

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Sari Salo ja Kati Tikka

HOITOTYÖN KIRJAAMISEN MUUTOS KOTIHOIDOSSA

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

Sari Salo ja Kati Tikka

Hoitotyön kirjaamisen muutos kotihoidossa, 52 sivua, 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö, 2010

Ohjaajat: lehtori Riitta Kalpio Saimaan ammattikorkeakoulu, lehtori Birgitta

Lehto Saimaan ammattikorkeakoulu, kotihoidon päällikkö Raili Paajanen Etelä-

Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitotyön rakenteista kirjaamista ja kirjaamiskäytäntöjen muutosta kotihoidossa työntekijän näkökulmasta sekä selvittää, mitkä tekijät vaikuttivat muutoksen sisäistämiseen. Tavoitteena oli saada tietoa rakenteisen kirjaamisen tuomista hyödyistä ja haasteista työntekijälle sekä organisaation tuen merkityksestä kyseisessä muutoksessa.

Tutkimuksen teoreettisessa osiossa käsiteltiin rakenteista hoitotyön kirjaamista, kirjaamista ohjaavia lakeja ja asetuksia sekä muutosprosessia. Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, johon osallistuivat Lappeenrannan kotihoidon Alakylän ja Joutsenon Pulpin tiimien hoitohenkilökunta. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella ja kyselyn vastausprosentti oli 82 %. Vastaukset analysoitiin induktiivisesti sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan kotihoidon työntekijät kokivat rakenteisen kirjaamisen ja komponenttien helpottavan ja selkiyttävän asiakastietojen löytymistä. Luokitusten avulla tietojenhaun koettiin onnistuvan yksityiskohtaisemmin ja tiedonkulku eri yhteistyötahojen välillä parantuvan. Haasteena koettiin Whoike-ohjelman hankaluus ja moniselitteisyys. Kirjaamisen koettiin vievän runsaasti aikaa ja sen olevan pois hoitotyöstä. Yhtenäisyys kirjaamisessa ja sopivien komponenttien löytyminen nähtiin myös haasteellisina. Tärkeimpänä koettiin tiimin ja työkavereiden sekä tukihenkilöiden antama tuki. Lisää tukea kaivattiin muun muassa koulutuksen ja tukihenkilöiden tiimoilta. Kirjaamisen koettiin vähentyneen rakenteistumisen myötä.

Tutkimuksesta saatujen tietojen perusteella voidaan kehittää kotihoidon hoitotyön kirjaamista ja saada tietoa työntekijöiden kokemuksesta muutoksessa. Organisaation riittävällä tuella on suuri merkitys muutoksessa ja uuden oppimisessa. Koska muutos jatkuu vielä pitkään käyttöönoton jälkeenkin, tulisi myös huomioida tuen tarpeen jatkuminen.

Asiasanat: rakenteisuus, hoitoprosessi, hoitokertomus, kotihoito, muutos, kyselytutkimus

ABSTRACT

Sari Salo, Kati Tikka

Changes in Nursing Documentation of Home Health Care, 52 pages, 4 appendices

Saimaa University of Applied Sciences Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2010

Instructors: Senior Lecturers Birgitta Lehto and Riitta Kalpio, and the Chief of a Home Care Centre, Raili Paajanen

The purpose of this thesis was to describe the new structural documentation of nursing care and how the changes in documentation are experienced from the home care employee point of view. An examination was also done of the factors that helped to assimilate this change. The aim was to have information about the benefits and the challenges that the structural documentation would bring to an employee and to discover the importance of the organization's support in this process.

The theoretical part of this study deals with the structural documentation of nursing care, the laws and the ordinances that guide documentation, and the process of a change. The research was qualitative, and it was directed to two teams of caregivers who are working in a Lappeenranta home care center. The research was carried out using a half-structured questionnaire and the response rate was 82 %. The number of the respondents was altogether seventeen (17). The responses were analyzed with the inductive content analysis.

According to the results, the employees experienced that structural documentation and the components eased and clarified understanding of patient data. With the help of the classifications, the information retrieval was more successful and the transfer of data between other cooperative organizations was improved. Employees felt that the computer programme, however, was difficult to use and ambiguous. They also felt that the documentation took a lot of time and that time was taken away from nursing. The integrity of documentation and finding the right components was also challenging. The employees felt that they had the best support from both their workmates and the support persons. The employees wished for more support through education and support persons. Altogether the respondents felt that the nursing documentation had decreased utilizing the structural documentation.

The information this research produced might be used to develop the nursing documentation in home care. Providing adequate support is important any time a change in procedures is introduced. The change in documentation will continue for a long time after its initialization.

Keywords: structural documentation, nursing process, medical record, home care, change, survey

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
2 HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN.....	6
2.1 HoiDok-hanke.....	7
2.2 Rakenteisen kirjaamisen tavoitteet.....	7
2.3 Kirjaaminen hoitoprosessin mukaisesti.....	8
2.4 Kirjaamisen rakenteistuminen.....	10
2.5 Kirjaaminen hoitokertomukseen.....	14
2.6 Kotihoidon hoitosuunnitelma.....	15
3 KIRJAAMISTA OHJAAVAT LAIT, ASETUKSET JA OHJEET.....	16
4 MUUTOSPROSESSI.....	19
4.1 Muutoksen vaiheet.....	19
4.2 Muutosvastarinta.....	20
4.3 Muutoksen johtaminen.....	21
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	23
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	24
6.1 Tutkimusmenetelmä.....	24
6.2 Osallistujien kuvaus.....	26
6.3 Tutkimusaineiston keruu.....	26
6.4 Tutkimusaineiston analysointi.....	27
7 TUTKIMUSTULOKSET.....	30
7.1 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt.....	31
7.2 Rakenteisen kirjaamisen haasteet.....	32
7.3 Organisaation tuki.....	33
7.3.1 Tuen laatu.....	34
7.3.2 Tuen määrä.....	35
7.4 Kirjaamisen muutos.....	35
8 POHDINTA.....	37
8.1 Tulosten tarkastelu.....	37
8.2 Tutkimuksen eettisyys.....	43
8.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	45
8.4 Johtopäätökset.....	48
KUVIOT.....	50
TAULUKOT.....	50
LÄHTEET.....	51

1 JOHDANTO

Kotihoidon tehtävänä on tukea asiakkaiden kotona selviytymistä järjestämällä hoitoa ja erilaisia tukipalveluja asiakkaan kotiin. Lappeenrannan kotihoitokeskuksen toiminta on alueellistettu Joutsenon, keskusta-eteläisen, keskusta-pohjoisen, Lauritsalan ja Sammonlahden palveluyksiköihin. (Lappeenrannan kaupunki.)

Lappeenrannan kotihoitoon on tehty aiemmin muitakin kirjaamiseen liittyviä tutkimuksia koskien kirjaamisen kehittymistä, muun muassa Hoitotyön kirjaamisen arviointi kotihoidossa (Hannonen 2005) ja Kirjaamisen kehittäminen Lappeenrannan kotihoidon Ratakadun tiimissä (Nurmi & Värtö 2003). Tutkimukset on tehty kirjaamisen muutosten lomassa ja siten ne sijoittuvat kirjaamisen eri kehitysvaiheisiin.

Tämä opinnäytetyö kuvaa jälleen yhtä kirjaamisen muutosta Lappeenrannan kotihoidossa. Kirjaamisen rakenteistuminen tuo merkittäviä muutoksia kotihoidon työntekijälle. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään tärkeimpinä aihealueina hoitotyön rakenteisen kirjaamista, kirjaamista ohjaavia lakeja ja säädöksiä sekä muutosta ja sen vaiheita.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyön rakenteista kirjaamista ja kirjaamiskäytäntöjen muutosta kotihoidossa työntekijän näkökulmasta sekä selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat muutoksen sisäistämiseen. Tavoitteena on saada tietoa rakenteisen kirjaamisen tuomista hyödyistä ja haasteista työntekijälle sekä organisaation tuen merkityksestä rakenteisen kirjaamisen tuomassa muutoksessa. Aineisto kerätään puolistrukturoidulla kyselylomakkeella Lappeenrannan kotihoidon työntekijöiltä ja analysoidaan laadullisella sisällönanalyysillä. Saatujen tutkimustulosten avulla voidaan kehittää kotihoidon hoitotyön kirjaamista.

Tässä opinnäytetyössä kirjaamisella tarkoitetaan kotihoidon asiakkaan hoitotietojen kirjaamista hoitokertomukseen. Hoitokertomus käsittää

hoitoprosessin muodossa hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin sekä hoitotyön suunnitelman ja päivittäiset merkinnät. Hoitotyön kansallisesti määritettyjä ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Lappeenrannan kotihoidossa on käytössä Effic-potilastietojärjestelmä, jossa hoitokertomuksen kirjaamislomakkeen nimi on Whoike.

Kyseiseen opinnäytetyön aiheeseen on päädytty aiheen mielenkiintoisuuden ja ajankohtaisuuden vuoksi. Hoitotyön kirjaaminen koskettaa jokaista hoitoalalla työskentelevää ja näin ollen kirjaamisessa tapahtuvat muutokset asettavat haasteita koko hoitohenkilöstölle. Kirjaaminen kotihoidossa on meille tutkimuksen tekijöille entuudestaan tuttua ja sen vuoksi työ on rajattu koskemaan muutosta Lappeenrannan kotihoidon kirjaamisessa.

2 HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Narratiivinen eli kertova kirjaaminen oli aikaisemmin pääasiallinen tapa kirjata tietoa potilaskertomukseen. Manuaalista kirjaamista on rakenteistettu suunnitteleamalla ja kehittämällä kirjaamisen lomakkeita ja määrittelemällä niiden sisältöjä. Täyden hyödyn saaminen tiedon kirjaamisen strukturoinnista edellyttää kuitenkin elektronisten potilaskertomusten sisältämää tietotekniikkaa. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 72 - 75.)

Hoitotietojen kirjaaminen eri lomakkeille, esimerkiksi hoitosuunnitelma, hoidon päivittäisen etenemisen merkinnät, lääkärinmääräykset sekä lääkitystiedot, edellyttävät osittain päällekkäistä kirjaamista. Lisäksi ongelmaksi muodostui narratiivisen tekstin laajuus, josta potilaan hoidon kannalta merkittävän tiedon etsiminen oli vaikeaa tai jopa mahdotonta. Kirjaamisen sisällön rakenteistamisessa tärkeimmiksi tekijöiksi muodostuivat yhtenäisen termistön käyttö sekä vapaan tekstiosuuden väheneminen. Näiden tekijöiden avulla turvataan hoidon jatkuvuus sekä tiedon helpompi löydettävyys. (Saranto ym. 2007, 73 – 84.)

2.1 HoiDok-hanke

HoiDok-hanke eli valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke toteutettiin vuosina 2005 - 2008. HoiDok oli osa kansallista terveyshanketta, jonka lähtökohtana oli sosiaali- ja terveysministeriön edellytys vuoden 2007 loppuun mennessä ottaa käyttöön ydintietomääritysten mukaiset tietorakenteet sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä. (VSSHP.)

Hankkeen päätavoitteena oli luoda valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteistettu hoitotyön kirjaamisen perusmalli. Tämä perustuu hoitotyön prosessin mukaisiin ydintietoihin (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus). Näin syntyvä tieto yhdistyy moniammatilliseen potilaskertomustietoon ja alueellisiin tiedonvälitysratkaisuihin. (VSSHP.)

Hankeen yhteenvedossa todettiin, että hankkeen päätavoite saavutettiin eli kansallinen yhtenäinen hoitotyön kirjaamisen malli ja siinä käytettävät hoitotyön luokitukset kehitettiin. Hoitotyön kirjaamistietojen yhdistyminen moniammatilliseen potilaskertomukseen toteutui, mutta päällekkäistä kirjaamista esiintyi edelleen runsaasti. Hankkeen päättyessä tuli arvioitavaksi kehitetyn hoitotyön kirjaamismallin kansallinen käyttöönotto. Tämän hankkeen rinnalla alkoi syksyllä 2007 ”Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot - hanke” (= HoiData-hanke). Sen yhtenä tavoitteena on tukea organisaatioita mallin käyttöönotoissa ja koulutuksissa. HoiData-hanke päättyi huhtikuussa 2009. (VSSHP.)

2.2 Rakenteisen kirjaamisen tavoitteet

Rakenteinen sähköinen potilaskertomus ja hoitotyön luokitusten avulla tapahtuva hoitotyön kirjaaminen mahdollistavat hoidon, hoitoketjun ja hoitoprosessien sisältöjen seurannan, arvioimisen ja laadun kehittämisen potilaan, organisaation ja koko palvelujärjestelmän näkökulmasta (VSSHP). Keskeisenä tavoitteena hoitotyön kirjaamisessa on potilas/asiakaslähtöisyyden edistäminen, yhteisen kielen ja vähimmäistason luominen ja käyttö. (Kivekäs 2006.)

Rakenteinen kirjaaminen muuttaa tapaa tuottaa ja hyödyntää tietoa. Rakenteisuus yhtenäistää kirjaamista ja sen pyrkimyksenä on päästä eroon päällekkäisestä kirjaamisesta. Luokittelu parantaa tietojen saatavuutta, löydettävyyttä, käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä koko hoitoprosessin aikana. Tietoa voidaan monipuolisesti käyttää potilaan hoidossa, hoitotyön kehittämisessä ja tutkimuksessa. Lisäksi se parantaa hoidon jatkuvuutta ja mahdollistaa moniammatillisen tiedonhaun ja sen käytön päätöksenteossa. (Kivekäs 2006; Saranto & Tanttu 2006.)

Kirjaamisen rakenteistumisen myötä tiivistelmien ja yhteenvetojen muodostaminen sekä hoitoprosessin etenemisen seuraaminen helpottuu. Tietoa tallentuu ja tilastoituu luokitusten muodossa, mikä helpottaa tiedon käytettävyyttä. Luokittelun avulla saatavia tilastoja ja raportteja voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisessa, suunnittelussa, toiminnan ohjauksessa ja laadun varmistamisessa sekä tutkimuksessa. Näin ollen se palvelee työn organisointia ja tuottaa tietoa kehittämiseen ja johtamiseen. (Saranto & Tanttu 2006.)

2.3 Kirjaaminen hoitoprosessin mukaisesti

Hoitotyön kirjaamista ohjaa hoidollinen päätöksentekoprosessi, johon kuuluvat tulotilanne, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Hoitotyön prosessin tarkoituksena on ohjata hoitajan tietoista ja aktiivista ajattelua ja luoda hoitotilanteelle johdonmukaisesti etenevä rakenne. Tavoitteena on päästä, jokaisen henkilökohtaiset voimavarat huomioon ottaen, terveydentilan kannalta parhaaseen mahdolliseen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma on kokonaiskuva potilaan saamista hoitotyön palveluista. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2002, 50 - 52.)

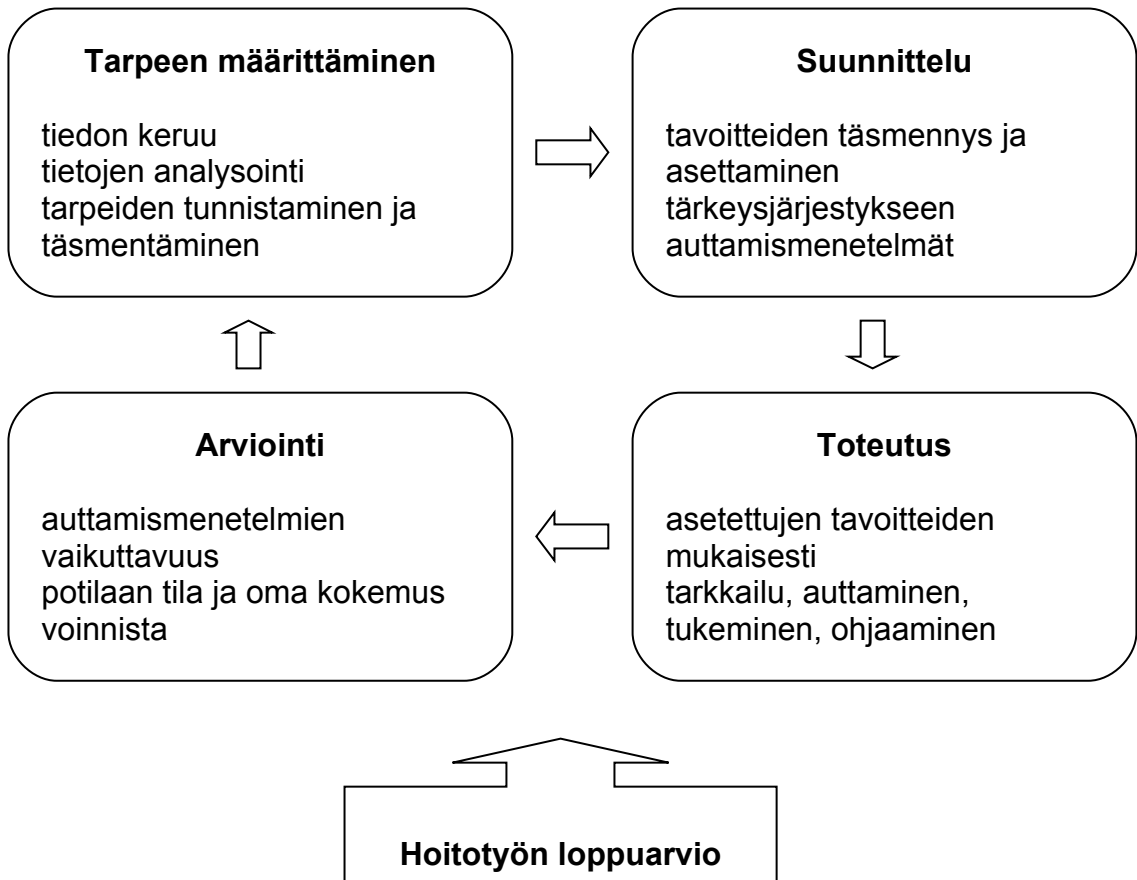
Hoitosuunnitelmaan kerättävän tiedon tulee olla tuoretta, todennettavaa, asiaankuuluvaa ja luotettavaa (Anttila ym. 2002, 52 - 53.) Tietoa kerätessä on muistettava siihen liittyvä etiikka. Jos potilaan tietoja ei koota riittävästi, voi potilas menettää oikeutensa saada parasta mahdollista hoitoa. Edellä

mainittujen tietojen lisäksi kotisairaanhoidossa hoitaja tekee havaintoja myös asiakkaan asumisolosta, kotona selviytymisestä ja potilaan toimintakyvystä. (Hallila, Ensio, Rönkkö, Toivanen & Väisänen 1998, 48.)

Hoitotyön suunnitelmaan kirjatulla tavoitteilla ilmaistaan, mihin hoitotyöllä pyritään. Kirjallisesti muotoillut tavoitteet ohjaavat hoitajan ajattelua ja toimintaa. Tavoite kuvaa muutosta potilaan tilassa toivottuun suuntaan. Hoitotyön tavoitteen tulee olla realistinen ja saavutettavissa oleva. Hoitotyön toteutus on potilaan ja hoitajan yhteistoimintaa, joka pyrkii etenemään asetettujen tavoitteiden mukaisesti (Anttila ym. 2002, 54 - 55.) Tässä vaiheessa potilaan ongelmat kohdataan ja pyritään mahdollisuuksien mukaan ratkaisemaan. Toteutusvaiheeseen kuuluu erilaisten hoitotoimenpiteiden ohella myös terapeutin vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä (Kratz 1992, 16.)

Hoitotyön tuloksellisuuden arviointi ei ole erillinen tapahtuma vaan liittyy kaikkeen hoitotyön toimintaan. Tarkoituksena on selvittää, onko hoitotyö ollut tehokasta (Kratz 1992, 16.) Hoitotyöntekijä arvio ovatko hoitotyön tarpeet ja tavoitteet määritetty oikein ja ovatko auttamismenetelmät olleet vaikuttavia hoitotyön kaikissa vaiheissa. (Kratz 1992, 16; Anttila ym. 2002, 55.)

Alla oleva kuvio 1 kuvaa hoitoprosessia.



Kuvio 1 Hoitotyön prosessi (Anttila ym. 2002, 51 mukailen)

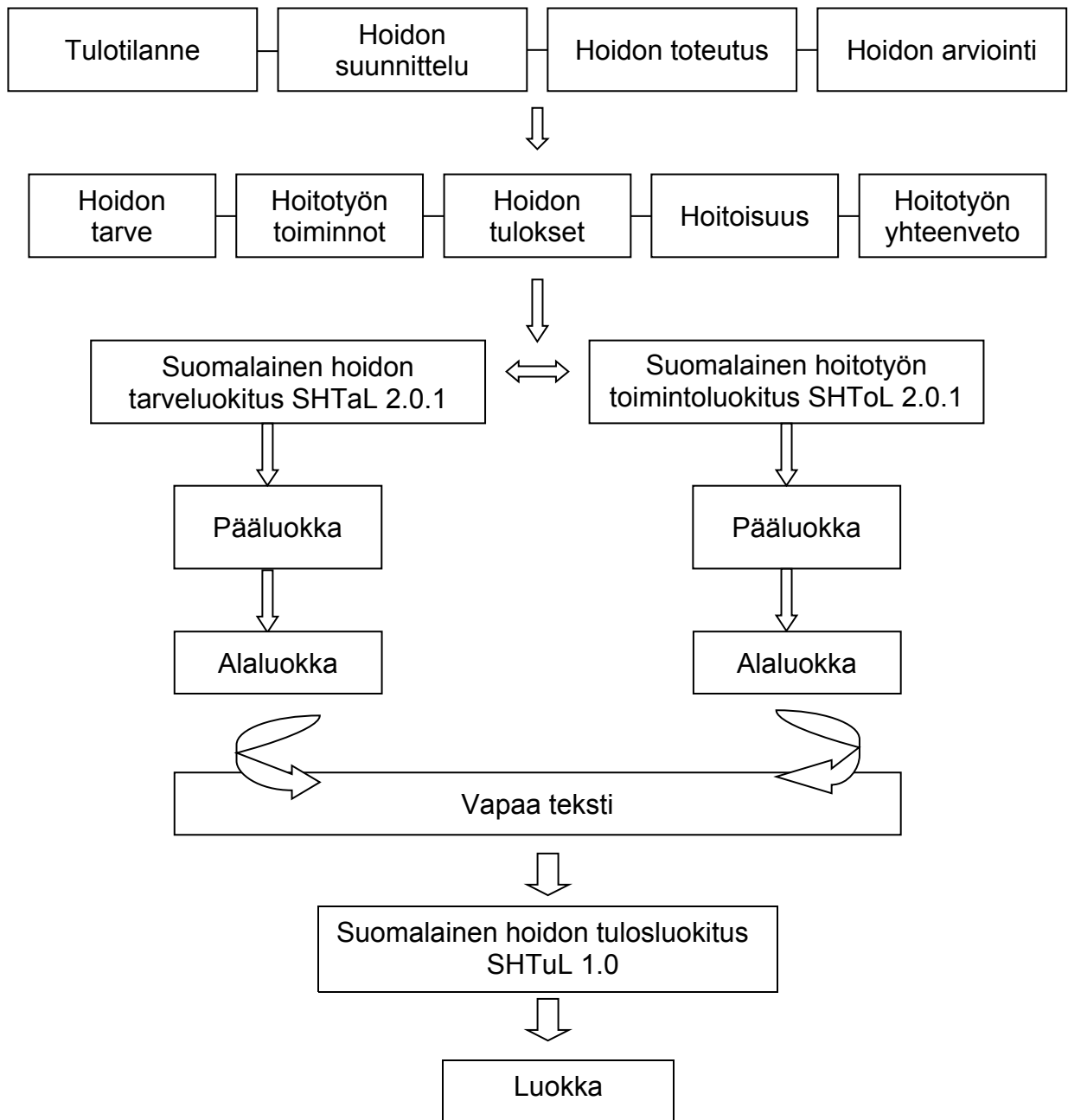
Hoitajakson päättyessä laaditaan kirjallinen yhteenveto, jota kutsutaan hoitotyön loppuarvioksi. Loppuarvion on tarkoitus olla jäsentynyt kokonaisuus, josta on tarkoitus saada nopeasti kattava kuva potilaan tilanteesta. Tästä voidaan käyttää myös nimeä hoitotyön tiivistelmä. (Hallila ym. 1998, 101- 102.)

2.4 Kirjaamisen rakenteistuminen

Lappeenrannan kotihoidossa on käytössä Effica-potilastietojärjestelmä, jossa hoitokertomuksen kirjaamislomakkeen nimi on Whoike. Potilaskertomusteksti on rakenteistettu eri tasoille, ja nämä hoitoprosessin vaiheet muodostavat ylimmän tason. Hoitotyön ydintiedot kytkeytyvät näihin ylimmän tason otsikoihin, ja ne rakenteistetaan puolestaan luokitusten avulla. (VSSH.)

Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön ydintietojen sisällöt rakenteistetaan suomalainen hoidon tarveluokituksen (SHTaL 2.0.1) ja suomalainen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 2.0.1) avulla. Lisäksi suomalainen hoidon tulosluokitus (SHTuL 1.0) muodostaa yhdessä SHTaL:n ja SHToL:n kanssa Finnish Care Classification (FinCC) kokonaisuuden. Näitä luokituksia käytetään potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen. Luokitukset muodostuvat pääotsikoista eli komponenteista sekä pääluokista ja alaluokista, joilla on omat koodinsa. (VSSHP.)

Alla olevassa kuviossa 2 olemme kuvanneet hoitotietojen rakenteistamista hoidollisen päätöksentekoprosessin mukaisesti.



Kuvio 2 Potilaskertomustekstin rakenteistuminen

Komponentteja on 19 ja ne kuvaavat asiakokonaisuuksia, joista kirjataan. Näitä asiakokonaisuuksia ovat taulukon 1 mukaan seuraavat:

Taulukko 1 Tarve- ja toimintoluokitukset versio 2.0.1 (VSSHP)

Aktiviteetti	Aineenvaihdunta
Erittäminen	Kanssakäyminen
Selviytyminen	Turvallisuus
Nestetasapaino	Päivittäiset toiminnot
Terveyskäyttäytyminen	Psyykinen tasapaino
Terveyspalvelujen käyttö	Aistitoiminto
Lääkehoito	Kudoseheys
Ravitsemus	Jatkohoito
Hengitys	Elämänkaari
Verenkierto	

Tarkemmin tarve- ja toimintoluokituksia kuvaamaan on komponentit jaettu pääluokkiin ja niiden alaluokkiin, joita täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä. Hoitotyön arviointia luokitellaan Likert- asteikon avulla: potilaan tila ennallaan/ huonontunut/ parantunut. (VSSHP.)

2.5 Kirjaaminen hoitokertomukseen

Hoitokertomus on potilaskertomuksen osa, jossa hoitotyön rakenteinen kirjaaminen etenee hoitotyönprosessin mukaisesti. Alla olevan kuvion 3 olemme laatineet Whoiken hoitokertomusnäkömään ja Iivanaisen & Syväojan (2008, 651) kuvion pohjalta.

Komponentti	Pääluokka	Alaluokka
<p>Hoidon tarve (SHTaL)</p> <p>Asiakkaan hoidon tarpeet / lääketieteellinen diagnoosi?</p> <p>Asiakkaan voimavarat?</p> <p>Tarpeet tärkeysjärjestykseen</p>	<p>Tavoitteet</p> <p>Mitä asiakkaan tilassa odotetaan tapahtuvan? Mitä asiakas odottaa tapahtuvan? Tavoitteet tärkeysjärjestykseen</p>	
	<p>Suunnitellut hoitotyön toiminnot (SHToL)</p> <p>Hoitotyön auttamismenetelmät tavoitteiden saavuttamiseksi Miten asiakas haluaa toimittavan?</p>	
Komponentti	Pääluokka	Alaluokka
<p>Toteutuneet hoitotyön toiminnot (SHToL)</p> <p>Miten auttamismenetelmät toteutuivat? Miten asiakkaan vointi muuttui? Kirjataan asiakaslähtöisesti ja tarkasti</p>		
Hoitotyön arvio	Arvioinnin kohde	
<p>Hoidon tulokset (SHTuL)</p> <p>Toteutuivatko tavoitteet? Muutokset asiakkaan tilassa? Asiakkaan oma kokemus? Uudet tarpeet?</p>		

Kuvio 3 Kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaisesti hoitokertomukseen (Iivanainen ja Syväoja 2008, 651 mukailten)

Whoike hoitokertomukseen kirjaaminen aloitetaan määrittelemällä hoidon tarve SHTaL:n avulla valitsemalla ensin valikosta tarvetta vastaava komponentti, pääluokka sekä mahdollinen alaluokka. Hoidon tarve tulisi määritellä luokitusten avulla niin tarkasti kuin mahdollista. Tämän jälkeen hoidon tarve-laatikkoon kuvaillaan vapaalla tekstillä asiakkaan hoidon tarve, lääketieteellinen diagnoosi ja voimavarat.

Seuraavaan laatikkoon määritellään hoidon tavoitteet sekä suunnitellut hoitotyön toiminnot eli keinot. Tavoitteiden tulisi olla asiakaslähtöisiä ja realistisia. Vaikka hoitotyön keinot määritellään vapaalla tekstillä, voidaan pohjana käyttää SHToL-luokitusta. Hoitotyön toimintoja määritettäessä tulisi huomioida myös asiakkaan omat toiveet hoidon suhteen. Mikäli tarvetta ei määritellä tässä vaiheessa pysyväksi, on se näkyvissä vain meneillään olevan vuorokauden ajan.

Hoidon toteutuksen kirjaaminen etenee samalla tavalla kuin tarvetta määritettäessä. Komponentin, pääluokan ja alaluokan valinnan (SHToL) jälkeen kuvataan hoitotyön toteutumista vapaalla tekstillä, eli miten auttamismenetelmät toteutuivat ja mikä vaikutus niillä oli asiakkaan vointiin. Kirjaamisen ei tule kuvata pelkästään hoitajan työskentelyä vaan sitä, miten asiakas tilanteessa toimii. Hoitotyön toteutumista olisi hyvä arvioida päivittäin.

Hoidon tuloksellisuutta arvioidaan myös luokitusten (SHTuL) avulla – asiakkaan tila parantunut, ennallaan tai huonontunut. Lisäksi määritellään arvioinnin kohde. Arviointia täydennetään vapaalla tekstillä, jossa kuvataan hoidon tavoitteiden toteutuminen, muutokset asiakkaan tilassa sekä asiakkaan oma kokemus tilanteestaan. Tarvittaessa määritellään uudet tarpeet.

2.6 Kotihoidon hoitosuunnitelma

Kotihoitoa toteutettaessa on laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma, ellei siihen ole ilmeistä estettä, yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa sekä asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa taikka asiakkaan ja hänen omaisensa tai muun

läheisensä kanssa. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Asiakkaan asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000)

Kirjaaminen pohjautuu aina yhdessä asiakkaan kanssa tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmä Efficaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa on sovittu hoidon tavoitteet, käyntien määrä ja sisältö sekä asiakkaan saamat palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää perustietojen lisäksi asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa yhteisesti sovitut tavoitteet ja auttamismenetelmät. Tavoitteiden tulee olla realistisia ja käytännönläheisiä ja valittujen auttamismenetelmien on vastattava tavoitteisiin. (Kiiski, Dölling-Hasu & Jaakkola 2008.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman ohella asiakkaasta tehdään voimavarakartoitus, jossa selvitetään asiakkaan omia voimavaroja jokapäiväisissä toiminnoissa, muun muassa ruokahuollon, henkilökohtaisen hygienian ja lääkehuollon osalta. Lisäksi kartoitetaan asiakkaan asumista ja elinympäristöä, terveydentilaa ja elämäntapoja, sosioekonomista tilannetta ja elämänhistoriaa. Auttamismenetelmiä ja tavoitteita laadittaessa otetaan huomioon asiakkaan toiveet ja tulevaisuuden suunnitelmat. Lopuksi tehdään tiivistetty yhteenveto voimavarakartoituksesta: mihin asiakas pystyy itse, missä hän tarvitsee apua ja minkälaista apua hän tarvitsee. Tämä yhteenveto liitetään hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Kiiski ym. 2008.)

3 KIRJAAMISTA OHJAAVAT LAIT, ASETUKSET JA OHJEET

Hoitotyön kirjaamista säätelevät tietyt lait ja asetukset. Lainsäädännössä määritetyt ja asetetut ohjeet mahdollistavat molemminpuolisen oikeusturvan sekä potilaalle että hoitavalle henkilöstölle. Kirjaamista ohjaavia lakeja ovat muun muassa Potilasvahinkolaki 585/1986, Laki potilaan asemasta ja

oikeuksista 785/1992, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Henkilötietolaki 523/1999, Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999, Hallintolaki 434/2003, Arkistolaki 831/1994, Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989, Mielenterveyslaki 1116/1990, Kansanterveyslaki 661/1972, sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159 ja sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. (Hallilla & Graeffe 2005,19; Mustajoki & Sundman 2007, 688 – 692; Nurminen & Santala 2007, 8.)

Keskeisin terveydenhuollon potilasasiakirjojen käyttöön liittyvä säädös on sosiaali- ja terveysministeriön opas 2001:3. Siinä mainitaan muun muassa hyvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan edellyttävän potilasasiakirjatietojen olevan oikeita, virheettömiä ja laajuudeltaan riittäviä. (Mustajoki & Sundman 2007, 688 – 692; Nurminen & Santala 2007, 8.) Potilaskertomukseen tehtävissä merkinnöissä tulee olla merkinnän tehneen henkilön ammattinimike, nimi ja päiväys sekä muut hoitoon osallistuneet henkilöt. Lisäksi merkinnöistä tulee löytyä potilaan henkilötiedot, äidinkieli, lähiomaisen yhteystiedot, omalääkäri sekä suostumus tietojen luovuttamiseen. (Hallila & Graeffe 2005, 17; 22.)

Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Niiden asianmukaisuus, ymmärrettävyys ja hyvä tietojenkäsittelytapa sekä merkintöjen tekeminen viivytyksettä ovat tärkeitä. Näiden asiakirja tietojen perusteella on tarvittaessa voitava selvittää hoitoon osallistuneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden menettelyä ja arvioida tällöin heidän ammattitoimintansa asianmukaisuutta. Hoitotyötä kirjattaessa viranomaisen, tässä tapauksessa terveydenhuollon ammattihenkilön, on käytettävä selkeää ja ymmärrettävää kieltä. (Hallila & Graeffe 2005, 21.)

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (9.10.1992/912) edellyttää, että jatkuvasta ja säännöllisestä kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta laaditaan asiakkaalle hoito- ja palvelussuunnitelma. Hoitosuunnitelman lisäksi

tulee tehdä merkinnät siitä, kuinka hoito toteutettiin, tuliko hoidon aikana esiin jotain erityistä sekä millaisia hoitoa koskevia päätöksiä tehtiin ja miksi. (Hallila & Graeffe 2005, 17; 22.)

Näiden lakien ja asetusten lisäksi kirjaamista ohjaa organisaation velvollisuus huolehtia potilasasiakirjoja käsittelevän henkilökunnan ohjaamisesta asianmukaisiin menettelytapoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Myös toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan on annettava kirjallinen ohjeistus potilastietojen käsittelyyn liittyvistä seikoista ja menettelytavoista omassa yksikössä. (Hallila & Graeffe 2005, 19.)

Sähköisessä potilastietojärjestelmässä tulee olla käyttöoikeuksien hallintajärjestelmä, jonka avulla kullekin käyttäjälle voidaan määritellä tämän tehtävien mukaiset käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin ja potilastietojärjestelmän eri toimintoihin. Kaikkia koulutettuja hoitotyöntekijöitä ohjaavat oman ammattikuntansa eettiset ohjeet, hyvän hoidon periaatteet ja sisäistynyt ammatillinen hoitotyö. (Hallila & Graeffe 2005, 19.)

Kansanterveyslaki (28.1.1972/66) määrittää kotihoidon kirjaamisesta seuraavaa: *kotihoidon asiakkaan terveyden- ja sairaanhoitoa koskevien kotihoidon asiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen, salassapitoon sekä tietojen luovuttamiseen sovelletaan potilasasiakirjoja koskevia säännöksiä.* Muiden asiakkaan kotihoitoa koskevien asiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen, salassapitoon sekä tietojen luovuttamiseen sovelletaan sosiaalihuollon asiakirjoja koskevia säännöksiä. Kotihoidon toimintayksikön henkilöstöllä on oikeus käyttää tehtäviensä edellyttämällä tavalla kotihoidon rekisteritietoja. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.)

4 MUUTOSPROSESSI

Tapa kirjata kotihoidossa muuttuu aikaisempaan nähden merkittävästi. Työntekijä joutuu käymään läpi muutosprosessin uutta kirjaamiskäytäntöä opetellessa. Opinnäytetyössämme olemme käsitelleet muutoksen vaiheita ja muutosvastarintaa, jotta olisi helpompi ymmärtää, miten kotihoidon työntekijä kokee muutoksen. Lisäksi käsittelemme muutoksen johtamista ja sen merkitystä muutoksen läpiviemisessä. Muutokset työelämässä ovat lisääntyneet, mikä asettaa työntekijälle uudenlaisia vaatimuksia. Kielitaito, ATK-taidot, Internetin käyttö ja yhteistyötaidot eivät vielä muutama vuosikymmen sitten olleet sellaisia perustaitoja kuin ne nyt ovat. (Arikoski & Sallinen 2007, 9; 42.)

4.1 Muutoksen vaiheet

Muutos on kasvamista ja kehittymistä, ja se tarkoittaa muuttumista selkeästi eri suuntaan (Erämetsä 2003, 26.) Muutoksessa ei kehitytä ja kasveta paremmaksi tietyssä asiassa, vaan tehdään asia kokonaan uudella tavalla aikaisemmasta poiketen. Muutos herättää ihmisissä usein monenlaisia tunteita. Teologi ja perheterapeutti Matti J. Kurosen malli muutoksen herättämistä perustunteista käsittää neljä tunnetta, jotka sijoittuvat niin sanottuun muutosaaltoon. (Arikoski & Sallinen 2007, 57.)

Muutoksissa pelko on ensimmäinen tunne, joka johtaa kysymään, miten minulle käy. Ihmiset reagoivat pelkoon eri tavoin. Osalla on myönteinen asenne, ja he uskovat selviytyvänsä, kun taas toiset suhtautuvat ristiriitaisesti muutokseen ja siitä selviytymiseen. Osa puolestaan ikään kuin pakenee ja torjuu muutosta, joka herättää heissä uhkakuvia, pelkoja ja vastarintaa. Pelko ei juuri näy ulospäin vaan se on tunne, joka on niin sanotusti ”pinnan alla”. (Arikoski & Sallinen, 2007, 57.)

Pelon hälvetessä alkaa nousta viha ja uhma. Pelon muuttumista vihaksi voidaan kuitenkin hallita, mikäli työntekijä kykenee löytämään muutoksesta mahdollisuuksia ja mielekkyyttä. Viha on pelkoa paremmin havaittavissa, ja se näkyy myös esimerkiksi esimiehille. Olisikin tärkeää, että esimiehet

tunnistaisivat tämän tunnevaiheen ja osaisivat siten myös oikein ymmärtää ja tukea työntekijää. (Arikoski & Sallinen 2007, 59.)

Ihmisen havaitessa että ei voi estää muutosta, vaihtuu viha hiljalleen luopumisen myötä suruun. Poisoppiminen vanhoista tavoista ja ylipäättään vanhasta luopuminen vie mahdollisesti eniten aikaa. Työntekijä tarvitsee aikaa jättääkseen taaksensa aiemmin oppimansa ja omaksuessaan uutta. Se, miten kauan surutyö ja luopuminen vaativat aikaa, riippuu muutoksen luonteesta, aiemmista muutoksista, työntekijän ominaisuuksista ja asenteesta sekä johtamisesta. (Arikoski & Sallinen 2007, 62.)

Suruvaihetta seuraa ilo. Se on merkki muutoksen toteutumisesta. Onnistuneen muutoksen jälkeen on ilon hetkeä syytä vaalia, sillä se palkitsee muutokseen osallistuneita ja osoittaa, että muutos on saavuttanut tietynlaisen päätepisteen. Toisinaan ilovaihe voi jäädä kokonaan pois johtuen mahdollisista uusista muutoksista, jotka painavat päälle. (Arikoski & Sallinen 2007, 63 - 64.)

4.2 Muutosvastarinta

Esimiesten tulee olla tietoisia, mistä muutosvastarinnassa on kyse ja hyväksyä sen olemassaolo. Muutostunteita ei tule kieltää, vaan ne tulee rohkeasti ottaa esille. (Erämetsä 2003, 196.) Muutosvastarinta on luonnollinen osa muutoksen vaiheita ja voi olla hyödyllinen ja hyvä asia ollessaan tervettä. Muutosvastarinnan avulla ihminen kyseenalaistaa tulevan muutoksen ja samalla ikään kuin jarruttaa, testaa ja hioo muutosta parempaan suuntaan. (Erämetsä 2003, 98 – 100.) Muutosvastarinnassa elää runsaasti energiaa ja sen käyttäminen muutoksen edistämiseen on kannattavaa (Arikoski & Sallinen 2007, 69).

Muutosvastarinta voi olla myös negatiivinen asia, ja yhtenä syynä voi olla ylipäättään asennoituminen uusista muutoksista kohtaan. Usein ihmisillä on luontaisesti myös niin sanottua ”lähtökittä”. Aloittaminen voi olla vaikeaa, koska pysyttelimme mieluummin mukavassa, tasapainoisessa tilassa.

Muutoksen pilkkominen vähittäisiksi pieniksi muutoksiksi voi helpottaa työntekijöitä muutoksen hyväksymisessä. (Erämetsä 2003, 102 - 103.)

Se, onko muutos vapaaehtoinen, ihmisestä itsestään lähtevä vai pakotettu, välttämätön muutos, vaikuttaa muutoksen mielekkyyteen. Pakko tuo muutokseen toisaalta nopeutta, mutta voi aiheuttaa muutosvastarintaa. Työntekijöiden informoiminen muutoksesta on tärkeää. Tietämättömyys ja ymmärryksen puute aiheuttaa vastarintaa, sillä voi olla että, koko asia on käsitetty väärin. (Erämetsä 2003, 194.)

Kun tietojärjestelmässä tapahtuu muutos, koskettaa se laaja-alaisesti tietojärjestelmän kaikkia osia ja siten myös totuttuja toimintatapoja. Työntekijät eivät ole välttämättä valmiita luopumaan tutuista käytännöistä ja siirtymään uusiin ilman järkipäisiä perusteluita. Se asettaa uudenlaisia vaatimuksia työntekijöiden osaamiselle, työtehtävien suorittamiselle, työnjaolle sekä yhteydenpitoon ympäristön kanssa. (Jokinen 2005, 1 – 8.)

Organisaation aikaisemmat muutokset voivat olla osana muutoksen vastarintaa. Jos edellinen muutos on hädin tuskin saatu päätökseen ja uusia muutoksia on jälleen tulossa, voivat ihmiset kokea aiemmat muutokset tarpeettomina ja suhtautua siten uuteenkin muutokseen negatiivisesti. Onnistuneet muutkokemukset voivat olla avuksi uusissa muutostilanteissa, toisin kuin aiemmin huonosti läpiviedyt muutokset voivat taas olla kompastuskivenä muutokselle. (Arikoski & Sallinen 2007, 51.)

4.3 Muutoksen johtaminen

Organisaation eri tahot kokevat muutoksen eri tavoin. Työntekijän voi olla vaikeaa ymmärtää muutosta organisaation kannalta, sillä hänellä ei välttämättä ole riittävää tietoa muutoksesta ja hän on todennäköisesti saanut tiedon muutoksesta esimiestään myöhemmin. (Arikoski & Sallinen 2007, 83 – 85.) Erityisen tärkeää on jo muutoksen alkuvaiheessa tulevasta muutoksesta tiedottaminen työntekijöille. Jatkuva tiedottaminen ja työntekijöiden pitäminen ajan tasalla rauhoittaa työntekijöitä ja estää turhien pelkojen syntymisen.

(Arikoski & Sallinen 2007, 91.) Esimies toimii ylemmän johdon ja työntekijöiden välillä ja on avainasemassa tiedonkulun välittämisessä molempiin suuntiin (Erämetsä 2003, 126).

Työntekijöiden mukaan ottaminen muutoksen suunnitteluun tai toteuttamiseen on hyvä tapa sitouttaa henkilöstö muutokseen (Arikoski & Sallinen 2007, 99). Mikäli tällaista osallistavaa työskentelyä ei tapahdu, voi muutos jäädä kokonaan toteutumatta tai sen toteutuessa se koetaan ”jonkun muun” muutokseksi eikä ”meidän muutokseksemme” (Erämetsä 2003, 192). On kuitenkin epärealistista olettaa, että henkilöstön mukaan ottamisella voitaisiin selvittää tietojärjestelmän kaikki vaatimukset. Järkevää on ottaa käyttäjien tarpeet realistisesti huomioon järjestelmää kehitettäessä. (Jokinen 2005, 26 – 27.)

Työntekijöiden perusteellinen kouluttaminen auttaa heitä omaksumaan uuden tietojärjestelmän osaksi omaa työtään. Lyhyet pikaopastukset voivat jättää työntekijöille enemmän epävarmuutta ja siten myös vastustusta uutta järjestelmää kohtaan. Uusien tietojen ja taitojen oppiminen vaatii aikansa samoin kuin uuden tietojärjestelmän tuomien muutoksien sulattaminen. Mitä suuremmasta muutoksesta on kyse, sitä enemmän tulisi koulutukseen varata aikaa ja resursseja. (Jokinen 2005, 14.)

Organisaation sisällä tulee muutosprosessin ohessa kehittää yhteisiä toimintatapoja ja malleja, jotta uudesta tietojärjestelmästä saataisiin paras hyöty irti. Näin on tiedonkulku helpompaa eikä työntekijöiden tarvitse arvailla, mihin joku toinen toimija on samaan asiaan liittyviä tietoja sijoittanut. Ohjelmiston päivitykset tulee järkeistää tapahtuvaksi suuremmissa kokonaisuuksissa. Jatkuva ohjelmiston päivittäminen ja siihen liittyvä koulutus hämmentää käyttäjiä ja sekoittaa muutosprosessin etenemistä. (Jokinen 2005, 15.)

Kun organisaatiota kohdannut muutos on saatu alulle, on muutosta ja sen toteutumista hyvä mitata. Mikäli muutos vain sysätään liikkeelle, mutta kukaan ei arvioi sen kehittymistä tai onnistumista, voi muutos jäädä puolitiehen tai jopa kokonaan toteutumatta. Muutoksen tarpeellisuus voi jäädä toteamatta, jos ei sen tuomia hyötyjä ja haasteita mitata millään tavoin. (Erämetsä 2003, 175 -

178.) Seurantakyselyt viestittäisivät käyttäjille, että heidän mielipiteistään ollaan kiinnostuneita ja mahdollisia tietojärjestelmän epäkohtia pyritään parantamaan. (Jokinen 2005, 62 – 63.)

Uuden tietojärjestelmän käyttöönotto on pitkäjänteinen prosessi, joka ei rajaudu pelkästään järjestelmän käyttöönoton hetkeen. Muutokset jatkuvat usein vielä pitkälti käyttöönottohetken jälkeen niin työntekijöiden kuin tekniikankin osalta. Esimerkiksi työntekijöiden palaaminen pitkältä lomalta tai teknisten virheiden korjaaminen jatkavat muutosten toteutumista ja siten koko prosessin kesto. (Jokinen 2005, 15.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitotyön rakenteista kirjaamista ja kirjaamiskäytäntöjen muutosta kotihoidossa työntekijän näkökulmasta sekä selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat muutoksen sisäistämiseen. Tavoitteena oli saada tietoa rakenteisen kirjaamisen tuomista hyödyistä ja haasteista työntekijälle sekä organisaation tuen merkityksestä kyseisessä muutoksessa. Saatujen tutkimustulosten avulla voidaan kehittää kotihoidon hoitotyön kirjaamista.

Työssä haimme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä hyötyä kirjaamisen rakenteistaminen tuo kotihoidon työntekijälle?
2. Mitä haasteita kirjaamisen rakenteistaminen tuo kotihoidon työntekijälle?
3. Miten kotihoidon työntekijä kokee organisaation tukeneen muutosta?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme aihe hoitotyön kirjaaminen kotihoidossa oli työelämälähtöinen ja selkiytyi jo opinnäytetyönprosessin alkuvaiheessa. Alussa mahdollisia lähestymistapoja aiheeseen olivat muun muassa komponenttien avaaminen oppaaksi työntekijöille tai Lappeenrannan Alakylän pilotointitiimin muutosprosessin seuraaminen. Rakenteinen kirjaaminen ja sen myötä hoitoprosessi sekä työntekijän näkökulman esille tuominen olivat kuitenkin alusta asti mukana. Lappeenrannan kotihoidossa oli meneillään hoitotyön kirjaamisen muutos narratiivisesta eli kertovasta kirjaamisesta rakenteiseen kirjaamiseen. Ajankohtaisuuden vuoksi halusimme tarkastella tätä kirjaamisen muutosta ja muutosprosessia opinnäytetyössämme.

Aiheen tarkentumisen jälkeen aloimme kerätä teoriatietoa ja aikaisempia tutkimuksia aiheesta. Teoriatiedon lisääntyessä muodostuivat tutkimuksen tarkoitus sekä tutkimusongelmat teemoittain. Teemoiksi muodostuivat hyödyt, haasteet ja tuki. Näiden teemojen mukaisesti laadimme kyselylomakkeen. Kyselyyn osallistujien valinnassa huomioimme tiimien erilaisen kokemuksen tietojärjestelmien käytöstä. Toivoimme näin saavamme mahdollisimman monipuolista aineistoa. Osallistujien tarkentuessa toteutimme aineiston keruun ja analysoimme aineiston heti vastausajan päätyttyä.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Selvitimme hoitotyön rakenteisen kirjaamisen muutosta Lappeenrannan kotihoidon Alakylän tiimissä ja Joutsenon Pulpin tiimissä. Lähestymistapana oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisesti, ja aineistonhankinnassa käytetään laadullisia metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei välttämättä tarvita läheistä kontaktia tutkittaviin, vaikka usein niin esitetäänkin. (Hirsjärvi,

Remes & Sajavaara 2008, 189.) Kerättyä tietoa analysoimme induktiivisesti eli aineistolähtöisesti sisällönanalyysilla.

Aineiston kerääminen kyselylomakkeella mahdollistaa vastaajille sen, että he voivat vastata anonyymisti sekä heille sopivana ajankohtana. Kyselytutkimus on edullinen, nopea ja yksinkertainen toteuttaa, sekä aikataulu ja kustannukset ovat helposti arvioitavissa. (Hirsjärvi ym. 2008, 190.) Näiden syiden vuoksi se oli tutkimusmenetelmistä meille sopivin.

Tutkimuksella halusimme selvittää, miten kotihoidon hoitotyöntekijät kokevat rakenteisen kirjaamisen tuoman muutoksen hoitotyössä ja hoitotyön kirjaamisessa. Tutkimukseen sai osallistua kaikki vastausaikana kyseisissä tiimeissä työskennelleet henkilöt mahdollisimman laajan tutkimusaineiston saamiseksi. Aineistonkeruussa käytimme puolistrukturoitua kyselylomaketta (liite 1), jossa taustatietoja kartoitettiin valmiilla vastausvaihtoehdoilla ja varsinaisen tiedon keruussa käytettiin avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun vaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta etukäteen. Niiden vastaukset voivat tuoda uusia näkökantoja tai jopa varteenotettavia parannusehdotuksia. (Heikkilä 2005, 49.) Avoimilla kysymyksillä annetaan vastaajalle mahdollisuus tuoda esiin se, mitä hänellä on todella mielessään (Hirsjärvi ym. 2008, 196).

Kyselylomakkeessa kysymyksillä 1 ja 2 selvitettiin sitä, millä kotihoidon alueella vastaaja työskentelee ja kuinka kauan hän on ollut tekemisissä rakenteisen kirjaamisen kanssa. Näillä taustakysymyksillä haluttiin selvittää mahdolliset erot eri tiimien välillä sähköisen ja rakenteisen kirjaamisen käyttökokemuksesta. Kysymykset 3 ja 4 selvittivät rakenteisen kirjaamisen hyötyjä ja haasteita hoitotyöhön ja hoitotyön kirjaamiseen. Kysymyksillä 5 ja 6 puolestaan selvitettiin organisaation tukea ja tuen riittävyyttä. Kysymyksessä 5 organisaation tukea avattiin vastaajille antamalla heille esimerkkivaihtoehtoina työtovereiden, tukihenkilöiden ja esimiesten antama tuki. Lisäksi kysymyksellä 7 kysyttiin käyttöönottoon ja rakenteiseen kirjaamiseen liittyviä muita kokemuksia. Kysymyksellä pyrittiin tuomaan esille työntekijöiden kokemuksia muutoksesta. Kysymykset laadittiin kyselylomakkeeseen tutkimusongelmien mukaisesti:

hyödyt, haasteet ja tuki.

Esitetasimme kyselylomakkeen ennen varsinaista kyselyä. Kahdeksan Saimaan ammattikorkeakoulun kolmannen lukuvuoden sairaanhoitajaopiskelijaa vastasi kyselyyn. Kyseinen ryhmä koostui aikuisopiskelijoista, joilla kaikilla oli jonkinasteinen aiempi alan koulutus ja näin ollen kokemusta hoitotyön kirjaamisesta. Heikkilän (2005, 61) mukaan lomakkeen esitestaamiseen riittää 5 - 10 henkilöä, kunhan he pyrkivät aktiivisesti selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeyden ja yksiselitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen toimivuuden ja lomakkeen vastaamisen raskauden sekä vastaamiseen kuluvan ajan. Suoritetun esitestaamiseen perusteella kyselylomake todettiin toimivaksi, eikä siihen tarvinnut tehdä muutoksia.

6.2 Osallistujien kuvaus

Lappeenrannan kotihoidosta kyselyyn osallistui Keskusta - pohjoisen Alakylän tiimi sekä Joutsenon Pulpin tiimi. Alakylän tiimi on rakenteisen kirjaamisen pilotointitiimi, ja ensimmäiset hoitokertomuskoulutukset kyseiselle tiimille alkoivat syyskuussa 2008. Efficapotilastietojärjestelmä on Alakylällä ollut käytössä vuodesta 2004 lähtien. Joutsenon Pulpin tiimissä puolestaan sähköisen potilastietojärjestelmän (Effic) käyttöönotto tapahtui vuoden 2008 aikana ja kirjaamisen rakenteistuminen vuoden 2009 aikana. Tätä ennen kirjaaminen Joutsenon kotihoidossa tapahtui manuaalisesti.

Osallistujien määrän selvittämiseksi pyysimme tiimien vetäjiltä ja sairaanhoitajilta tiedot henkilökunnan määrästä. Osallistujien määrän selvittyä päätimme suunnata kyselytutkimuksen tiimien vakituiselle henkilökunnalle sekä sijaisille. Alakylän tiimissä henkilökuntaa on seitsemän ja Joutsenon Pulpin tiimissä kymmenen (yhteensä 17 henkilöä).

6.3 Tutkimusaineiston keruu

Otimme tiimeihin yhteyttä sähköpostitse tiiminvetäjien ja tiimien sairaanhoitajien

välityksellä ennen kyselyn toteuttamista. Informoimme sähköpostitse tiimejä tulevasta kyselystä ja selvitimme tiimien henkilöstömäärän. Tämän jälkeen valmistelimme tutkimuslupahakemuksen. Toimitimme tutkimuslupa -anomuksen (liite 3) Lappeenrannan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalvelujen johtajalle Merja Tepposelle 2.10.2009, ja tutkimuslupa myönnettiin 16.10.2009. Tutkimusluvan saamisen jälkeen olimme uudelleen yhteydessä tiimeihin ja sovimme ajankohdasta, jolloin toimittaisimme kyselylomakkeet tiimeihin.

Toimitimme kyselylomakkeet suljettavien palautuskuorien kanssa tiimeihin ja samalla annoimme vastausohjeet vielä suullisesti. Kyselylomakkeissa oli mukana saatekirje (liite 2), josta ilmeni tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet ja jossa kerrottiin osallistumisen olevan vapaa-ehtoista sekä luottamuksellista. Saatteessa ilmoitimme vastausajan olevan noin kaksi viikkoa ajalla 30.10.–16.11.2009. Vastausajan päätyttyä noudimme suljetut vastauskuoret tiimeistä henkilökohtaisesti. Vastauksia palautettiin 14, jolloin vastausprosentti oli 82 %.

6.4 Tutkimusaineiston analysointi

Analysoimme aineiston induktiivisesti eli aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. Se on perustyöväline kaikessa laadullisessa aineiston analyysissä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan siis tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Keskeistä on tunnistaa sisällöllisiä väittämiä, jotka ilmaisevat jotain tutkittavasta ilmiöstä. Analyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksen asettelu ohjaavat. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.)

Aineiston järjestämisen ensimmäisessä vaiheessa tarkastetaan virheet ja puuttuvat tiedot. Näiden perusteella päätetään, onko joitakin lomakkeita hylättävä. (Hirsjärvi ym. 2005, 209.) Samalla hahmotetaan myös yleiskuva aineistosta (Kylmä & Juvakka 2007, 116). Kyselylomakkeita tarkistettaessa hylkäsimme kaksi vastausta. Yhdessä lomakkeessa ei ollut vastattu lainkaan

kysymykseen 2 (Kauanko olet ollut tekemisissä rakenteisen kirjaamisen kanssa?) ja toisessa lomakkeessa kysymyksen 5 (Millaista tukea olet saanut rakenteisen kirjaamisen käyttöönotossa?) vastaus ei ollut tulkittavissa. Yhtään vastauslomaketta ei kuitenkaan kokonaan hylätty.

Pelkistetyt ilmaukset voidaan koota erilliselle listalle, esimerkiksi toiseen asiakirjaan tai toiselle paperille. Tämän jälkeen pelkistettyjä ilmauksia vertaillaan ja etsitään säännöllisesti samankaltaisia ilmauksia. Sisällöllisesti samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset voidaan yhdistää samaan luokkaan. Yhdistämisen jälkeen nimetään luokka, ja sen nimen tulee kattaa kaikki sen alle tulevat pelkistetyt ilmaukset. Vähittäisen pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla rakennettu synteesi antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.)

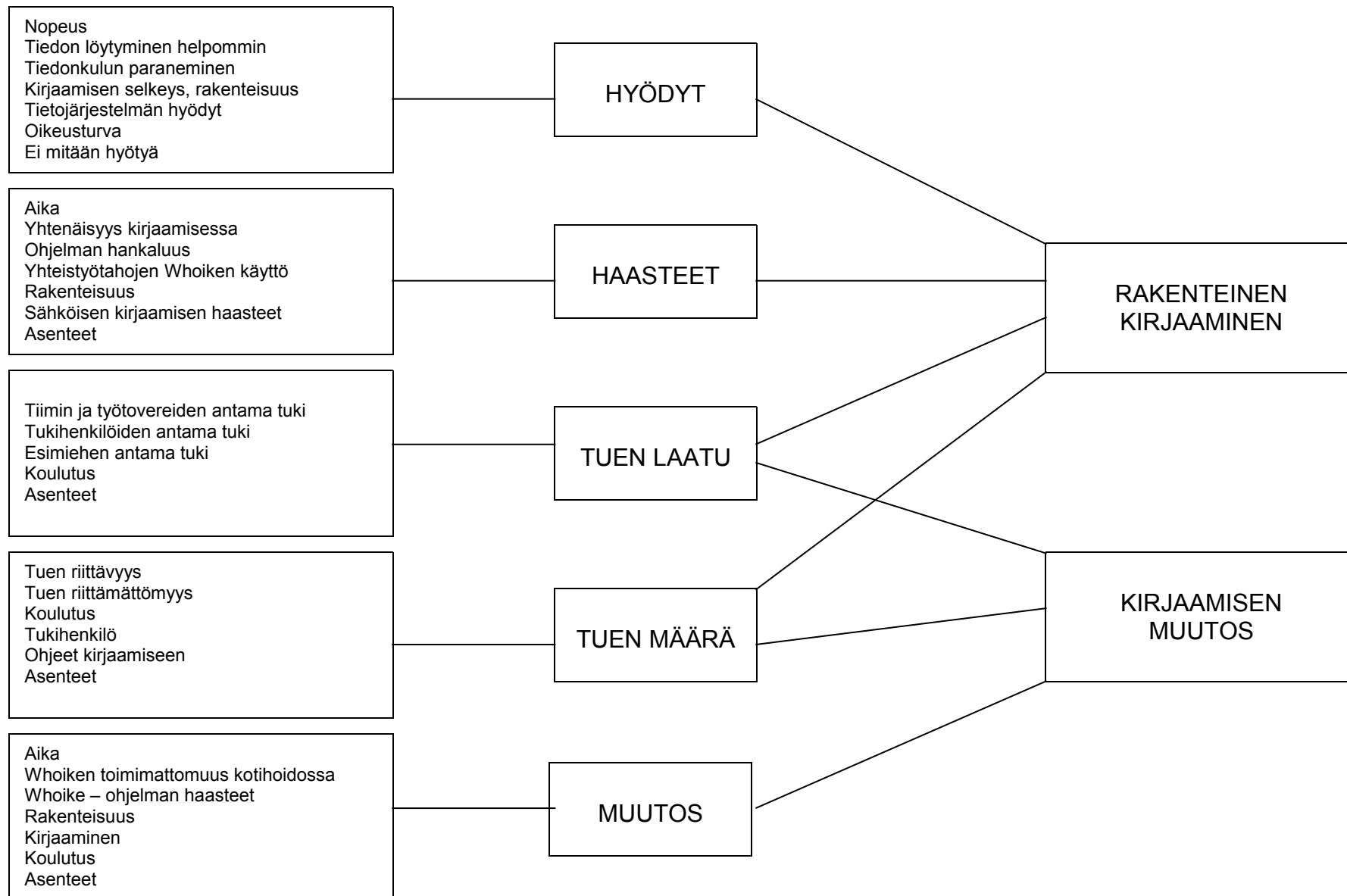
Tutkimusaineiston analysoinnin aloitimme käymällä läpi palautetut kyselylomakkeet tiimikohtaisesti. Tässä vaiheessa kirjoitimme lomakkeiden vastaukset alkuperäisilmauksien mukaisesti puhtaaksi ja yhdistimme tiimien vastaukset. Seuraavassa vaiheessa ryhmittelimme alkuperäisilmaukset asiasisällön mukaisesti pelkistetyiksi ilmauksiksi. Pelkistetyt ilmaukset luokittelimme alaluokkiin: hyödyt, haasteet, tuen laatu, tuen määrä ja muutos, jotka muodostuivat tutkimusongelmien pohjalta. Alaluokista muodostimme kaksi yläluokkaa: rakenteinen kirjaaminen ja kirjaamisen muutos.

Analyysin vaiheet on kuvattu seuraavassa kuviossa (kuvio 4). Kuviossa ovat näkyvissä pelkistetyt ilmaukset sekä niistä johdetut alaluokat ja yläluokat. Alkuperäisilmaukset ovat näkyvissä työn tulososiossa.

Pelkistetyt ilmaukset

Ryhmittely alaluokkiin

Ryhmittely yläluokkiin



Kuvio 5 Analyysin vaiheet

7 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata hoitotyön rakenteista kirjaamista ja kirjaamiskäytäntöjen muutosta kotihoidossa työntekijän näkökulmasta sekä selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat kyseisen muutoksen sisäistämiseen. Kyselylomakkeen kysymykset asettelimme rinnakkain tutkimusongelmien kanssa. Tavoitteena oli saada vastaukset seuraavien teemojen mukaisesti: rakenteisen kirjaamisen hyödyt, rakenteisen kirjaamisen haasteet ja organisaation tuki muutoksessa. Lisäksi lomakkeessa oli kysymys, jonka tavoitteena oli saada esiin työntekijän kokemuksia muutoksessa. Lomakkeen kysymystenasettelu toi hyvin vastauksia tutkimusteemoihin.

Tuloksissa näkyi tiimien väliset erot sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöajasta ja kokemuksesta. Lappeenrannan Alakylän tiimi on käyttänyt sähköistä potilastietojärjestelmää useita vuosia, kun taas Joutsenon Pulpin tiimissä käyttöönotto tapahtui vasta noin vuosi sitten. Oletettavasti tämän takia tiimien muutosprosessi on ollut osin erilainen. Alakylässä muutos on painottunut kirjaamisen rakenteistumiseen, kun taas Joutsenossa muutos on koskenut siirtymistä manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen tuoden samalla mukanaan rakenteisen kirjaamisen.

Vastaajista 62 % ilmoitti olleensa tekemisissä rakenteisen kirjaamisen kanssa yli vuoden ajan. Alakylän tiimissä yli 80 % ja Joutsenon tiimissä puolet oli perehtynyt rakenteiseen kirjaamiseen yli vuoden. Kaikista vastaajista kolmannes oli puolestaan perehtynyt rakenteisuuteen 6 - 12 kuukautta, ja kaikki heistä olivat Joutsenon tiimistä. Käyttökokemukseksi 3 - 6 kuukautta ilmoitti alle 8 %. Rakenteista kirjaamista ei ollut käyttänyt kukaan alle kolmea kuukautta. Suurella osalla vastaajista oli kulunut puoli vuotta tai enemmän perehtymisestä rakenteiseen kirjaamiseen. Tästä voisi päätellä, että rakenteinen kirjaaminen on jo tuttua suurelle osalle vastaajista.

7.1 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt

Tuloksissa rakenteisen kirjaamisen hyödyt perustuvat kysymyksestä: ”Mitä hyötyä koet rakenteisen kirjaamisen tuovan hoitotyöhön? Entä hoitotyön kirjaamiseen?” (kysymys 3) saatuihin vastauksiin. Vastauksissa tuli ilmi rakenteisen kirjaamisen tuovan hyötyä hoitotyöhön ja hoitotyön kirjaamiseen. Sekä Joutsenossa että Alakylässä merkittävimpana hyötynä nähtiin tietojen löytyminen helpommin. Vastaajat kokivat asiakastietojen löytyvän koneelta nopeammin ja helpommin. Komponentit selkiyttivät ja helpottivat tietojen löytymistä. Hyötynä nähtiin, että tarvittavan tiedon voi etsiä asiakkaasta lukematta koko pitkää tekstiä. Luokitusten avulla tietojen haku onnistuu yksityiskohtaisemmin. Vastaajat kuvasivat rakenteisen kirjaamisen hyötyjä seuraavasti:

Tiedot saa koneelta nopeasti.

Asiat löytyvät paremmin kun on otsikot.

Selkiyttää tietojen etsimistä.

Eri asiat löytyvät eri komponenttien alta, ei tarvitse pitkää yhtenäisestä tekstistä etsiä jotain asiaa.

Tiedonkulku parantui eri toimipisteiden välillä, ja tietojen näkyvyys yhteistyötahoille, kuten lääkäreille, koettiin positiivisena asiana. Rakenteisuuden koettiin selkiyttävän myös kirjaamista. Kirjaamisen suunnitelmallisuus ja eteneminen hoitoprosessin mukaisesti asettaa kirjaamiselle yhtenäiset säännöt. Vastaajien kuvauksissa tuli esille seuraavia mielipiteitä:

Tekstit löydettävissä eri toimipisteissä, ei tarvitse kaikkea muistella ulkoa.

Lähimpien yhteistyötahojen tietojen saatavuus.

Selkeyttää kirjaamista.

Kun vastaajilta kysyttiin rakenteisen kirjaamisen hyötyjä, he toivat julki myös tietojärjestelmän hyötyjä. Tietojärjestelmän hyödyiksi nähtiin tiedon nopea löytyminen, asiakkaan voinnin seuranta ja tietojen siirtyminen yhteistyötahojen välillä. Esille nostettiin myös oikeusturva sekä hoitotyöntekijälle että asiakkaalle:

Voi seurata asiakkaan voinnin, haavan yms. tilan seuraamista.

Tietoa saa enemmän.

Asiakkaan tiedot voi tarkistaa koneelta, esim. jos asiakas on käynyt xxxx lääkärissä, voimme katsoa mitä hoitoa asiakas jatkossa saa.

Oikeusturva sekä työntekijälle että asiakkaalle.

Muutama vastaaja ei nähnyt rakenteisen kirjaamisen tuovan mitään hyötyä hoitotyöhön tai hoitotyön kirjaamiseen. Vastaajat kokivat kirjaamisen monimutkaiseksi ja jopa haittaavan hoitotyön kirjaamista muun muassa seuraavasti:

Kirjaaminen monimutkaista.

Ei hyötyä, mutta haittaa enemmänkin.

En koe rakenteisen kirjaamisen tuovan mitään hyötyä työhöni.

7.2 Rakenteisen kirjaamisen haasteet

Tuloksissa rakenteisen kirjaamisen haasteet perustuvat kysymyksestä: ”Mitä haasteita koet rakenteisen kirjaamisen tuovan hoitotyöhön? Entä hoitotyön kirjaamiseen?” (kysymys 4) saatuihin vastauksiin. Haasteiksi rakenteisessa kirjaamisessa koettiin etenkin ajankäyttö, ja ajanpuutteen vuoksi paneutumisen kirjaamiseen koettiin jäävän vähemmälle. Vastaajat kokivat kirjaamisen vievän runsaasti aikaa, ja sen koettiin olevan pois hoitotyöstä. Toisaalta kirjaamiseen kuluva aika nähtiin työhön kuuluvaksi. Hoitotyöntekijät toivat esille esimerkiksi seuraavia asioita:

Entistä enemmän menee aikaa tietokoneella istuessa ja asiakkaat saavat vähemmän hoitoa.

Aikaa pitäisi löytyä kirjaamiseen, joskus kiireessä tulee oiottua.

Aikaahan tähän kuluu, mutta kaikki sekin on työtä.

Whoike-ohjelma koettiin epäselvänä ja liian moniselitteisenä. Ohjelmassa tapahtuvat toistuvat päivitykset vaikeuttavat sen käyttöä, ja työntekijöiden on vaikea pysyä ajan tasalla. Osa koki ylipäättään sähköisen kirjaamisen haasteellisena. Tietojen kirjaaminen sähköiseen potilastietojärjestelmään koettiin tarkkuutta vaativana. Lisäksi tietokoneen käytössä koettiin epävarmuutta, joka sinällään hankaloitti kirjaamista ja tietojen etsimistä seuraavasti:

*Liian moniselitteinen.
Tällä hetkellä Whoike tuntuu hyvin epäselvälle.
Ohjelmat muuttuvat koko ajan, itse ei pysy ajan tasalla.
Tietoa löytyy jos osaa käyttää konetta.
Joskus hallitsisi kirjaamisen hyvin...nyt välillä epävarmuutta.*

Yhtenäisyys kirjaamisessa nähtiin haasteellisena, ja vastaajat pohtivat, laittavatko he asiat oikeiden komponenttien alle ja onko kirjaaminen hoitajien kesken yhtenäistä. Rakenteisuus tuo uuden tavan jäsentää kirjaamista. Jäsentämisen myötä kaikille asioille luodaan tarve tarveluokitusten mukaisesti. Tarveluokitukset ovat pitkälti ongelmalähtöisiä. Sopivien komponenttien löytyminen koettiin myös haasteellisena:

*Jokainen hoitaja kirjaa omalla tavalla eri komponenttien alle, koska ei ole yhtä oikea tapaa kirjata.
Myös kirjaamisen yhtenäistämässä olisi ehkä parantamisen varaa (työntekijät kirjaisivat samalla tavalla).
Ei aina löydy sopivia komponentteja.*

Rakenteisuuden mukanaan tuoma prosessi-ajattelu sisältää jatkuvaa arviointia ja koettiin, että hoitotyön arviointia osataan käyttää liian vähän. Rakenteisuuden myötä kirjaamista joutuu miettimään tarkemmin, ja se vaatii harjoittelua. Yhtenä haasteena nähtiin yhteistyötahojen Whoiken käyttö. Vastaajat toivoivat, että muun muassa lääkärit hyödyntäisivät Whoiken kotihoidon osuutta monipuolisemmin. Kirjaaminen nähtiin osittain myös asennekysymyksenä. Rakenteisuuden hyödyt koettiin näkyvän pitkällä aikavälillä:

*... haasteeksi on muodostunut oman tekstin tuottaminen ja arviointi, jota osataan käyttää liian vähän.
Joutuu miettimään tarkemmin kirjaamista
Toivoisi lääkäreiden lukevan enemmän kotihoidon kirjaamista, muustakin kuin RR + VS lukemia.
EKKS ei kirjaa ollenkaan Whoikeen.
Oppii uutta kirjaamisesta viikoittain.*

7.3 Organisaation tuki

Opinnäytetyössämme halusimme yhtenä osa-alueena selvittää vastaajien kokemusta organisaation tuesta muutoksessa. Kysyttäessä organisaation tukea

ja sen merkitystä työntekijälle selvitetttiin tuen laatua sekä tuen määrää. Tuen laatua selvitettiin kysymällä: ”Millaista tukea olet saanut rakenteisen kirjaamisen käyttöönotossa esimerkiksi työtovereiden, tukihenkilöiden ja esimiesten taholta?” (kysymys 5). Tuen määrällä puolestaan selvitettiin saadun tuen määrää ja riittävyyttä, kysymällä: ”Onko saamasi tuki ollut riittävää? Jäitkö kaipaamaan jotakin?” (kysymys 6).

7.3.1 Tuen laatu

Vastaajat kokivat saavansa tukea useilta eri tahoilta. Tiimin ja työkavereiden sekä tukihenkilöiden antama tuki koettiin tärkeimpinä molemmissa tiimeissä. Vastaajat kokivat työkavereiden auttaneen paljon, ja tiimin sisällä asioita oli pohdittu yhdessä. Asia oli kaikille uutta, ja työkaveria autettiin omien kykyjen mukaan. Merkitystä oli myös omalla asenteella ja kokeilemisen kautta oppimisella:

*Työkaverit auttaneet ja opettaneet kirjaamisessa.
Hyvin, ollaan keskusteltu ja aina kun kirjaa ja ei osaa valita mihin kirjaa, niin yhdessä pohditaan.
Työtoverit neuvovat minkä pystyvät.
Kokeilun ja erehdyksen kautta eteenpäin.*

Tukihenkilöiden antama tuki koettiin tärkeänä. He olivat aina käytettävissä ja heiltä sai konkreettista apua. Esimiesten tuki koettiin tiimeissä eri tavoin. Osa koki, että esimies on neuvonut tarvittaessa. Toisaalta ymmärrettiin, että asia on uusi myös esimiehille ja tuki heidän taholta koettiin vähäiseksi. Koulutus nähtiin myös yhtenä tuen muotona. Yhdenmukainen koulutus järjestettiin kaikille heti alussa. Nopeatempoisuudestaan huolimatta koulutuksesta koettiin olevan hyötyä. Saamaansa tukea hoitotyöntekijät kuvailivat muun muassa seuraavasti:

*Tukihenkilöiltä olen saanut eniten apua.
Meidän oma tukihenkilö kotihoidossa on ollut aina käytettävissä ja antanut henkilökohtaisesti neuvoja.
Tukihenkilö + esimies myös ovat neuvoneet tarvittaessa.
Esimiehet ovat yhtä eksyksissä kuin työntekijätkin Whoikessa.
Riittävästi, kaikille oli samanlainen koulutus.*

7.3.2 Tuen määrä

Tuen riittävyyttä selvittäessämme vastaajat toivat esille monia asioita. Osa vastaajista ilmoitti selkeästi tuen olevan riittävää ja osa taas olisi kaivannut enemmän tukea. Whoike-koulutusta kaivattiin enemmän. Vastaajat olisivat toivoneet koulutusta jonkin aikaa käyttöönoton jälkeen, jolloin asioita olisi osannut kysellä enemmän. Asioiden kertaamista ajoittain oli myös toivottu:

Tuki on ollut riittävää ja olen sitä aina saanut kun olen sitä tarvinnut.

Olisin enemmän kaivannut tukea.

Whoike koulutusta olisi saanut olla enemmän.

Hieman lisää koulutusta olisi kaivannut, etenkin jonkin aikaa käyttöönoton jälkeen olisi osannut kysellä enemmän.

Konkreettista tietoa kaivattiin siitä, mikä asia kirjataan minkäkin komponentin alle. Kirjallisia ohjeita kirjaamiseen oli liian paljon, ja niiden nähtiin olevan vaikeaselkoisia. Tukihenkilöt auttoivat omien töiden ohella ja heidän koettiin olevan ylityöllistettyjä. Tukihenkilöt tiimeissä koettiin tärkeinä, ja heillä olisi pitänyt olla enemmän aikaa kirjaamisen opastamiseen ja ohjaamiseen. Myös oman tiedonhaun aktiivisuutta pohdittiin ja sitä, että vielä on paljon oppimista:

Kaikkea ei muista mihin komponenttiin tulee.

Ohjeet kirjaamiseen ovat vaikeaselkoisia ja niitä ei jaksa edes lukea kun on niin paljon.

Välillä olisi toivonut hieman enemmän tukea, tukihenkilö yritti auttaa omien töiden ohella.

Paljon vielä oppimista.

7.4 Kirjaamisen muutos

Työntekijöiden kokemusta kirjaamisen muutoksesta selvitimme kysymällä: ”Mitä muita rakenteiseen kirjaamiseen tai sen käyttöönottoon liittyviä kommentteja tai huomioita sinulle tulee mieleen?” (kysymys 7). Merkittävänä tekijänä kirjaamistavan muutoksessa nähtiin Whoike-ohjelman haasteellisuus. Ohjelmaa pidettiin hitaana. Vastaajien mukaan kirjaamisohjelmat pitäisi tehdä yksinkertaisiksi ja helpoiksi käyttää. Whoike nähtiin epäselvänä ja tietojen löytyminen sieltä haasteellisena. Vastaajat pohtivat tietojen vaikean löytymisen

voivan johtaa jopa hoitovirheisiin. Osa vastaajista koki, ettei Whoike palvele kotihoitoa. Koettiin, ettei työntekijöiden mielipidettä kuunneltu eikä heillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa Whoike-ohjelman käyttöönotossa:

*Kirjaamisohjelmat pitäisi tehdä mahdollisimman yksinkertaisiksi ja helpoiksi, ettei esim. komponentteja tarvitse etsiä.
Whoike on hyvin epäselvä, vaikea löytää tietoja sieltä asiakkaasta.
Whoike ei toimi riittävän hyvin. Se on monimutkainen eikä palvele kotihoitoa.*

Rakenteisen kirjaamisen koettiin vievän enemmän aikaa. Asioiden kirjaaminen monivaiheisesti koettiin haasteellisena, ja komponentteja koettiin olevan liikaa. Vastaajat kokivat, että jokaisesta asiasta täytyy luoda ongelma, vaikkei varsinaista ongelmaa olisikaan. Puutteena nähtiin, ettei asiakkaan hyvää vointia voi kirjata mihinkään. Kirjaamiseen koettiin ylipäättään vähentyneen rakenteistumisen myötä. Toisaalta mietittiin, onko tarkoituksenmukaista kirjata samoja asioita päivittäin:

*Aikaa vievä kirjaustapa.
Jos asiakas voi hyvin, sitä ei voi kirjoittaa mihinkään.
Kirjaaminen on jäänyt paljon vähemmälle, samoin katselu.*

Kirjaamisen yhtenäistämistä Lappeenrannan ja Joutsenon välillä toivottiin vastaajien keskuudessa. Osa vastaajista koki, että muutosvastarinta oli huomattavaa ja uuden oppiminen vaikeaa. Aiemmat kokemukset tietokoneen käytöstä vaikuttivat myös muutoksen sisäistämiseen. Yhteisten koulutuksen lisäksi kaivattiin yksittäistä oppituntia, jossa ehtisi käydä asioita läpi omaan tahtiin. Kuitenkin uuden oppiminen koettiin tärkeänä ja positiivisena asiana:

*Muutosvastarinta ja uuden oppiminen on ollut huomattavaa..
Yksittäistä oppituntia, porukalla kun tekee ei aina kerkiä perässä.
Aina oppii uutta, tulee hyvä mieli uuden oppimisesta.*

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut kuvata hoitotyön rakenteista kirjaamista ja kirjaamiskäytäntöjen muutosta kotihoidossa työntekijän näkökulmasta sekä selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat muutoksen sisäistämiseen. Tavoitteena on ollut saada tietoa rakenteisen kirjaamisen tuomista hyödyistä ja haasteista työntekijälle sekä organisaation tuen merkityksestä muutoksessa.

Tutkimusongelmat oli jaettu teemoittain, ja kysymysten asettaminen kyselylomakkeeseen teemojen mukaisesti varmisti vastausten saamisen tutkimusongelmiin. Vastaukset olivat kattavia ja tuottivat paljon tietoa työntekijöiden kokemuksista. Vastausten tuottama tieto vastasi sitä, mitä kysymyksillä haettiin, joten oletettavasti kysymykset oli asetettu ymmärrettävään muotoon. Myös esitestauksessa todettiin, että kysymykset ovat ymmärrettäviä, vaikka lomaketta testaavat henkilöt eivät suoranaisesti ole olleet tekemisissä rakenteisen kirjaamisen kanssa.

8.1 Tulosten tarkastelu

Toteutimme opinnäytetyömme kahdessa kotihoidon tiimissä, joissa käyttöaika- ja kokemus sähköisestä potilastietojärjestelmästä ja rakenteisuudesta olivat erilaiset. Alun perin kysely oli tarkoitus toteuttaa vain yhdessä kotihoidon tiimissä, mutta toisen tiimin ottaminen mukaan kyselyyn toi laajemman näkökulman tarkasteltavaan asiaan. Vastaajista yli 60 % ilmoitti olleensa rakenteisen kirjaamisen kanssa tekemisissä yli vuoden, joten voidaan olettaa, että vastaajille on jo kehittynyt asiasta selkeä näkemys ja kokemus. Kaikilla vastaajilla oli käsitys rakenteisuudesta ja sen toimivuudesta hoitotyössä.

Joutsenossa on ollut sähköinen potilastietojen kirjaaminen käytössä vain reilun vuoden ajan, ja monille pelkästään tietokoneen käyttö on ollut uusi asia. Joutsenossa on lyhyen ajan sisällä tapahtunut kirjaamiseen liittyen kolme

merkittävää muutosta: siirtyminen manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen ja ohessa tietokoneen käytön opettelu työvälineenä sekä siirtyminen sähköisestä kirjaamisesta rakenteiseen kirjaamiseen. Alakylässä sisäistettävänä on puolestaan ollut siirtyminen narratiivisesta eli kertovasta kirjaamisesta rakenteiseen kirjaamiseen.

Huolimatta siitä, että Joutsenon tiimi on läpikäynyt monia muutoksia lyhyen ajan sisällä, on vastauksien perusteella suhtautuminen rakenteisuuteen ollut yllättävän myönteistä. Kuten aiemmin muutosta tarkasteltaessa on tullut esille, voivat monet peräkkäiset muutokset olla työyhteisöä rasittava tekijä. Tämän perusteella voisi ajatella, että etenkin Joutsenon tiimissä olisi toistuvien muutosten jälkeen jälleen uusi muutos koettu negatiivisemmin. Alakylän tiimi on läpikäynyt samat kirjaamisen muutokset kuin Joutsenon Pulpin tiimikin, mutta pidemmällä aikavälillä. Vastausten perusteella ei Alakylän tiimissä suhtautuminen muutokseen ole ollut yhtä positiivista kuin Joutsenon tiimissä. Huomioitavaa on myös se, että Alakylässä on viime aikoina tehty useita kyselytutkimuksia ja vastausaikana tiimissä oli meneillään myös toinen tutkimus. Tästä huolimatta olivat vastaukset kattavia ja vastausprosentti tiimissä korkea.

Muutoksen mielekkyyteen voi vaikuttaa aiemmat muutokset ja kokemukset muutosten läpiviennistä. Onnistunut muutos voi olla avuksi uusissa muutostilanteissa, kun taas aiemmin huonosti läpiviedyt muutokset voivat olla kompastuskivenä tulevaisuudessa. Myös ryhmän toimivuudella voi olla merkitystä muutoksen mielekkyydessä, ja hyvin toimiva ryhmä voi omaksua uusia asioita helpommin. (Arikoski & Sallinen 2007, 15; 51.) Kun ajatellaan muutosprosessia ja muutoksen läpivientiä, voi työtovereiden antama tuki ja yhdessä tekeminen olla työyhteisöä lujittava tekijä.

Tutkimuksemme vastauksissa ilmi tulleet rakenteisuuden hyödyt käytännössä ovat yhdensuuntaisia teoriassa esitettyjen hyötyjen kanssa. Vastaajat kokivat rakenteisuuden selkiyttävän kirjaamista ja komponenttien helpottavan tietojen

löytymistä. Tiedonkulun koettiin parantuvan eri toimipisteiden välillä. Vastaajat näkivät, että kirjaamisen suunnitelmallisuus yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä. Lisäksi vastaajat nostivat esille oikeusturvan sekä hoitotyöntekijälle että asiakkaalle. Myös Laineen (2008) pro gradu – tutkielman Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana mukaan hoitotyön tekijät kokivat positiivisena asiana muun muassa kirjaamisen selkeyden. Lisäksi tuloksemme olivat samansuuntaisia Karvisen & Tiililän (2006) Hyvään kirjaamiseen menee aikaa sekä Isotalon, Knuutilan, Koivukosken & Wilskmanin (2007) Sähköinen kirjaaminen tulee – artikkeleissa esitettyjen hyötyjen kanssa.

Sarannon ja Tantun (2006) artikkelin Hoitotietojen rakenteistamisen haasteet ja mahdollisuudet mukaan potilaan hoitotietojen kirjaamisen yhtenäisyys helpottaa tiedon löydettävyyttä, käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä koko hoitoprosessin aikana. Saumaton palveluketju yhdistää palvelutapahtumat asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi, riippumatta siitä, mikä yksikkö on palvelujen järjestäjä ja toteuttaja (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta 811/2000, 1225/2003). Juridisesti kirjaaminen on todiste siitä, että työntekijän lailliset ja eettiset vastuut potilaalle ovat toteutuneet ja että potilas on saanut laadukasta hoitoa (Saranto ym. 2007, 15.)

Sähköisen kirjaamisen hyötyjä nähtiin vastaajien keskuudessa melko monipuolisesti. Kotihoidossa suuri hyöty on tietojen siirtyminen eri yhteistyötahojen välillä, ja sähköinen potilastietojärjestelmä mahdollistaa tietojen siirtymisen luotettavasti ja nopeasti yksiköstä toiseen. Kotihoidon asiakkaasta kirjaamat tiedot ovat vastaavasti myös muiden hoitotahojen käytössä. Kotihoidossa asiakassuhteet ovat usein pitkäaikaisia ja sähköinen kirjaaminen, etenkin rakenteisuuden myötä, mahdollistaa asiakkaan tilan jatkuvan seurannan ja arvioinnin. Kirjaamiskäytännöissä on ollut suurta vaihtelua eri alueiden sekä eri hoitajien kesken, ja tähän asiaan on toivottu parannusta jo pitkään. Rakenteisuuden myötä kirjaamiskäytännöt yhtenäistyvät

komponenttien luokittelussa kirjaamista. Haasteena on kuitenkin edelleen se, ymmärretäänkö komponentit ja niiden sisältö samalla tavalla.

Asioiden asettaminen oikeiden komponenttien alle ja yhtenäisyys kirjaamisessa hoitajien kesken koettiin tutkimuksessamme haasteellisena. Kotihoidossa ei ole yhtenäisesti sovittu, minkä komponentin alle mitäkin tulisi kirjata. Tällä hetkellä hoitotyöntekijät tekevät itsenäisesti tai tiimin sisällä päätöksen siitä, minkä komponentin alle hoitotyön tarve ja toteutus kirjataan. Ongelmaksi voi muodostua se, että hoitajat käyttävät eri komponentteja samalle tarpeelle tai toteutukselle, jolloin tiedonhaku voi vaikeutua ja yhtenäisyys kirjaamisessa menetetään.

Laineen (2008) mukaan hoitotyöntekijät kuvaavat rakenteisen kirjaamistavan aikaa vieväksi ja kirjavaksi. Komponentteja koettiin olevan runsaasti ja niissä olevan päällekkäisyyksiä. Lääkäreiden kriittiset asenteet sähköiseen kirjaamiseen nousivat esiin moniammatillisessa yhteistyössä. (Laine 2008.) Tutkimuksessamme vastaajat kokivat kirjaamisen vievän runsaasti aikaa, ja tämä oli poissa hoitotyöstä. Vastaajat toivoivat yhteistyötahojen, etenkin lääkäreiden, hyödyntävän Whoiken kotihoidon osuutta monipuolisemmin. Yhtenä rakenteisuuden ja sähköisen kirjaamisen tavoitteena on tiedon kulun parantuminen yhteistyötahojen välillä, mutta mikäli eri tahot eivät sitoudu käyttämään Whoike-ohjelmaa, ei tämä tavoite toteudu.

Whoike-ohjelma koetaan tällä hetkellä hankalaksi käyttää. Hankalaksi koettu ohjelma ja sen useat päivitykset ovat voineet vaikuttaa rakenteisuuden omaksumiseen kirjaamisessa. Työntekijöillä menee paljon aikaa opetellessa ohjelman käyttöä, ja kirjaamisen muutoksessa rakenteisuus ja kirjaamisen eteneminen hoitoprosessin mukaisesti jäävät taka-alalle. Hoitotyössä prosessiajattelu on ollut mukana jo pitkään, mutta siitä huolimatta kirjaaminen prosessiajattelun mukaisesti vaatii uuden omaksumista. Kirjaamisen rakenteistuminen tekee hoitoprosessin näkyvämmäksi myös kirjaamisessa. Jos

hoitoprosessi on aiemmin ollut ikään kuin huomaamaton osa hoitotyötä, laittaa rakenteisuus kirjaamisessa ajattelemaan asiakaslähtöisemmin.

Saatujen tulosten perusteella vastaajat kokivat, että Whoike-ohjelman monimutkaisuuden vuoksi sen toimivuus kotihoidossa on kyseenalainen. Ohjelma on kuitenkin vielä osittain keskeneräinen, ja sen lopullisen version toimivuutta kotihoidossa ei tämän perusteella voida arvioida. Lisäksi asiaan on voinut vaikuttaa se, että vastaajille muutos on vielä alkuvaiheessa. Erämetsän (2003) mukaan yhtenä muutosvastarinnan tärkeänä tehtävänä onkin testata, jarruttaa ja hioa muutosta parempaan suuntaan (Erämetsä 2003). Toisaalta rakenteisen kirjaamisen nähtiin tuovan myös hyötyjä kotihoidon kirjaamiseen ja näin ollen voi rakenteinen kirjaaminen saavuttaa tavoitteensa myös kotihoidossa.

Tiimin ja työtovereiden sekä tukihenkilöiden antama tuki koettiin tärkeimpinä molemmissa tiimeissä. Tukihenkilöt nähtiin arvokkaina, mutta ylityöllistettyinä. Koska työntekijät kokevat tukihenkilöt merkittävänä apuna muutoksessa, olisi tärkeää, että tukihenkilöillä olisi riittävästi resursseja tähän. Myös Laineen (2008) tutkimuksessa tärkeimpänä tukimenetelmänä koettiin kollegoiden vertaistuki. Työntekijöiden pohtiessa yhdessä kirjaamista, tuo se yhtenäisen tavan kirjata asioita. Tämä toteutuu kuitenkin vain tiimien sisällä, eikä takaa yhtenäisen kirjaamistavan toteutumista laajemmalti. Toisaalta, mikäli tapaa kirjata hoitoprosessin mukaisesti ei ole sisäistetty oikein, voi virheellinen kirjaustapa levitä työntekijöiden keskuudessa.

Tukihenkilöiden antaman tuen lisäksi vastaajat nostivat esille koulutuksen merkityksen. Koulutus on järjestetty ennen ohjelman käyttöönottoa ja on mahdollista, että asioiden sisäistäminen tuolloin on ollut vaikeaa. Vastaajat toivoivatkin asioiden kertaamista ja uutta koulutusta jonkin aikaa käyttöönoton jälkeen. Tämä mahdollistaisi sen, että työntekijät saisivat vastauksia heränneisiin kysymyksiin asiaan perehtyneiltä kouluttajilta. Toisaalta työntekijät voisivat käyttöönoton jälkeen tuoda esille kehitysehdotuksia ja asiaan

perehtyneet kouluttajat viedä niitä eteenpäin. Myös Laineen (2003) pro gradu – tutkielmassa Henkilökunnan kokemuksia tietojärjestelmän käyttöön otosta ja käytettävyydestä vastaajat kokivat, että koulutuksessa tulisi edetä pikku hiljaa ja ettei keralla tulisi liikaa asioita.

Konkreettiset esimerkit ja kirjalliset ohjeet helpottaisivat hoitotyön kirjaamista arjessa. Olemassa olevat kirjaamisohjeet koettiin vaikeaselkoisina ja niiden käyttö jäi tästä syystä vähäiseksi. Työntekijöiden kuuleminen ohjeita laatiessa olisi tärkeää, jotta niihin saataisiin koottua työntekijöitä palveleva, tiivis kokonaisuus.

Teoriaosassa aiemmin käsitellyt muutoksen vaiheet ovat pelko, viha, uhma, luopumisen myötä suru sekä ilo. Eri tunnevaiheiden tunnistaminen olisi tärkeää, jotta työntekijä saisi parhaan mahdollisen tuen muutoksessa. Poisoppiminen vanhoista tavoista ja vanhasta luopuminen vie mahdollisesti eniten aikaa. Tärkeää olisi myös huomioida muutosvastarinta luonnollisena osana muutosta ja nähdä se muutosta tukevana asiana, mikäli muutosvastarinta on tervettä. Muutoksen vaiheisiin nähden voisi saatujen vastausten perusteella ajatella, että työntekijät ovat luopumisen ja vanhasta poisoppimisen vaiheessa. On kuitenkin huomioitava, että molemmissa tiimeissä on muutos vielä melko alkuvaiheessa ja muutosprosessi tulee jatkumaan vielä pitkän aikaa tämän tutkimuksen jälkeenkin.

Tätä opinnäytetyötä tehdessämme ja kotihoidon työntekijöinä olemme olleet mukana sekä hoitokertomuskoulutuksissa että käyttämässä kotihoidon hoitokertomusta Whoikea. Kirjaamiseen on tullut rakenteistumisen myötä paljon muutoksia verrattuna aikaisempaan tapaan kirjata. Whoike-ohjelma on haasteellinen ja omien kokemusten myötä voi ymmärtää, että kirjaamistavan muutosta ei ole kovin helppoa sisäistää. Hoitotyö on haasteellista jo itsessään, ja hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Mikäli kirjaamisohjelmat tehdään liian monimutkaisiksi ja vaikeaselkoisiksi, voi riskinä olla potilasturvallisuuden vaarantuminen.

Omien kokemuksiemme pohjalta olemme huomanneet kirjaamisen prosessiajattelun tuovan lisää näkökulmia ja pohdintaa myös hoitotyöhön. Asiakkaan tarpeita ja tavoitteita pohtiessa kirjaamisen yhteydessä tulee asiakkaan tilanne käytyä läpi kokonaisvaltaisesti. Aikaisemmassa, narratiivisessa kirjaamistavassa, ei asiakkaan tarpeita ja tavoitteita systemaattisesti kirjattu näkyviin, vaan pääpaino oli hoitotyön toteutuksen kirjaamisessa.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tiedonhankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2008, 23.)

Lähtökohtana tutkimuksessa on ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla ihmisten itse päättää, osallistuvatko he tutkimukseen eli tutkimukseen osallistumisen on oltava vapaaehtoista. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Lisäksi tutkimuksesta saatavan hyödyn tulee olla suurempi kuin siitä aiheutuvan haitan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 26- 27.)

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja yhteistyösopimus (liite 4) on tehty kotihoidonpäällikkö Raili Paajasen sekä Saimaan ammattikorkeakoulun kesken. Opinnäytetyön eettisyyden toteutumiseksi anoimme tutkimusluvan (liite 3) Lappeenrannan kaupungin vanhustenpalvelujen johtaja Merja Tepposelta. Koska tutkimuksessamme ei käsitelty asiakastietoja, ei tutkimuslupaa tarvinnut anoa eettiseltä toimikunnalta.

Lappeenrannan Alakylän ja Joutsenon Pulpin tiimin kyselylomakkeet sisälsivät saatekirjeen (liite 2), jossa kerroimme vastaajille tutkimuksesta. Saatekirjeessä kerroimme tutkimuksen tarkoituksesta ja siitä saatavasta hyödystä sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Lisäksi saatteessa korostimme vastausten luottamuksellista käsittelyä. Saatekirjeessä oli meidän yhteystietomme, jotta vastaajilla oli mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyviä asioita. Kyselylomakkeen (liite 1) täytettynä palauttaminen voitiin katsoa suostumuksena tutkimukseen osallistumiselle.

Tutkimukseen osallistuvien nimettömyys ei riitä anonymiteetin takaamiseen, sillä edes tutkimukseen osallistuvien lähiympäristö ei saa tunnistaa heitä (Paunonen & Vehviläinen–Julkunen 2006, 31). Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuorissa, jotka koottiin tiimeihin vietyihin palautuskuoriin. Haimme palautuskuoret tiimeistä vastausajan päätyttyä. Yksi vastauksista tuli sähköpostitse, sillä vastaus oli jäänyt pois palautuskuoresta. Vastatessaan sähköpostitse vastaaja oli tietoinen anonymiteettiin liittyvistä asioista. Molempien tiimien vastaukset käsiteltiin yhdessä ja kirjoitettaessa vastauksia puhtaaksi, kyseinen vastaus sulautui muiden vastausten joukkoon. Näin ollen hänen vastauksensa ei erotu muiden vastausten joukosta. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitettiin.

Kyselylomakkeessa ei kysytty vastaajien ammattia, vaan kaikkia vastaajia käsiteltiin kotihoidon työntekijöinä. Otannan pienen koon vuoksi olisi eri ammattiryhmien anonymiteetti ollut mahdoton taata, mikäli tutkimustulokset olisi esitetty ammattiryhmittäin. Kyselyyn osallistuvia tiimejä valittaessa huomioitiin aikaisempi työskentelymme kotihoidossa. Kyselyä ei voitu toteuttaa tiimeissä, joissa olemme työskennelleet. Näin olemme huomioineet sen, että emme tunnistaisi henkilöitä käsialan tai muiden henkilökohtaisten ominaisuuksien perusteella. Se, että emme tunne vastaajia henkilökohtaisesti, takaa sen, että näkökantamme pysyy neutraalina eikä vaikuta tutkimustuloksiin.

Eettisyys on kulkenut mukana työn ideavaiheesta lähtien. Aiheen valinnassa ja rajauksessa, näkökulman ja kyselyyn osallistuvien tiimien valinnassa sekä tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa on jouduttu miettimään eettisiä seikkoja. Tutkijoiden aiemmalla kokemuksella kotihoidosta on ollut puolensa. Etuna on ollut kotihoidon organisaation ja työympäristön tunteminen toimintatapoineen, mutta toisaalta tämä on tuonut mukanaan paljon vastuuta ja eettistä pohdintaa.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja hyödyntämisen kannalta. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän on varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Uskottavuutta vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Olemme aloittaneet aiheeseen perehtymisen jo aihevalintaa miettiessä. Kirjaaminen kotihoidossa on meille jo entuudestaan tuttua, mutta rakenteinen kirjaaminen on tullut uutena myös meille. Opinnäytetyöprosessi on kestänyt jo lähes kahden vuoden ajan ja on pitänyt sisällään teoriaan ja aiempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin perehtymistä, rakenteisen kirjaamisen koulutuksia sekä rakenteista kirjaamista kotihoidossa. Oma perehtyminen aiheeseen auttaa ymmärtämään tutkimukseen osallistujien näkökulmaa asiasta.

Tuloksia tarkastellessa olemme pyrkineet peilaamaan saatuja tuloksia samaa aihetta käsittelevien tutkimusten tuloksiin, kuten Kavènin (2005) Sähköinen Potilaskertomus – hoitohenkilökunnan toiveiden ja kokemusten vertailua sekä Laineen (2008) Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Tutkimuksemme tulokset olivat hyvin samansuuntaisia kuin edellä mainittujen tutkimusten tulokset, vaikka otanta tutkimuksessamme oli suhteellisen pieni. Tämä vahvisti omaa tulkintaamme kyselyyn vastanneiden henkilöiden käsityksistä.

Lisäksi pyrimme varmistamaan useaan otteeseen, että olemme tulkinneet oikein vastaajien näkökulman. Tarkistimme aineiston läpi useaan kertaan ja keskustelimme siitä, onko meidän tulkintamme vastaajien näkemyksistä yhtenevä. Hirsjärven ym. (2008) mukaan triangulaatio on yksi keino vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijatriangulaatio tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuu useampia tutkijoita aineiston kerääjinä ja erityisesti aineiston analysoijina ja tulkitsijoina.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että lukija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteittäin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Olemme pitäneet päiväkirjaa opinnäytetyöprosessin etenemisestä, joten tutkimusprosessin eri vaiheet on voitu luotettavasti tuoda raportissa esille. Tutkimuspäiväkirjasta olemme voineet tarkastaa tutkimusprosessin etenemiseen liittyviä seikkoja, näkökulmia ja ajatuksia prosessin alkuvaiheessa. Tutkimuksen tekeminen laadullisena tutkimuksena osoittautui hyväksi valinnaksi, sillä saimme esille työntekijöiden henkilökohtaisen näkemyksen asiasta. Otanta oli suhteellisen pieni, mutta tuotti riittävästi aineistoa. Analysoidessamme tuloksia aineiston määrä oli hallittavissa, ja otanta oli suhteutettu tutkimuksen laajuuteen.

Analysoidessamme aineistoa käytimme induktiivista sisällönanalyysia, joka on laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmä. Aineiston luokittelu ja abstrahointi etenivät järjestelmällisesti, ja poimimme aineistosta suorat

lainaukset, jotka kirjoitimme analyysin alkuvaiheessa puhtaaksi. Suorat lainaukset ovat kuitenkin näkyvissä tulosten yhteydessä. Näin voidaan varmistaa se, että tulkinnat vastauksista perustuvat vastaajien tuottamaan aineistoon.

Refleksiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Koska itsekkin olemme hoitotyöntekijöitä, valitsimme näkökulmaksi työntekijän näkökulman. Ymmärtääksemme paremmin työntekijän kokemusta muutoksesta, olemme osallistuneet itse rakenteisen kirjaamisen koulutukseen ja sekä käyttäneet uutta kirjaamistapaa. Tulosten analysoinnissa olemme pystyneet suhtautumaan työntekijöiden kielteisiin kokemuksiin neutraalimmin ja näkemään muutoksen haasteellisuuden työntekijälle. Toisaalta olemme joutuneet huolehtimaan siitä, etteivät omat asenteemme ja kokemuksemme näy tulosten tulkinnassa.

Kyselylomaketta laatiessamme olisimme voineet teoriatiedon pohjalta laatia kysymykset melko tarkkaan, antaen valmiita vastausvaihtoehtoja. Avoimilla kysymyksillä vastaajille annettiin mahdollisuus tuoda asioista oma näkemys ja mielipide. Kyselylomakkeita toimitettaessa annoimme vain yleiset vastausohjeet. Emme tuoneet esille omia mielipiteitämme ja näkemyksiämme rakenteisesta kirjaamisesta, jottei niillä olisi ollut vaikutusta vastauksiin.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkimus toteutettiin kotihoidossa, jossa hoitotyön kirjaaminen tapahtuu asiakaskäyntien jälkeen, ja tietojen tarkastaminen kotikäyntien yhteydessä ei ole tällä hetkellä mahdollista. Lappeenrannan kotihoidossa on käytössä Effic-potilastietojärjestelmä, joka on yhtenäisessä käytössä koko Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueella. Tietojen siirtyminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on mahdollista alueellisen katselun kautta. Eri ammattiryhmillä on lisäksi erilaiset käyttöoikeudet potilastietoihin ja niiden näkyvyyteen.

Hoitokertomus on Effica-potilastietojärjestelmässä nimellä Whoike. Hoitava yksikkö, esimerkiksi osastot tai kotihoito, laativat Whoikeen potilaalle omat hoitokertomuksensa. Nämä hoitokertomukset ovat nähtävissä eri yksikköjen kesken, mikä tukee hoidon jatkuvuutta. Erilliset hoitokertomukset eri yksiköissä mahdollistavat potilaan kokonaisvaltaisen hoidon potilaan sen hetkisten tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti.

Kirjaamisen rakenteistuminen kotihoidossa on ollut työntekijöille suuri muutos. Muutoksessa ei kehitytä ja kasveta paremmaksi tietystä asiassa vaan tehdään asia kokonaan uudella tavalla aikaisemmasta poiketen (Erämetsä 2003, 26). Kirjaamisen muutos on merkittävästi muuttanut tapaa kirjata ja muutos on tapahtunut koko organisaation tasolla. Kyselyn toteuttamisen aikaan hoitokertomuksen käyttöönotosta oli kulunut muutamia kuukausia.

8.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kyselytutkimuksen avulla saada tietoa rakenteisen kirjaamisen tuomista hyödyistä ja haasteista työntekijälle sekä organisaation tuen merkityksestä sen tuomassa muutoksessa. Tutkimuksesta saatujen tietojen perusteella voidaan kehittää kotihoidon hoitotyön kirjaamista ja saada tietoa työntekijöiden kokemuksesta muutoksessa.

Riittävällä tuella on suuri merkitys muutoksessa ja uuden oppimisessa. Tärkeimmäksi tuen muodoksi koettiin tukihenkilöiden antama tuki ja olisi tärkeää, että tukihenkilöillä olisi riittävästi resursseja ja aikaa oman työn ohella auttaa ja neuvoa työntekijöitä. Koulutuksen järjestäminen jonkin aikaa käyttöönoton jälkeen olisi myös merkityksellinen oppimisen kannalta. Tämä tarjoaisi mahdollisuuden saada vastaus käyttöönoton jälkeen heränneille kysymyksille sekä saada konkreettista tukea ja ohjausta kädestä pitäen. Koska muutos jatkuu vielä pitkään käyttöönoton jälkeen, tulisi myös huomioida tuen tarpeen jatkuminen.

Vastaajat kaipasivat konkreettista tukea ja selkeitä kirjallisia ohjeita rakenteiseen kirjaamiseen. Kirjaamisohjeita on ollut työntekijöiden käytössä, mutta ne on koettu vaikeaselkoisiksi. Lisäksi vastaajat pohtivat kirjaamisen yhtenäisyyttä. Näihin tekijöihin apua voisi tuoda kotihoidon sisäiset ohjeet tavallisimmista kotihoidossa käytettävistä komponenteista ja niiden sisällöstä. Tämä toisi konkreettista apua kirjaamiseen ja yhtenäistäisi kirjaamista kotihoidossa. Kirjaamisohjeiden tekeminen yhdessä työntekijöiden kanssa tekisi ohjeet käytännönläheisiksi ja työntekijöiden tarpeita vastaaviksi.

Kuten aiemmin muutosta käsiteltäessä on todettu, on tärkeää mitata muutoksen kehittymistä. Muutoksen tarpeellisuus voi jäädä toteamatta, jollei sen tuomia hyötyjä tai haasteita mitata millään tavoin. Tekemäämme tutkimusta voi hyödyntää pohdittaessa kyseisen muutoksen tuomia hyötyjä ja haasteita sekä seurata muutoksen etenemistä.

Jatkotutkimuksena voidaan selvittää rakenteisen kirjaamisen myöhäisempää muutosvaihetta. Tutkimuksessa voitaisiin käyttää pohjana tässä tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta. Tehtävällä tutkimuksella selvitettäisiin miten hoitotyön rakenteisen kirjaamisen muutos on sisäistetty ja mitkä ovat rakenteisen kirjaamisen hyödyt pidemmällä aikavälillä. Myös kirjaamisohjelman kehittyminen ja sen merkitys hoitotyön kirjaamiselle voisi näkyä tutkimuksessa.

KUVIOT

Kuvio 1 Hoitotyön prosessi, s. 10

Kuvio 2 Potilaskertomustekstin rakenteistuminen, s. 11

Kuvio 3 Kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaisesti hoitokertomukseen, s. 13

TAULUKOT

Taulukko 1 Tarve- ja toimintoluokitukset versio 2.0.1, s. 12

LÄHTEET

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2002. Hoitamalla hyvää oloa. 5.-6. painos. WS Bookwell Oy: Porvoo.

Arikoski, J. & Sallinen, M. 2007. Vastarinnasta vastarannalle – johda muutos taitavasti. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu.

Erämetsä, T. 2003. Myönteinen muutos. Vammalan kirjapaino: Vammala.

Hallilla, L., Ensio, A., Rönkkö, I., Toivanen, I. & Väisänen, S. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-Paino Oy: Tampere.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu.

Hannonen, A. 2005. Hoitotyön kirjaamisen arviointi kotihoidossa. Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hyvinvoinnin johtaminen – erikoistumisopinnot. Kehittämistehtävä.

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy: Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13. -14. painos. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja Kirjaa. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.

Isotalo, T., Knuutila, M., Koivukoski, S. & Wilskman K. 2007. Sähköinen kirjaaminen tulee. Sairaanhoidaja-lehti 6-7 vol 80., 12 - 14.

Jokinen, A. 2005. Muutosvastarinta uuden tietojärjestelmän käyttöönoton yhteydessä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Karvinen, K. & Tiililä, U. 2006. Hyvään kirjaamiseen menee aikaa. Dialogi 7, 16 – 17.

Kavén, A. 2005. Sähköinen potilaskertomus – hoitohenkilökunnan toiveiden ja kokemusten vertailua. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Kiiski, K., Dölling-Hasu, B. & Jaakkola, T. 2008. Kotihoidon asiakkaaksitulo-prosessi. Kouvola, Kymijoen kaupunki.

Kivekäs, E. 2006. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen. Sairaalaviesti 2, 21 - 23.

Kratz, C.R. 1992. Hoitotyön prosessi. 6. painos. WSOY: Juva.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus.1. painos. Edita Prima Oy: Helsinki.

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

Laine, R. 2003. Henkilökunnan kokemuksia tietojärjestelmän käyttöönotosta ja käytettävyydestä. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta 811/2000, 1225/2003

Lappeenrannan kaupunki. www.lappeenranta.fi (Luettu 19.1.2010)

Mustajoki, M. & Sundman, E. 2007. Sairaanhoidajan käsikirja. 4. painos. Karisto Oy: Hämeenlinna.

Nurmi, A. & Värtö, R. 2003. Kirjaamisen kehittäminen Lappeenrannan kotihoitokeskuksen Ratakadun tiimissä. Etelä-karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Nurminen, T. & Santala, M. 2007. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen ikääntyneiden laitoshoidossa. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY: Porvoo.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY Oppimateriaalit Oy Helsinki.

Saranto, K. & Tantt, K. 2006. Hoitotietojen rakenteistamisen haasteet ja mahdollisuudet. Pro Terveys 2, 12 - 14.

VSSH. Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005- 2008. Loppuraportti osa 1. www.vssh.fi (Luettu 17.11.2009)

Rastita oikea vaihtoehto

1. Millä kotihoidon alueella työskentelet?

- Joutsenon alueen kotihoito
 Lappeenrannan alueen kotihoito

2. Kauanko olet ollut tekemisissä rakenteisen kirjaamisen kanssa? Arvioi aikaa esimerkiksi ensimmäisestä rakenteisen kirjaamisen koulutuksesta johon olet osallistunut.

- alle 3 kk
 3-6 kk
 6-12 kk
 yli 12 kk

Kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan. Tarvittaessa voit jatkaa vastaustasi kysymyslomakkeen kääntöpuolelle.

3. Mitä hyötyä koet rakenteisen kirjaamisen tuovan hoitotyöhön? Entä hoitotyön kirjaamiseen?

4. Mitä haasteita koet rakenteisen kirjaamisen tuovan hoitotyöhön? Entä hoitotyön kirjaamiseen?

5. Millaista tukea olet saanut rakenteisen kirjaamisen käyttöönotossa esimerkiksi työtovereiden, tukihenkilöiden ja esimiesten taholta?

6. Onko saamasi tuki ollut riittävää? Jäitkö kaipaamaan jotakin?

7. Mitä muita rakenteiseen kirjaamiseen tai sen käyttöönottoon liittyviä kommentteja tai huomioita sinulle tulee mieleen?

Kiitos vastauksistasi ja ajastasi!

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

30.10.2009

HYVÄ KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄ

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Saimaan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä. Opintoihimme sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyömme aiheena on hoitotyön kirjaamisen muutos kotihoidossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyön rakenteista kirjaamista ja kirjaamiskäytäntöjen muutosta kotihoidossa työntekijän näkökulmasta sekä selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat muutoksen sisäistämiseen. Tavoitteena on saada tietoa rakenteisen kirjaamisen tuomista hyödyistä ja haasteista työntekijälle sekä organisaation tuen merkityksestä sen tuomassa muutoksessa. Saatujen tutkimustulosten avulla voidaan kehittää kotihoidon hoitotyön kirjaamista.

Lappeenrannan kaupunki on myöntänyt meille tutkimusluvan 16.10.2009 alkaen. Tutkimus tehdään kyselytutkimuksena Lappeenrannan kotihoidon Alakylän ja Joutsenon Pulpin tiimeille. Kysymyksiin vastaaminen on vapaaehtoista. Sinun mielipiteesi ja kokemuksesi näistä asioista ovat erityisen arvokkaita. Vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja saadut vastaukset käsitellään ehdottaman luottamuksellisesti.

Vastausaikaa Sinulla on noin kaksi viikkoa, 30.10–16.11.2009 välisenä aikana.

Ohessa on kirjakuori, johon kyselylomake vastaamisen jälkeen laitetaan. Suljetut kirjakuoret haetaan tiimeistä henkilökohtaisesti vastaamisajan päätyttyä. Voit irrottaa tämän saatekirjeen itsellesi palauttaessasi valmiin vastauksen.

Työn ohjaajana on Saimaan ammattikorkeakoulun lehtori Birgitta Lehto

KIITOS YHTEISTYÖSTÄSI!

Ystävällisin terveisin

Sari Salo

Kati Tikka

Yhteystiedot

Yhteystiedot