he eivät näe hoitoisuusluokituksen tuovan mitään hyötyä päivittäiseen työhön tai että sillä ei ole mitään merkitystä hoitotyön resursointiin.

*”Mielestäni luokituksesta ei ole mitään hyötyä. Sen avulla työnantaja pyrkii näyttämään, että työvoimaa on liikaa”*

*”Ideana hyvä, mutta hoitotyön resursoinnissa luokituksilla ei tunnu olevan mitään merkitystä.”*

Esille nostettiin, että ohjeiden ja kriteerien tulisi olla selkeämmät ja osastokohtaiset ja että ohjeiden tulisi olla suoraan järjestelmässä. Erään vastaajan kommentti toi kuitenkin esiin, että vastaajalle oli ollut suuri apu osastokohtaisesti räätälöidyistä ohjeista. Yksi vastaajista oli taas sitä mieltä, että hoitoisuusluokituksessa ei voi tuoda esiin sitä, miltä työvuoro on todella tuntunut, sillä luokituksissa ei ole huomioitu kaikkea kuormitusta, mitä työvuoro voi sisältää.

*” joka yksikössä pitäisi olla omat selkeät kriteerit”*



*” Osastokohtaisesti räätälöidyt ohjeet rafaela-luokituksesta on ollut suuri apu työssäni. Mitään kummempaa perehdytystä en ole siihen saanut, näiden ohjeiden kautta itse oppinut.”*

*” Olisi tärkeää, että rastin saisi merkitä aidosti siihen, miltä työvuoro on OIKEASTI tuntunut. Nythän sen pitää korreloida luokituksiin. Työvuorossa on paljon muutakin kuormitusta kuin perus potilas hoitotyö (esim. kotiutuneiden potilaiden puhelinoitot). Lisäksi olisi järkevää, että järjestelmään merkkittäisiin, keitä potilaita on vuorossa hoitanut. Kuormitus tulee potilaiden (ja omaisten) vaatavuudesta.”*

#### **10.4 Sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtyminen**

Tähän kyselyn osaan vastasi 40 eli 57,1 % vastanneista. Tähän kysymysosoon pyydettiin vastaamaan, mikäli vastaaja oli työskennellyt yli 7 vuotta kyseessä olevassa sairaalassa, eli aikana jolloin siirtyminen sähköiseen potilastietojärjestelmään oli käynnissä.

Väittämästä ”Sähköisen kirjaamisen käyttöönotto oli sujuvaa” täysin eri mieltä oli 17,50 % vastaajista, jokseenkin eri mieltä oli 40 % vastaajista, ei samaa eikä eri mieltä oli 7,5 % vastaajista, jokseenkin samaa mieltä oli 30 %, täysin samaa mieltä oli 2,5 %. Vastaamatta jättäneitä oli 2,5 %. Yli puolet vastaajista olivat siis sitä mieltä, että käyttöönotto ei ollut sujuvaa. (Ks. Kuvio 8.)

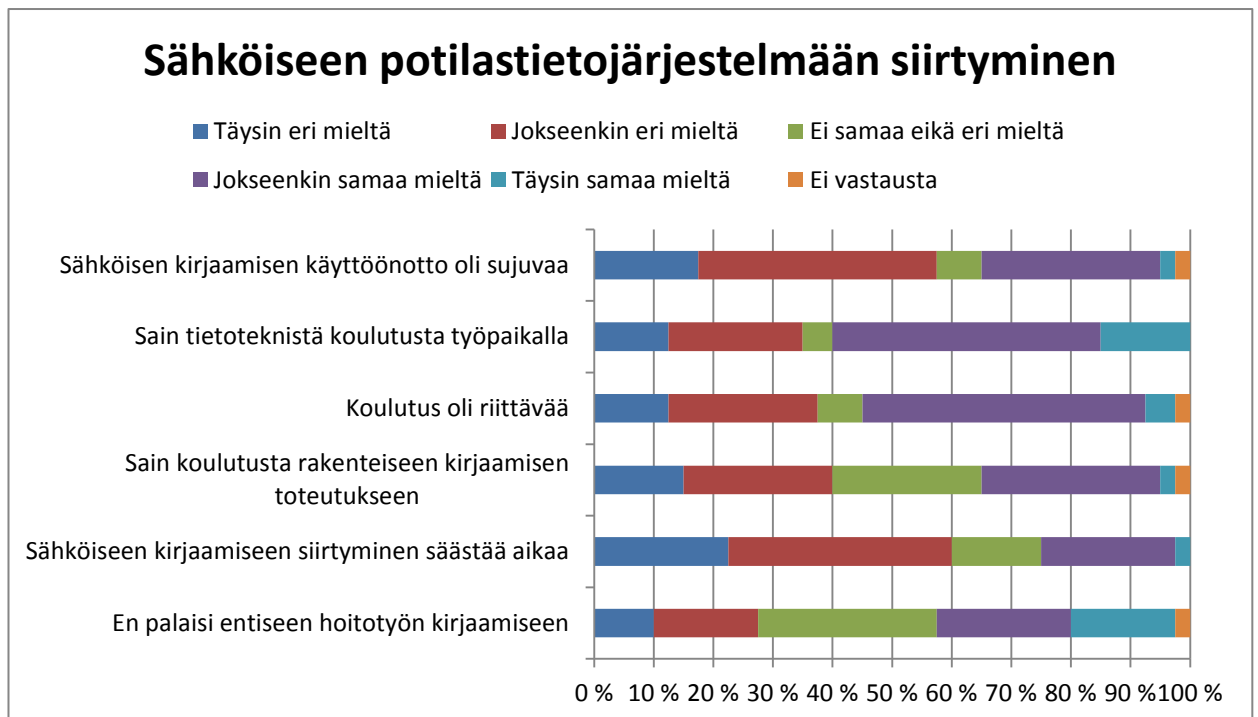
Väittämästä ”Sain tietoteknistä koulutusta työpaikallani” vastasi täysin eri mieltä olevansa 12,5 %, jokseenkin eri mieltä 22,5 %, ei samaa eikä eri mieltä 5 %, jokseenkin samaa mieltä 45 %, täysin samaa mieltä 15 %. Yli puolet vastaajista siis kokivat saaneensa koulutusta työpaikalta. (Ks. Kuvio 8.)

Väittämästä ”Koulutus oli riittävää” täysin eri mieltä oli 12,5 %, jokseenkin eri mieltä oli 25 %, ei samaa eikä eri mieltä oli 7,5 % jokseenkin samaa mieltä oli 47,5 %, täysin samaa mieltä oli 5 %. Vastaamatta jättäneitä oli 2,5 %. Noin puolet kokivat koulutuksen riittäväksi tai jokseenkin riittäväksi. (Ks. Kuvio 8.)

Väittämästä ”Sain koulutusta rakenteisen kirjaamisen toteutukseen” vastasi olevansa täysin eri mieltä 15 %, jokseenkin eri mieltä 25 %, ei samaa eikä eri mieltä 25 %, jokseenkin samaa mieltä 30 %, täysin samaa mieltä 2,5 %. Vastaamatta jättäneitä oli 2,5 %. (Ks. Kuvio 8.)

Väittämästä ”Sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen säästää aikaa” täysin eri mieltä oli 22,5 % vastaajista, jokseenkin eri mieltä oli 37,5 %, ei samaa eikä eri mieltä oli 15 %, jokseenkin samaa mieltä oli 22,5 % ja täysin samaa mieltä oli 2,5 %. (Ks. Kuvio 8.)

Väittämästä ”En palaisi entiseen hoitotyön kirjaamiseen” täysin eri mieltä oli 10 % vastanneista, jokseenkin eri mieltä oli 17,5 %, ei samaa eikä eri mieltä oli 30 %, jokseenkin samaa mieltä oli 22,5 % täysin samaa mieltä oli 17,5 %. Vastaamatta jättäneitä oli 2,5 %. (Ks. Kuvio 8.)



KUVIO 8. Henkilökunnan mielipiteitä sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymisestä.

## 10 TULOSTEN POHDINTA

### 10.1 Tulosten pohdintaa iPana-tietojärjestelmästä

Vastaajista yli 70 % mielestä iPana-tietojärjestelmän käyttöönotto on onnistunut hyvin. Voidaan kuitenkin miettiä, onko osa vastaajista ajatellut vastatessaan vuonna 2008 tapahtunutta iPana-ohjelman käyttöönottoa vai keväällä 2013 tapahtunutta uuden iPana-ohjelman version käyttöönottoa. Tässä olisi voinut miettiä kysymyksen tarkentamista. Tutkimuksen mukaan yli 68 % kyselyyn vastanneista työntekijöistä oli tyytyväisiä alkukoulutukseen/perehdytykseen ja yli 50 % koki, että ylläpitokoulutusta oli ollut riittävästi. Kuitenkin väittämästä ”kaipaen lisää koulutusta” vastasi ”jokseenkin samaa mieltä” olevansa hieman alle 40%. Pääosin kuitenkin oltiin tyytyväisiä iPana-ohjelman käyttöönoton onnistumiseen ja koulutuksen riittävyyteen. Osa kuitenkin kaipasi lisää koulutusta. Mahdollisuuksien mukaan voisi olla aiheellista kartoittaa, ketkä haluavat koulutusta ja järjestää sitä haluaville, jotta kirjaaminen toteutuisi yhteneväisesti ja sovittujen normien mukaan. Käyttöohjeita piti selkeinä ja tarkoituksenmukaisina 60 % vastaajista. Iso osa vastaajista ei kuitenkaan osannut vastata, mitä mieltä he ohjeista olivat, mikä saattaa kertoa siitä, että he eivät ole vielä joutuneet tukeutumaan ohjeisiin ja näin eivät ole vielä niihin joutuneet tutustumaan. Yli 80 % vastaajista koki saavansa aina tukea ohjelman käytössä kun sitä tarvitsivat. Tuloksien perusteella voidaan todeta, että suurin osa tutkimusjoukosta on pitänyt käyttöönottoa ja koulutusta suhteellisen onnistuneena.

Kysymykseen rakenteisen kirjaamisen toteutumisesta iPana-ohjelmassa vastaukset jakaantuivat tasaisesti, niin että noin kolmasosa vastanneista oli täysin tai jokseenkin eri mieltä, kolmasosa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä ja kolmasosa ei samaa eikä eri mieltä. Tästä tuloksesta voisi päätellä, että vastaajista osa ei ole ymmärtänyt kysymystä, eli mitä tarkoittaa rakenteinen kirjaaminen tai eivät tiedä tarkkaan mitä sen pitäisi sisältää. iPana-ohjelman loogisuus ja selkeys, sekä siinä kirjaaminen on jakanut mielipiteitä. Noin 50 % vastaajista piti iPana-ohjelmassa kirjaamista selkeänä tai jokseenkin selkeänä ja loogisena ja noin 40 % oli jokseenkin tai täysin eri mieltä. Virheiden korjaamista helppona tai jokseenkin helppona piti yli 50 % vastaajista ja kolmasosa oli täysin tai jokseenkin eri mieltä. Korjauksen helppouteen ja näin ollen vastaukseen voi myös vaikuttaa se, missä osassa ohjelmaa korjauksen on joutunut tekemään. Yli puolelle vastaajista oli aina tai melkein aina selkeää, minne mikäkin hoitotyöntieto

kirjataan, ja pitivät tarvittavaa hoitotyöntietoa potilaasta helppona löytää. Kolmas osa vastaajista taas oli sitä mieltä, että heille ei aina ollut selvää minne mikäkin hoitotyön tieto kirjataan, tai mistä tarvittava potilaan hoitotyöntieto löytyy. Tähän saattaa myös vaikuttaa millä synnytysosastolla vastaaja työskentelee.

Yli puolet tutkimusjoukosta eivät pitäneet raportin pitämistä iPanaan kirjattujen tietojen perusteella helppona. Tulos on vastakkainen edellisten kysymysten vastausten kanssa, jotka antoivat ymmärtää, että hoitotyöntiedot olisi helposti löydettävissä vastaajien mukaan. Toisaalta se voi myös kertoa siitä, että tiedot ovat helposti löydettävissä, mutta eivät nopeasti, mikä raporttia annettaessa usein on toivottavaa. Suurin osa tutkimusjoukosta, eli noin kaksi kolmasosaa, olivat täysin samaa mieltä tai jokseenkin sitä mieltä, että kirjaamiseen käytettyä aikaa ei ole huomioitu työajassa. Hieman alle puolet tutkimusjoukosta olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että eivät haluaisi palata hoitotyön entiseen kirjaamismenetelmään ja hieman yli 20 % olivat täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että entiseen voisi palata. 30 % vastaajista ei olleet samaa eikä eri mieltä, mikä osittain voi johtua siitä, että osa tutkimusjoukosta ei ole ollut työssä kyseessä olevassa sairaalassa ennen iPana-ohjelman käyttöönottoa, joten eivät tämän vuoksi osaa mielipidettä kyseiseen asiaan antaa. Toinen mahdollinen syy tähän voi tietysti olla, että vastaaja ei vain pidä kumpaakaan vaihtoehtoa parempana tai huonompana.

Kyselyn avoimessa kohdassa iPana-ohjelman kehitysehdotuksista nousi keskeisimmäksi kehittämiskohteeksi iPana-ohjelman lääkehoidon osio. Etenkin sen hitaus koettiin ongelmana. Sitä pidettiin myös hankalan, epäkäytännöllisenä, epäloogisena ja kankeana. Virheiden korjausta pidettiin myös vaikeana. Lempisen, Rautalan ja Virikon (2010) opinnäytetyön ”Kätilöiden kokemuksia Miranda ja i-pana ohjelmien käytöstä synnytysosastolla” tuloksissa tuotiin myös esiin kehittämiskohteena iPana-ohjelman lääkitysosio ja toivottiin erityisesti sen yksinkertaistamista. Huomioon tulee myös ottaa, että Lempisen yms. vuonna 2010 tehty opinnäytetyön tutkimus on kartoitettu iPana-ohjelman vanhemmasta versiosta ja kyseessä oleva tutkimus iPana-ohjelman päivitetystä versiosta. (Lempinen ym. 2010, 39.)

Muita kehittämiskohteita olivat ohjelman liialliset otsikot ja lokeroiden määrät, joiden alle kirjata hoitotyön tietoja. Koettiin, että yleisesti on käytössä vain muutamat otsikot ja taas toisaalta hoitotietoja joudutaan kirjaamaan hajanaisesti monien eri otsikoiden alle. Ongelmana nähtiin myös, että hoitotyön kokonaiskuvaa on vaikea muodostaa, kos-

ka tietoja joudutaan etsimään eri otsikoiden alta eikä ole selkeää koostetta, josta voisi kokonaisuudessaan nähdä äidin tai lapsen hoitotyön, lääkityksen, imetyksen jne. tiedot. Niinpä kehityskohteeksi muodostui ohjelman yksinkertaistaminen ja loogisuuden parantaminen. Myös Lempisen yms. 2010 opinnäytetyön mukaan kehittämiskohteina oli turhien otsikoiden karsiminen ohjelmasta, koska vastaajien mielestä monien otsikoiden klikkaaminen vei aikaa, ennen kuin itse hoitotyön tiedon pääsi kirjaamaan (Lempinen ym. 2010, 39). Kehittämiskohteeksi nousi myös eri tietojärjestelmien keskusteleavuus. Toivottiin, että esimerkiksi Tamlab laboratorio-ohjelma ja iPana-ohjelma keskustelisivat keskenään. Toivottiin myös, että esimerkiksi Mirandan ja iPanan lääkitysosiot olisivat yhteneväiset.

## **10.2 Tuloksien pohdintaa RAFAELA-hoitoisuusluokituksesta**

RAFAELA-hoitoisuusluokituksen käyttöönoton sujuvuus jakoi mielipiteitä: noin puolet koki sen onnistuneen hyvin ja noin puolet ei. Ei samaa eikä eri mieltä oli noin 7 % mikä voi kertoa siitä, että vastaaja ei ole esimerkiksi ollut käyttöönoton aikaan kyseisessä sairaalassa työssä. Mielipiteitä jakanut tekijä voi olla se, että eri osastoilla käyttöönotto sujui eri tavoin. Yli 70 % vastaajista taas koki saavansa aina tai melkein aina tukea hoitoisuusluokituksia tehdessään. Suurin osa vastaajista piti hoitoisuusluokituksen ohjeita selkeinä tai jokseenkin selkeinä. Iso osa vastaajista eli n. 20 % ei kuitenkaan osannut vastata tähän kysymykseen. Tämänkin kysymyksen vastauksiin varmasti vaikuttaa osaltaan eri osastojen ohjeiden selkeys. Avoimen kysymyksen osiossa esiin tuotiin kuitenkin ajatuksia siitä, että ohjeiden pitäisi olla selkeämmät ja osastokohtaiset. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että hoitoisuusluokituksissa ei voi tuoda esiin sitä miltä työvuoron kuormittavuus on oikeasti tuntunut.

Hoitoisuusluokituksen valinnan äidin kohdalla helpoksi tai jokseenkin helpoksi koki yli puolet vastaajista. Lapsen kohdalla taas 44 % koki valinnan helpoksi ja 31 % koki sen jonkin verran hankalaksi. Ei samaa eikä eri mieltä oli kuitenkin 22 % vastaajista. Tähän saattoi vaikuttaa se, että kyselyyn vastasi työntekijöitä sellaisilta osastoilta, joissa ei vastasyntyneitä hoideta.

Yli 60 % vastaajista olivat eri tai jokseenkin eri mieltä siitä, että hoitoisuusluokituksen käytettävää aikaa oltiin huomioitu työajassa. Enemmistö eli 48,5 % vastaajista kuitenkin

olivat samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitoisuusluokituksen kirjaaminen ei vie paljon aikaa ja 36 % koki sen vievän jonkin verran aikaa. Hieman yli puolet vastaajista koki, että ehtivät aina tai melkein aina hoitoisuusluokituksen tekemään ja 38% taas koki, että ei ehdi, mikä tukee edellisen väittämän tuloksia siitä, viekö kirjaaminen paljon aikaa. Yli puolet vastaajista ei uskoneet, että hoitoisuusluokituksen kirjaamisesta olisi hyötyä ja kolmasosa koki sen olevan hyödyllinen. Epäily hoitoisuusluokituksen hyödyllisyyteen tuotiin myös esiin avoimen kysymyksen vastauksissa, joissa epäiltiin hoitoisuusluokituksen tuovan mitään hyötyä hoitotyön resursointiin. Esille tuotiin myös sellainen näkemys, että työnantaja osoittaa sen avulla vain, että työvoimaa on liikaa.

### **10.3 Tuloksien pohdintaa sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymisestä**

Tämän osion otoskoko oli jonkin verran pienempi kuin muiden osioiden, joten tuloksia ei voi pitää kovin yleispätevinä, vaikkakin suuntaa antavina. Vastaajista (n=40) hieman alle puolet oli sitä mieltä tai jokseenkin sitä mieltä, että sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen ei ollut sujuvaa. Sujuvana sitä piti noin kolmasosa vastaajista. Tietoteknistä koulutusta koki saaneensa kaksi kolmasosaa vastaajista. Koulutusta koki saaneensa riittävästi hieman yli puolet vastaajista ja noin kolmasosa koki, ettei ollut saanut sitä riittävästi. Koulutusta rakenteisen kirjaamisen toteutukseen koki jossain määrin saaneensa 32 % vastanneista ja 40 % koki, ettei juuri ollut sitä saanut. Iso osa vastanneista (25 %) ei osannut vastata väittämään, mikä taas saattaa kertoa siitä, että kysymystä ei ole ymmärretty, eli mitä tarkoittaa rakenteinen kirjaaminen.

Kysyttäessä, säästääkö sähköinen kirjaaminen aikaa, vastasi 60 % olevansa täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että ei säästä ja 25 % sitä mieltä, että säästää. 15 % ei osannut tähän kysymykseen vastata. Väittämään joka käsitteli entiseen hoitotyön kirjaamiseen palaamista, ja joka tässä kohtaa tarkoittaisi manuaaliseen kirjaamiseen palaamista, 40 % vastasi että ei palaisi, 28% vastasi, että voisi palata ja 30% ei osannut vastata. Melkein 60% vastaajista siis voisi palata tai ei osaa sanoa voisiko palata entiseen kirjaamisen malliin.

## 12 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tarkasteltaessa tutkimustuloksia tutkimustehtävien näkökulmasta koen, että vastaukset näihin on saatu. iPana-ohjelman käyttöönottoon ja alkukoulutukseen/perehdytykseen oltiin pääosin tyytyväisiä. Ylläpitokoulutuksen riittävyteen oli tyytyväisiä noin puolet, mutta väittämään lisäkoulutuksen tarpeesta vastasi myöntävästi hieman alle 40% vastaajista. Näin ollen kehittämisehdotuksena voisi siis sanoa, että lisäkoulutuksen tarvetta tulisi kartoittaa työntekijöiltä paremmin ja pohtia työntekijöiden kanssa yhdessä missä kirjauksen osioissa sitä eniten tarvitaan. Tuloksista kävi myös ilmi, että kaikki eivät välttämättä tiedä mitä rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa, joten rakenteisen kirjaamisen koulutus voisi olla yksi lisäkoulutuksen aihe. iPanan käytettävyys on jakanut vastaajien mielipiteitä ja uskon, että tähän on pitkälti vaikuttanut, se millä osastolla he työskentelevät. Kiinnitin analyysivaiheessa useasti huomiota siihen, että tutkimuksesta olisi saanut vielä tarkemman jos kyselyssä olisi eritelty miltä osastolta kukin vastaaja on.

Mielenkiintoista oli, että vain hieman alle puolet vastaajista oli sitä mieltä, että eivät palaisi hoitotyön entiseen kirjaamisen menetelmään, ja noin kolmas osa ei osannut kysymykseen vastata. Syy siihen miksi suuri osa vastaajista ei ole väittämään osannut vastata saattaa johtua siitä, että he eivät ole kyseessä olevassa sairaalassa olleet työssä aikana ennen iPana-ohjelman käyttöönottoa tai he eivät vain pidä kumpaakaan vaihtoehtoa parempana tai huonompana.

Keskeisimmäksi kehityskohteeksi iPanassa nousi vapaasti kirjoitettujen mielipiteiden perusteella lääkitysosio, jonka hitaus etenkin koettiin isoimmaksi ongelmaksi. Kehityskohteena nähtiin myös ohjelman yksinkertaistaminen ja loogisuuden parantaminen kätilön näkökulmasta, sekä eri tietojärjestelmien keskusteleavuus. Tämän vuoksi uskoisin, että ennen seuraavaa iPana-ohjelman päivitystä, voisi olla hyötyä työntekijöille tehdystä tarkemmasta kyselystä, jossa kartoitetaan mitä iPana-ohjelman osioita tulisi parantaa ja miten.

RAFAELA-hoitoisuusluokituksen käyttöönoton onnistuneisuus jakoi mielipiteitä, mihin lienee vaikuttanut, miltä osastolta vastaaja on ollut. Suurin osa koki kuitenkin saavansa aina tukea, kun sitä hoitoisuusluokituksia tehdessä tarvitsi. Suurin osa piti ohjeita selkeinä ja iso osa ei osannut väittämään vastata, mutta avoimen kysymyksen osiossa nos-

tettiin esiin, että ohjeiden tulisi olla selkeämmät ja osastokohtaiset. Tämänkin väittämän vastausten analysoinnissa olisi ollut apua tiedosta, miltä osastolta vastaaja oli ja näin olisi voinut kartoittaa eri osastojen mielipiteitä käytettävyydestä ja ohjeista, koska eri osastoilla ne ovat hieman erilaiset. Suurin osa vastaajista koki, että luokitukseen käytettävää aikaa ei ole huomioitu työajassa ja yli puolet eivät uskoneet sen kirjaamisesta olevan mitään hyötyä jokapäiväiseen työhön. Vastausten perusteella voidaan siis todeta, että hoitoisuusluokituksella on jokseenkin negatiivinen kaiku. Mistä tämä sitten johtuu? Voisi ajatella, että yksi syy siihen on, että työntekijät eivät näe konkreettisesti, mitä vaikutusta hoitoisuuden arvioinnilla on jokapäiväiseen työhön. Tämän vuoksi se saatetaan kokea vain yhtenä ylimääräisenä lisätyönä jo muutenkin kiireisessä työvuorossa. Hoitoisuusluokituksen käyttöönoton onnistuneisuus ja ohjeiden selkeys tuntui jakavan mielipiteitä ja suurin syy tähän varmasti on se, että eri osastoilla käyttöönotto on ollut erilainen ja ohjeet ovat erilaisia. Kehityskohteina voisi siis olla, että henkilökunnalle esitetään aika ajoin hoitoisuusluokituksen kirjaamisen todellinen vaikutus sekä ohjeiden tarkistaminen ja päivittäminen kaikilla osastoilla paremmin kyseessä olevaa osastoa kuvaavimmiksi.

Sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtyminen jakoi myös mielipiteitä, kuitenkin niin että hieman yli puolet eivät pitäneet sitä onnistuneena. Tietoteknistä koulutusta koki saaneensa kuitenkin enemmistö. Väittäminen rakenteisen kirjaamisen toteutuksen koulutuksesta taas jakoi mielipiteitä, ja iso osa tutkimusjoukosta ei osannut väittämään vastata, mikä taas saattaa johtua siitä, että vastaaja ei ole tiennyt mitä rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan. Yllättävää mielestäni oli myös se, että kolmasosa vastanneista voisi palata manuaaliseen hoitotyön kirjaamiseen ja kolmasosa ei osannut väittämään vastata. Mielessä tulee kuitenkin pitää tämän osion pieni otoskoko (n=40) tuloksia yleistettäessä.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla, kysely iPana-ohjelman toimivuudesta ja kehityskohteista, joka toteutettaisiin osastokohtaisesti, koska jokaisella osastolla on hieman erilaiset kirjaamiskäytännöt. Kysely kattavasti kaikista sairaaloista, joissa käytetään iPana-tietojärjestelmää, voisi olla myös hyödyllinen jatkotutkimuksen kohde. Konkreettista tietoa, tietojärjestelmien kehittämiskohteisiin saadaan suoraan työntekijöiltä itseltään, koska heidän ohjelmia käyttävät jokapäiväisessä työssään.





## LÄHTEET

Fagerström, L. & Rauhala, A. 2003. Finnhoitoisuus – hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000-2002. Helsinki: Suomen kuntallitto.

Ensio, A. & Häyrynen K. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. 2008 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 67-68.

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

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Häyrynen, K. & Ensio, A. 2008. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. 2008 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 98- 110.

iPana-äitityshuollon toiminnanohjaushärjestelmä. Luettu 10.10.2011. [http://www.mediware.fi/fi/page.tmpl?sivu\\_id=6Janhonen](http://www.mediware.fi/fi/page.tmpl?sivu_id=6Janhonen),

S. & Nikkonen M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos Helsinki: Sanoma Pro Oy, Helsinki

Korpela, M. 1999. Tietojärjestelmien kehittäminen osana työn ja palvelun kehittämistä. Teoksessa: Saranto, K. & Korpela, M. 1999. Tietotekniikka ja tiedonhallinta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tietotekniikka ja tiedonhallinta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa. 1. painos. Porvoo: WSOY — Kirjapainoyksikkö, 92-93.

Koskimies, J. 1999. Sairaalatietojärjestelmien historiaa. Teoksessa: Saranto, K. & Korpela, M. 1999. Tietotekniikka ja tiedonhallinta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa. 1. painos. Porvoo: WSOY — Kirjapainoyksikkö, 66.

Lempinen, E., Rautala, T., Saarinen A. 2010. Kätilöiden kokemuksia Miranda- ja i-Pana ohjelmien käytöstä synnytysosastolla. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Luhtasela, L. 2006. Hoitoisuuden vaikutus hoitotyöhön RAFAELA-järjestelmän avulla tarkasteltuna. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma.

Nykänen, P. 2003. Terveydenhuollon tietojenkäsittelystä. Nykänen, P. 2003. Terveydenhuollon tietojärjestelmät. Tietojenkäsittelytieteiden laitos Tampereen yliopisto. Verkkokirja. <http://www.sis.uta.fi/cs/reports/bsarja/B-2003-7.pdf>, 2.

RAFAELA –hoitoisuusluokitusjärjestelmä. [www.rafaela.fi](http://www.rafaela.fi). Luettu 12.10.2011.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. 2008 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Saranto, K. & Sonninen A. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. 2008 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 12, 13.

Sonninen, A. 2008. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantu, K. & Sonninen, A. 2008 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 66.

Synnytysten surante digiaikaan Pirkanmaalla. Julkaistu 08.09.2008. 10.44. Luettu 10.10.2011.

[http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=6192/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=6192/type=1)

Syrjälä, J. 2010. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmästä. Ylempi AMK-tutkinto. Sosiaali- ja terveysala. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Salo, P. 2010. Potilaskirjojen laatiminen, säilyttäminen ja muu käsittely. Teoksessa: Pahlman, I. (toim.) 2010. Asiakastietojen käsittely, salassapito ja asiakkaan tiedonsaantioikeus sosiaali ja terveydenhuollossa.

Tantu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitoyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa: Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 113

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perustee. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

RAFAELA –hoitoisuusluokitusjärjestelmä. [www.rafaela.fi](http://www.rafaela.fi). Luettu 12.10.2011.

## LIITTEET

### Liite 1. Kyselylomake

## Kysely koskien IPANA-ohjelmaa

### 1. Tutkinto

Vastaajien tutkinto

kätilö sairaanhoitaja lastenhoitaja

tutkinto ● ● ●

### 2. Työkokemus

Työkokemus

alle vuosi 1 - 2 vuotta 3 - 5 vuotta 6 - 10 vuotta yli 10 vuotta

Työkokemus ● ● ● ● ●

### 3. IPANAn käyttöönotto

IPANAn käyttöön oton sujuvuus

		täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
IPANAn käyttöönotto on sujunut hyvin työyksikössäni	●		●	●	●	●
Alku koulutus / perehdytys on ollut riittävä	●	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Kaipaen lisää koulutusta	●	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Ylläpitokoulutusta on ollut riittävästi	●	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Rakenteinen kir-	●	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä

jaaminen toteutuu  
kattavasti iPana-  
ohjelmassa

täysin eri mieltä    jokseenkin eri mieltä    ei samaa eikä eri mieltä    jokseenkin samaa mieltä    täysin samaa mieltä

iPana-ohjelmassa  
kirjaaminen on sel-  
keää ja loogista

●    ●    ●    ●    ●

täysin eri mieltä    jokseenkin eri mieltä    ei samaa eikä eri mieltä    jokseenkin samaa mieltä    täysin samaa mieltä

Minulle on aina sel-  
vää minne ohjel-  
massa kirjaan hoito-  
työn tiedot

●    ●    ●    ●    ●

täysin eri mieltä    jokseenkin eri mieltä    ei samaa eikä eri mieltä    jokseenkin samaa mieltä    täysin samaa mieltä

Löydän helposti  
tarvittavat hoito-  
työn tiedot potilaas-  
tani

●    ●    ●    ●    ●

täysin eri mieltä    jokseenkin eri mieltä    ei samaa eikä eri mieltä    jokseenkin samaa mieltä    täysin samaa mieltä

Virheiden korjaa-  
minen on helppoa

●    ●    ●    ●    ●

täysin eri mieltä    jokseenkin eri mieltä    ei samaa eikä eri mieltä    jokseenkin samaa mieltä    täysin samaa mieltä

Raportin pitäminen oh-  
jelmaan kirjattujen tie-  
tojen perusteella on  
helppoa

●    ●    ●    ●    ●

täysin eri mieltä    jokseenkin eri mieltä    ei samaa eikä eri mieltä    jokseenkin samaa mieltä    täysin samaa mieltä

Kirjaamiseen käy-  
tetty aika on huo-  
mioitu työajassa

●    ●    ●    ●    ●

täysin eri mieltä    jokseenkin eri mieltä    ei samaa eikä eri mieltä    jokseenkin samaa mieltä    täysin samaa mieltä

Saan tukea ohjel-  
man käytössä kun  
tarvitsen sitä

●    ●    ●    ●    ●

täysin eri    jokseenkin    ei samaa    jokseenkin    täysin

	mieltä	eri mieltä	eikä eri mieltä	samaa mieltä	samaa mieltä
iPana-ohjelman käyttö-ohjeet ovat selkeät ja tarkoituksenmukaiset	●	●	●	●	●
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
En palaisi entiseen hoitotyön kirjaamiseen	●	●	●	●	●

Miten kehittäiset/muuttaisit IPANA-ohjelmaa?

#### 4. RAFAELA- hoitoisuusluokitus

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
<b>RAFAELA-</b> hoitoisuusluokituksen käyttöönotto on ollut sujuvaa työyksikössäni	●	●	●	●	●
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Saan tukea hoitoisuusluokituksen käytössä kun tarvitsen sitä	●	●	●	●	●
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Hoitoisuusluokitukseen käytettävä aika on huomioitu työajassa	●	●	●	●	●
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Hoitoisuusluokitusten kirjaamine ei vie paljon aikaa	●	●	●	●	●
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä

Ehdin aina tehdä hoitoisuusluokituksen	●	●	●	●	●	
		täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Äidin kohdalla hoitoisuusluokitus on helppo valita	●	●	●	●	●	
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	
Lapsen kohdalla hoitoisuusluokitus on helppo valita	●	●	●	●	●	
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	
Hoitoisuusluokituksen ohjeet ovat selkeät ja tarkoituksen mukaiset	●	●	●	●	●	
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	
Uskon, että hoitoisuusluokituksen kirjaamisesta on hyötyä	●	●	●	●	●	

Miten kehittäisit/muuttaisit RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmää?

**5. Jos olet ollut ? työntekijänä yli seitsemän vuotta ( jo ennen aikaa jolloin siirryttiin sähköiseen potilastietojärjestelmään) vastaa alla oleviin kysymyksiin**

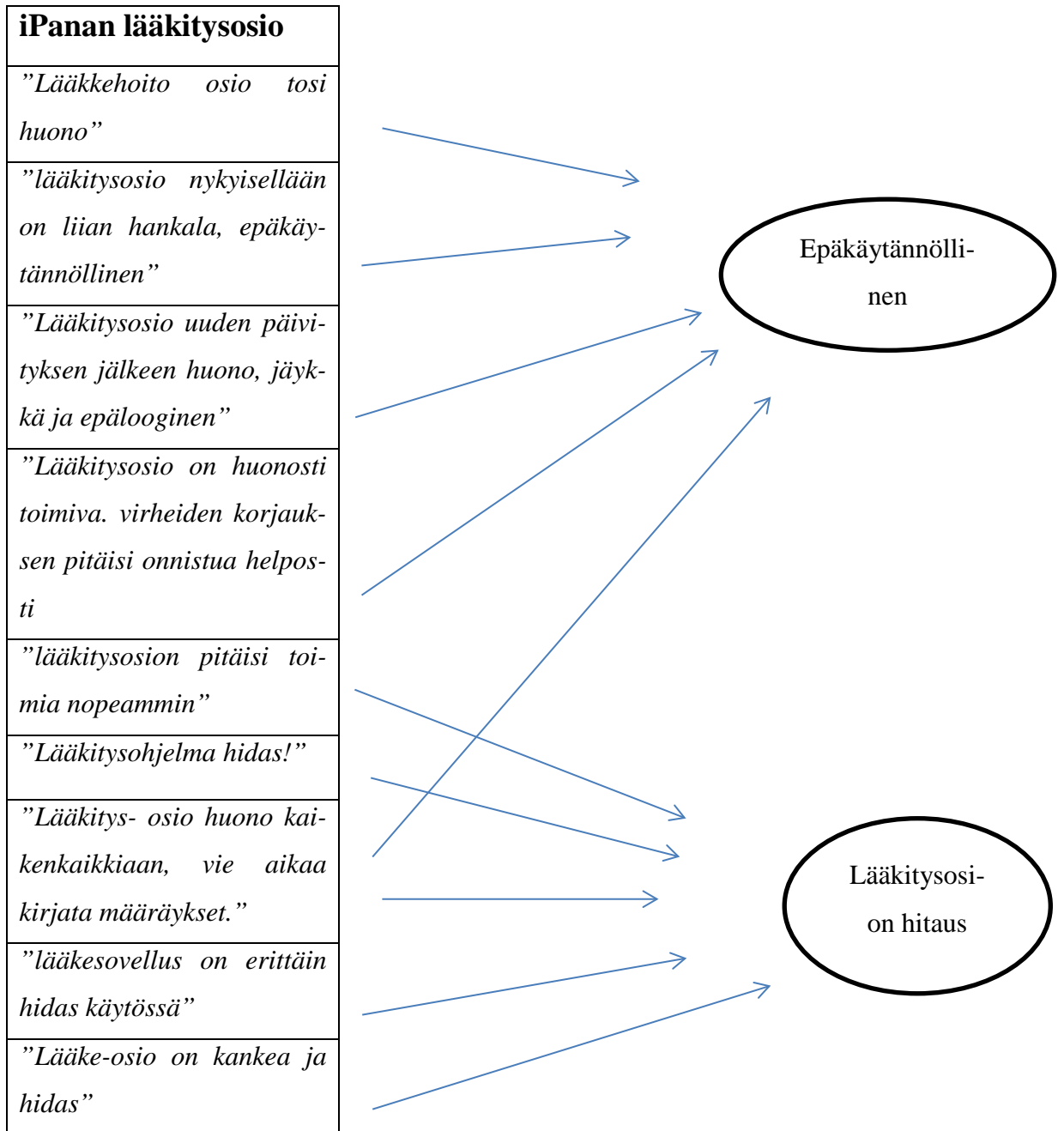
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Sähköisen kirjaamisen käyttöönotto oli sujuvaa	●	●	●	●	●
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä

Sain tietoteknistä koulutusta työpaikalla	●	●	●	●	●
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Koulutus oli riittävää	●	●	●	●	●
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Sain koulutusta rakenteisen kirjaamisen toteutukseen	●	●	●	●	●
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen säästää aikaa	●	●	●	●	●
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
En palaisi entiseen hoitotyön kirjaamiseen	●	●			

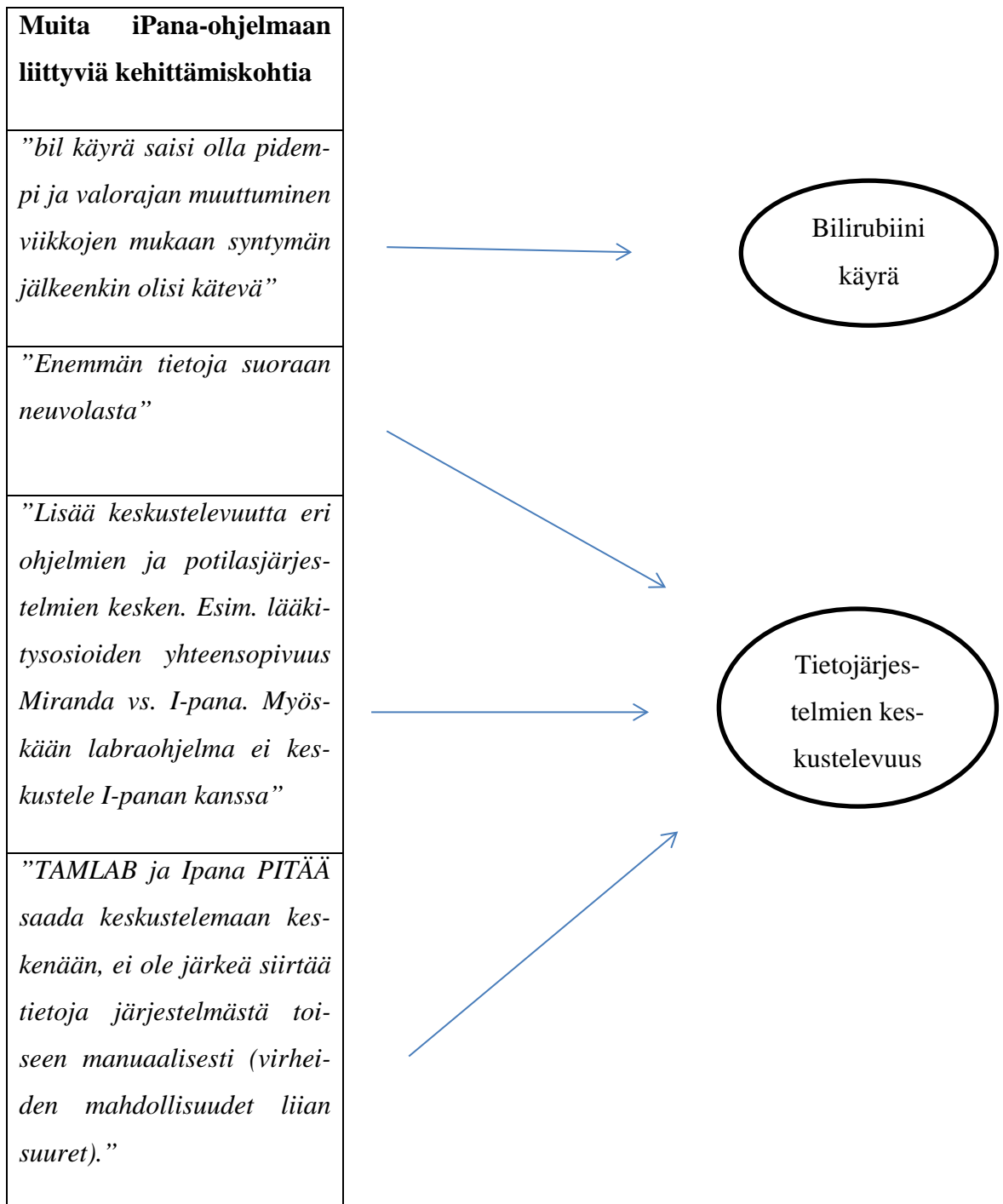


## LIITTEET

Liite 2. Taulukko sisällönanalyysista 1



## Liite 3. Taulukko sisällönanalyysistä 2



## Liite 4. Taulukko sisällönanalyysistä 3

