



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KUULUUKO HOITAJIEN ÄÄNI

KIRJAAMISESSA?

Hoitajien näkemys kirjaamisen laadusta

Outi Hietapakka

Ranja Koivunen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

HIETAPAKKA OUTI & KOIVUNEN RANJA:

Kuuluuko hoitajien ääni kirjaamisessa?
Hoitajien näkemys kirjaamisen laadusta

Opinnäytetyö 61 sivua, joista liitteitä 13 sivua
Lokakuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien näkemyksiä kirjaamisesta, sen laadusta ja merkityksestä kotihoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa siitä, onko hoitajien näkemyksen mukaan heidän kirjaamisillaan yhteyttä esimerkiksi asiakkaan hoidon jatkuvuuden kannalta ja miten kirjata asiakaslähtöisemmin. Lisäksi haluttiin tietoa työntekijöiden halukkuudesta osallistua täydennyskoulutuksiin. Työelämäkontakti oli Tampereen kaupunki. Tutkimuskysymykset olivat: millaista on hyvä kirjaaminen hoitajien näkemyksen mukaan, ymmärtävätkö hoitajat kirjaamisen tärkeyden asiakkaan näkökulmasta ja millaisia ovat keskeiset kirjaamisen kehittämistarpeet?

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia kysymyksiä. Tulokset (N=130) analysoitiin tilastollisesti SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ohjelman avulla. Laadullisen tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia.

Työn tärkeimpinä tuloksina voidaan todeta, että suurin osa vastaajista piti kirjaamista tärkeänä. Yli puolet vastaajista ilmoitti hyödyntävänsä päivittäiskirjauksia RAI-arvioinnissa. Yli puolet vastaajista pystyy toteuttamaan kirjaamista niin hyvin kuin haluaakin. Kirjaamiset tapahtuvat pääosin reaaliaikaisesti tai välittömästi asiakaskontaktin jälkeen. Vastaajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että kokonaisvaltainen ja laadukas kirjaaminen on asiakkaan jatkohoidon edellytys. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että asiakkaan näkökulma tulee kirjaamisista esiin. Hoitajien mielestä kirjaamista tärkeämpää on asiakkaan hyvinvointi, asiakkaan kokonaisvaltainen hoitaminen ja voinnin arviointi. Kirjaaminen ymmärrettiin osaksi hoitotyötä.

Tampereen kaupungin kotihoidon työntekijät toivovat lisää kirjaamiskoulutusta ja selkeämpiä kirjaamisohjeita, rauhallisempia kirjaamistiloja ja toimivampia mobiililaitteita. Jatkotutkimusehdotuksena voisi tutkia, miten asiakasnäkökulmaa voisi kehittää kotihoitossa?

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

HIETAPAKKA OUTI & KOIVUNEN RANJA:
Is the Nurse's Voice Heard in Documentation?
Nurse's View about the Quality of Documentation

Bachelor's thesis 61 pages, appendices 13 pages
October 2017

The purpose of this study was to gather information on nurses' experiences of documentation in nursing in Tampere home care. Another purpose was to examine how nurses see the quality and significance of documentation in nursing. The specific aim of this study was to examine and describe the nurses' experiences regarding the connection between documentation and the continuity of care, and how to do more customer-oriented documentation. The intention was to examine whether the nurses are interested in additional education.

Both qualitative and quantitative methods were applied in this study. The data of the study were collected with a digital questionnaire. The results were analysed statistically by using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The open questions were analysed by means of content analysis.

Most of the respondents agreed that comprehensive and high quality documentation is a condition for follow-up treatment. Almost all respondents found documentation important. Over half of the respondents wanted more additional education. In addition, most of the respondents' experience was that the documentation places were noisy.

A potential further study could concentrate on investigating how customers' aspect as well as the usability of mobile devices needed for documentation could be improved.

Key words: customer, nurse, home care, documentation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	7
	3.1 Asiakas.....	7
	3.2 Hoitaja.....	8
	3.3 Hoitotyön kirjaaminen	9
	3.3.1 Kirjaamisen haasteita	10
	3.3.2 Tiedon kulku	11
	3.3.3 FinCC	14
	3.4 Kotihoito	15
4	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT.....	17
	4.1 Tutkimusmenetelmä.....	17
	4.2 Aineiston hankinta	18
	4.3 Aineiston analyysi.....	20
	4.4 Kirjallisuuskatsaus ja tiedonhaku yksittäisistä viitetietokannoista.....	22
	4.4.1 Viitetietokannat ja niissä käytetyt hakumenetelmät ja hakulauseet	24
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	25
	5.1 Hoitajien näkemys kirjaamisen laadusta.....	25
	5.1.1 Vastaajien taustatiedot	25
	5.1.2 Asiakasnäkökulma	27
	5.1.3 Hyvä kirjaaminen	28
	5.1.4 Potilastietojärjestelmä	33
	5.1.5 Koulutus ja haasteet	35
6	POHDINTA.....	38
	6.1 Tulosten pohdinta	38
	6.2 Luotettavuus.....	40
	6.3 Eettisyys.....	41
	6.4 Johtopäätökset, kehittämis- ja jatkotutkimisehdotukset	43
	6.5 Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	43
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	49
	Liite 1. Saatekirje	49
	Liite 2. Kyselylomake	50

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen ja käsittelee kotihoidon hoitajien näkemyksiä hoitotyön kirjaamisesta, sen laadusta, merkityksestä ja keskeisistä haasteista. Potilaiden hoitopäätökset perustuvat sähköiseen potilaskertomukseen kirjattuun tietoon, joten laatu on tärkeä tekijä kirjaamisessa (Häyrinen & Saranto 2009, 140). Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemyksiä kirjaamisesta, sen laadusta ja merkityksestä kotihoidossa. Haluamme selvittää, onko hoitajien näkemyksen mukaan heidän kirjaamisellaan merkitystä ja ymmärtävätkö he, miten suuri merkitys kirjaamisella on asiakkaan hoitopolulla, etenkin asiakkaan jatkohoitopaikasta päätettäessä. Ei siis ole yhdentekevää, miten kirjataan.

Tammisen (2011, 91, 94) mukaan uuden rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton myötä työntekijöiden on mahdollista parantaa tietojärjestelmään tallennetun tiedon laatua. Uutta on myös vähitellen yleistyvät mobiililaitteet, joihin työntekijät ovat totutelleet viime vuosien aikana Tampereen kaupungin kotihoidossa. Työntekijöiden näkemyksiä ja hiljaista tietoa pitäisi hyödyntää jo mobiililaitteita suunniteltaessa. Kotihoidon työntekijällä on eniten tietoa asiakkaiden sairastamisesta sekä hoidontarpeesta. Mobiililaitteista on hyötyä vain, jos niillä pystytään vastaamaan asiakkaan tarpeisiin riittävän yksilöllisesti.

Aiheena hoitotyön kirjaaminen on aina ajankohtainen ja jokaista hoitoalalla työskentelevää koskettava. Opinnäytetyö tutkii hoitotyön kirjaamista hoitajan oman näkemyksen ja vaikutusmahdollisuuden näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoite on, että Tampereen kaupunki saa päivitettyä tietoa kotihoidon työntekijöiden koulutustarpeista. Työssä käytetään sanaa *kirjaaminen* tarkoittaen hoitotyön kirjaamista.

Ajatus opinnäytetyön aiheesta nousi meille oman työmme kautta, sillä kotihoito on meille molemmille tuttua. Tuen aihevalinnallemme saimme Tampereen kaupungilta, joka on työelämäkontaktimme.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemyksiä kirjaamisesta, sen laadusta ja merkityksestä. Haluamme myös selvittää, ymmärtävätkö hoitajat kirjaamisen merkityksen ja tärkeyden asiakkaan näkökulmasta.

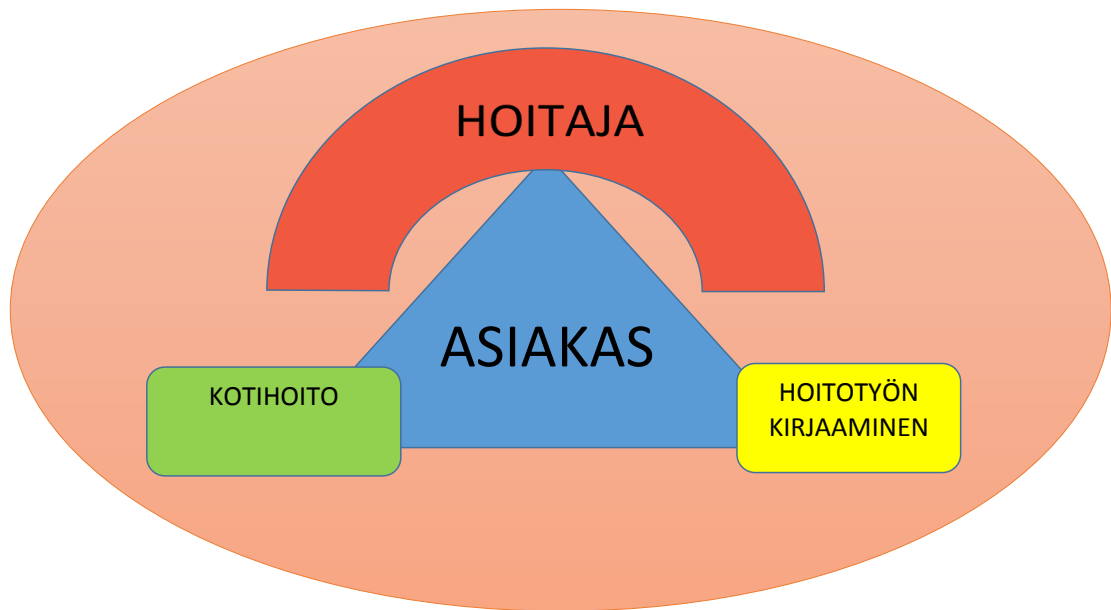
Tämän opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymyksiin:

1. Millaista on hyvä kirjaaminen hoitajien näkemyksen mukaan?
2. Ymmärtävätkö hoitajat kirjaamisen tärkeyden asiakkaan näkökulmasta?
3. Millaisia ovat keskeiset kirjaamisen kehittämistarpeet?

Opinnäytetyön tavoitteena on saada ideoita tuleviin kotihoidon koulutuksiin ja tietoa siitä, onko hoitajien näkemyksen mukaan heidän kirjaamisillaan yhteyttä esimerkiksi asiakkaan hoidon jatkuvuuden kannalta. Opinnäytetyön tavoitteena on myös saada tietoa, miten kirjata asiakaslähtöisemmin. Lisäksi haluamme tietoa työntekijöiden mahdollisesta halukkuudesta osallistua täydennyskoulutuksiin sekä heidän ideoitaan erilaisista koulutustavoista.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Kotihoidon kirjaamista käsittelevässä opinnäytetyössä teoreettisen viitekehysten keskeiset käsitteet ovat *asiakas*, *hoitaja*, *kotihoito* ja *hoitotyön kirjaaminen*. Asiakas on tärkein käsite ja siksi sijoitettu kuvion keskelle. Käsitteet on kuvattu alla olevassa kuviossa (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

3.1 Asiakas

Kotihoidon mahdollinen asiakas on henkilö, jonka toimintakyky ja terveydentila ovat heikentyneet niin, että hän tarvitsee arjesta selviytyäkseen ulkopuolista apua. Tällöin myös liikkuminen on usein rajoittunutta tai lähes mahdotonta ilman ulkopuolisen apua asiakkaan heikentyneen liikuntakyvyn vuoksi. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 135.)

Säännöllisen kotihoidon asiakas on henkilö, joka on saanut säännöllisesti kotihoidon käyntejä vähintään kerran viikossa laskentakauden aikana tai asiakas, jolle on toteutunut kotihoidon käynnit voimassa olevan palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Vuoden 2016 marraskuussa säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvia asiakkaita koko Suomessa oli kaikkiaan 73 500, nousua asiakasmäärässä on 0,3 % edelliseen vuoteen verrattuna. Marraskuussa 2016 kaikista 75 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotihoidon piiriin kuului 11,3 %. Kaikista säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvista asiakkaista 31,2 %:lle tehtiin vähintään 60 kotikäyntiä kuukaudessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli 30.11.2016 Pirkanmaalla yhteensä 6599, heistä 75–79-vuotiaita oli 881, 80–84-vuotiaita 1349 ja 85 vuotta täyttäneitä 2940. Tampereella säännöllisen kotihoidon piiriin kuului 30.11.2016 yhteensä 2732 asiakasta ja Orivedellä yhteensä 169 asiakasta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

3.2 Hoitaja

Työssä käytetään käsitettä *hoitaja*. Sanalla hoitaja tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä, jotka työskentelevät Tampereen kaupungin kotihoidossa eli sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lähihoitajia ja perushoitajia (Lehtinen, Koski & Natunen 2006). Kotihoidossa työskentelee myös ja koti- ja palveluavustajia sekä kodinhoitajia.

Saadakseen oikeuden harjoittaa terveydenhuollon ammattia koulutetun henkilön tulee hakea lupa terveydenhuollon ammatin harjoittamiseksi Valviralta eli Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolta. Valvira ylläpitää Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden julkista tietopalvelua JulkiTerhikkiä/JulkiSuosikkia, josta kuka vain voi tarkistaa ammattihenkilön pätevyyden. Tiedot päivittyvät kerran vuorokaudessa. (Valvira 2008, 2016).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittelee laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, joihin kuuluvat muun muassa sairaanhoitaja, terveydenhoitaja

ja fysioterapeutti. Nimikesuojatun ammattihenkilön ammattinimikkeitä ovat terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2§: n mukaan muun muassa lähihoitaja, psykoterapeutti ja jalkaterapeutti.

3.3 Hoitotyön kirjaaminen

Kirjaaminen edesauttaa tiedonkulkua hoitotyössä eri toimijoiden välillä. Kirjaaminen on hoitohenkilökunnan tehtävä, jota suoritetaan ajantasaisena päivittäin. Kirjattu tieto auttaa päätöksenteossa ja on helposti löydettävissä silloin kun sitä tarvitaan. Potilaskertomukseen kirjatun tiedon tehtävä on helpottaa hoidon suunnittelua ja edesauttaa hoidon jatkuvuutta. Potilaskertomuksesta selviää hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi päivittäin kirjattuna ja aikajärjestyksessä. (Nykänen & Junttila 2012, 3.) Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010, 26) tutkimus käsittelee hoitotyön kirjaamismallia ja hoitokertomusten käytettävyyttä. Siinä tuli ilmi, että FinCC: n eli *Finnish Care Classification* luokituskokonaisuuden käytön myötä kirjaamisen sisältö on useissa toimintaympäristöissä parantunut, vaikkakin monet käsitteet koetaan vaikeiksi ymmärtää ja ne ovat tulkinnanvaraisia.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) määrittelee sen, mitä potilasasiakirjoihin tulee merkitä. Potilasasiakirjoissa tulee näkyä asiakkaan hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja jatkuvuuden turvaamiseksi kattavat ja tarpeelliset tiedot. Tiedot tulee merkitä selkeästi. Palvelutapahtumiin liittyvissä kirjauksissa tulee käydä ilmi asiakkaan esitiedot, tulosyy, nykytila, tehdyt havainnot, tutkimusten tulokset, ongelmat, terveysriski tai taudinmääritys, johtopäätökset, suunniteltu hoito, hoidon toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 9.)

Päivittäiskirjausten lisäksi, yhtenä hoitotyön kirjaamisen osana on myös RAI-arviointijärjestelmä (Resident Assessment Instrument = Asumaan arviointimittari), joka on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö. Sen avulla voidaan kartoittaa ja arvioida asiakkaan palveluntarvetta sekä laatia hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmia. Säännöllistä palvelua saavan henkilön tarpeista tulee tehdä kokonaisarvio hoidon alkaessa sekä vähintään puolivuositain. Asiakkaan RAI-arvioinnissa selvitetään asiakkaan vointi kokonaisvaltaisesti arvioiden arjessa suoriutuminen, psyykinen, kognitiivinen,

sosiaalinen ja fyysinen vointi sekä toimintakyky, ravitsemustila ja kipu. Kansainvälinen tutkijaverkosto interRAI omistaa RAI-arviointijärjestelmän oikeudet. RAI-välineiden suomalaisia versioita valvoo THL. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

3.3.1 Kirjaamisen haasteita

Rajalahden ja Sarannon (2011) tiedonhallinnan osaamistutkimukseen osallistujat kokivat sähköiseen potilastietojärjestelmään kirjaamisen vaikeaksi. Osallistujien osaaminen oli vaihtelevaa, niin perus- kuin vaativammassakin tiedonhallintataidoissa. Rajalahti ja Saranto toteavatkin, että ne hoitajat, jotka osaavat kirjata hoitotyön tarpeet paperille, osaavat myös kirjata ne potilastietojärjestelmään. (Rajalahti & Saranto 2011, 251–253.)

Hoitotyössä nopeasti muuttuvat tilanteet ja moniongelmaiset asiakkaat vaikeuttavat hoitotyön ajantasaista kirjaamista. Tietokoneohjelma voi olla vaikea käyttää ja hoitajan kirjaamistaidot voivat olla puutteelliset. (Schantz, Toivonen & Lind 2011, 17.) Myös kirjaamispaikan ilmapiiri on tärkeä tekijä. Hoitajien kirjaamistilat ovat usein levottomia paikkoja, joissa kirjaaminen keskeytyy toistuvasti ja hoitajien keskittymiskyky ajautuu pois asiakkaan asioista (Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2014, 242). Rajalahden ja Sarannon (2011, 254) mukaan tiedonhallinnan osaaminen on uusi hoitotyön osaamisalue, johon liittyy vahvasti näyttöön perustuva hoito- ja laatutyö. Tässä kehitystyössä Suomi on mukana edelläkävijöiden joukossa.

Hoitohenkilökunnan velvollisuus on suorittaa ajantasaista kirjaamistyötä päivittäin. Jotta työ sujuisi tehokkaasti, pitää tietojärjestelmien toimia moitteettomasti ja kirjaamismallin olla toimiva. Potilastietojärjestelmien ja hoitokertomusten pitää tukea työtehtävien suoritusta sekä tarjota siihen tarvittavat työkalut. Kirjaamisen pitää tukea myös tiedonkulkua eri ammattiryhmien välillä. Kirjaukset pitää laatia niin, että niistä saa selkeän käsityksen asiakkaan hoidon eri vaiheiden toteutuksesta ja siihen osallistuneista henkilöistä. (Nykänen & Junttila 2012, 12.)

Kuten laki potilasasiakirjoista (298/2009) määrittelee, asiakkaan hoitoon osallistuneet henkilöt, perustelut hoitoratkaisuille ja valituille hoidoille on tarvittaessa kyettävä selvit-

tämään. Ajantasaiset ja oikeat kirjaukset asiakkaan voinnista ovat tärkeitä myös työntekijän oikeusturvan kannalta varsinkin, jos joudutaan jälkeempään selvittämään hoitovaihteita esimerkiksi hoitovirheen sattuessa (Lehtilä 2016, 38). Myös mahdollisuus omien tietojen katseluun KanTa arkistosta, eli Kansallisesta Terveysarkistosta, voi lisätä kante-lujen ja kyselyjen määrää (Kansallinen Terveysarkisto 2017). Laitisen, Kaunosen ja Åsstedt-Kurjen (2010, 496) mielestä mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla tutkia, onko kirjaamisella eroa, kun se on kirjattu välittömästi potilastilanteen jälkeen, vai kun se on kirjattu vuoron päätteeksi vasta myöhemmin.

Haasteita kirjaamiselle tulee aiheuttamaan myös meneillään oleva sote- uudistus, jonka tavoitteena on parantaa kansalaisten palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja hidastaa so-siaali- ja terveystenon kasvua. Tavoitteena on myös integroida erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto yhdeksi palveluketjuksi. Muutokset vaikuttavat koko palvelujärjes-telmään, henkilöstöön, talouteen, verotukseen, yrityksiin ja yhteisöihin. Eniten yksittäisiä kustannuksia aiheutuu tieto- ja viestintäteknisten järjestelmien yhdenmukaistamisesta. Sote- ja maakuntauudistus tulee voimaan 1.1.2020 alkaen ja maakuntavaalit järjestetään lokakuussa 2018, uusimman tiedon mukaan. (Alueuudistus 2017.)

3.3.2 Tiedon kulku

Gjevjon ja Hellesøn (2009, 100, 106) tutkimuksen mukaan, kokonaisvaltainen ja laadukas kirjaaminen ovat asiakkaan jatkohoidon edellytys. Tutkimus toimeenpantiin suuren nor-jalaisen kunnan kotihoidon hoitajien keskuudessa. Tutkimuksessa kotihoidon hoitajat kir-jasivat hoitotoimenpiteet mieluiten aikajärjestyksessä, kuin johdonmukaisesti hoitotyön rakenteen mukaan. He kiinnittivät vain vähän huomiota asiakkaiden kykyyn kommuni-koida ja kirjaaminen jäi vaillinaiseksi. Vain kaksi 264:tä dokumentoidusta hoitodiagnoo-sista liittyi kommunikaatioon. Tutkimuksessa kuvatuille kotihoidon asiakastilanteille oli tyypillistä hoidon tarpeen suuri vaihtelu. Tutkimus peräänkuuluttaa kirjausten joustavaa rakennetta. Tutkimuksessa todetaankin, että kokonaisvaltaisen hoitotyön dokumentoin-nin odotetaan tekevän näkymättömän näkyväksi ja helpottavan tiedon jatkuvuutta suo-raan seuraavaan vuoroon tuleville hoitajille sekä muille tietoa tarvitseville.

Nykänen ym. (2010, 60) toteavat kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyydestä tutkimuksessaan, että kokonaiskuvan saaminen asiakkaan voinnista on vaikeaa hoitokertomuksesta rakenteisen kirjaamistavan pirstaleisuuden vuoksi. Tieto on pienissä osissa. Luokitusotsikoiden sekaan hukkuu tärkeitä vapaan tekstin osiot, jotka sisältävät olennaista tietoa potilaan voinnista. Akuutit ja erittäin tärkeät tiedot välitetään paperilapuilla tai suullisesti. Tiedonkulun varmistamiseksi tärkeitä tietoja kirjataan myös potilaskertomukseen useaan eri paikkaan. Myös hoitajien erilaiset kirjaamiskäytännöt vaikeuttavat kirjausten hyödyntämistä.

Laitisen ym. (2014, 236) tutkimuksen mukaan hoitajat päätyvät joskus kirjoittamaan huomioitaan asiakkaasta paperilapuille, tarkoituksenaan siirtää tieto myöhemmin potilastietojärjestelmään. Aina tieto ei kuitenkaan välttämättä päädy potilastietoihin, vaan hoidon kannalta tärkeää tietoa voi jäädä kirjaamatta.

Hoitajat haluaisivat hoitokertomuksen yhteyteen paikan, jonne tärkeitä ja akuutit asiat voisi kirjata, jotta keskeisimmät tiedot erottuisivat paremmin hoitokertomuksesta. Hoitajat kokevat vaarana, että tärkeitä tiedot jäävät piiloon tietojärjestelmän uumeniin. Tutkimuksen johtopäätöksessä todetaan, että hoitotyön hyvinkin erilaiset toimintaympäristöt ja erilaiset kirjaamistarpeet pitäisi ottaa paremmin huomioon, jotta sekä lääkärit että hoitajat pystyisivät hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla kirjauksista saatavaa informaatiota. (Nykänen ym. 2010, 35–36, 56.)

Rakenteisen potilaskertomuksen avoimessa seminaarissa, joka koostui mm. kliinisen työn ja hoitotyön edustajista, näkemys oli, että vapaa teksti täydentää rakenteista tietoa muun muassa tuomalla siihen potilaan kokemuksen ja potilaan itse tuottaman tiedon. Potilaan näkökulma pitää ottaa mukaan rakenteista kirjaamista kehittäessä. (Lindqvist, Vuokko & Doupi 2014, 111.) Ukkosen (2016, 121) kirjallisuuskatsauksen mukaan vapaa teksti tuo paremmin potilaan näkemyksen esiin ja antaa mahdollisuuden kirjata yksityiskohtaisemmin ja syvemmin asiat, jotka rakenteisen tiedon joustamaton rakenne saattaa poissulkea. Onkin suositeltavaa, että jatkossakin kirjataan sekä vapaata että rakenteista tekstiä.

Häyrynen ja Saranto (2009, 137–140) tutkivat kirjallisuuskatsauksessaan tiedon laatua sähköisessä potilaskertomuksessa. He analysoivat ja arvioivat sähköisen potilastietojärjestelmän tietosisältöä tiedon laadun näkökulmasta. Laadun ominaisuuksia tutkimuksessa ovat: täydellisyys, virheettömyys, kattavuus, muoto ja tiedon lähde. He toteavat sähköiseen potilastietojärjestelmään kirjatun tiedon laadun vaikuttavan suoraan potilaan hoitoon sekä potilasturvallisuuteen.

Kuusisto, Asikainen ja Saranto (2014, 311, 319–320) tutkivat hoitotyön yhteenvedon tietojen siirtymistä hoitopaikasta toiseen potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Eri hoitopaikkojen väliset rajakohdat ovat kriittisiä tiedon kulun kannalta. Varsinkin kotihoitoon laitoksesta saatava tieto tulee usein myöhässä ja se koetaan puutteelliseksi ja epäselväksi. Laitoksissa työskentelevät hoitajat kokivat tiedonkulun paremmaksi kuin kotihoidossa työskentelevät hoitajat. Tutkimuksessa todetaankin, että avohoidossa tiedonkulun kehittämiseen, yhteistyöhön ja yhteisiin työtapoihin pitää erityisesti kiinnittää huomiota. Asiakkaan turvallisen jatkohoidon takaamiseksi voidaan hyödyntää uutta teknologiaa.

Kuusisto ym. (2014, 310, 319–320) tutkivat tiedon vaihtoa eri organisaatioiden ja eri ammattiryhmien välillä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. He tutkivat, miten hoitotyön yhteenvedo (HOIY) tuki hoidon jatkuvuutta ja organisaatioiden yhteistyötä. Tutkimus toteutettiin poikittaistutkimuksena (n =180) sähköisellä kyselylomakkeella. Lomake oli aiemmin testattu. Tutkimuksen tulosten mukaan hoitotyön yhteenvedon kehittämistä pitää jatkaa, koska se edesauttaa tiedonkulkua eri toimijoiden välillä ja näin edesauttaa hoidon jatkuvuutta. Hoidon jatkuvuutta voidaan parantaa hyödyntämällä rakenteista kirjaamista ja uutta teknologiaa. Moniammatillisen toiminnan kannalta on tärkeää, että tieto on ajantasaista ja hyödynnettävissä siellä, missä sitä tarvitaan (Nykänen & Junttila 2012, 3).

THL (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos) on tutkimuksissaan todennut ongelmia rakenteisessa kirjaamismallissa, sen käytössä ja tiedon hyödynnettävyydessä. STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) ja THL ovat asettaneet tavoitteeksi hoitotyön luokitusten ja niiden käytettävyyden parantamisen. THL pyrkii kehittämään kirjaamismallia ja FinCC-luokitusta niin, että se tukee asiakkaan hoidon kirjausta eri toimintaympäristöissä. STM:n ja THL:n asettaman asiantuntijatyöryhmän tavoitteena on koko Suomen kattava kansallinen

FinCC:n luokitusmalliin perustuva kirjaamismalli. Yhtenä teemoista asiantuntijaryhmällä on kirjaamisen koulutus. (Tanttu 2008, 3, 13; Nykänen & Junntila 2012, 4, 12.) Blair ja Smith (2012, 163) toteavat hoitajien kirjaamistutkimuksessaan, että riippumatta käytössä olevista kirjaamispuutteista, hoitajat vaativat jatkuvaa kirjaamiseen liittyvää koulutusta, jotta vaadittavaa tasoa kirjaamisessa voitaisiin ylläpitää.

3.3.3 FinCC

FinCC on suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus, joka perustuu Virginia Saban kehittämään Clinical Care Classification (CCC) tuloluokitukseen. FinCC luokitus muodostuu tarve-, toiminto- ja tuloluokituksista, joita käytetään päivittäiseen rakenteiseen kirjaamiseen. Tarve- ja toimintoluokituksia voidaan käyttää erikseen, mutta rinnakkain niitä käyttämällä saadaan suurin hyöty ja johdonmukaisempi kuva asiakkaan voinnista ja siinä tapahtuvista muutoksista. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 9–10, 54.)

Tarveluokituksella (SHTaL) ja toimintoluokituksella (SHToL) on hierarkkinen rakenne, joka muodostuu abstrakteista komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatasoista. Komponenttien alle on koottu konkreettisemmin pää- ja alaluokat, joihin kirjaaminen pääasiassa tapahtuu. Tuloluokituksella (SHTuL) arvioidaan hoidon tulosta: ennallaan, parantunut, heikentynyt. (Liljamo ym. 2012, 3, 10, 54.) Luokiteltu hoitotyön kirjaaminen on mahdollista seuraavissa potilastietojärjestelmissä: Miranda, Pegasos, Efficca, Esko, Healthnet, Mediatri, Graafinen Finstar, TT2000+ ja Abilita (Tanttu 2008, 3, 13).

Asiakkaasta tulee kirjoittaa myös vapaata tekstiä, jolla asiakkaan ääni saadaan ikään kuin kuuluviin ja jotta kirjaamisesta ei muodostu pelkkä työtehtävien luettelo. Laitisen ym. tutkimuksen (2009, 493) mukaan asiakkaan kokemus liittyi hoitajan kirjaamana tiettyihin tapahtumiin. Kirjaamisista ei näkynyt suoraan, onko asiakasta kuultu ja onko hänen kommenttinsa kirjattu sekä perustuiko kirjaaminen hoitajan omaan tulkintaan. Hoitajat kirjaisivat pääosin informoivaan tai arvioivaan sävyyn.

Turjamaan, Hartikaisen, Kangasniemen ja Pietilän tutkimuksessa (2014, 317, 321–322) todettiin, että FinCC luokitus keskittyy lääketieteelliseen diagnoosiin ja hoidon ongelma-

kohtiin asiakkaiden tarpeiden sijasta. Kyselyn avulla tutkittiin kotona asuvien yli 75-vuotiaiden asiakkaiden tarpeita, jotka oli huomioitu sähköisessä palvelu- ja hoitosuunnitelmassa. Tutkituista kotihoidon kirjauksista 93 % oli toimenpidekeskeisiä ja esimerkiksi vajaaravitsemukseen liittyi vain 3,2 % kirjauksista. Tutkimuksessa todetaan myös, että kotihoidolle pitäisi räätälöidä oma, enemmän vanhusasiakkaiden voimavaroihin keskittyvä ohjelma. Tutkimus peräänkuuluttaa kotihoitoon yksilöllisempää hoitoa ja palvelua, joka ottaa paremmin huomioon asiakkaan jäljellä olevat voimavarat sekä aktiviteetin kotihoitoon palveluja suunniteltaessa.

Laitisen ym. (2009, 489) tutkimus koski hoitajien käyttämiä ilmaisia sähköisissä kirjauksissa potilaskeskeisessä hoitotyössä. Tutkimuksessa todetaan, että hoitajien kirjaukset olivat potilaskeskeisiä jossain määrin. Jatkotutkimusaiheiksi he ehdottavat kirjaamisen ajankohdan sekä kirjaamistapojen ja hoidon erojen tutkimista. Korostamalla potilaan omaa ääntä voitaisiin saada tehokas hoidon ja kirjaamisen työkalu. Näin myös säästettäisiin aikaa ja saataisiin selkeää tietoa potilaan hoidon parantamiseen. Laitisen ym. (2014, 247) toinen tutkimus toteaa, että on ratkaisevan tärkeää saada elektronisen potilastietojärjestelmän käyttö niin joustavaksi kuin mahdollista, niin ajan kuin paikan suhteen. Oikea-aikaisesti kirjattu tieto parantaa laatua, turvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta.

3.4 Kotihoito

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun muodostamaa palvelukokonaisuutta kutsutaan kotihoitoksi ja se toteutetaan yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Yhteistyön merkitys korostuu erityisesti asiakkaan kotiutumisen tai laitokseen siirtymisen yhteydessä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 4.)

Kotipalvelun tehtävänä on tukea ja auttaa asiakasta, kun hän tarvitsee ulkopuolista apua arkisissa asioissa alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi. Kotisairaanhoidon osa-alueena on puolestaan asiakkaan sairaanhoidollisten tehtävien huolehtiminen laaja-alaisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 4.) Terveydenhuoltolaki 1326/2010 määrittää, että kunnan on järjestettävä alueen asukkaille kotisairaanhoido, joka on hoito- ja

palvelusuunnitelman mukaista, asiakkaan kotona tai kotiin verrattavissa olevassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Laadukas kotihoito edellyttää aina asiakkaan yksilöllisten tarpeiden kokonaisvaltaista huomioimista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 4).

Vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1. heinäkuuta 2013. Sen tarkoituksena on varmistaa, että iäkkäät ihmiset saavat yksilöllistä hoitoa omien tarpeidensa mukaan yhdenvertaisesti koko maassa. Ensisijaisena palvelumuotona ovat kotiin annettavat erilaiset palvelut. (Finlex 2013.) Tampereen kaupungin kotihoidon palvelut on suunnattu sairauden, alentuneen toimintakyvyn tai jonkin muun syyn vuoksi apua tarvitseville yli 18-vuotiaille paikkakuntalaisille (Tampereen kaupunki 2016).

Tampereen kaupungin kotihoidossa on käytössä Pegasos-potilastietojärjestelmä, jossa potilastiedot tallennetaan keskitettyyn ja turvattuun tietokantaan. Pegasos-potilastietojärjestelmää kehitetään jatkuvasti, sen tavoitteena on rutiinitöiden vähentäminen sekä paremman tiedonsaannin turvaaminen ja käytännön hoitotyön nopeuttaminen. Vuonna 2007 Pegasos-potilastietojärjestelmää käytti Tampereella noin 3200 sosiaali- ja terveystoimen työntekijää. (Wallden, Peltomäki & Martikainen 2007, 12–13.) Tampereen kaupungin kotihoidossa kirjataan kaupungin sisäisen ohjeistuksen mukaan. Ohjeistuksessa mainitaan, että kaikki toteutuneet käynnit tilastoidaan reaaliaikaisesti joko hoitokertomukseen tai potilaskertomukseen. Käynnin tulo- ja lähtöaika tallennetaan. Jokainen työntekijä tilastoi ja kirjaa omat käyntinsä. Kirjaaminen tapahtuu rakenteiseen hoitosuunnitelmaan.

4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä poikittaistutkimuksena, joka tarkoittaa tietynä ajankohtana suhteellisen lyhyessä ajassa tehtyä tutkimusta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että aineisto soveltuu määrälliseen mittaamiseen ja että siitä voidaan muodostaa taulukko ja sitä voidaan tilastollisesti käsitellä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140, 178.)

Opinnäytetyössä trianguloitiin kysymyslomakkeeseen kvantitatiivisia eli määrällisiä kysymyksiä sekä kvalitatiivisia eli laadullisia kysymyksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75). Kvalitatiiviset kysymykset saimme työelämätaholta, joka halusi muun muassa tietää, mikä on tärkeämpää kuin kirjaaminen. Avoimet kysymykset ovat kyselylomakkeessa kysymykset numero 15, 22, 41 ja 55. Kysymykseen numero 9 on avoin jatkokysymys, jossa pyydettiin perusteluja, mikäli vastaaja vastasi kysymykseen kielteisesti. Laadullisen tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytimme sisällönanalyysiä.

Kyselylomakkeeseen muodostettiin kysymykset vasta, kun suurin osa teoretiedosta oli valmiina. Teoreettiset käsitteet muutettiin mitattaviksi muuttujiksi eli ne operationalisoitiin. (taulukko 1) (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 191).

TAULUKKO 1. Esimerkki operationalisoinnista

Alkuperäinen ilmaisu	Operationalisoitu ilmaisu
<i>Hoitajien kirjaamistilat ovat usein levottomia paikkoja, joissa kirjaaminen keskeytyy toistuvasti ja hoitajien keskittymiskyky ajautuu pois asiakkaiden asioista (Laitinen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2014, 242)</i>	Minulla on riittävästi aikaa kirjata asiakkaasta Asiakkaiden käyntiajoissa on huomioitu kirjaamiseen tarvittava aika Kirjaamispaikka on rauhallinen
<i>Hoitajat, jotka osaavat kirjata hoitotyön tarpeet paperille, osaavat myös kirjata ne</i>	Osaan kirjata oikein Potilastietojärjestelmään on helppo kirjata tärkeät ja oleelliset asiat

<i>potilastietojärjestelmään (Rajalahti & Saranto 2011, 253 – 254)</i>	
<i>Hoitotyössä nopeasti muuttuvat tilanteet ja moniongelmaiset asiakkaat vaikeuttavat hoitotyön ajantasaista kirjaamista (Schantz, Toivonen & Lind 2011, 17)</i>	Kirjaan asiakkaan kanssa Kirjaaminen on mahdollista kaikkien asiakkaiden kanssa

4.2 Aineiston hankinta

Kyselyllä kartoitettiin Tampereen kaupungin kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä kirjaamisen laadusta. Tampereen kaupungin kotihoidon hoitajille ei vastaavaa kyselyä ole aiemmin tehty. Kyselylomake lähetettiin Tampereen kaupungin kotihoidon työntekijöille, poisluettuna yksityiset toimijat.

Tampereen kaupungin kotihoidossa vuonna 2014 työskentelevän henkilöstön lukumäärä oli 770 henkeä (Tampereen kaupungin tilinpäätös 2015, 182). Tampereen kaupungin resurssipooli otettiin myös mukaan kyselyyn. Resurssipoolista saa työntekijän kotihoidon lähipalvelualueiden äkillisiin poissaoloihin. Keskitetty resurssipooli on otettu käyttöön vuonna 2015. (Tampereen kaupunginvaltuuston kokous 2016.)

Kyselylomake lähetettiin saatekirjeineen (liite 1) sähköpostilla vastaajille. Vastausaikaa annettiin neljä viikkoa. Muistutusviesti lähetettiin vastaajille kahden viikon kuluttua kyselylomakkeen lähettämisestä. Vastauksia saatiin ensimmäisen kahden viikon aikana 56, muistutusviestin lähettämisen jälkeen vastauksia kertyi vielä 74. Kaiken kaikkiaan kyselyyn saatiin vastauksia 130. Tulokset analysoitiin tilastollisesti SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ohjelman avulla, jota yleisesti käytetään hoitotieteellisten aineistojen analysoinnissa (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 128).

Kyselylomakkeeseen valittiin suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Aluksi kysyttiin taustatietoja, kuten työkokemusta ja ammattinimikettä. Kysymykset olivat standardoituja kysymyksiä eli kaikille vastaajille samat (Hirsjärvi ym. 2009, 193). Vastaajien taustatietojen

kysyminen on yleistä ja halusimmekin opinnäytetyössä selvittää muun muassa iän ja työkokemuksen vaikutusta lisäkoulutuksen tarpeeseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55).

Vastauksia etsittiin kysymyksiin: millaista on hyvä kirjaaminen hoitajien näkemyksen mukaan, ymmärtävätkö hoitajat kirjaamisen tärkeyden asiakkaan näkökulmasta ja millaisia ovat keskeiset kirjaamisen kehittämistarpeet. Kyselylomakkeeseen pyrittiin saamaan mahdollisimman tarkkoja kysymyksiä ja laatimaan siitä selkeä ja helposti ymmärrettävä. Kyselylomakkeessa kysyttiin yhtä asiaa kerrallaan, käytettiin moitteetonta kieltä ja kysymykset olivat kohteliaita, eivätkä ne sisältäneet erikoissanastoa tai slangia. (Heikkilä 2014, 45–46, 54–55.)

Kysymyksien toimivuutta testattiin ensin kymmenellä kotihoidon työntekijällä. Pienemmällä joukolla vastaajia saimme nopeasti arvokasta tietoa ja palautteiden perusteella tehtiin alustavat korjaukset kyselylomakkeeseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191.) Kyselylomakkeen testauksen lopputulos: vastauksia saatiin yhdeksän kymmenestä, vastaajien ikä jakaantui alle 25-vuotiaasta 46–55-vuotiaaseen, työkokemus jakaantui alle 5 vuodesta yli 21 vuoteen. Kyselyn lopuksi pyydettiin palautetta kyselylomakkeesta avoimilla kysymyksillä. Vastauksista kävi ilmi, että kyselylomakkeen kysymykset koettiin monipuolisiksi. Kysymysten määrä koettiin jokseenkin runsaaksi ja joidenkin kysymysten tarpeellisuus kyseenalaistettiin. Pääosin kysymykset koettiin helpoiksi, mutta muutama kysymys koettiin hieman vaikeammaksi omaan työkokemukseen vedoten, esiin nostettiin myös vaikeamman kysymyksen mahdollinen tulkinnanvaraisuus. Aikaa kyselylomakkeeseen vastaamiseen testiryhmältä kului 10–20 minuuttia.

Kyselyn idea esitettiin kotihoidon johtoryhmän kokouksessa 22.5.17, jossa kokoukseen osallistujat esittivät omia ehdotuksiaan ja toiveita kysymyksistä. Ikäihmisten palvelulinjan johtaja halusi, että valmis työ ja kyselyn tulokset esitetään johtoryhmälle opinnäytetyön valmistuttua. Johtoryhmä lähetti myös omia kysymysehdotuksiaan, joista osa otettiin kyselylomakkeeseen mukaan. Johtoryhmän jäsenet olivat innostuneita aiheesta ja sieltä saatiin uutta intoa opinnäytetyön tekemiseen.

4.3 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoitiin ristiintaulukoinnilla, joka ilmaisee kahden luokittelu- tai järjestysasteikkollisen muuttujan välisen yhteyden (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 143). Ristiintaulukointi tarkoittaa kahden luokitellun muuttujan välistä yhteyttä ja miten ne vaikuttavat toisiinsa. Kahden muuttujan välistä tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta testataan khiin neliö-testin avulla. Ristiintaulukointi onnistuu SPSS-ohjelmassa olevan komentosarjan avulla. (Heikkilä 2014, 198, 200.) Esimerkiksi lisäkoulutustarve potilastietojärjestelmän käyttöön ja vastaajien ikä taulukoitiin ristiin. Ristiintaulukoinnin tulos osoitti, että näiden kahden muuttujan välillä ei ole riippuvuutta.

Suljetuissa eli strukturoiduissa kysymyksissä käytettiin Likertin viisiportaista järjestysasteikkoa, jossa toinen ääripää on *täysin eri mieltä* ja toinen *täysin samaa mieltä*, näin helpotettiin ja nopeutettiin kysymyksiin vastaamista. Kaikille vastaajille löytyi sopiva vaihtoehto ja vastausvaihtoehdot olivat toisensa poissulkevia, mielekkäitä ja järkeviä.

Strukturoitujen kysymysten huonoja puolia ovat esimerkiksi se, että jokin vaihtoehto voi puuttua, keskimmäinen ”en osaa sanoa” vaihtoehto voi houkutella vastaamaan tai vastaaminen voi olla harkitsematonta (Heikkilä 2014, 49, 51). Mittaasteikkona käytettiin luokittelu- eli nominaaliasteikkoa kysymyksissä 1–5. Likertasteikkollisia muuttujia käytettiin kysymyksissä 6–9, 10–14, 16–21, 23–40 ja 42–54. Asenneväittämät muodostettiin seuraavalla tavalla: 1= täysin eri mieltä, 2= jokseenkin eri mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= jokseenkin samaa mieltä ja 5= täysin samaa mieltä.

Kysymykset 15, 22, 41 ja 55 olivat avoimia kysymyksiä, kysymykseen 9 pyydettiin lisäksi perustelua, mikäli vastaaja vastasi kysymykseen kieltävästi. Tuloksia kuvailtiin frekvensseinä eli lukumäärinä, prosenttiosuuksina, pylväskuvioina ja sanallisesti. Prosentit kuvasimme pyöristettynä yhden desimaalin tarkkuudella. (Kankkunen, Vehviläinen - Julkunen 2013 129, 131–133.) Avoimiin kysymyksiin vastattiin ahkerasti ja vastaukset olivat kaiken kaikkiaan 55:ssä vastauksessa yli 160:n merkin mittaisia.

Laadullisen tutkimuksen aineistosta löytyi useita kiinnostavia kommentteja, mutta vastaukset rajattiin keskittyen vain oleelliseen. Kysymyksen 9 jatkokysymyksen vastaukset sekä kysymysten 15, 22, 41 ja 55 vastaukset analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä

sisällönanalyysiä. Kysymysten vastaukset litteroitiin eli koodattiin ja kirjoitettiin sanatar-
kasti omaksi tiedostoksi. Sen jälkeen vastaukset luokiteltiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009,
92–93, 108–110.)

Laadullisen aineiston analyysi on karkeasti jaoteltuna kolmivaiheinen prosessi, johon
kuuluvat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. En-
simmäinen vaihe oli aineiston pelkistäminen eli redusointi, jossa analysoitava aineisto
pelkistettiin karsimalla tutkimukselle epäoleellinen informaatio pois (taulukko 2).
(Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109).

TAULUKKO 2. Esimerkkejä vastausten pelkistämisestä kysymyksen 55 kohdalla

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU
”asiakkaan voinnin, hoidon jatkuvuuden ja omien hoi- totoimenpiteiden kannalta oleelliset asiat,”	Oleelliset asiat asiakkaan hoi- don ja hoitotoimien kannalta
”Mitä tein, asiakkaan vointi ja miten käynti sujui ja mitä asiakas itse teki”	Tehdyt työt ja asiakkaan voi- mavarat
”Asiakkaan voinnin kirjaus on tärkein.”	Asiakkaan vointi
”Asiakkaan oma näkemys voinnista ja voinnin muu- toksista, sekä oma arvioini samasta asiasta. Hoidon vaikuttavuudesta. Hoidon tarpeesta ja hoidon suunnit- telusta”	Asiakkaan voinnin arvio.
”Hoidollisista töistä sekä asioista joista on keskusteltu käynnillä sekä tarkoin voinnista”	Tehdyt hoidolliset työt ja asi- akkaan vointi.

Laadullisen analyysin toiseen vaiheeseen kuului aineiston ryhmittely eli klusterointi,
jossa aineistosta etsittiin käsitteitä kuvaavia samankaltaisuuksia/eroavaisuuksia. Käsitteet
ryhmiteltiin ja yhdistettiin niin, että samaa asiaa tarkoittavat käsitteet olivat samassa luo-
kassa, joka nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Taulukossa 3 on esimerkki aineiston
klusteroinnista, jossa pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin alaluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi
2009, 110)

TAULUKKO 3. Esimerkkejä aineiston ryhmittelystä kysymyksen 55 kohdalla

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA
Oleelliset asiat asiakkaan hoidon ja hoitotoimien kannalta Kokonaisuus asiakkaan näkökulmasta	Oleelliset asiat Kokonaisuus
Tehdyt työt ja asiakkaan voimavarat Ei hoitajan työluetteloa	Tehdyt työt ja voimavarat Ei työluetteloa
Asiakkaan vointi Asiakkaan voinnin arvio. Asiakkaan kokonaisvaltainen vointi	Asiakkaan vointi ja voinnin arviointi
Tehdyt hoidolliset työt ja asiakkaan vointi. Hoitoon liittyvät toimenpiteet Muutos asiakkaan tilassa	Hoidolliset työt Muutos

Kolmanteen vaiheeseen kuului teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi, jossa teoreettiset käsitteet muodostettiin valikoidun tiedon perusteella (taulukko 4). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112).

TAULUKKO 4. Esimerkkejä kysymyksen 55 abstrahoinnista

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Oleelliset asiat Kokonaisuus	Oleellisuus
Tehdyt työt ja voimavarat Ei työluetteloa	Tehdyt työt
Asiakkaan vointi ja voinnin arviointi	Voinnin arviointi
Hoidolliset työt Muutos	Hoidollisuus

4.4 Kirjallisuuskatsaus ja tiedonhaku yksittäisistä viitetietokannoista

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tutkimuksesta jo olemassa olevan tiedon esiin tuomista. Se tuo esiin, mistä näkökulmasta tietoa on aiemmin tutkittu ja miten se eroaa tai

linkittyy nyt tekeillä olevaan tutkimukseen. Tässä opinnäytetyössä luotiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta teoreettinen viitekehys. (Hirsjärvi ym. 2009, 121.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemyksiä ja käsityksiä kirjaamisesta sekä kirjaamisen laadusta, vaikuttavuudesta ja merkityksestä kotihoidossa. Vastavaa tutkimusta, kirjallisuuskatsausta tai opinnäytetyötä emme tietokannoista löytäneet.

Alustavassa kirjallisuuskatsauksessa käytettiin hakusanoja: documentation, dokumentaatio*, kirjaami*, ”home care”, kotihoi*, ”home nursing” sekä documentation, dokumentaatio*, kirjaami*, ”sähköiset potilastietojärjestelmät”, ”home care”, kotihoi* ja ”home nursing”. Hakusanoilla documentation AND ”home care” saatiin EBSCOhost hakuohjelmalla 30 osumaa, kun rajasimme hakua koskemaan aikaväliä 2007–2017 ja ”full text”. Hakutulosta supistettiin vaihtamalla ”home care” tilalle ”home nursing”. Lopputulokseksi saatiin 17 osumaa.

Aleksi- artikkeliviitekannasta löytyi hakusanalla ”kirjaaminen” 274 osumaa. Sanoilla ”kirjaaminen” ja ”hoitotyö” löytyi 154 osumaa. Osumat olivat aikajärjestyksessä. Hoitotyö -lehdessä löydettiin hoitotyön yhteenvedon ja hoidon jatkuvuutta käsittelevä artikkeli. Medic- tietokannasta löytyi hakusanoilla "Documentation" AND "of health care" AND "from an electronic coordination perspective" 174 osumaa aikarajauksella 2014–2017. Rajauksella vain väitöskirjat saatiin 10 osumaa, joista Laitinen Heleena ja Tiirinki Hanna otettiin lähempään tarkasteluun. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia erilaisiin kysymyksiin kirjaamiseen ja sen laatuun liittyen. Medic- tietokannasta etsittiin hakusanoilla: kirjaaminen documentation kirjaam* "patient record" "sähköiset sairauskertomukset" "Electronic Health Records". Yhteensä saatiin 828 osumaa, aikavälirajauksella 2010–2017 osumia oli 321kpl ja rajauksella ”gradu” osumia oli 30, joista Tamminen otettu lähempään tarkasteluun (taulukko 5).

4.4.1 Viitetietokannat ja niissä käytetyt hakumenetelmät ja hakulauseet

TAULUKKO 5.

Tietokanta	Hakulauseen kuvaus	Haku- tyyppi/muut ha- kuehdot	Hakutulosten luku- määrä
EBSCOhost	documentation AND "home care" documentation AND "home nursing"	2007–2017 full text	30
		2007–2017 full text	17
ALEKSI	"kirjaaminen"		274
	"kirjaaminen" ja "hoitotyö"		154
Medic	"Documentation" AND "of health care" AND "from an electronic co- ordination perspective"	2014–2017	174
		vain väitöskirjat	10
Medic	kirjaaminen documentation kir- jaam* "patient record" "sähköiset sairauskertomukset" "Electronic Health Records"		828
		2010–2017 gradu	321 30

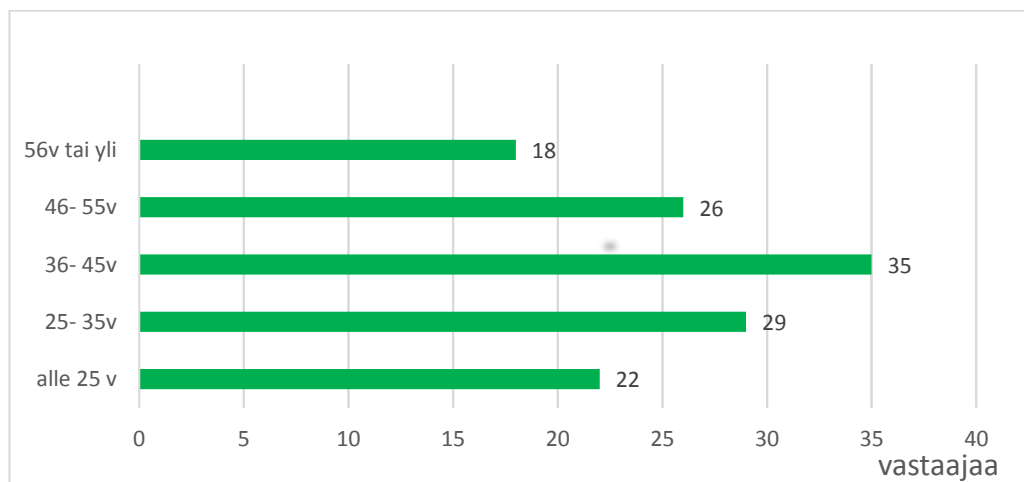
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Hoitajien näkemys kirjaamisen laadusta

Sähköinen kysely lähetettiin 657:lle Tampereen kaupungin kotihoidossa työskentelevälle hoitajalle. Kyselylomakkeeseen saatiin vastaus yhteensä 130:ltä hoitajalta (N=130) eli vastausprosentti oli 19,8 %. Vastausajan päätyttyä aineisto ajettiin SPSS- ohjelmaan. Kyselylomakkeista ei puuttunut yksittäisiä satunnaisia vastauksia, koska lomake ei antanut mahdollisuutta jättää vastaamatta mihinkään kysymykseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129). Suurin osa vastaajista (86,2 %) koki kirjaamisen tärkeäksi. Yli puolet vastaajista (51,5 %) vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä väittämästä: Pystyn toteuttamaan kirjaamisen niin hyvin kuin haluaisin.

5.1.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista 125 oli naisia eli 96,2 % ja miehiä viisi eli 3,8 %. Vastaajista alle 25-vuotiaita oli 22 eli 16,9 %, 25–35-vuotiaita 29 eli 22,3 %, 36–45- vuotiaita 35 eli 26,9 %, 46–55-vuotiaita 26 eli 20 % ja 56-vuotiaita tai yli 18 eli 13,8 %. (kuvio 2).



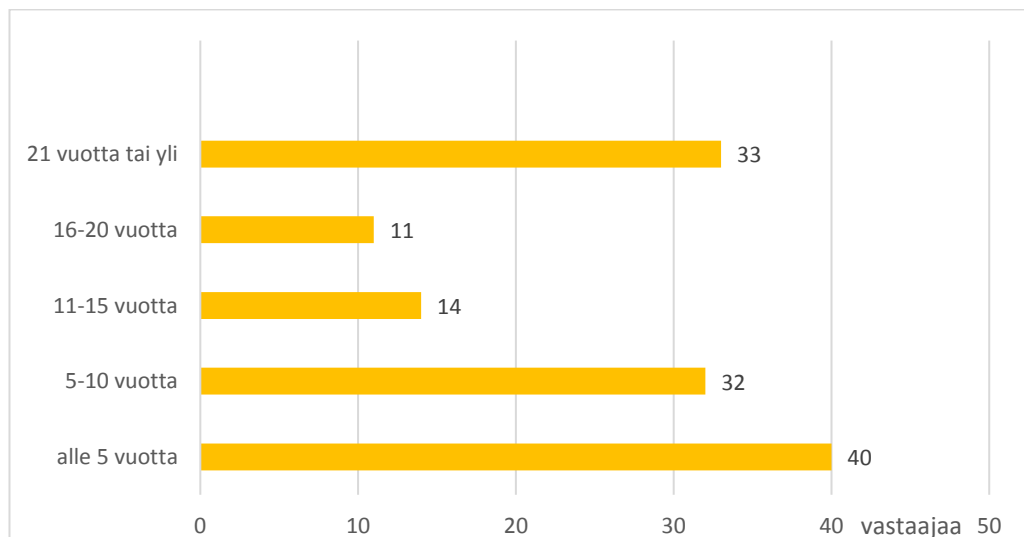
KUVIO 2. Vastaajien ikä (N=130)

Vastaajien ammattinimike jakautui seuraavasti: perushoitaja 3,1 %, lähihoitaja 75,4 %, sairaanhoitaja 9,2 %, terveydenhoitaja 8,5 % ja muu 3,8 % eli kodinhoitajia ja yksi esimies. (taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Vastaajien ammattinimike (N=130)

	%	N
perushoitaja	3,1	4
lähihoitaja	75,4	98
sairaanhoitaja	9,2	12
terveydenhoitaja	8,5	11
muu, mikä?	3,8	5
yht	100	130

Vastaajien työhistorian pituus: 21 vuotta tai yli 25,4 % eli 33 vastaajaa, 16–20 vuotta 8,5 % eli 11 vastaajaa, 11–15 vuotta 10,8 % eli 14 vastaajaa, 5–10 vuotta 24,6 % eli 32 vastaajaa ja alle viisi vuotta 30,8 % eli 40 vastaajaa (kuvio 3). Vastaajien työsuhde oli 91,5 % vakituinen, 119 vastaajaa, 7,7 % määräaikainen, 10 vastaajaa ja 0,8 % oli sijaisia, yksi vastaaja.



KUVIO 3. Vastaajien työhistoria (N=130)

Vastaajien työsuhde oli 91,5 %:lla vakituinen, 7,7 %:lla määräaikainen ja 0,8 % vastaajista oli sijaisia.

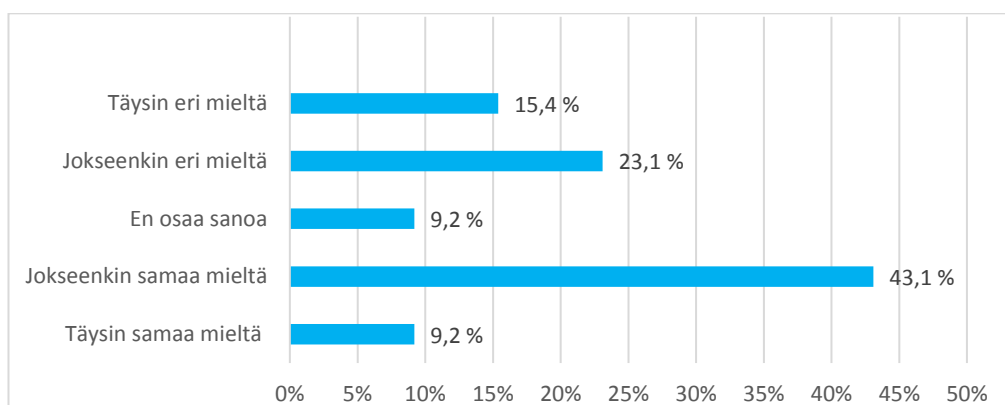
5.1.2 Asiakasnäkökulma

Kysymys 6, kirjaamiset ovat asiakaslähtöisiä: Vastaajista 1,5 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 26,9 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä, 3,8 % ei osannut sanoa, 53,1 % vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä ja 14,6 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 7, muiden kirjaamiset ovat mielestäni asiakkaan näkökulmasta kirjoitettu: Vastaajista täysin eri mieltä oli 1,5 %, jokseenkin eri mieltä 41,5 %, en osaa sanoa 12,3 %, jokseenkin samaa mieltä 39,2 % ja täysin samaa mieltä oli 5,4 % vastaajista.

Kysymys 8, kirjaamisista tulee asiakkaan näkökulma esiin: 2,3 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 39,2 % jokseenkin eri mieltä, 10,8 % ei osannut sanoa, 42,3 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 5,4 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 9, kirjaan asiakkaan kanssa. Vastaajista täysin eri mieltä oli 15,4 %, jokseenkin eri mieltä 23,1 %, 9,2 % ei osannut sanoa, 43,1 % oli jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä oli 9,2 % vastaajista (kuvio 4).



KUVIO 4. Kirjaan asiakkaan kanssa (N=130)

Kysymystä numero 9 seurasi avoin jatkokysymys: Jos et kirjaa asiakkaan kanssa, kerro miksi et. Vastaajien vastauksista kävi ilmi, että syitä, miksi asiakkaan kanssa ei kirjata ovat esimerkiksi se, että kirjaaminen asiakkaan kanssa vie liikaa aikaa, kirjaamiseen on vaikea keskittyä asiakkaan luona, asiakkaat eivät ymmärrä kirjaamista ja kirjaaminen mobiililaitteilla on haastavaa.

Kysymys 10, kirjaaminen on mahdollista kaikkien asiakkaiden kanssa: vastaajista 26,9 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 41,5 % jokseenkin eri mieltä, 5,4 % ei osannut sanoa, 19,2 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 6,9 % täysin samaa mieltä.

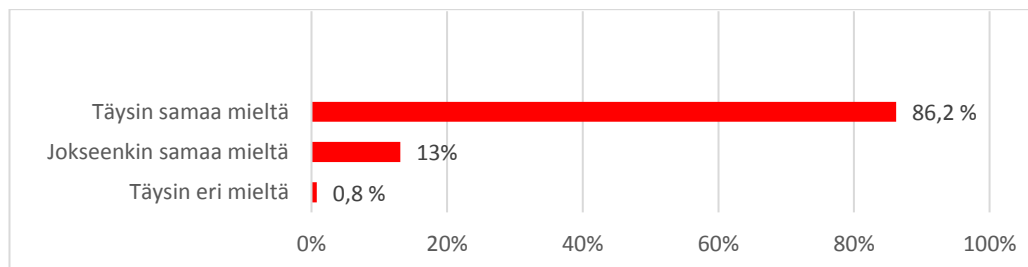
Kysymys 11, kirjaamisissa kiinnitetään huomiota asiakkaiden kykyyn ilmaista asioitaan: Vastaajista 3,1 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 24,6 % vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä, 15,4 % ei osannut sanoa, 45,4 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 11,5 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 12, asiakkaan läheiset suhtautuvat positiivisesti kirjaamiseen: Vastaajista 0,8 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 8,5 % oli jokseenkin eri mieltä, 46,2 % ei osannut sanoa, 33,8 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 10,8 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 13, kirjaamisista on hyötyä kanssakäymisessä asiakkaan läheisten kanssa: Vastaajista 4,6 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 4,6 % oli jokseenkin eri mieltä, 14,6 % ei osannut sanoa, 44,6 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 31,5 % täysin samaa mieltä.

5.1.3 Hyvä kirjaaminen

Kysymys 14, koen kirjaamisen tärkeäksi: 0,8 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 13 % jokseenkin samaa mieltä, 86,2 % oli täysin samaa mieltä. Huomionarvoista on, että kukaan vastaajista ei ollut jokseenkin eri mieltä tai ei osannut sanoa mielipidettään (kuvio 5).



KUVIO 5. Koen kirjaamisen tärkeäksi (N=130)

Kysymys 15, mikä on tärkeämpää kuin kirjaaminen, oli avoin kysymys. Vastauksista nousi selkeästi esille, että hoitajat pitävät kirjaamista tärkeämpänä asiana asiakkaan hyvinvointia, asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa sekä asiakkaan voimien arviointia. Kirjaaminen kuitenkin ymmärrettiin osaksi hoitotyötä.

Kysymys 16, uuden asiakkaan kirjaamisista saa riittävästi tietoa: Vastaajista 9,2 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 47,7 % jokseenkin eri mieltä, 5,4 % ei osannut sanoa, 30 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 7,7 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 17, tieto välittyy eteenpäin kirjaamisten avulla: Vastaajista 0,8 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 18,5 % oli jokseenkin eri mieltä, 3,1 % ei osannut sanoa, 61,5 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 16,2 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 18, asiakkaasta saa kirjaamisten perusteella riittävästi tietoa jatkohoidon toteuttamiseksi: 3,8 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 33,8 % oli jokseenkin eri mieltä, 7,7 % ei osannut sanoa, 50,8 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 3,8 % täysin samaa mieltä.

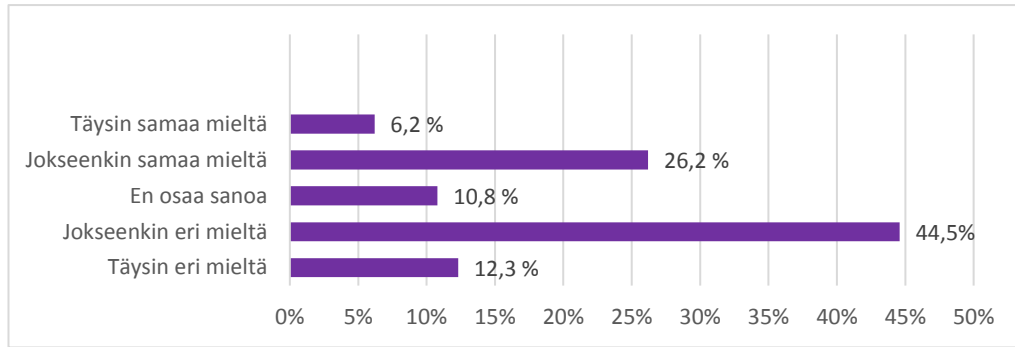
Kysymys 19, kirjaamisista saa riittävästi tietoa asiakkaan voinnista: 2,3 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 35,4 % jokseenkin eri mieltä, 0,8 % ei osannut sanoa, 55,4 % jokseenkin samaa mieltä ja 6,2 % oli täysin samaa mieltä.

Kysymys 20, rakenteinen kirjaaminen on parantanut kirjaamisen laatua: 8,5 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 23,8 % jokseenkin eri mieltä, 26,9 % ei osannut sanoa, 33,8 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 6,9 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 21, kirjaamisissa käytetään valmiiden fraasien sijaan vapaata tekstiä: 8,5 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 23,8 % jokseenkin eri mieltä, 26,9 % ei osannut sanoa, 33,8 % jokseenkin samaa mieltä ja 6,9 % täysin samaa mieltä.

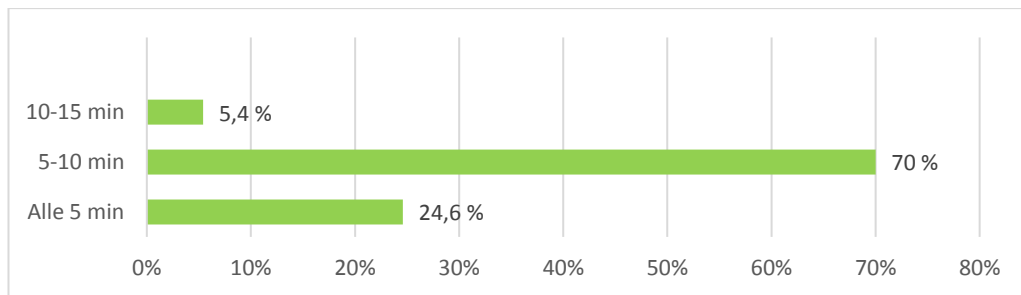
Kysymys 22, missä tilanteessa koet, ettei kirjaamista tarvitse tehdä? Kysymys oli avoin. Vastaajien näkemys asiaan oli laaja. Toiset olivat sitä mieltä, että kaikki kirjataan, mutta selvimmin vastauksista nousi esille, että hoitajan työlistan; esimerkiksi tiskit tiskattu, roskat viety, kirjaaminen asiakkaan tietoihin ei ole tarpeellista. Myös samojen asioiden toistuva kirjaaminen koettiin tarpeettomaksi eli esimerkiksi luettelointi palvelu- ja hoitosuunnitelmassa sovittujen töiden tekemisestä.

Kysymys 23, asiakaskäyntiajoissa on huomioitu hyvin aika, joka kuluu kirjaamiseen: Täysin eri mieltä oli 12,3 % vastaajista, jokseenkin eri mieltä 44,5 %, 10,8 % ei osannut sanoa, 26,2 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 6,2 % täysin samaa mieltä (kuvio 6).



KUVIO 6. Asiakaskäyntiajoissa on huomioitu hyvin aika, joka kuluu kirjaamiseen (N=130)

Kysymys 24, kuinka paljon aikaa tulisi varata kirjaamista varten asiakasta kohden? Vastaaajista 24,6 % vastasi, että alle 5 minuuttia, 70 % vastasi 5–10 minuuttia ja 5,4 % 10–15 minuuttia vastaajista (kuvio 7).



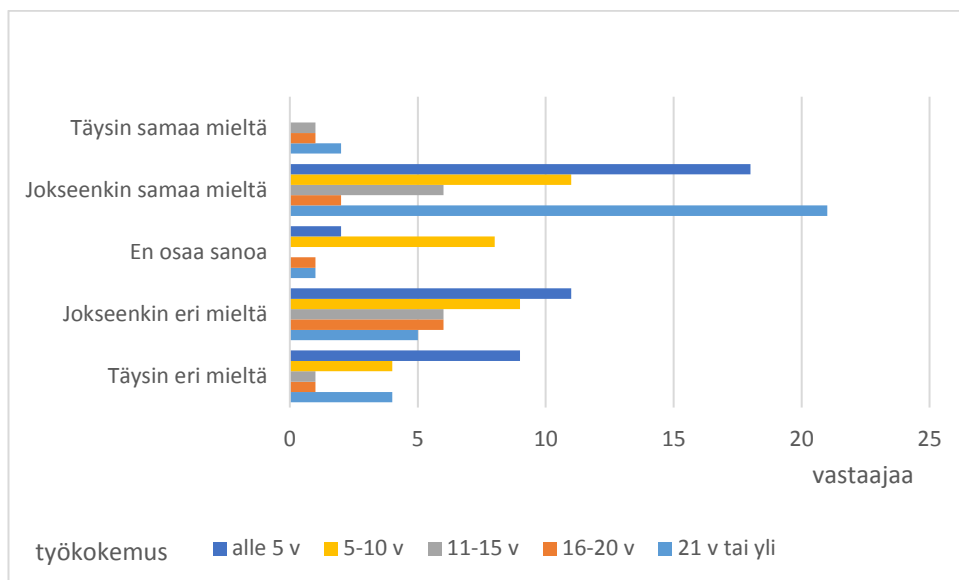
KUVIO 7. Kuinka paljon aikaa tulisi varata kirjaamista varten asiakasta kohden (N=130)

Kysymys 25, hoitotoimenpiteet kirjataan aikajärjestyksessä: Vastaaajista 17,7 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 29,2 % jokseenkin eri mieltä, 28,5 % ei osannut sanoa, 21,5 % jokseenkin samaa mieltä ja 3,1 % oli täysin samaa mieltä.

Kysymys 26, kirjaamispaikka on rauhallinen: Vastaaajista 18,5 % oli täysin eri mieltä, 58,5 % jokseenkin eri mieltä, 7,7 % ei osannut sanoa, 13,1 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 2,3 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 27, kirjaaminen on haastavaa: 14,6 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 28,5 % jokseenkin eri mieltä, 9,2 % ei osannut sanoa, 44,6 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 3,1 % täysin samaa mieltä. Kysymykset: *kirjaaminen on haastavaa* ja *vastaajien työkokemus* taulukoitiin ristiin. Teimme riippumattomuustestin (khiin neliötestin) ja saimme Sig- arvoksi 0,014 eli tulos on tilastollisesti merkittävä. Riippumattomuustesti kertoo, onko kahden muuttujan välillä riippuvuutta eli tässä tapauksessa kahdella muuttujalla: *kirjaaminen*

on haastavaa ja vastaajien työkokemus. Tuloksista voi päätellä, että suurin osa alle viisi vuotta työkokeemusta omaavista ja yli 21 vuotta työkokeemusta omaavista pitää kirjaamista jokseenkin haastavana. Sig- arvo (=Significance) eli merkitsevyystaso mittaa johtopäätöksen tilastollista luotettavuutta. Merkitsevyystason rajana käytettiin lukua alle 0,05, joka on opinnäytetyössä riittävä. Mitä pienempi merkitsevyystaso on, sitä merkitsevempi on tulos. (Heikkilä 2014, 184–185, 200–201.) Kuviossa 8 on pylväiden avulla havainnollistettu työhistorian vaikutus kirjaamisen haastavuuteen (kuvio 8).



KUVIO 8. Kirjaaminen on haastavaa ja työkokemus ristiintaulukoituna (N=130)

Kysymys 28, pystyn toteuttamaan kirjaamisen niin hyvin kuin haluaisin: 6,2 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 28,5 % oli jokseenkin eri mieltä, 2,3 % ei osannut sanoa, 51,5 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 11,5 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 29, kirjaamista pitäisi lisätä: Vastaajista 10 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 15,4 % jokseenkin eri mieltä, 16,9 % ei osannut sanoa, 29,2 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 28,5 % täysin samaa mieltä.

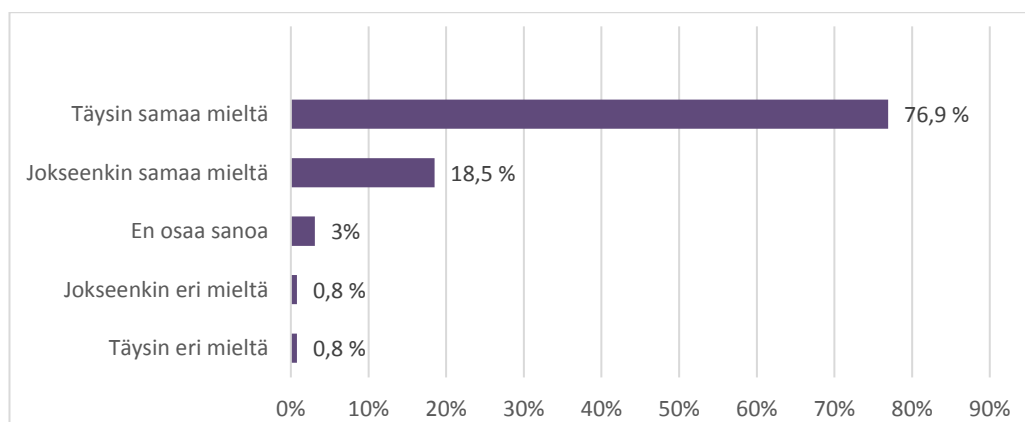
Kysymys 30, asiakaskäynnit kirjataan reaaliajassa: 1,5 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 12,3 % oli jokseenkin eri mieltä, 7,7 % ei osannut sanoa, 48,5 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 30 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 31, kirjaan välittömästi asiakaskontaktin jälkeen (tai sen aikana): 1,5 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 4,6 % jokseenkin eri mieltä, 33,1 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 60,8 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 32, kirjaan työkierron päätteeksi (työajalla): 53,1 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 21,5 % oli jokseenkin eri mieltä, 5,4 % ei osannut sanoa, 15,4 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 4,6 % täysin samaa mieltä.

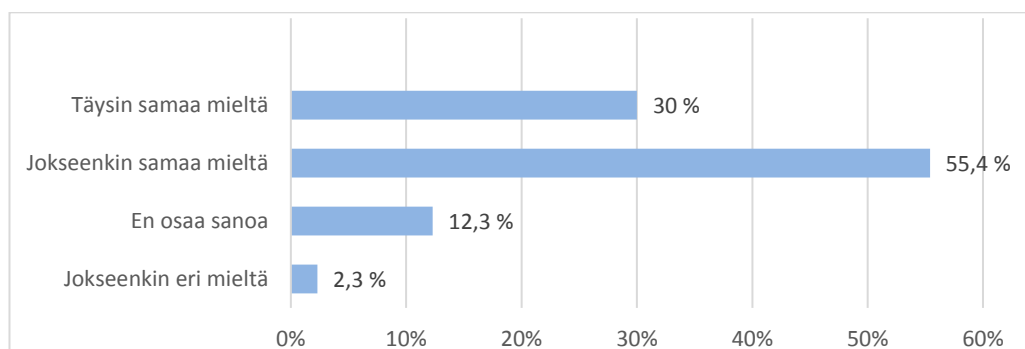
Kysymys 33, kirjaamisen oikeellisuus on tärkeää myös hoitajan oikeusturvan kannalta: 1,5 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 4,6 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 93,8 % oli täysin samaa mieltä.

Kysymys 34, kokonaisvaltainen ja laadukas kirjaaminen ovat asiakkaan jatkohoidon edellytys: Täysin eri mieltä oli 0,8 % vastaajista, 0,8 % oli jokseenkin eri mieltä, 3 % ei osannut sanoa, 18,5 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 76,9 % täysin samaa mieltä (kuvio 9).



KUVIO 9. Kokonaisvaltainen ja laadukas kirjaaminen ovat asiakkaan jatkohoidon edellytys (N=130)

Kysymys 35, osaan kirjata oikein: Vastaajista 2,3 % oli jokseenkin eri mieltä, 12,3 % ei osannut sanoa, 55,4 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 30 % täysin samaa mieltä (kuvio 10).



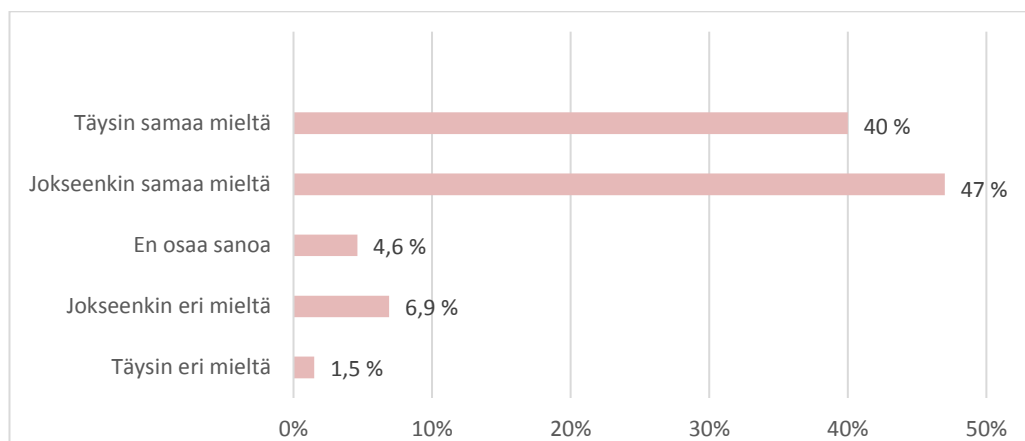
KUVIO 10. Osaan kirjata oikein (N=130)

Kysymys 36, rakenteinen kirjaaminen tukee työtehtävien suoritusta: 1,5 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 4,6 % oli jokseenkin eri mieltä, 16,9 % ei osannut sanoa, 50 % vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja 26,9 % täysin samaa mieltä.

Kysymyksessä 37, puutteellinen kirjaaminen voi evätä asiakkaalta mahdollisuuden esim. laitoshiitoon: 0,8 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 3,1 % oli jokseenkin eri mieltä, 11,5 % ei osannut sanoa, 27,7 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 56,9 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 38, toiset hoitajat ja lääkärit saavat kirjaamisista tarvittavan tiedon: 0,8 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 20 % jokseenkin eri mieltä, 10 % ei osannut sanoa, 44,6 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 24,6 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 39, luen edellisen työvuoron kirjaamiset asiakkaista, joita vuorossani hoidan: Vastaajista 1,5 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 6,9 % oli jokseenkin eri mieltä, 4,6 % ei osannut sanoa, 47 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 40 % täysin samaa mieltä (kuvio 11).

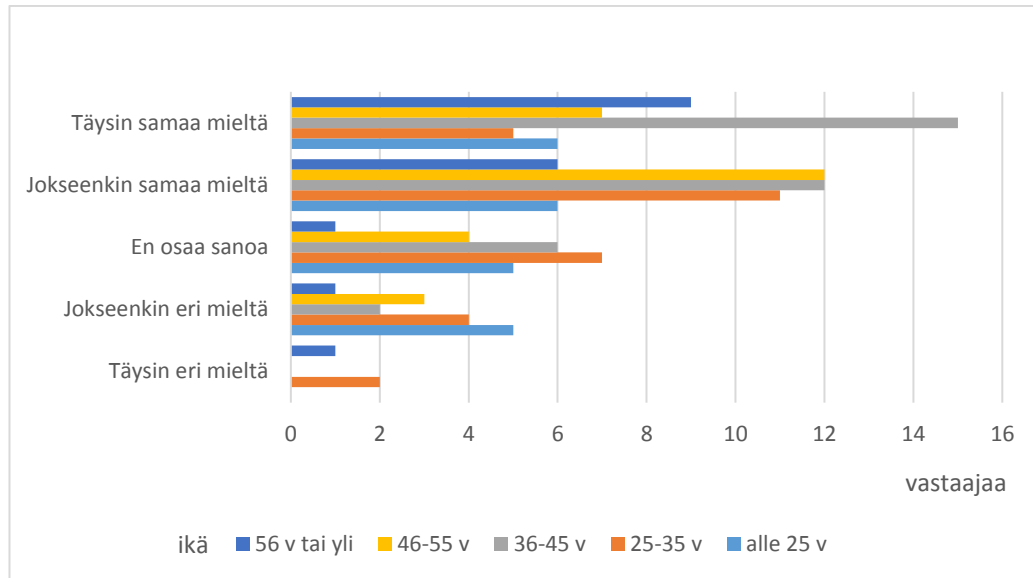


KUVIO 11. Luen edellisen työvuoron kirjaamiset asiakkaista, joita vuorossani hoidan (N=130)

5.1.4 Potilastietojärjestelmä

Kysymys 40, lisäkoulutus potilastietojärjestelmän käyttöön olisi tarpeellista: 2,3 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 11,5 % jokseenkin eri mieltä, 17,7 % ei osannut sanoa, 36,2 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 32,3 % täysin samaa mieltä. Kysymys 40 taulukoi-

tiin myös ristiin vastaajien iän kanssa. Sig- arvoksi saatiin 0,281 eli iällä ja lisäkoulutus- tarpeella ei tämän tutkimuksen perusteella ole yhteyttä. Tulos ei ole tilastollisesti merkit- tävä. (kuvio 12) (Heikkilä 2014, 184–185.)



KUVIO 12. *Lisäkoulutus potilastietojärjestelmän käyttöön olisi tarpeellista ja vastaajien ikä ristiintaulukoituna (N=130)*

Kysymys 41, lisäkoulutuksen suhteen minua auttaisi eniten? Kysymys oli avoin. Vas- tauksista esiin nousivat yksinkertaiset toiveet, kuten muun muassa selkeät, yhtenäiset oh- jeet kirjaamiseen, kirjaamiskoulutuksessa läpi käytyjen asioiden kertaaminen, lisäkoulu- tus sekä säännöllisesti tapahtuva koulutus, jotta hoitajat pysyvät jatkuvan muutoksen mu- kana.

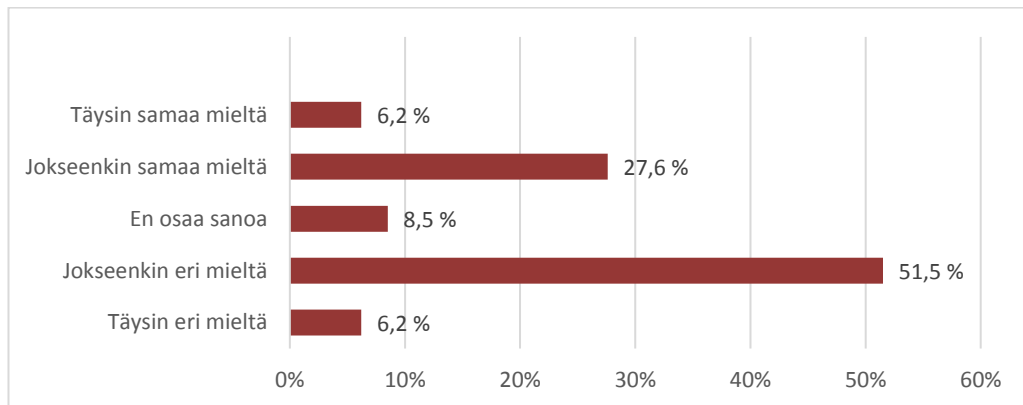
Kysymys 42, vapaalla tekstillä kirjoitettu tieto hukkuu helposti luokitusotsikoiden se- kaan: Vastaajista 6,9 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 30 % oli jokseenkin eri mieltä, 24,6 % ei osannut sanoa, 26,9 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 11,5 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 43, tärkeät tiedot asiakkaasta jäävät piiloon potilastietojärjestelmän uumeniin: 3,8 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 20,8 % oli jokseenkin eri mieltä, 26,2 % ei osan- nut sanoa, 42,3 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 6,9 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 44, mobiililaitetta käytettäessä potilastietojärjestelmästä löytyy aina tarvittavat komponentit: Vastaajista 12,3 % oli täysin eri mieltä, 43,8 % jokseenkin eri mieltä, 16,2 % ei osannut sanoa, 26,2 % jokseenkin samaa mieltä ja 1,5 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 45, potilastietojärjestelmään on helppo kirjata tärkeät ja oleelliset asiat: 0,8 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 14,6 % oli jokseenkin eri mieltä, 6,2 % ei osannut sanoa, 58,5 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 20 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 46, potilastietojärjestelmän käyttö on ongelmaton: 6,2 % oli täysin eri mieltä, 51,5 % jokseenkin eri mieltä, 8,5 % ei osannut sanoa, 27,6 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 6,2 % täysin samaa mieltä (kuvio 13).



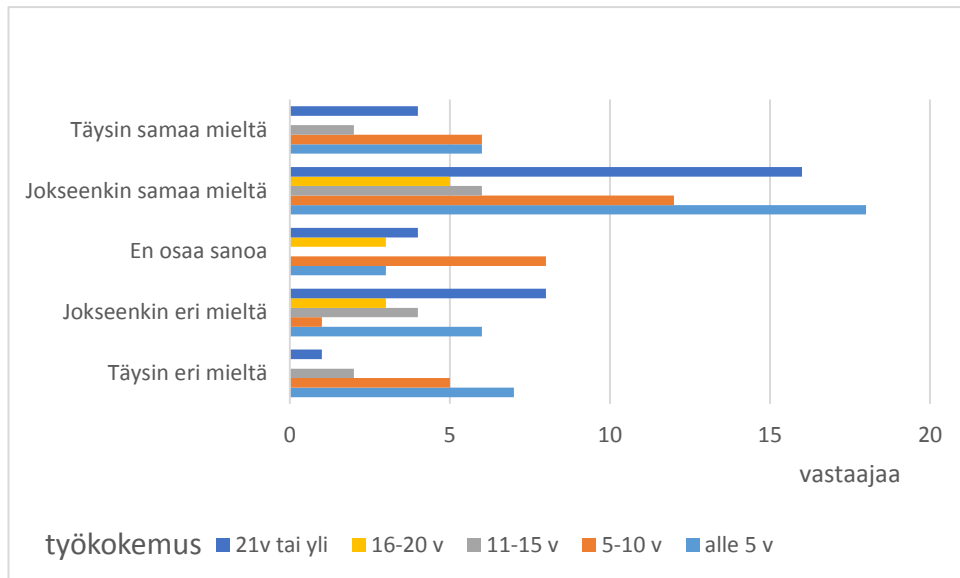
KUVIO 13. Potilastietojärjestelmän käyttö on ongelmaton (N=130)

Kysymys 47, pegasokseen ja RAI- arviointiin kirjataan samoja asioita: Vastaajista 17,7 % oli jokseenkin eri mieltä, 20,8 % ei osannut sanoa, 53,8 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 7,7 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 48, päivittäiskirjauksia hyödynnetään RAI- arviointia tehtäessä: 0,8 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 15,4 % oli jokseenkin eri mieltä, 25,4 % ei osannut sanoa, 40 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 18,5 % täysin samaa mieltä.

5.1.5 Koulutus ja haasteet

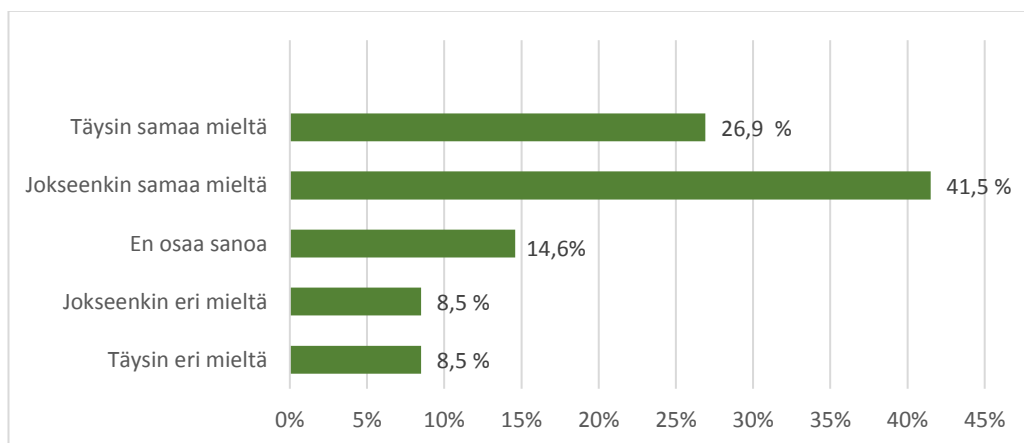
Kysymys 49, tarvitsen/haluaisin lisää koulutusta kirjaamiseen: Vastaajista 11,5 % oli täysin eri mieltä, 16,9 % jokseenkin eri mieltä, 13,8 % ei osannut sanoa, 43,8 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 13,8 % täysin samaa mieltä. Kysymys 49 taulukoitiin myös ristiin vastaajien työkokemuksen kanssa. Sig- arvoksi saatiin 0,149 eli työkokemuksella ja lisäkoulutustarpeella ei tämän tutkimuksen perusteella ole yhteyttä. Tulos ei ole tilastollisesti merkittävä. (kuvio 14) (Heikkilä 2014, 184–185.)



KUVIO 14. Tarvitsen/haluaisin lisää koulutusta kirjaamiseen ja vastaajien työkokemus ristiintaulukoituna (N=130)

Kysymys 50, kirjaamiseen tarvittaisiin lisää koulutusta: 0,8 % vastasi olevansa täysin eri mieltä, 6,9 % jokseenkin eri mieltä, 9,2 % ei osannut sanoa, 49,2 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 13,8 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 51, joskus huomioita asiakkaasta kirjoitetaan erilliselle paperilapulle: 8,5 % oli täysin eri mieltä, 8,5 % jokseenkin eri mieltä, 14,6 % ei osannut sanoa, 41,5 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 26,9 % täysin samaa mieltä (kuvio 15).

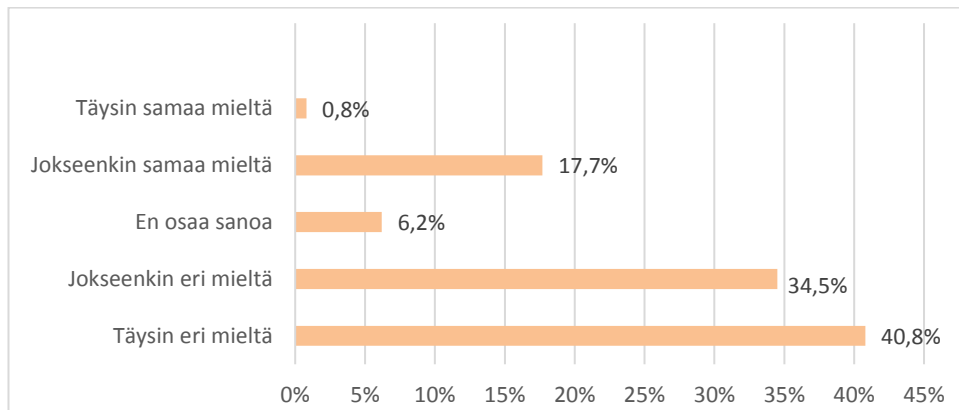


KUVIO 15. Joskus huomioita asiakkaasta kirjoitetaan erilliselle paperilapulle (N=130)

Kysymys 52, paperilapuilta tieto siirretään myöhemmin potilastietojärjestelmään: Vastaajista 10,8 % oli täysin eri mieltä, 20 % jokseenkin eri mieltä, 27,7 % ei osannut sanoa, 34,6 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 6,9 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 53, tärkeitä tietoja kirjataan useaan eri paikkaan: Vastaajista 4,6 % oli täysin eri mieltä, 13,8 % jokseenkin eri mieltä, 12,3 % ei osannut sanoa, 47,7 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 21,5 % täysin samaa mieltä.

Kysymys 54, käytössä olevat mobiililaitteet toimivat moitteettomasti: 40,8 % vastaajista oli täysin eri mieltä, 34,6 % jokseenkin eri mieltä, 6,2 % ei osannut sanoa, 17,7 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 0,8 % täysin samaa mieltä (kuvio 16).



KUVIO 16. Käytössä olevat mobiililaitteet toimivat moitteettomasti (N=130)

Kysymys 55 oli avoin: Jos saisit päättää kokonaan itse mitä kirjaat, mitä kirjaisit? Vastauksista kävi ilmi, että hoitajat kirjaisivat asiakkaista juurikin ne asiat, joita potilastietojärjestelmään odotetaan asiakkaasta kirjattavan. Hoitajat tietävät siis hyvin, mitä pitäisi asiakkaasta kirjata.

Sisällön analyysin perusteella pääluokaksi kysymyksen 55 analysoinnissa muodostui hoitajien näkemys siitä, mitä pitäisi kirjata (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Hoitajien näkemyksiä siitä, mitä pitäisi kirjata

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Oleelliset asiat	Oleellisuus	Hoitajien näkemyksiä siitä, mitä pitäisi kirjata
Kokonaisuus		
Tehdyt työt ja voimavarat	Tehdyt työt	
Ei työluettelo		
Asiakkaan vointi ja voinnin arviointi	Voinnin arviointi	
Hoidolliset työt	Hoidollisuus	

6 POHDINTA

6.1 Tulosten pohdinta

Halusimme opinnäytetyössämme selvittää, onko hoitajien näkemyksen mukaan heidän kirjaamisellaan merkitystä ja ymmärtävätkö hoitajat, miten suuri merkitys kirjaamisella on asiakkaan hoidosta päätettäessä. Avoimien kysymysten vastauksista nousi selkeästi esiin, että hoitajat tietävät hyvin, mitä asiakkaasta kirjataan. Kirjaaminen ymmärrettiin osaksi hoitotyötä ja asiakkaista kirjattiin ne asiat, joita potilastietojärjestelmään kuuluu kirjata. Lähes kaikki vastaajat (95,4 %) olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että kokonaisvaltainen ja laadukas kirjaaminen ovat asiakkaan jatkohoidon edellytys. Vain yksi vastaaja 130:stä vastaajasta ei kokenut kirjaamista tärkeäksi. Vastaajista 93,8 % oli täysin samaa mieltä siitä, että kirjaamisen oikeellisuus on tärkeää myös hoitajan oikeusturvan kannalta

Asiakasnäkökulma

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa, miten kirjata asiakaslähtöisemmin. Mielipiteet jakaantuivat kahtia kysymyksessä ”Kirjaamisista tulee asiakkaan näkökulma esiin”, vastaajista 54 oli täysin tai jokseenkin eri mieltä ja 62 täysin tai jokseenkin samaa mieltä, 14 ei osannut sanoa. Vastaajista 67,7 % mielestä kirjaukset olivat asiakaslähtöisiä. Gjevjon ja Hellesøn (2009, 100) tutkimuksen mukaan kotihoidon hoitajat kiinnittivät vain vähän huomiota asiakkaiden kykyyn kommunikoida. Kyselyymme vastanneista hoitajista yli puolet oli sitä mieltä, että kirjaamisissa kiinnitetään huomiota asiakkaiden kykyyn ilmaista asioitaan eli kommunikoida. Gjevjon ja Hellesøn tutkimuksessa oli mukana 91 potilastietorekisteristä poimittua kirjausta suuren norjalaisen kunnan kotihoidossa. Vain kaksi 264:tä dokumentoidusta hoitodiagnoosista liittyi kommunikaatioon. Laitisen ym. (2009, 489) tutkimuksessa hoitajien käyttämistä ilmaisuista sähköisissä kirjauksissa todetaan, että hoitajien kirjaukset olivat potilaskeskeisiä jossain määrin. Tutkimuksemme 67,7 % vastaajista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että kirjaamiset ovat asiakaslähtöisiä.

Hyvä kirjaaminen

Avoimien kysymysten vastauksista nousi selkeästi esille, että hoitajat pitävät asiakkaan hyvinvointia ja kokonaisvaltaista hoitoa sekä asiakkaan voinnin arviointia kirjaamista tärkeämpänä. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että kirjaamista pitäisi kuitenkin lisätä. Tammisen (2011, 91, 94) mukaan uuden rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton myötä työntekijöiden on mahdollista parantaa tietojärjestelmään tallennetun tiedon laatua. Noin 40 % vastanneista oli sitä mieltä, että rakenteinen kirjaaminen on parantanut kirjaamisen laatua, hieman yli 30 % vastanneista oli asiasta eri mieltä. Rakenteinen kirjaaminen tukee työtehtävien suoritusta suurimman osan vastaajista (76,9 %) mielestä.

Vastauksista nousi kuitenkin esiin erikoinen ristiriita kirjaamiseen liittyen. Hoitajat selkeästi tietävät mitä on hyvä kirjaaminen ja mitkä asiat potilastietojärjestelmään tulisi kirjata. Siitä huolimatta suuri osa hoitajista kokee, että asiakkaiden tietoihin päätyy hoitajien työluetteloita ja kirjauksia, joissa on käytetty valmiita fraaseja ja jotka eivät kerro asiakkaan voinnista tai näkemyksestä mitään.

Laitinen ym. (2009, 489) ehdottavat jatkotutkimusaiheiksi mm. kirjaamisen ajankohdan tutkimista. Tutkimuksemme tuloksista ilmenee, että kirjaamiset tapahtuvat pääosin reaaliaikaisesti tai välittömästi asiakaskontaktin jälkeen: 78,5 % vastaajista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että asiakaskäynnit kirjataan reaaliajassa, 93,9 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että kirjaa välittömästi asiakaskontaktin jälkeen tai sen aikana.

Potilastietojärjestelmä

Laitisen ym. (2014, 236) tutkimuksen mukaan, hoitajat päätyvät joskus kirjoittamaan huomioitaan asiakkaasta paperilapuille, tarkoituksenaan siirtää tieto myöhemmin potilastietojärjestelmään. Vastaajista 68,4 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että erillisille paperilapuille kirjataan. Vastaajista 40 %:n mukaan tieto siirtyy potilastietojärjestelmään myöhemmin, 30 % vastaajista oli eri mieltä ja 30 % ei osannut sanoa. Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että potilastietojärjestelmään on helppo kirjata tärkeät ja oleelliset asiat, yli puolet oli kuitenkin sitä mieltä, että potilastietojärjestelmän käyttö ei ole ongelmattonta.

Lisäkoulutus potilastietojärjestelmän käyttöön olisi tarpeellista. Väitteestä täysin samaa mieltä oli: alle 25-vuotiaista 27 %, 25–35-vuotiaista 17 %, 36–45-vuotiaista 43 %, 46–55-vuotiaista 27 % ja 56-vuotiaista tai vanhemmista 50 %. Vanhemmat työntekijät siis kaipasivat lisäkoulutusta enemmän kuin nuoret. Tämä tulos ei ollut yllättävä.

Koulutus ja haasteet

Halusimme tietoa työntekijöiden mahdollisesta halukkuudesta osallistua täydennyskoulutuksiin sekä heidän ideoitaan erilaisista koulutustavoista. Avoimeen lisäkoulutuskysymykseen vastaajat toivoivat selkeitä, yhtenäisiä ohjeita kirjaamiseen, kirjaamiskoulutuksessa läpikäytyjen asioiden kertaamista sekä koulutuksen säännöllisyyttä, jotta hoitajat pysyvät mukana jatkuvasti muuttuvassa työelämässä. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että käytössä olevat mobiililaitteet eivät toimi moitteettomasti. Tammisen (2011, 91, 94) mukaan työntekijöiden näkemyksiä ja hiljaista tietoa pitäisi hyödyntää jo mobiililaitteita suunniteltaessa. Tämä on tärkeä asia muistaa. Huomiota voisi myös kiinnittää kirjaamispaikkojen rauhallisuuteen, sillä vastaajien mukaan kirjaamispaikka on yleensä rauhaton.

6.2 Luotettavuus

Opinnäytetyössä huomioitiin luotettavuutta seuraavin keinoin: muiden tekstejä ei plagioitu, tutkimuksen tuloksia ei yleistetty eikä tutkimustuloksia muokattu. Tutkimuksen puutteet tuotiin avoimesti julki. (Hirsjärvi ym. 2009, 26–27.) Varmistettiin, että otos muodostui mahdollisimman montaa ammattiryhmää edustavasta hoitajasta. Kyselylomake lähetettiin sairaanhoitajille, terveydenhoitajille, lähihoitajille, perushoitajille sekä kodinhoitajille, yhteensä 657:lle hoitajalle.

Opinnäytetyön kysely tehtiin tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisesti. Tulosten validiteettia arvioitiin eli missä määrin on onnistuttu mittaamaan sitä mitä piti mitata eli saatiinko kysymysten avulla vastaus tutkimuskysymyksiin (Heikkilä 2014, 176–178). Kyselytutkimuksen validius eli pätevyys varmistettiin kyselyn huolellisella etukäteissuunnittelulla ja tiedonkeruulla. Tutkimuslomakkeen kysymykset mittasivat oikeita

asioita ja ne kattoivat tutkimusongelman kokonaan. Mitattavat käsitteet ja muuttujat määritettiin tarkkaan, myös otos oli edustava. (Heikkilä 2014, 27.)

Kyselylomakkeen luotettavuutta ja toimivuutta testattiin ennakkoon yhdeksällä kotihoiton työntekijällä. Testauslomakkeen loppuun lisättiin avoin kohta, johon vastaajat saivat antaa palautetta ja kommentoida lomaketta. Kyselylomaketta varten saatiin arvokasta tietoa ja muutimme lomaketta saadun palautteen mukaan. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 191–192.)

SPSS-tilastointiohjelmalla arvioimme vastausten riippuvuuksien merkittävyyttä. Arvioimme esimerkiksi vastaajan työkokemuksen vaikutusta kirjaamisen haastavuuteen. Tilasto-ohjelma ei ottanut kantaa siihen, miten yksiselitteisiä kysymykset olivat tai kuinka hyvin kysymysten avulla saatiin vastaus kysymyksiin. Arviot teimme itse. (Heikkilä 2014, 178–179.) Ristiintaulukoinnilla selvitettiin esimerkiksi, että onko työntekijän näkemyksellä kirjaamisen haastavuudesta ja työkokemuksen pituudella riippuvuutta. Tulos oli tilastollisesti merkittävä. Yli 21 vuotta työkokemusta omaavasta 33 vastaajasta 23 vastasi olevansa väitteestä täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Mittarin pysyvyyttä eli kykyä tuottaa sama tulos eri mittauskerroilla, voi testata uudelleen esimerkiksi vuoden kuluessa. Mittarin vastaavuus eli kahden eri mittajaan saama yhteneväinen mittaustulos ei päde tässä kyselyssä, koska kysely tehtiin sähköisesti. Kyselylomake on myös toistettavissa niissä kotihoitoon toimipaikoissa missä käytetään rakenteista kirjaamista ja RAI-arviointia. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190, 194–195.)

Kahden muuttujan välistä riippuvuutta tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla eli samanaikaisesti tarkasteltiin kahta muuttujaa (Heikkilä 2014, 198). Esimerkiksi vastaajien työkokemuksen ja kirjaamiskoulutuksen suhdetta tarkasteltiin. Tarkastelimme myös kirjaamisen haastavuutta ja työkokemusta keskenään.

6.3 Eettisyys

Opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia eettisiä periaatteita, joihin kuuluu kolme eri osa-aluetta: osallistumisen vapaaehtoisuus; kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, vahingoittamisen välttäminen; kyselyyn vastaaminen ei

aiheuta vastaajalle harmia eikä vahinkoa, ja yksityisyys ja tietosuoja; tulokset käsitellään nimettöminä eikä vastaajaa voi vastauksen perusteella tunnistaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014).

Kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus ”Helsingin julistus (1964)” antaa ohjeita lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin ja se sopii hyvin myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa myös kansallinen lainsäädäntö, keskeisimpinä lakeina muun muassa henkilötietolaki (523/1999) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Myös American Nurses Association (ANA) on julkaissut vuonna 1995 hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 212, 214, 217)

Kyselylomakkeen mukana lähetetyssä saatekirjeessä kerrottiin kyselylomakkeen tarkoituksesta sekä opinnäytetyöntekijöiden yhteydestä Tampereen kaupungin kotihoitoon. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää uusia kirjaamiskoulutuksia suunniteltaessa ja näin edesauttaa asiakaslähtöisempää kirjaamistapaa. Vastaajilta ei kysytä liian henkilökohtaisia tietoja, ainoastaan sukupuoli, ikä, ammattinimike, työhistoria ja työsuhde. Tutkimustietoja ei luovuteta tutkimusprosessin ulkopuolisille henkilöille, aineisto säilytetään tietokoneella salasanan takana. Opinnäytetyön tekijöiden tietoon ei tule vastaajien henkilöllisyys prosessin missään vaiheessa. Vastaajat voivat esittää opinnäytetyön tekijöille kysymyksiä sähköpostitse. Vastaamisesta ei palkita eikä vastaamatta jättäminen tule opinnäytetyön tekijöiden tietoon. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 214, 218–219, 221.)

Älyllisen kiinnostuksen vaatimus opinnäytetyössä ilmenee opinnäytetyöntekijöiden aidolla kiinnostuksella, tunnollisuudella ja rehellisyydellä aihetta kohtaan. Opinnäytetyötä tehdessä on paneuduttu aiheeseen sosiaalinen vastuu huomioiden. Pyritään vaikuttamaan siihen, että tuloksia käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Kunnioitetaan ihmisarvoa eikä loukata ketään ihmistä tai ihmisryhmää. Työllä ei aiheuta kenellekään vaaraa tai vahinkoa. Toisiin suhtaudutaan kollegiaalisesti ja tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia edistäen. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–222.)

Tutkimusta varten on haettu tutkimuslupa Tampereen kaupungilta käytänteiden mukaisesti. Tutkimuslupa on myönnetty 27.2.17 (Tampereen kaupunki 2017). Kyselylomake

lähetettiin vastaajille 16.8.17 ja vastausaikaa annettiin 17.9.17 asti. Muistutusviesti lähetettiin 31.8.17.

6.4 Johtopäätökset, kehittämis- ja jatkotutkimisehdotukset

Lisäselvitystä vaatisi, mikä mobiililaitteissa toimii huonosti ja mitä olisi korjattava, jotta ne toimisivat ongelmitta. Hoitajat toivovat lisäkoulutusta, jotta kirjaamista koskevia tietoja voisi koulutuksen avulla päivittää. Hoitajat myös kokivat, että uusista asiakkaista ei saa tarpeeksi tietoa kirjaamisten perusteella. Voisiko tähän kiinnittää myös koulutuksissa huomiota? Asiakaskäyntiajoissa ei aina ole huomioitu vastaajien mielestä kirjaamiseen kuluva aikaa. Suurimmalle osalle vastaajista (94,6 %) riittää alle 10 min kirjaamisaikaa yhtä asiakasta kohti.

Huomionarvoisena asiana avoimista vastauksista nousi huoli siitä, että ostopalvelutyöntekijöiden kirjaukset eivät kaikkialla päädy potilastietojärjestelmään asianmukaisesti. Mikäli näin tapahtuu, asiakkaan tiedoissa saattaa olla useampi päivä, ettei hänen voinnistaan ja tilanteestaan löydy tietoa sähköisessä muodossa. Avoimista vastauksista nousi myös esille se, että asiakkaiden viestivihkoihin saatetaan kirjoittaa enemmän tietoa kuin potilastietojärjestelmään yhä edelleen, vaikka kyseessä ei ole virallinen asiakirja ja salassapito vaarantuu. Vastausten perusteella koettiin, että viestivihkoon kirjoittaminen saattaa myös vähentää potilastietojärjestelmään kirjaamista.

6.5 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuutena haasteellinen. Hankaluuksia oli sovittaa yhteen molempien työssäkäyvien tekijöiden aikatauluja. Teimme SPSS- ohjelmaan liittyvät tehtävät koululla, koska ohjelman lataaminen oli omalle koneelle hankalaa ja hidasta. Saimme onneksi hyvin sovituksi niin ohjaukset opettajien kanssa, kuin tapaamisemme toistemme kanssa koulussa ja kotona.

Valitsemamme tutkimusmenetelmä oli meille vieras, mutta valitsimme sen, koska koimme, että kyseisellä menetelmällä saisimme haluamiamme vastauksia. Teoriatiedon

etsiminen oli työlästä ja alkuun aiheen rajaaminen ja opinnäytetyön prosessin ymmärtäminen tuottivat haasteita. Työn edetessä aiheemme rajautui selkeämmin. Kyselylomakkeen kysymykset piti muodostaa teoriatietoon pohjaten, jota oli aluksi vaikea löytää. Saimme hyviä neuvoja TAMK:n kirjaston informaatikolta. Hänen avullaan pääsimme työssämme eteenpäin. Työelämätahton suunnalta nousi myös kysymyksiä, jotka halusimme ottaa kyselyyn mukaan. Kokonaisuus piti kuitenkin pitää yhtenäisenä. Tapaamisemme kotihoitajan johtoryhmän kanssa keväällä motivoi meitä opinnäytetyön tekemiseen.

Saatuamme kysymykset valmiiksi, kyselylomakkeen teko sähköisesti oli helppoa ja nopeaa. Haastavinta oli odottaa kyselyn tuloksia, jotta pääsimme tekemään analysointia. Kysely saatiin eteenpäin toivomallamme tavalla, vaikkakin hieman myöhemmin, mitä aluksi toivoimme. Se ajoittui kuitenkin kesälomakauden loppuun, vastauksia olisi voinut olla vähemmän, jos kysely olisi osunut kesä-heinäkuulle. Kyselylomakkeen analysointi oli opinnäytetyön mielenkiintoisin vaihe. Analysointia olisi voinut jatkaa pidemmällekin ja ristiintaulukoida kysymyksiämme vielä lisää.

Opinnäytetyön prosessi on ollut opettavainen kaikkine haasteineen. Loppujen lopuksi olemme tyytyväisiä opinnäytetyöhömmee, joka oli juuri niin työllistävä ja raskas ajattelun prosessi kuin odotimme. Kokonaisuudessaan edeltävä vuosi on vaatinut meiltä ajankäytön uudelleen organisointia. Olemme muun muassa olleet neljässä eri harjoittelussa ja tehneet omaa työtämme siinä välissä, samaan aikaan sairaanhoitajan työhön opetellen. Työnkuvammekin on siis muuttunut täydellisesti vuoden takaisesta. Opinnäytetyön tekeminen on kulkenut rinnallamme vuoden jokaisena päivänä. Nyt voimme katsoa helpottuneena taaksepäin ja todeta, että teimme parhaamme. Kannustusta ja apua olemme saaneet niin perheeltämme, työkavereilta kuin toisiltammekin. Unohtamatta luokkakavereitamme jotka ovat painineet samojen asioiden kanssa viimeisen vuoden aikana. Ilmapiiri ryhmässämme on ollut kannustava ja positiivinen. Opponenteilta olemme saaneet hyviä neuvoja ja apua tekstin lukemiseen. Opettajillemme annamme ison kiitoksen kärsivällisyydestä, rohkaisusta ja asiantuntevuudesta opinnäyteprosessimme eri vaiheissa.

LÄHTEET

Alueuudistus. 2017. Sote- ja maakuntauudistus voimaan 1.1.2020, maakuntavaalit lokakuussa 2018. Tiedote. 5.7.2017, klo 14.15. Luettu 19.7.2017.

http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10616/sote-ja-maakuntauudistus-voimaan-1-1-2020-maakuntavaalit-lokakuussa-2018.

Blair, W. & Smith, B. 2012. Nursing documentation- frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*. 41(2), 160–168.

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki J. & Nyman J, (toim.) 2009. Lupaava kotihoito. Juva: PS-kustannus.

Finlex 2013. 04.07.2013. Vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1. heinäkuuta 2013. Luettu 21.9.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/uutiset/249/>

Gjevjon, E. & Hellesø, R. 2010. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing* 19, 100–108.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Häyrinen, K. & Saranto, K. 2009. Tiedon laatu sähköisessä potilaskertomuksessa – kirjallisuuskatsaus. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja – talouden laitos. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. 1(3). 137–141.

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

Kansallinen Terveysarkisto. 2017. Luettu 31.5.2017.

<http://www.kanta.fi/fi/>

Kuusisto, A., Asikainen, P. & Saranto, K. 2014. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. *Hoitotiede*. 26(4), 310–321.

Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Patient -focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing* 19, 489–497.

Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2014. The impact of using electronic patient records on practices of reading and writing. *Health Informatics Journal* 20(4), 235–249.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lehtinen, P., Koski, S. & Natunen, K. 2006. Vanhusten kotihoidon tuotteistus Tampereen kaupunkiseudulla 05/2005- 11/2006. Loppuraportti. Tampereen kaupunkiseudun aluekeskusohjelma. Luettu 1.7.2017.

http://www.tampereenseutu.fi/site/assets/files/4358/tuotteistus2_ako.pdf

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC luokituskokonaisuuden käyttö-opas SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Luokitukset, termistöt ja tilasto- ohjeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Luettu 11.7.2017.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%c3%a4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1

Lindqvist, M., Vuokko, R. & Doupi, P. 2014. Käyttäjäkokenuksia Suomessa. Teoksessa Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä- Bengs, P.(toim.). Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. THL- raportti 31/2014. Tampere: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino Oy, 111.

Nykänen, P. & Junttila, K. (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide- ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Luettu 19.6.2017.

<http://docplayer.fi/5241775-Hoitotyön-ja-moniammatillisen-kirjaamisen-asiantuntijaryhman-loppuraportti.html>

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tampereen yliopisto.

Rajalahti, E. & Saranto, K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen- haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. Hoitotiede. 23(4). 243–257.

Schantz, M., Toivonen, H. & Lind, K.(toim.)2011. Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluevaikuttavuutta ASTE- projektilla. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Tampereen yliopistopaino-Juvenes Print oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Tamminen, M. 2011. Tiedonhallinta mobiilissa terveydenhuollossa. Tiedonhallintaprosessin mallintaminen hoivatyöntekijöiden näkökulmasta. Itä- Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Tampereen kaupungin valtuuston kokous. 12.9.2016. Kaupunginvaltuuston esityslistat ja pöytäkirjat, 27–41. Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi. Ikila 22.6.2016. Luettu 10.7.2017.

<http://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/paatoksenteko/kaupunginvaltuusto/radiolahetykset/120916.html>

Tampereen kaupunki. 2017. Tutkimukset. Luettu 24.1.2017.

www.tampere.fi/tutkimusluvut

Tampereen kaupunki. 2016. Kotihoidon kriteerit. Luettu 10.10.2016.

<http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmisten-palvelut/kotona-asuvalle/kotihoito.html>

Tampereen kaupunki. 2015. Tilinpäätös. Luettu 10.10.2016.

<http://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/talous-ja-strategia/tilinpaatos.html>

Tanttu, K. 2008. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen käyttöönotto. Terveydenhuollon atk- päivät. Lahti Sibelius talo.

<http://atk-paivat.fi/2008/Tanttu.pdf>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Ikäihmisten kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset. IKI-hanke, Nykytilan kuvaus. Luettu 19.7.2017.

http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/iki_nykytilan_kuvaus.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Tilastoraportti. 19/2017. 2.6.2017. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. Luettu 19.7.2017.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134680/Tr19_17.pdf?sequence=3

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Tietoa RAI-järjestelmästä. Luettu 19.7.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

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

Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A-M. 2015. Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? Scandinavian Journal of Caring Sciences 29, 317–324.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012-2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laadittamat eettiset periaatteet. Luettu 6.1.2017.

<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet#3>

Ukkonen, A-E. 2016. Sana on vapaa- narratiivisen tekstin rooli sähköisissä potilastietojärjestelmissä. FinJeHeW 8(2–3), 121.

Valvira. 2008. Ammattioikeudet. Luettu 6.1.2017.

<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

Valvira. 2016. Tiedote. Luettu 12.4.2017.

<http://www.valvira.fi/-/julkisuuosikki-rekisteri-kayttoon-ensimmaiset-sosiaalihuollon-ammattihenkilot-rekisteroity>

Valvira. 2010. JulkiTerhikki / JulkiSuosikki. Luettu 12.4.2017.

https://www.valvira.fi/valvira/rekisterit/terveydenhuollon_ammattihenkilot/julkiterhikki

Walden, S., Peltomäki, S. & Martikainen, S. 2007. Tampereen kaupungin Pegasosjärjestelmän käytettävyyystutkimus murtumapotilaan hoitoketjussa. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytietojen laitos. e-Health Partners Finland - projekti.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Hyvä hoitaja,

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Tampereen ammattikorkeakoulussa ja teemme opinnäytetyömme aiheesta *Kuuluuko hoitajien ääni kirjaamisessa? Hoitajien näkemys kirjaamisen laadusta*. Lähetämme Tampereen kaupungin kotihoidon hoitajille sähköisen kyselylomakkeen, jonka tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemyksiä kirjaamisesta. Kysely koostuu väittämistä, joihin on valmiit vastausvaihtoehdot sekä parista avoimesta kysymyksestä. Opinnäytetyöllemme on myönnetty lupa Tampereen kaupungilta, joka toimii opinnäytetyömme yhteistyötahona.

Pyydämme Teitä auttamaan opinnäytetyömme tekemisessä täyttämällä oheisen kyselylomakkeen. Toivomme saavamme mahdollisimman monelta vastauksen, jotta tulokset vastaisivat riittävän hyvin todellisuutta. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyn tulokset käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti. Yksittäinen vastaaja tai työpaikka ei tule missään kohdassa esiin. Valmis opinnäytetyö on luettavissa loppuvuodesta 2017 Theseus- tietokannassa.

Toivomme Teidän täyttävän kyselyn viimeistään 17.9.17 mennessä. Lomakkeen täyttämässä menee aikaa noin 15 minuuttia. Ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia, kaikkien mielipide on tärkeä!

Mikäli Teillä on kysyttävää tai kommentoitavaa kyselyyn tai opinnäytetyöhön liittyen, vastaamme mielellämme kysymyksiin sähköpostitse.

Kiitämme etukäteen avustanne opinnäytetyömme tekemisessä.

Ystävällisin terveisin

sairaanhoitajaopiskelijat

Ranja Koivunen, ranja.koivunen@health.tamk.fi

Outi Hietapakka, outi.hietapakka@health.tamk.fi

Opinnäytetyön ohjaaja: lehtori Heleena Laitinen, TtT

Liite 2. Kyselylomake

Taustatiedot:

1. Sukupuoli

- a. nainen
- b. mies

2. Ikä

- a. alle 25v
- b. 25v-35v
- c. 36v-45v
- d. 46v-55v
- e. 56v tai yli

3. Ammattinimike

- a. hoiva-avustaja
- b. perushoitaja
- c. lähihoitaja
- d. sairaanhoitaja
- e. terveydenhoitaja
- f. muu, mikä?

4. Työhistoria

- a. alle 5v
- b. 5v-10v
- c. 11v-15v
- d. 16v-20v
- e. 21v tai yli

5. Työsuhde

- a. vakituinen
- b. määräaikainen
- c. sijainen (lyhytaikainen)

Asiakasnäkökulma:

6. Kirjaamiset ovat asiakaslähtöisiä

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

7. Muiden kirjaamiset ovat mielestäni asiakkaan näkökulmasta kirjattu

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

8. Kirjaamisista tulee asiakkaan näkökulma esiin

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

9. Kirjaan asiakkaan kanssa

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

Jos et kirjaa asiakkaan kanssa, kerro miksi et?

vapaa teksti

10. Kirjaaminen on mahdollista kaikkien asiakkaiden kanssa

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

11. Kirjaamisissa kiinnitetään huomiota asiakkaiden kykyyn ilmaista asioitaan

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

12. Asiakkaan läheiset suhtautuvat positiivisesti kirjaamiseen

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

13. Kirjaamisista on hyötyä kanssakäymisessä asiakkaan läheisten kanssa

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

Hyvä kirjaaminen:

14. Koen kirjaamisen tärkeäksi

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

15. Mikä on tärkeämpää kuin kirjaaminen?

vapaa teksti

16. Uuden asiakkaan kirjaamisista saa riittävästi tietoa asiakkaan nykytilasta

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

17. Tieto asiakkaasta välittyy eteenpäin kirjaamisten avulla

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

18. Asiakkaasta saa kirjaamisten perusteella riittävästi tietoa jatkohoidon toteuttamiseksi

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

19. Kirjaamisista saa riittävästi tietoa asiakkaan voinnista

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

20. Rakenteinen kirjaaminen on parantanut kirjaamisen laatua

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

21. Kirjaamisissa käytetään valmiiden fraasien sijaan vapaata tekstiä

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

22. Missä tilanteessa koet, ettei kirjaamista tarvitse tehdä?

vapaa teksti

23. Asiakaskäyntiajoissa on huomioitu hyvin aika, joka kuluu kirjaamiseen

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

24. Kuinka paljon aikaa tulisi varata kirjaamista varten asiakasta kohden?

1. alle 5 minuuttia
2. 5-10 minuuttia
3. 10- 15 minuuttia
4. yli 15 minuuttia

25. Hoitotoimenpiteet kirjataan aikajärjestyksessä

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

26. Kirjaamispaikka on rauhallinen

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

27. Kirjaaminen on haastavaa

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

28. Pystyn toteuttamaan kirjaamisen niin hyvin kuin haluaisinkin

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

29. Kirjaamista pitäisi lisätä

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

30. Asiakaskäynnit kirjataan reaaliajassa

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

31. Kirjaan välittömästi asiakaskontaktin jälkeen (tai sen aikana)

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

32. Kirjaan työkierron päätteeksi (työajalla)

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

33. Kirjaamisten oikeellisuus on tärkeää myös hoitajan oikeusturvan kannalta

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

34. Kokonaisvaltainen ja laadukas kirjaaminen ovat asiakkaan jatkohoidon edellytys

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

35. Osaan kirjata oikein

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

36. Rakenteinen kirjaaminen tukee työtehtävien suoritusta

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

37. Puutteellinen kirjaaminen voi evätä asiakkaalta mahdollisuuden esim. laitoshoitoon

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

38. Toiset hoitajat ja lääkärit saavat kirjaamisista tarvittavan tiedon

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

39. Luen edellisen työvuoron kirjaamiset asiakkaista, joita vuorossani hoidan

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

Potilastietojärjestelmä:

40. Lisäkoulutus potilastietojärjestelmän käyttöön olisi tarpeellista

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

41. Lisäkoulutuksen suhteen minua auttaisi eniten

vapaa teksti

42. Vapaalla tekstillä kirjoitettu tieto asiakkaasta hukkuu helposti luokitusotsikoiden sekaan

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

43. Tärkeät tiedot asiakkaista jäävät piiloon potilastietojärjestelmän uumeniin

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

44. Mobiililaitetta käytettäessä potilastietojärjestelmästä löytyy aina tarvittavat komponentit

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

45. Potilastietojärjestelmään on helppo kirjata tärkeät ja oleelliset asiat

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

46. Potilastietojärjestelmän käyttö on ongelmaton

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

47. Pegasokseen ja RAI-arviointiin kirjataan samoja asioita

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

48. Päivittäiskirjauksia hyödynnetään RAI-arviointia tehtäessä

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

Koulutus ja haasteet:

49. Tarvitsen/haluaisin lisää koulutusta kirjaamiseen

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

50. Kirjaamiseen tarvittaisiin lisää koulutusta

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

51. Joskus huomioita asiakkaasta kirjoitetaan erilliselle paperilapulle

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

52. Paperilapuilta tieto siirretään myöhemmin potilastietojärjestelmään

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

53. Tärkeitä tietoja kirjataan useaan eri paikkaan

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

54. Käytössä olevat mobiililaitteet toimivat moitteettomasti

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

55. Jos saisit päättää kokonaan itse mitä kirjaat, mitä kirjaisit?

vapaa teksti

Lämmin kiitos vastauksistasi!