

Opinnäytetyö AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2010

Anne Järvenpää & Jutta-Kaisa Mellanen

Tapaustutkimus

# RAKENTEISEEN KIRJAAMI- SEEN SIIRTYMINEN

*”Tuleeks se vai eiks se tuu?”*



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anne Järvenpää

Jutta-Kaisa Mellanen

## Tapaustutkimus – RAKENTEISEEN KIRJAAMISEEN SIIRTYMINEN ”Tuleeks se vai eiks se tuu?”

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja pyrkiä ymmärtämään Turun sosiaali- ja terveystoimen yhden osaston henkilökunnan kokemuksia siirtymisestä rakenteiseen kirjaamiseen. Tutkimus liittyy Turun sosiaali- ja terveystoimen hankkeeseen, jonka tarkoituksena on siirtää valtakunnallinen, hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamismalli käytäntöön. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää miten siirtymävaihe koettiin, missä onnistuttiin ja mitä olisi pitänyt tehdä toisin.

Teoreettisessa viitekehyksessä tarkastellaan rakenteisen kirjaamisen merkitystä hoidon laadun kannalta ja muutosjohtamista sekä muutoksen läpiviemistä terveydenhuollossa. Lisäksi perehdytään pitkäaikaissairaanhoidon kirjaamiseen ja sairaanhoitajien kokemuksiin rakenteisesta kirjaamisesta.

Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena ja tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastattelun ja havainnoinnin avulla. Ryhmähaastattelu eteni etukäteen laaditun teemahaastattelurungon mukaan ja siihen osallistui neljä hoitajaa tutkittavalta osastolta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan muutostilanteessa olisi tärkeää, että suunniteltua aikataulua noudatetaan. Tutkittavat kokivat, ettei henkilö- ja aikaresursseja huomioitu tarpeeksi, sillä siirtymä tapahtui työn ohessa ja tämä vei aikaa ja voimavaroja muualta. Havaittavissa oli myös epätietoisuutta ja epävarmuutta mallin tarpeellisuudesta, mutta tutkimushetkellä tilanne oli kuitenkin hyväksytty. Koulutusmenetelmänä käytettyä vierikoulutusta pidettiin hyvänä, mutta tukimateriaalin määrä ja laatu koettiin heikoksi. Kirjalliset ohjeet ovat tärkeitä, mutta kaikkea ei voida ohjeistaa sen suhteen, mitä ja miten pitäisi kirjata. Rakenteinen kirjaaminen ei ole vielä täysin ongelmaton, esimerkiksi päällekkäistä kirjaamista tehdään vielä runsaasti. Tulosten mukaan rakenteisen kirjaamisen yhteyttä hoidon laatuun on vaikea arvioida, eikä potilasturvallisuus ole parantunut tai huonontunut rakenteisen kirjaamismallin myötä. Uutta kirjaamismallia pidetään kuitenkin parempana kuin entistä. Havainnointiaineisto osaltaan tuki tutkimustuloksia. Tuloksista saatua tietoa voivat hyödyntää Turun sosiaali- ja terveystoimen projektiin liittyvät tahot ja erityisesti ne osastot, jotka eivät ole vielä siirtyneet rakenteisen kirjaamisen käytäntöön.

### ASIASANAT:

Kirjaaminen, potilasasiakirjat, hoitotyö, laatu, muutos, muutosjohtaminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing | Registered Nurse

May 2010 | 56 pages + 1 appendix

Anne Järvenpää

Jutta-Kaisa Mellanen

Case study –

## MOVING TO STRUCTURED DOCUMENTATION

The aim of this study was to describe and try to understand the employees' experiences of one department in Turku while moving to structured documentation. This study is related to a wider research in the Turku Municipal Health Care and Social Services Department. The goal of this study was to clarify how the transitional phase was experienced, what had been done well and what should have been done differently.

The theoretical frame examines what the meaning of structured documentation is to the nursing quality and the management of change in the health care context. Documentation in nursing homes and the nurses' experiences of structured documentation have also been examined.

This qualitative study was carried out as a case study and the research material was collected by group interview and observation. The group interview (N=4) moved on according to a theme interview framework that had been prepared in advance.

According to the results it would be important that the planned schedule is followed. The interviewed nurses experienced that personnel and time resources were not noticed enough, since the shift was carried out together with the normal daily work. Uncertainty against the necessity of the new documentation system was also perceived, though it was accepted at the time of this study. Personal education was considered to be a good training method but the quality and quantity of the support material was evaluated to be weak. There are still problems with the structural documentation, for example same data is documented in several places. This study shows that it is difficult to evaluate the connection between structured documentation and the quality of nursing care. The patient safety has not got better or impaired. No matter what, the new documentation system is considered to be better than the old one. The executed observation supports the results of this study. These study results can be utilized especially by wards that have not yet moved to structured documentation.

### KEYWORDS:

Documentation, patient records, nursing, quality, change, management of change

# SISÄLTÖ

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>JOHDANTO</b>  | <b>6</b>  |
| <b>2</b> | <b>KIRJAAMISEN KEHITTÄMISHANKKEET</b>                              | <b>7</b>  |
| 2.1      | Valtakunnallinen hanke   | 7         |
| 2.2      | Turun sosiaali- ja terveystoimen hanke                             | 10        |
| <b>3</b> | <b>HOITOTYÖN KIRJAAMINEN</b>                                       | <b>12</b> |
| 3.1      | Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset                           | 12        |
| 3.2      | Rakenteisen kirjaamisen merkitys hoidon laadun kannalta            | 13        |
| 3.3      | Rakenteisen kirjaamisen merkitys hoitotyön johtamisen näkökulmasta | 17        |
| 3.4      | Sairaanhoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta            | 18        |
| 3.5      | Tutkimuksia pitkäaikaissairaanhoidon kirjaamisesta                 | 19        |
| <b>4</b> | <b>TERVEYDENHUOLLON JOHTAMINEN</b>                                 | <b>22</b> |
| 4.1      | Johtamisen perusulottuvuuksia terveydenhuollossa                   | 22        |
| 4.2      | Muutosjohtaminen ja muutoksen läpivieminen terveydenhuollossa      | 23        |
| <b>5</b> | <b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT</b>                   | <b>26</b> |
| <b>6</b> | <b>TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN</b>                        | <b>27</b> |
| 6.1      | Tutkimusmenetelmät   | 27        |
| 6.2      | Tutkimusaineiston hankkimisen käytännön toteutus                   | 29        |
| 6.3      | Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi                            | 30        |
| <b>7</b> | <b>TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>                       | <b>32</b> |
| <b>8</b> | <b>TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>  | <b>37</b> |
| 8.1      | Kokemukset rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisestä                 | 38        |
| 8.1.1    | Siirtymävaiheen venyminen suunnitellusta aikataulusta              | 39        |
| 8.1.2    | Jalkauttamisen eteneminen  | 39        |
| 8.1.3    | Töiden aikatauluttaminen   | 40        |
| 8.1.4    | Suhtautuminen muutokseen   | 41        |
| 8.2      | Johdolta saatu tuki  | 42        |
| 8.2.1    | Saatu koulutus   | 42        |
| 8.2.2    | Voimavarat   | 43        |
| 8.3      | Hoidon laatu   | 44        |
| 8.3.1    | Vaikutus hoitosuhteeseen   | 44        |
| 8.3.2    | Hoidon laadun arviointi  | 45        |
| 8.4      | Havainnoidut kirjaamistapahtumat                                   | 46        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>                          | <b>47</b> |
| 9.1 Tutkimustulosten tarkastelu                              | 47        |
| 9.2 Tutkimusprosessin tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset  | 50        |
| <b>LÄHTEET</b>   | <b>53</b> |
| <br>   |           |
| <b>LIITTEET</b>  |           |
| Liite 1. Haastattelun runko                                  | 57        |
| <br>   |           |
| <b>KAAVIOT</b>   |           |
| Kaavio 1. Teema-alueiden ja tutkimusongelmien välinen yhteys | 30        |
| Kaavio 2. Analyysin eteneminen                               | 32        |
| Kaavio 3. Kokemukset rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisestä | 38        |
| Kaavio 4. Johdolta saatu tuki                                | 42        |
| Kaavio 5. Hoidon laatu                                       | 44        |

# 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Turun sosiaali- ja terveystoimen yhden osaston henkilökunnan kokemuksia rakenteisen kirjaamisen käyttöönottovaiheista. Opinnäytetyö liittyy Turun sosiaali- ja terveystoimen hankkeeseen, jonka tarkoituksena on siirtää valtakunnallinen, hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen kirjaamismalli käytäntöön.

Sosiaali- ja terveysministeriö edellytti vuonna 2004, että kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä on vuoden 2007 loppuun mennessä otettava käyttöön tietorakenteet, jotka ovat ydintietomääräysten mukaiset (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008). Rakenteisen kirjaamisen jalkauttamista käytäntöön on tutkittu melko vähän. Tämän opinnäytetyön tavoite onkin selvittää osaston henkilökunnan kokemusten kautta, miten siirtymävaihe koettiin, mitä ongelmia kohdattiin, missä onnistuttiin ja mitä olisi pitänyt tehdä toisin. Saatua tietoa voivat hyödyntää Turun sosiaali- ja terveystoimen projektiin liittyvät tahot ja erityisesti ne osastot, jotka eivät ole vielä siirtyneet rakenteisen kirjaamisen käytäntöön.

Tantun ja Rusin (2007, 117) mukaan rakenteinen kirjaaminen muuttaa potilaan hoitoa monilta osin sujuvammaksi ja täten vaikuttaa myös hoidon laatuun. Opinnäytetyön teoriaosassa tarkastellaankin rakenteisen kirjaamisen merkitystä hoidon laadun kannalta. Müller-Staub ym. (2007, 15) toteavat tutkimuksessaan, että yhtenäistetyllä hoitotyön kirjaamismenetelmällä on mahdollista parantaa kirjaamisen, hoitotyössä määriteltävien potilaskohtaisten tavoitteiden ja suoritettujen hoitotyön toimintojen laatua. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan lisäksi muutosjohtajuutta ja muutoksen läpiviemistä terveydenhuollon organisaatiossa.

Opinnäytetyö toteutettiin tapaustutkimuksena ja aineisto kerättiin haastattelun ja havainnoinnin avulla. Tapaustutkimus soveltuu käytettäväksi tutkimusmenetelmänä silloin, kun haetaan yksityiskohtaista tietoa pienestä joukosta ja pyritään saamaan tietoa vähän tutkitusta aiheesta (Hirsjärvi ym. 2004, 125 – 126).

## 2 Kirjaamisen kehittämishankkeet

### 2.1 Valtakunnallinen hanke

HoiDok -hanke, eli valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke, toteutettiin 1.5.2005–31.5.2008 välisenä aikana kahdessa eri vaiheessa. Hanketta koordinoi Kuntaliitto. Hankkeen hallinnoijana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP), joka vastasi hankkeen erillisen kirjanpidon lisäksi valtionavustusselvitysten tekemisestä ja yhteydenpidosta hankkeen rahoittajille. Lisäksi VSSHP huolehti hallinnon ja valtionavustuksen käytön valvonnan järjestämisestä. Projektinjohtajana toimi Kaarina Tantu VSSHP:stä. Hän johti hankekokonaisuutta ja koordinoi osahankkeiden toimintaa. Lisäksi hänen vastuullaan oli raportointi usealle eri taholle: johto- ja ohjausryhmälle sekä hankkeen hallinnoijalle. Tantu piti myös yhteyttä alueiden ja valtakunnan toimijoihin ja hoiti tiedottamisen. (VSSHP 2008.)

Sähköisen potilaskertomuksen kehittämisen taustalla oli Kansallinen terveys-hanke, jossa HoiDok -hanke oli osana. Hankkeen lähtökohta tuli kuitenkin Sosi-aali- ja terveysministeriöltä, joka edellytti, että kaikissa sähköisissä potilasasia-kirjajärjestelmissä on vuoden 2007 loppuun mennessä otettava käyttöön tieto-rakenteet, jotka ovat ydintietomääräysten mukaiset. Ydintiedoilla tässä tarkoitetaan potilaan kannalta keskeisiä tietoja, jotka antavat kokonaiskuvan henkilön terveys- ja sairaushistorian lisäksi myös siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. (VSSHP 2008.)

Hankkeen tavoitteena oli kehittää vuoden 2007 loppuun mennessä rakenteinen hoitotyön kirjaamisen perusmalli, joka olisi valtakunnallisesti yhtenäinen. Lisäksi tavoitteena oli yhdistää hoitotyön ydintiedot muihin toiminnan ohjauksen ja hoitotyön johtamisen tietoihin ja sitä kautta luoda hoitotyön johtamisen perustiedosto. (VSSHP 2008.)

Rakenteisesti kirjattua tietoa tarvitaan sähköisten potilaskertomustietojen siirrossa, olennaisten tietojen haussa ja hoitotietojen hyödyntämisessä. Potilaan

hoitotiedoista on esimerkiksi mahdollista koota erilaisia tietokokonaisuuksia, joita voidaan hyödyntää läheteissä, hoitopalautteissa ja yhteenvedoissa. Rakenteisen kirjaamisen avulla on mahdollista yhtenäistää hoitotyössä käytettäviä käsitteitä. Lisäksi rakenteinen kirjaaminen tukee hoitotyön kirjaamisen perehdytystä ja ohjausta. (Tanttu & Rusi 2007, 114, 116.)

HoiDok -hanke toteutettiin kehittämistoimintana, joka muodostui useasta eri osa-alueesta. Käytännön pilotointi ja sen jatkuva arviointi oli tärkeässä asemassa. Lisäksi kehittämistoiminta koostui hoitotyön ydintietoryhmän, ydintietojen asiantuntijaryhmän ja hoitotyön johtamisen työryhmän toiminnasta. Hankkeen kehittämistoiminnan avulla luotiin rakenteistettu ja luokiteltu hoitotyön sähköisen kirjaamisen perusmalli, joka on valtakunnallisesti yhtenäinen. Se palvelee erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lisäksi myös sosiaalipalveluita erityisesti kotihoidon ja vanhustenhuollon osalta. HoiDok -hankkeen tavoitteena oli myös luoda hoitotyön johtamisen perustiedosto. Tämä tavoite on toteutunut ja määritetty johtamisen perustiedosto on tarkoitettu hyödynnettäväksi organisaatiotasolla. (VSSHP 2008.)

Kehitettyssä kirjaamismallissa potilasasiakirjojen teksti on rakenteistettu eri tasoille. Ylimmän tason muodostavat otsikot, jotka kuvaavat potilaan hoitoa hoitollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. Nämä hoitoprosessin vaiheiden otsikot ovat tulotilanne (hoidon tarpeen määrittäminen), hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Tulotilanteessa määritetään hoidon tarve keräämällä potilasta koskevaa tietoa ja analysoimalla saatua tietoa. Hoidon suunnittelussa määritetään ja priorisoidaan hoidon tarve, potilaan ongelmat ja hoitotyön diagnoosit. Lisäksi nimetään tavoitteet tai odotetut tulokset ja valitaan käytettävät hoitotyön toiminnot. Hoidon toteutukseen kuuluu hoitotyön toteuttaminen. Hoidon arviointi on jatkuvaa arviointia ja loppuarvioinnin tekemistä hoidon vaikutuksesta potilaaseen suhteessa nimettyihin tavoitteisiin tai odotettuihin tuloksiin. (Tanttu & Rusi 2007, 114; Saranto & Sonninen 2008, 13; Sonninen & Ikonen 2008, 76.)



Edellä kuvattu hoitotyön päätöksentekoprosessi ohjaa kirjaamista. Kirjaaminen taas koostuu ydintiedoista, jotka kytkeytyvät moniammatillisen hoitoprosessin otsikoihin. Hoitotyön ydintietoja kuvataan termistöillä, kuten sanastoilla ja luokituksilla. Ydintiedoiksi luokitellaan hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoidon tarpeella tarkoitetaan hoitotyön henkilöstön laatimaa kuvausta potilaan terveydentilasta ja niihin liittyvistä jo olemassa olevista tai mahdollisista ongelmista, joita on mahdollista poistaa tai lievittää hoitotyön keinoin. Hoidon tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen ja ne luovat perustan hoidon vaikuttavuuden arvioinnille. Hoitotyön toiminnot kuvaavat potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Näillä tarkoitetaan hoitotoimintoja, jotka kirjataan hoidon toteutusvaiheessa. Hoitotyön toimintojen tulisi olla näyttöön perustuvia ja tämän pitäisi ilmetä kirjaamisessa. Hoidon tulokset kuvaavat muutoksia, jotka ovat tapahtuneet potilaan tilassa. Muutosta arvioitaessa käytetään asteikkoa parantunut, ennallaan tai huonontunut. Potilaan hoitoisuuden arviointi on osa hoitoprosessia. Hoitoisuudella tarkoitetaan eri potilasryhmien tarvitseman hoidon määrän ja vaativuuden määrittelyä. Sen avulla arvioidaan laatua, mitoitetaan henkilöstöä ja selvitetään hoitotyön kustannuksia. Hoitojakson kannalta keskeisistä tiedoista koostetaan hoitotyön yhteenveto, jota voidaan hyödyntää esimerkiksi potilaan jatkohoitopaikkaan lähetettävässä hoitopaulutteessa. (Tanttu & Rusi 2007, 114; Saranto & Sonninen 2008, 13–14; Tanttu & Ikonen 2008, 114; VSSHP 2008.)

Uusi kirjaamismalli perustuu FinCC-luokituskokonaisuuteen (Finnish Care Classification) ja se sisältää sekä hoidon tarveluokituksen (SHTaL versio 2.0.1), hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL versio 2.0.1) että luokituksen hoidon tuloksesta (SHTuL versio 1.0). Kehitetyssä kirjaamismallissa hoitotyön ydintietojen sisällöt rakenteistetaan näiden luokitusten avulla. Luokitusten jatkokehittäminen ja ylläpito siirtyivät Kuopion yliopistolle vuonna 2008. Käyttökokemusten perusteella kaikkia terveydenhuollon sektoreita ei ole vielä otettu tarpeeksi huomioon. Esimerkiksi avoterveydenhuollon kokemukset perusterveydenhuollon osalta ovat vähäiset. Tulevaisuudessa on tarkoitus työstää luokituksia ja tehdä versio-

päivityksiä uusien tietojen perusteella, joita saadaan laajemmista käyttökokeuksista. (Tanttu & Rusi 2007, 114; VSSHP 2008.)

Tulevaisuudessa tulisi keskittyä myös kertakirjaamisen periaatteeseen. Hankkeen myötä hoitotyön kirjaamistiedot ovat jo yhdistyneet moniammatilliseen potilaskertomukseen, mutta kertakirjaamisen periaate ei vielä toimi. Useassa potilastietojärjestelmässä tehdään vielä runsaasti päällekkäistä kirjaamista. Järjestelmiä tuleekin kehittää hyödyntäen moniammatillisten työryhmien ja potilastietojärjestelmien toimittajien yhteistyötä. (VSSHP 2008.)

Hankkeen päättyessä oli arvioitava hoitotyön kirjaamismallin kansallista käyttöönottoa. HoiDok -hankkeen rinnalla alkoikin syksyllä 2007 HoiData -hanke (Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke). Sen tavoitteena oli antaa tukea organisaatioille mallin koulutuksissa ja käyttöönotoissa. Hankkeessa oli nimetty myös järjestelmäkohtaiset työryhmät, jotka ajoivat asioita eteenpäin yhteistyössä järjestelmätoimittajien kanssa. Esimerkiksi hoitotyön tilastoja pyrittiin saamaan entistä kattavammiksi. HoiData -hanke päättyi huhtikuussa 2009. (VSSHP 2008.)

## 2.2 Turun sosiaali- ja terveystoimen hanke

Turun sosiaali- ja terveystoimen tarkoituksena on viedä hoitotyön rakenteinen kirjaaminen käytäntöön. Tavoitteena on yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä, parantaa sekä kirjaamisen että hoidon laatua ja saada laadukas hoitotyö näkyväksi kirjaamisessa. Tavoitteena on myös saada laadukasta tietoa hoitotyön johtamisen perustiedostoon. (Salmela, 25.5.2009.)

Turun sosiaali- ja terveystoimen projektissa on tähän mennessä luotu yhteinen hoitonäkemykset sekä kirjaamisen laatuvaatimukset ja -kriteerit. Lisäksi on arvioitu kirjaamisen nykytilaa ja henkilökunnan muutosvalmiutta. Tulosalueiden asiantuntijasairaanhoitajia ja työyksikköjen kirjaamisvastaavia on koulutettu rakenteisen kirjaamismallin mukaiseen hoitotyön kirjaamiseen. He motivoivat ja koulut-

tavat työyksikön muuta henkilökuntaa ja seuraavat kirjaamisen tilaa. (Salmela, 25.5.2009.)

Tarkoituksena on vielä jatkossa tukea lisää asiantuntijasairaanhoitajia ja kirjaamisvastaavia sekä arvioida kirjaamisen tilaa muutoksen jälkeen. Turun sosiaali- ja terveystoimessa tulisikin sopia menetelmä, jolla jatkossa arvioidaan kirjaamista säännöllisesti. Lisäksi tavoitteena on tarkastella eri osapuolten kokemuksia muutosprosessista. (Salmela, 25.5.2009.)

Kirjaamisen kehittämiseksi Suomessa on toteutettu muitakin hankkeita. Esimerkiksi Kukonkallion vanhainkodissa on tehty kehittämishanke, jonka tavoitteeksi asetettiin kirjaamisen kokonaislaadun kehittäminen. Osana kehittämishanketta toteutettiin tutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää vanhainkodin sen hetkistä kirjaamista hoidon laadun kuvaajana. Lisäksi selvitettiin henkilökunnan asenteita kirjaamista kohtaan. Tämän tutkimuksen tuloksista selviää, että henkilökunnan asenne kirjaamista kohtaan on hyvä. Sähköiseen kirjaamiseen koetaan liittyvän paljon ongelmia, jotka liittyvät muun muassa tietokoneiden vähäiseen määrään, tietoliikenneyhteyksien ongelmiin ja henkilökohtaisiin ATK-valmiuksiin. Kirjaamisen kehittämiseksi hankkeessa sovittiin yhteisistä kirjaamisen toimintatavoista, kehitettiin ohjekirja helpottamaan sähköisen tietojärjestelmän käyttöönottoa, luotiin asukkaan hoidon kirjaamisen ja raportoinnin laatukriteerit sekä sovittiin kirjaamisen minimitason kriteereistä. (Ekström 2006, 25, 29, 54, 62 – 67.)

Hoitotyön kirjaamisen kehitystä on seurattu myös Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Jatkuva koulutus ja seuranta aloitettiin vuonna 1989 ja arviointia tehtiin tasaisin väliajoin vuoteen 2002 asti. Tavoitteena oli muun muassa seurata, miten hoitotyön vaikuttavuus näkyy kirjaamisessa ja potilaan hoidossa. Tulokset osoittavat, että hoitotyön keinot suhteessa potilaan ongelmiin oli määritetty hyvin. Potilaan ja omaisen ohjaukseen liittyvät merkinnät sekä hoitotyön vaikuttavuuden kirjaaminen oli lisääntynyt koko seurannan ajan. Tutkimuksessa kävi toisaalta myös ilmi, että kirjaamismerkinnät potilaan osuudesta liittyen

oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin olivat vähäisiä koko seurannan ajalta. Tulosten mukaan jatkuvalla koulutuksella ja sillä, että asia pidetään esillä koko ajan, pystytään kehittämään sekä määrällisesti että laadullisesti hoitotyön kirjaamiskäytäntöä. (Lehti 2004, 4, 8.)

## 3 Hoitotyön kirjaaminen

### 3.1 Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset

Kirjaamista määrittelevät useat lait. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) viittaa terveydenhuollon ammattihenkilöstöön. Laissa on muun muassa määritetty, että potilaalla on oikeus tarkastaa häntä itseään koskevat tiedot potilasasiakirjoista. Lisäksi potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapito on määritetty siten, että terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Potilasasiakirjamerkinnöistä laissa on mainittu, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Asiakirjojen säilyttämisestä pysyvästi säädetään arkistolaissa (23.9.1994/831).

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut asetuksen potilasasiakirjoista (30.3.2009/298). Asetusta noudatetaan potilasasiakirjojen laatimisessa sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisessä ja se edellyttää, että tallennettavien sähköisten potilasasiakirjojen rakenteet ja merkinnät ovat yhtenäiset. Potilasasiakirjoihin tulee sisällyttää keskeiset hoitotiedot jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Myös potilaan tiedonsaantia ja hoitoon liittyviä kannanottoja koskevien merkintöjen tulee olla potilasasiakirjoissa. Asetuksessa säädetään potilasasiakirjojen säilyttämisen lisäksi myös hävittämisestä ja säilyttämisajoista. Asetuksen säännökset on otettu käyttöön 1.8.2009, mutta sähköisen potilastietojärjestelmän osalta merkittävät asetukset astuvat voimaan 1.4.2011 valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden käyttöönoton yhteydessä.

Myös laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (9.2.2007/159) on syytä ottaa huomioon, kun tarkastellaan kirjaamista ohjaavaa lainsäädäntöä. Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä, että terveydenhuollon palveluita pystytään tuottamaan potilasturvallisesti ja tehokkaasti. Tavoitteena on myös edistää asiakkaan tiedonsaantia omista asiakastiedoistaan ja niiden käsittelyyn liittyvistä lokitiedoista.

Edellä mainittujen lisäksi kirjaamista säätelevät potilasvahinkolaki, erikoissairaanhoidolaki, mielenterveyslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, henkilötietolaki, hallintolaki ja laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2001 julkaistu opas terveydenhuollon henkilökunnalle potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muuhun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä ohjaa hoitotyön kirjaamista. (Hallila & Graeffe 2005, 19.)

### 3.2 Rakenteisen kirjaamisen merkitys hoidon laadun kannalta

Kirjaamista on mahdollista arvioida useasta eri näkökulmasta. Potilaan näkökulmasta tarkasteltaessa arvioidaan esimerkiksi hoitotietojen kirjaamisen merkitystä hoitosuhteen kehittymiseen ja potilasturvallisuuteen. Kun taas tarkastellaan kirjaamista hoidonantajan näkökulmasta, kirjaamisen avulla saadaan tietoa hoidon laadun arviointiin. (Saranto & Ikonen 2008, 189.) Hoitotyön kirjaamisen arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa hoidosta ja sen laadusta sekä näiden lisäksi myös hoidon sujuvuudesta ja tuloksista (Saranto & Ensio 2007, 123). Rakenteisen kirjaamisen avulla on tarkoitus kehittää hoitotyön laatua aikaisempiin kirjausmenetelmiin verrattuna (Saranto & Ikonen 2008, 189).

Hoitotyöntekijälähtöiseen hoidon laadun arviointiin ja mittaamiseen on maailmalla kehitetty useita erilaisia mittareita. Mittareiden kehittäminen ja niiden arviointi on haastavaa, sillä hoitotyön laatua on vaikea määritellä ja mitata sekä

laadun moniulotteisuuden että arvo- ja kulttuurisidonnaisuuden vuoksi. Hoidon laadun arvioimiseksi mittareiden kehittäminen on ajankohtaista ja tärkeää. Kehitystyötä on mahdollista tehdä kehittämällä uusia mittareita ja toisaalta arvioimalla olemassa olevia mittareita. Phaneuf on kehittänyt hoitotyön dokumentteihin perustuvan arviointimittarin, Phaneuf Nursing Audit -mittarin, jonka avulla on tarkoitus arvioida hoitotyön laatua potilaan hoitotyön dokumenttien pohjalta. Mittari on rakennettu sisällöllisesti hoitotyön prosessiajattelulle. Phaneufin mukaan mittaria on mahdollista käyttää missä tahansa terveydenhuollon laitoksessa tai avoterveydenhuollossa. Suomessa kyseistä mittaria ovat käyttäneet Lukander vuonna 1986 Helsingin yliopistollisen keskussairaalan syöpätautien vuodeosastolla sekä Laitinen ja Merasto vuonna 1990 sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilla. Tutkijat esittivät mittaria kohtaan hyvin vähän kritiikkiä ja molempien tutkimusten perusteella mittari on sovellettavissa suomalaiseen kirjaamisjärjestelmään. (Leino-Kilpi ym. 1994, 26, 40 – 41; Voutilainen & Liukkonen 1995, 52; Voutilainen 1996, 128.)

Hoitotyön prosessiajattelu on taustalähtökohtana myös Monitor -mittarissa. Sen avulla on tarkoitus arvioida yksittäisen potilaan hoidon laatua. Mittarista on kehitetty useita versioita eri hoitotyön alueille, esimerkiksi vanhusten hoidon laatua on mahdollista arvioida Senior Monitor -mittarilla. (Leino-Kilpi ym. 1994, 38; Voutilainen & Liukkonen 1995, 52.)

Suomessa on kehitetty hoitotyön laadun arviointiin hoitosuunnitelmien sisällön analyysimittari, joka on johdettu Nursing Audit -mittarista. Tutkimuksissa mittaria on käytetty 80- ja 90-luvuilla ja sen on todettu olevan käyttökelpoinen arvioitaessa hoitotyön laatua kirjausten perusteella. (Voutilainen 1996, 137 – 138.)

Arviointimittareiden avulla on siis mahdollista mitata hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta. Rakenteisesti kirjatut tiedot ovat yhtenäisiä ja tämän ansiosta niihin voidaankin liittää mittareita laadun arvioimiseksi. Rakenteisesta hoitotyön kirjaamisesta hyödytään myös laadun varmistamisessa ja tutkimuksessa, sillä rakenteistettu tieto mahdollistaa tilastojen ja raporttien hyödyntämisen. Potilasker-

tomuksissa käytettyjen luokitusten avulla kirjattaessa kertyy tiedostoja, joista on mahdollista tehdä hakuja muun muassa hoitotyön laadun arvioimiseksi. On esimerkiksi mahdollista etsiä hoitotyön toimintoluokitustietokannasta lääkehoidon ohjaukseen liittyvää kumulatiivista tietoa. (Tanttu & Rusi 2007, 116 – 117.)

Rakenteinen kirjaaminen muuttaa potilaan hoitoa monilta osin sujuvammaksi ja täten vaikuttaa myös hoidon laatuun. Moniammatillisen hoidon kokonaisuudessa rakenteinen kirjaaminen tukee hoitotyön toteutumista ja työn organisointia. Uusi kirjaamistapa parantaa myös potilaan hoidon jatkuvuutta ja sujuvuutta sekä hoitoa antavan yksikön sisällä että eri terveydenhuollon sektoreiden välillä. Lisäksi rakenteinen kirjaaminen tuottaa uutta tietoa, jonka avulla hoitotyötä ja sujuvia palvelu- ja toimintaprosesseja on mahdollista kehittää jatkossa vielä paremmiksi. (Tanttu & Rusi 2007, 117.)

Saba ja Taylor (2007, 325) toteavat tutkimuksessaan, että käyttämällä standardeitua, yhtenäistettyä kirjaamistapaa mahdollistetaan niiden perustekijöiden tunnistaminen, tiedottaminen ja erittely, joista hoitotyö koostuu. Tätä kautta on mahdollista ymmärtää hoitotyön merkitystä paremmin ja lisätä hoitotyön näkyvyyttä. Tämä on tärkeää huomioida, kun arvioidaan kirjaamisen merkitystä hoidon laadun kannalta. Toisen tutkimuksen mukaan käyttämällä yhtenäistettyä hoitotyön kirjaamismenetelmää on mahdollista parantaa hoitotyön kirjaamisen, hoitotyössä määriteltävien potilaskohtaisten tavoitteiden ja suoritettujen hoitotyön toimintojen laatua (Müller-Staub ym. 2007, 15).

Kirjaamisen ja sen kautta hoidon laatua arvioitaessa on määritettävä kirjaamisen laatuvaatimukset. Ne ilmaisevat valitun kohteen osalta tavoitetason, johon optimaalisessa tilanteessa päästään. Laatuvaatimuksia arvioidaan niille määritettyjen kriteerien kautta. Kriteerien tarkoituksena on ilmaista, miten laatuvaatimuksen mukainen kriteeri ilmenee käytännössä. Kirjaamista arvioitaessa käytetään prosessi-, rakenne- ja tulokriteerejä. (Saranto & Ikonen 2008, 189; Salme-la, 25.5.2009.)

Laadun prosessikriteerit kuvaavat, mitä ja miten jotain tehdään tai tapahtuu todellisuudessa. Kirjaamista arvioitaessa prosessikriteerit ja -laatuvaatimukset kuvaavat hyvää ja toivottavaa kirjaamiskäytäntöä. Prosessikriteerit voidaan laatia hoitoprosessin vaiheiden mukaan. Turun sosiaali- ja terveystoimessa laadittujen prosessikriteerien mukaan kirjaamisen tulee esimerkiksi olla terveystieteistä, sen tulee ilmentää ammatillista päätöksentekoa ja siinä tulee näkyä hoitotoiminnan eettisyys ja potilaan oikeuksien huomioon ottaminen sekä hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen. (Saranto & Ikonen 2008, 190 – 191; Salmela, 25.5.2009.)

Laadun rakennekriteerit kuvaavat edellytyksiä hyvän, toivottavan kirjaamiskäytännön toteutumiseen ja niillä tarkoitetaan niitä edellytyksiä, joiden avulla prosessi voi onnistua. Turun sosiaali- ja terveystoimen laadun rakennekriteereissä on määritetty, mitä onnistunut kirjaaminen vaatii eri osapuolilta. Henkilökunnan on hallittava kirjaamisen yhtenäinen, ennalta määrätty rakenne ja sitouduttava kirjaamaan sen mukaisesti. Esimiesten on luotava edellytykset sille, että rakenteinen kirjaamiskäytäntö onnistuu. Laadun rakennekriteerien toteutumiseen vaikuttavat esimerkiksi hoitajien myönteinen asennoituminen työvälineisiin ja työntekoon. Hoitotyön kirjaamisessa rakennetekijät liittyvät siihen, millaiset ovat henkilökunnan tietotekniset valmiudet sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttöön. Myös työvälineiden määrää ja laatu sekä ajankäyttö vaikuttavat. (Saranto & Ikonen 2008, 189 – 190; Salmela, 25.5.2009.)

Laadun tuloskriteerit kuvaavat, mitä seurauksia on hyvästä kirjaamiskäytännöstä eli mitä hyötyä on hyvästä kirjaamisesta. Tuloskriteereiden avulla on mahdollista selvittää, miten päämäärät on saavutettu esimerkiksi tehokkuuden tai kustannusten kannalta ja mitä vaikutuksia prosessilla on ollut. Turun sosiaali- ja terveystoimessa laadituissa tuloskriteereissä mainitaan, että onnistuneen toiminnan seurauksena hoitajat kokevat rakenteisen kirjaamisen helpottavan työtään. Lisäksi potilaiden saama hoito on laadukasta, jolloin potilas tietää hoitonsa tavoitteet ja kokee, että hänen on itse mahdollista osallistua hoitoonsa ja että



hoito on turvallista ja tarkoituksenmukaista. (Saranto & Ikonen 2008, 191; Salmela, 25.5.2009.)

### 3.3 Rakenteisen kirjaamisen merkitys hoitotyön johtamisen näkökulmasta

Terveystieteiden johdon vastuulla on kehittää tietojärjestelmien integrointia, jossa yhdistetään tietoja potilaista ja henkilöstöstä ja jolla erillisten tunnuslukujen avulla voidaan osoittaa henkilöstömitoituksen vaikuttavuus. Hoitotyön tietotarpeet tulee ohjelmoida sähköiseen potilaskertomukseen sekä hoitoon liittyvään tiedonkulkuun ja tämä haaste on johdon vastuulla. (Häyrinen & Ensio 2007, 140.) Henkilöstömitoitukseen vaikuttaa yksi hoitotyön ydintiedoista eli potilaiden hoitoisuuden määrittäminen, jolloin määritellään kuinka paljon hoitohenkilökuntaa tarvitaan, jotta potilaat saavat tarpeiden mukaista hoitoa (VSSH 2008).

Työn organisointi ja potilaan hoitotyön toteuttaminen koko moniammatillisen työryhmän kannalta helpottuu, kun hoitotyön kirjaaminen on rakenteistettua ja luokiteltua. Tällöin hoitotyön johdon on helpompaa suunnitella osastoilla tapahtuvaa hoitotyötä. Kun hoitotieto on rakenteisessa ja luokitellussa muodossa, on sujuvien palvelu- ja toimintaprosessien kehittäminen mahdollista. Rakenteistettu tieto parantaa lisäksi potilaan hoidon jatkuvuutta organisaation sisällä sekä eri organisaatioiden välillä. Moniammatillisen tiedon käyttö esimerkiksi päätöksenteossa sekä tilastojen ja raporttien hyödyntäminen hoitotyön johtamisessa, suunnittelussa ja toiminnanohjauksessa mahdollistuu, kun tieto on rakenteisessa muodossa. (Tanttu & Rusi 2007, 117.) Tutkimusten mukaan sähköisten potilastietojärjestelmien myötä saatavat vaikuttavuusarviointitiedot nousevat tulevaisuudessa tärkeiksi, sillä niitä voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisessa henkilöstöresurssien, ajankäytön ja osaamisen määrittelyssä (Saario 2007, 19).

### 3.4 Sairaanhoidajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta

Penttisen ym. (2009, 44 – 46) opinnäytetyö selvitti hoitajien kokemuksia rakenteisen kirjaamismallin käyttöönotosta Turun sosiaali- ja terveystoimessa. Opinnäytetyön mukaan hoitajat kokivat hoitotyön kirjaamisen selkeämmäksi, mutta toisaalta kirjaamista pidettiin vaikeampana ja kirjaamiseen kuluva aika oli lisääntynyt. Pääallekkäisen kirjaamisen määrän arvioitiin vähentyneen ja tiedonkulun koettiin parantuneen. Kaiken kaikkiaan rakenteisesta kirjaamismallista saatua hyötyä pidettiin hieman suurempana kuin uuden toimintatavan mukanaan tuomaa vaikeutta.

Ruotsalainen VIPS -malli on rakenteisen potilastietojärjestelmän edelläkävijöitä Euroopassa. Tanskassa tutkittiin hoitohenkilökunnan asenteita ja mielipiteitä VIPS -mallia ja hoitotietojen kirjauksia kohtaan. Tutkimuksen kohteena oli kaksi erillistä ryhmää. Toinen ryhmistä koostui avainhenkilöistä, jotka olivat alusta asti olleet mukana jalkauttamassa uutta rakenteista kirjaamismallia henkilökunnan keskuuteen. Vertailtavan ryhmän muodostivat hoitohenkilöt, joille uusi kirjaamismalli ei vielä ollut niin tuttu. Molemmat ryhmät olivat samaa mieltä siitä, että hoitotyön kirjaaminen on hyödyllistä päivittäisen työn kannalta ja että kirjaaminen vaikuttaa positiivisesti potilasturvallisuuteen. Molemmat ryhmät olivat myös yhtä mieltä siitä, että hyvin kirjoitetut hoitotyön toiminnot voivat korvata suullisesti annettavan raportin. Merkittävä ero ryhmien mielipiteiden suhteen liittyi yleiseen näkemykseen siitä, miten VIPS -malli vaikuttaa potilaan hoitoon. Avainhenkilöistä koostuva ryhmä piti rakenteista kirjaamismallia huomattavasti merkittävämpänä potilaan hoidon kokonaisvaltaisen ymmärtämisen kannalta kuin verrokkiryhmä. Kaiken kaikkiaan tutkimustulokset viittaavat siihen, että rakenteisella kirjaamismallilla oli positiivinen vaikutus hoitotietojen kirjaamiseen ja että hoitohenkilökunnan ymmärrys hoitoprosessia kohtaan lisääntyi. (Darmer ym. 2004, 325, 327 – 329, 331.)

Rakenteista kirjaamismallia on toistaiseksi tutkittu suhteellisen vähän. Standardoitujen, yhtenäistettyjen hoitosuunnitelmien käyttöä on kuitenkin tutkittu jonkin

verran. Taiwanissa selvitettiin hoitajien kokemuksia standardoidun hoitosuunnitelman käytöstä. Tutkimustulokset kertovat, että hoitosuunnitelma auttaa hoitohenkilökuntaa muistamaan potilaan hoidossa tarvittavat hoitotoimenpiteet paremmin. Standardoitu hoitosuunnitelma myös säästää aikaa hoitosuunnitelmia laadittaessa. Järjestelmän haittana pidettiin sitä, että ohjelma kirjoittaa hoitotyön määritykset yhdelle sivulle ja hoidon arvioinnin toiselle sivulle. Näin ollen potilaan paperimuodossa olevien asiakirjojen määrä kasvaa kohtuuttoman suureksi. (Lee & Chang 2004, 33, 35 – 36.)

Ruotsissa tutkittiin niin ikään hoitajien kokemuksia ja mielipiteitä standardoidun hoitosuunnitelman käytöstä. Tutkimustulosten mukaan hoitajilla on yleisesti ottaen positiivinen asenne standardoitujen hoitosuunnitelmien käytöstä elektronisessa potilastietojärjestelmässä. Tutkittavat olivat myös sitä mieltä, että hoitosuunnitelmat helpottavat heidän työtään ja lisäävät hoidon laatua. (Dahm & Wadensten 2008, 2137, 2143.)

Elektronisen potilastietojärjestelmän käyttö edellyttää ATK-valmiuksia hoitohenkilökunnalta ja riittävän määrän käytettävissä olevia ATK-päätteitä. Tutkimuksen mukaan 75 % hoitajista oli sitä mieltä, että elektroninen potilastietojärjestelmä lisäsi asiakirjojen laatua ja 76 % arveli, että elektroninen taulukointi johtaa parempaan ja turvallisempaan hoitoon. (Moody ym. 2004, 337 – 338, 342.)

### 3.5 Tutkimuksia pitkäaikaissairaanhoidon kirjaamisesta

Voutilainen (2004, 3, 75 – 76) on tutkinut hoitotyön laatua ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tutkimuksessaan hän on tarkastellut muun muassa laadun rakenteellisia edellytyksiä tutkimalla hoitotyön dokumentointia saadakseen tuloksia ammatillisen toiminnan laadusta. Voutilainen toteaa, että ammatillisen hoitotyön laadun kehittäminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa edellyttää, että hoitotyön dokumentointia kehitetään. Koulutuksen apuna tulisi suosia esimerkiksi mentoreita suurille ryhmille tarkoitettujen luentotyyppeiden koulutus-

tilaisuuksien sijaan. Näin jokaisen yksilölliset oppimisen tarpeet tulisi huomioitua paremmin.

Voutilainen on tutkinut myös hoitotyön laatua ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa käyttäen Senior Monitor -mittaria. Kyseiseen tutkimukseen osallistui neljä vanhainkotia, joilla oli osastoja yhteensä 36. Yhteensä 332 asiakkaan potilasasiakirjat analysoitiin mittarin avulla. Tulosten mukaan kaikissa tutkimukseen osallistuneissa vanhainkodeissa hoitotyön kirjaamisessa oli kehitettävää, erityisesti hoitotyön suunnitelmien ja päivittäisten kirjaamisten kohdalla. Potilasasiakirjan seurantalomakkeeseen oli tehty kirjauksia asiakkaan voinnista päivittäin vain 20 %:ssa asiakirjoista ja yleisimmin kirjauksia tehtiin muutaman päivän välein.

Aineiston keruun aikana ajantasainen hoitotyön suunnitelma puuttui yhteensä noin 30 %:lta asiakkaista ja näin ollen tutkimuksessa todetaan, ettei hoitotyön suunnitelmaa mielletty työväliseksi. Tuloksista käy ilmi, että kirjauksissa tarpeiden määrittäminen on osittain epätarkkaa. Tavoitteet eivät ole asukkaiden tarpeisiin pohjautuvia, vaan hoitotyötä toteutetaan rutiininomaisesti. Lisäksi hoitotyön suunnittelulta puuttuu perusta, jolloin tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi eivät ole riittävän konkreettisia. Kun tavoitteet ovat liian abstrakteja, arvioinnista tulee virheellistä. (Voutilainen 2004, 71 – 72; Voutilainen ym. 2004, 76 – 79.)

Osana Turun sosiaali- ja terveystoimen hanketta jalkauttaa rakenteinen kirjaamismalli käytäntöön on toteutettu opinnäytetyö vuonna 2009, jossa on tutkittu hoitotyön rakenteista kirjaamista pitkäaikaissairaanhoidossa. Voutilaisen tutkimuksen tuloksista poiketen hoitosuunnitelma oli tässä tutkimuksessa tehty kaikille otoksen potilaille. Silti tässäkin tutkimuksessa kävi ilmi, että kirjaamista pitkäaikaissairaanhoidossa on vielä kehitettävää. Tulotilanteessa ei esimerkiksi kirjata hoitosuunnitelmaan, kenelle potilasta koskevia tietoja saa antaa. Tarpeita tai hoitotyön tavoitteita ei tulosten mukaan kirjata potilaan hoitosuunnitelmaan päivittäin. Tutkimuksessa tämän arvellaan johtuvan pitkäaikaissairaanhoidon luonteesta, sillä potilaat saattavat olla osastolla kauan ja heidän kuntonsa ja

tarpeensa voivat pysyä muuttumattomina pitkään. Potilaan voimavarat jätettiin myös kirjaamatta hoitosuunnitelmaan. Kirjatut tavoitteet olivat kuitenkin yleensä täsmällisiä ja hoidon tarvetta vastaavia. Laadituille tavoitteille oli useimmiten kirjattu ainakin yksi hoitotyön keino ja hoitotyön toiminta vastasi kuvattuja hoitokeinoja. (Pisirici & Shour 2009, 6, 26, 28, 37 – 38.)

Satakunnan ammattikorkeakoulussa on julkaistu vuonna 2007 opinnäytetyö, joka käsittelee hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista ikääntyneiden laitoshoidossa. Tutkimus toteutettiin kahdessa osassa siten, että hyödynnettiin sekä hoitajille kohdistetun strukturoidun kyselylomakkeen tuloksia että hoitokertomusten analysoinnista saatua tietoa. (Nurminen & Santala 2007, 21 – 22, 26 – 27.)

Tutkimuksen tuloksista selviää, että asukkaan tulotilanteen kirjaaminen on hyvää. Sekä paikka, josta asukas tulee osastolle, että tulosy kirjataan lähes aina. Hoitotyön tarpeen määrittelyyn liittyen uuden asukkaan lääkitys ja mahdolliset allergiat tai liikuntarajoitteet kirjataan onnistuneesti. Tulosten mukaan noin puolet hoitajista kirjaa asiakkaan orientoituneisuuden aikaan ja paikkaan sekä henkilöihin. Hoitotyön tavoitteita ja suunnittelun kirjaamista tarkasteltaessa saadaan selville, että hoitotyön välitavoitteita ja niiden aikatauluja kirjataan vähän. Välitavoitteiden tarkoitus on helpottaa päätavoitteiden saavuttamista ja niiden avulla hoitotyöstä tulisi voimavaralähtoisempää, konkreettisempää ja tavoitteellisempää. Hoitotyön arvioinnin kohdalla tulokset kirjaamisista ovat ristiriitaisia. Suurin osa vastasi kyselylomakkeeseen kirjaavansa arvion potilaan terveydentilasta, mutta hoitokertomuksissa ei terveydentilan arviointia ollut kirjattu. Vain neljäsosa kyselytutkimukseen vastanneista kertoi päivittävänsä hoitosuunnitelman säännöllisesti, vähintään kolmen kuukauden välein. (Nurminen & Santala 2007, 42 – 49.) Tutkimustulos on samansuuntainen Voutilaisen (2004, 71) tutkimuksen kanssa, jossa todetaan, ettei hoitosuunnitelmaa aina mielletä työvälineeksi.

## 4 Terveydenhuollon johtaminen

### 4.1 Johtamisen perusulottuvuuksia terveydenhuollossa

Hoitotyön johtamista arvostellaan kankeaksi ja autoritaariseksi eli johtajavaltaiseksi. Hoitotyö rakentuu keskitetystä hierarkiasta ja siihen kuuluu keskitetty päätöksenteko, sääntöjen mukaan hierarkkisesti määräytyvät ja rajatut valta-, vastuu- ja toimivalta-alueet. Esimies-alaissuhde ja siihen liittyvä valvonta on toiminnassa korostunutta. Työn tehokkuuden takaavat työnjako ja erikoistuminen rajattuun tehtäväalueeseen. Toiminta on toisaalta myös yhdenmukaista, jolloin tasapuolisuus ja puolueettomuus säilyvät. Kirjalliset ja kirjoittamattomat säännöt, määräykset ja ohjeet ohjaavat toimintaa työyhteisössä. Työnjako määrittelee potilaan suhteen tapahtuvan hoitotoiminnan ja vastuun jakoa. (Jalas ym. 1992, 98 – 99; Simoila 1999, 23.)

Terveydenhuollon johtaminen vaatii enemmän diplomatiaa ja ihmistuntemusta kuin johtaminen normaalissa yritysorganisaatiossa. Johtajuuden lisäksi esimiehiltä edellytetään usein myös korkeatasoista asiantuntemusta eri terveydenhuollon osaamisalueilta, esimerkiksi geriatriasta, kirurgiasta ja psykiatriasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt ovat siis moniammatillisia yksiköitä, joiden johtaminen edellyttää erityisiä valmiuksia. Johtamista arvostellaan usein toimimattomaksi ja syy tähän löytyy osittain siitä, että valta-, vastuu ja reviiriongelmat ovat alalla keskeisiä. (Kangas 1999, 104; Parvinen ym. 2005, 72.)

Orren tutkimuksessa (2009, 34 – 35) tarkasteltiin osastonhoitajien esimiestaitoja ja parhaiten johtamisessa toteutui osastonhoitajien tavoitettavuus. Kaksi kolmasosaa tutkittavista arvioi olevansa helposti alaistensa saatavilla kahdenkeskiseen keskusteluun. Osastonhoitajat ilmaisivat takaavansa myös hyvän hoidon edellyttämät resurssit työyhteisössä esimerkiksi turvaamalla, että hoidossa tarvittavia laitteita ja välineitä on riittävästi. Tutkimuksessa lähes kaikki osastonhoitajat kertoivat kannustavansa henkilökuntaa itsenäiseen päätöksentekoon potilaan hoidossa. Heikoimmin osastonhoitajien johtamistoiminnassa toteutuivat

palaute ja palkitseminen, kolmasosa vastaajista arvioi näiden toteutuvan vähän tai osittain.

#### 4.2 Muutosjohtaminen ja muutoksen läpivieminen terveydenhuollossa

Täysin uudenlaisen kirjaamismenetelmän käyttöönotto muuttaa totuttuja toimintamenetelmiä ja herättää henkilökunnassa todennäköisesti ristiriitaisiakin tunteuksia. Terveydenhuollon johto ja esimiehet joutuvat monenlaisten haasteiden eteen aloittaessaan uuden toimintatavan jalkauttamista omaan organisaatioonsa. Organisaation toiminnassa tapahtuva muutos voi vaikuttaa organisaation valtasuhteisiin ja tästä johtuen muutoksen johtaminen poikkeaa päivittäisestä johtamisesta. Muutostyö pitäisi aina nähdä kehittämistyönä ja vaikka esimies valaakin uskoa muutoksen läpiviemiseen, lähtee muutos aina ihmisistä. Muutos koetaan siis usein uhkana, koska se on monesti jonkin vanhan toimintatavan loppu. Koska muutos on aina myös jonkin uuden alku, tulisi sitä pitää kehittymisenä ja näin ollen uutena mahdollisuutena. Muutoksen toteuttaminen on aina yhteistyötä ja kehittämistyötä, missä jokainen oppii jotakin uutta ja uudistuu. (Laaksonen ym. 2005, 43 – 44, 49.)

Organisaatiokulttuurin huomioiminen on tärkeä seikka muutosvaiheessa, koska muutos vaikuttaa myös organisaatiossa vallitsevaan kulttuuriin. Organisaation johto vaikuttaa merkittävästi siihen, minkälaiseksi organisaatiokulttuuri muovautuu. Organisaatiokulttuuria voidaan kuvailla sillä, minkälainen työyhteisön henki ja ilmapiiri on, minkälaista suhtautuminen erilaisiin tilanteisiin on, mikä arvopohja työntekijöiden kesken vallitsee, mikä sosiaalisten suhteiden hierarkia on ja mitkä ovat hyväksyttäviä toimintatapoja. Johtajan on helpompi johtaa ja muuttaa organisaatiotaan, kun hän tunnistaa vallitsevan kulttuurin vaikutuksen organisaation toimintaan. Muutoksen hyvin kestäväällä organisaatiolla on tietynlaisia ominaisuuksia. Ensinnäkin organisaation toiminta on avointa ja tiedonkulku tehokasta. Työilmapiiri on kannustava ja palautetta annetaan runsaasti. Kaikki saavat osallistua muutoksen läpiviemiseen ja toiminnalle onkin ominaista oppiminen ja tiimityöskentely. Työajat ovat joustavat ja resursseja käytetään järjen,

eikä pelkästään tunteiden pohjalta. Johtaminen on kaiken kaikkiaan avointa ja vuorovaikutus on näin ollen molemminpuolista. (Mäkisalo 1999, 122; Laaksonen ym. 2005, 51, 122.)

Muutosjohtamisen ydinhaasteita terveydenhuollossa on, miten saada moniammatillinen asiantuntijahenkilöstö toimimaan koko organisaation kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Esimiehen haasteena on muun muassa motivoida henkilökunta tavoittelemaan koko ryhmän hyväksi tapahtuvaa toimintaa oman hyvän tavoittelun sijaan. (Parvinen ym. 2005, 66 – 67; Vuorinen 2008, 27 – 28.) Väisäsen (2009, 30) pro gradu -tutkielmassa osastonhoitajat kokivat haasteellisimpana tehtävänä alaiensa motivoinnin muutokseen. Esimiehen tärkeäksi tehtäväksi nousikin esille kyky kannustaa ja motivoida alaisiaan. Turun sosiaali- ja terveystoimen kirjaamisen kehittämishankkeen pedagogiset lähtökohdat perustuivat ongelmaperustaiseen ja yhteisölliseen oppimiseen. Tarkoitus siis oli, että oppiminen perustuu yksilöiden omaan aktiivisuuteen ja tiedonhankintaan, jolloin koko hoitoyksikkö sitoutuu uuteen kirjaamismalliin. (Salmela, 25.5.2009.)

Esimes vaikuttaa organisaationsa toimintaan ja meneillään olevaan muutokseen myös omalla toiminnallaan tai toimettomuudellaan. Vaikka esimiehen ei tarvitsekaan osallistua muutoksessa tapahtuvaan toimintaan kliinisellä tasolla, on hän silti avainasemassa muutoksen suunnittelussa. Esimes pitää huolen siitä, että suunnittelunmukaiset muutokset jalkautetaan käytäntöön osastolla ja että käyttöön otetut toimintatavat jäävät käytäntöön muutosvaiheen jälkeenkin. Siihen, miten toiminta muutostilanteessa operatiivisella tasolla onnistuu, vaikuttavat sairaanhoitajien käyttämät tiedot ja strategiat. (Kangas 1999, 104 – 105.) Turun sosiaali- ja terveystoimen henkilökunnan muutosvalmiuksia tutkittiin keväällä 2008. Tulokseksi saatiin muun muassa se, että asiantuntijasairaanhoitajat kokivat, että he eivät kykene ilman selvempää ylihoitajien tukea toteuttamaan uuden kirjaamistavan jalkauttamista yksiköihinsä. (Mäkeläinen & Niitynpää 2009, 32 – 33.)



Laakkosen (2004, 46) väitöskirjan mukaan hoitotyön johtajilla itsellään ei ole tarpeeksi valmiuksia laatu- ja kehittämistyöhön ja näin ollen myös henkilöstön ohjaaminen muodostuu vaikeaksi. Toisen tutkimuksen mukaan osastonhoitajat ovat kykeneväisiä pitämään yllä tuttua toimintaa osastoilla, mutta kyvyttömiä saamaan aikaan siihen muutosta. Hoitotyön johtamisesta näyttää puuttuvan ongelmien ennakoitavuus ja toiminnan suunnitelmallisuus. Tutkimuksessa käy lisäksi ilmi, että muutostilanteessa sairaanhoitajien mielestä osastonhoitajat kyllä pitävät kiinni tekemistään lupauksista ja sitoumuksista sekä kohtelevat muita kunnioittavasti ja arvostaen. Osastonhoitajat eivät tulosten mukaan kuitenkaan haasta ihmisiä kokeilemaan uusia ja innovatiivisia työtapoja, tai kysy ”mitä voimme oppia”, kun asiat eivät suju odotusten mukaisesti. (Vuorinen 2008, 21, 68 – 70.)

Turun sosiaali- ja terveystoimen hoitotyön kirjaamisen kehittämishankkeen pedagogisista lähtökohdista huolimatta asiantuntijasairanhoitajat kaipasivat ylihoitajilta lisätukea päätösten tekoon. Muutos ei etene tehokkaasti, koska osastot odottavat valmiita määräyksiä ja ohjeita siitä, mitä ja miten pitäisi kirjata. Koska jokaisessa yksikössä on itsenäisesti sovittava miten tyypilliset hoitotyön toiminnot kirjataan, ei tarkkoja sääntöjä voida yksiköiden ulkopuolelta antaa. (Mäkeläinen & Niitynpää 2009, 32 – 33.) Penttisen ym. (2009, 33, 44) opinnäytetyössä tarkastellaan Turun sosiaali- ja terveystoimen hoitajien kokemuksia rakenteiseen kirjaamismalliin siirtymisestä ja kirjaamismallin käytöstä päivittäisessä työssä. Tutkimuksen tulosten mukaan osastoilla on laadittu selkeät ohjeet kirjaamisesta ja yhteisistä kirjaamislinjoista. Vaikka ongelmaksi koettiin se, että perehdyttämiseen oli käytetty liian vähän aikaa, olivat hoitajat sitä mieltä, että he saivat riittävästi perusteltua tietoa siitä, miksi rakenteiseen kirjaamismalliin kannattaa siirtyä. Noin puolet hoitajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että esimiehet olivat tukeneet heitä muutosprosessin vaiheissa.

Muutosprosessissa tulee huomioida koulutukseen liittyvät tarpeet, muutoksen hallinta ja hallinnollinen tuki. Sekä koko organisaation että yksittäisten hoitajien tulee sopeutua muutokseen. Erilaiset yhteistyön tavat, joiden avulla helpotetaan

hoitohenkilöstön sopeutumista muutokseen, ovat muutosprosessissa tärkeitä. Muutoksen läpivieminen vie hoitohenkilökunnalta aikaa ja vaatii johdolta tukea ja aikaresursseja, jotta muutos olisi mahdollinen. Muutosprosessin käynnistäminen on yleensä hankalaa ja se vaatiikin positiivista asennetta sekä johdolta että henkilökunnalta. Sekä hoitohenkilökunnan suhtautumiseen että muutokseen sopeutumiseen vaikuttaa myönteisesti hyvin suunniteltu muutosprosessi. Johdon on turvattava jatkuva tuki hoitohenkilökunnan avoimelle suhtautumiselle uutta toimintaa kohtaan. Koulutuksella on tärkeä asema muutoksen läpiviemisessä. Tutkimuksen mukaan yksilöohjaus on ryhmäohjausta tehokkaampaa. Muutostilanteessa toimintaa tukee asianmukainen ja riittävä ATK-laitteisto. (Dillon ym. 2005, 139, 145.)

## 5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja pyrkiä ymmärtämään tutkittavan osaston siirtymistä rakenteiseen kirjaamiseen ja selvittää, miten siirtymävaihe on tähän asti koettu, missä on tähän mennessä onnistuttu ja mitä olisi pitänyt tehdä toisin. Tutkimuksessa haetaan vastausta kysymyksiin:

1. Miten osaston edustajat kokivat siirtymävaiheen osaston toiminnan kannalta?
2. Miten kirjaamistavan muutosprosessi on huomioitu johdon taholta osaston edustajien mielestä?
3. Miten osaston edustajat kokevat rakenteisen kirjaamisen hoidon laadun kannalta?
4. Minkälaisia ovat havainnoidut kirjaamistapahtumat?

## 6 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen

### 6.1 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyö on luonteeltaan laadullinen tutkimus, jossa kuvataan todellista elämää ja tutkittavaa kohdetta pyritään käsittelemään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa vähän tutkittua asiaa ja pyrkimyksenä on löytää uusia näkökulmia siihen. (Hirsjärvi ym. 2004, 153 – 155.) Työssä hyödynnettiin menetelmätriangulaatiota, sillä tutkimuskohteesta on vaikeaa saada kattavaa kuvaa yksittäisellä tutkimusmenetelmällä. Lisäksi luotettavuuden kannalta on tärkeää kuvata kohdetta useasta näkökulmasta. (Eskola & Suoranta 1999, 69 – 70.) Kohdetta tutkittiin kahden menetelmän, haastattelun ja havainnoinnin avulla.

Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena, jolle on ominaista, että se paneutuu yhteen tapaukseen tai tilanteeseen, jonka kohteena on yksilö tai ryhmä. Tutkimus on luonteeltaan kuvailevaa merkityksen etsimistä, eikä aineistoa ole tarkoituksaan muuttaa numeeriseen muotoon. Kiinnostuksen kohteena on ennen kaikkea prosessi, jossa valittua tapausta tutkitaan yhteydessä ympäristöönsä ja tutkimus keskittyy nykyajassa tapahtuvaan ilmiöön todellisessa elämäntilanteessa. Aineisto kerätään ihmisläheisin keinoin käyttämällä useita metodeja. (Yin 1987, 23; Soininen 1995, 82; Hirsjärvi ym. 2004, 125 – 126, 129.)

Tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastattelun ja havainnoinnin keinoin. Ryhmähaastattelussa paikalla on samalla kertaa useita haastateltavia henkilöitä ja mahdollisesti myös useampi haastattelija. Haastattelija kohdistaa keskustelun useammalle haastateltavalle ja voi tarvittaessa tehdä tarkentavia kysymyksiä yksittäisille henkilöille. Tässä opinnäytetyössä valittiin tiedonkeruumenetelmäksi ryhmähaastattelu, koska haluttiin selvittää, miten haastateltavat muodostavat yhteisen kannan tutkittavaan asiaan. Ryhmähaastattelun etuna on muun muassa se, että tietoa saadaan nopeasti usealta haastateltavalta samanaikaisesti. Eduksi voidaan myös laskea se, että haastattelijoita voi olla tilanteessa läsnä

useampi henkilö, kuten edellä on mainittu. Tämän tutkimuksen haastattelutilanteessa mukana oli kaksi haastattelijaa, jonka ansiosta tilanteen ohjailu helpottui. Menetelmän haittana pidetään esimerkiksi sitä, että kaikki haastatteluun kutsutut eivät saavukaan paikalle. Toinen merkittävä haitta on valtahierarkian vaikutus ryhmädynamiikkaan. Dominoivat henkilöt saattavat vaikuttaa siihen, minkälaisia vastauksia annetaan ja tällöin haastattelijan velvollisuus on pyytää muilta haastateltavilta kommentteja. (Eskola & Suoranta 1999, 95; Hirsjärvi & Hurme 2000, 61, 63.)

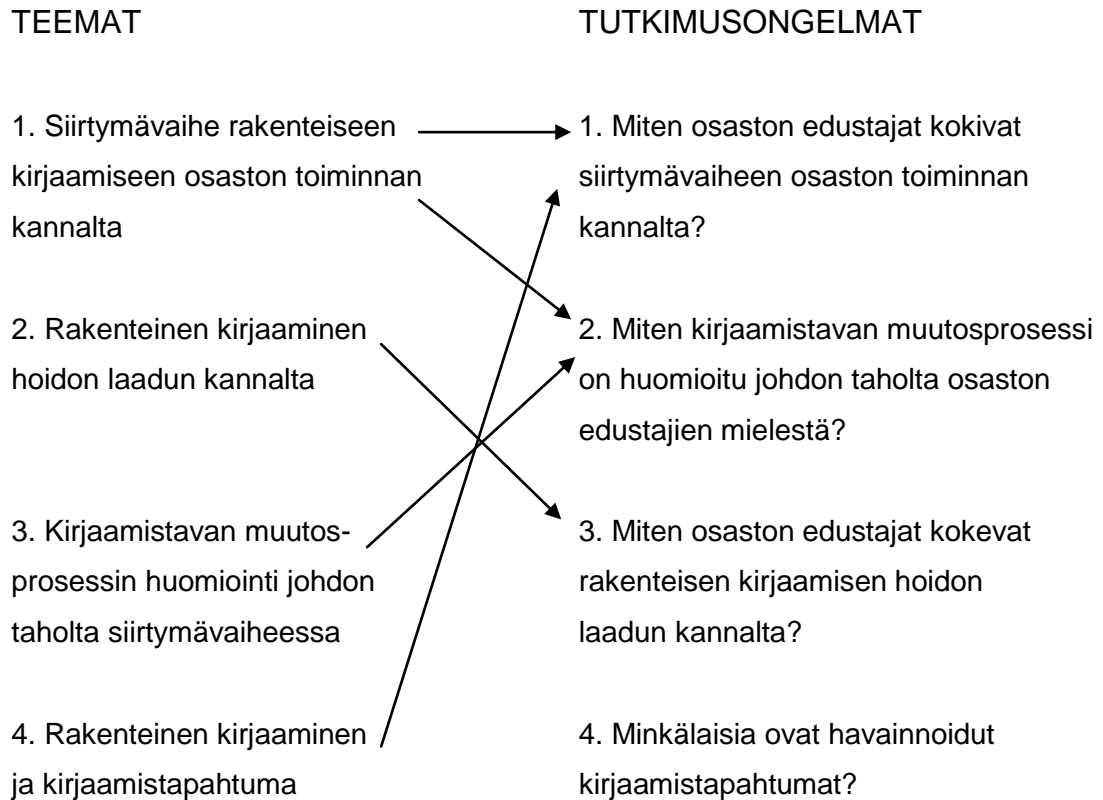
Ryhmähaastattelu oli luonteeltaan teemahaastattelu, jossa oli piirteitä myös avoimesta haastattelusta. Teemahaastattelun mukaisesti haastattelun aihepiirit eli teema-alueet, jotka liittyvät tutkimusongelmiin, ovat määrätty etukäteen, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelu vapauttaa haastattelijat sitoutumasta useampaan haastattelukertaan, jolloin yksikin haastattelukerta on riittävä. Toisaalta taas avoimelle haastattelulle on tyypillistä keskustelunomaisuus, jossa haastattelija pyrkii selvittämään haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä. (Eskola & Suoranta 1999, 87; Hirsjärvi & Hurme 2000, 48; Hirsjärvi ym. 2004, 197 – 198.)

Ryhmähaastattelun tukena käytettiin tiedonkeruumenetelmänä osallistuvaa havainnointia. Havainnoinnin tarkoituksena on selvittää, toimivatko henkilöt käytännön kirjaamistilanteessa niin, kuin he haastattelussa kertoivat toimivansa. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkijat osallistuvat tutkittavien ehdoilla heidän toimintaansa havaintojen tekijänä. Tätä menetelmää hyödynnettiin tässä opinäytetyössä. Välitön, suora tieto yksilöiden ja ryhmän toiminnasta on yksi havainnoinnin suurimmista eduista, kun taas haitaksi on mainittu se, että tutkija saattaa vaikuttaa tilanteeseen häiritsevästi. Osallistuvan havainnoinnin negatiiviseksi puoleksi voi myös muodostua se, että havainnointi on liian valikoivaa, tai kaikkea ei pystytä huomaamaan. (Eskola & Suoranta 1999, 103; Hirsjärvi ym. 2004, 201 – 202, 205 – 206.) Tämän tutkimuksen havainnointiosuudessa oli läsnä kaksi havainnoijaa, jolloin havainnointi on määrällisesti laadukkaampaa ja objektiivisempaa verrattuna tilanteeseen, jossa havainnoija olisi ollut vain yksi.

## 6.2 Tutkimusaineiston hankkimisen käytännön toteutus

Aineisto kerättiin ryhmähaastattelulla (Liite 1. Haastattelun runko) 27.1.2010 ja havainnointi suoritettiin 29.1.2010 tutkittavan osaston tiloissa. Haastateltaviksi pyrittiin saamaan erilaisia kirjaamisen avainhenkilöitä. Näytteen valinta suoritettiin harkinnanvaraisesti siten, että vuorossa olevasta henkilökunnasta pyydettiin erilaisissa rooleissa toimivia henkilöitä osallistumaan haastatteluun. Haastatteluun pyrittiin saamaan viisi henkilöä, mutta sairastumisen vuoksi lopullinen haastateltavien määrä oli neljä henkilöä. Eskola ja Suoranta (1999, 18) toteavat, että laadullisen tutkimuksen luonteen mukaisesti voidaan keskittyä näinkin pienen määrään tapauksia perusteellisemmän analysoinnin ollessa silti mahdollinen. Haastattelu kesti 45 minuuttia ja se tallennettiin kokonaisuudessaan äänitallentimelle, josta se siirrettiin tietokoneelle.

Haastattelun runko koostui neljästä teema-alueesta ja niihin liittyvistä tarkentavista kysymyksistä. Näiden avulla oli tarkoitus saada vastaukset tutkimusongelmiin. Teema-alueiden ja tutkimusongelmien välinen yhteys on esitetty kaaviossa 1.



Kaavio 1. Teema-alueiden ja tutkimusongelmien välinen yhteys.

Haastattelun johtopäätösten tukena käytettiin osallistuvaa havainnointia, jolloin tutustuttiin osaston kirjaamistapoihin (milloin, miten ja mitkä ammattiryhmät kirjaavat sekä kuinka kauan kirjaamiseen käytetään aikaa) ja työympäristöön (onko kirjaamispäätteitä tarpeeksi ja millainen työskentelytila on). Osallistuvan havainnoinnin luonteen mukaisesti perehdyttiin ryhmän toimintaan ja tehtiin tutkitaville tarkentavia kysymyksiä epävirallisen keskustelun lomassa. (Hirsjärvi ym. 2004, 205 – 206). Havainnointi tapahtui yhden aamuvuoron aikana osaston kirjaamistiloissa niiden henkilöiden ollessa työvuorossa, jotka osallistuivat haastatteluun. Havainnoiduista asioista kirjoitettiin muistiinpanot heti paikan päällä.

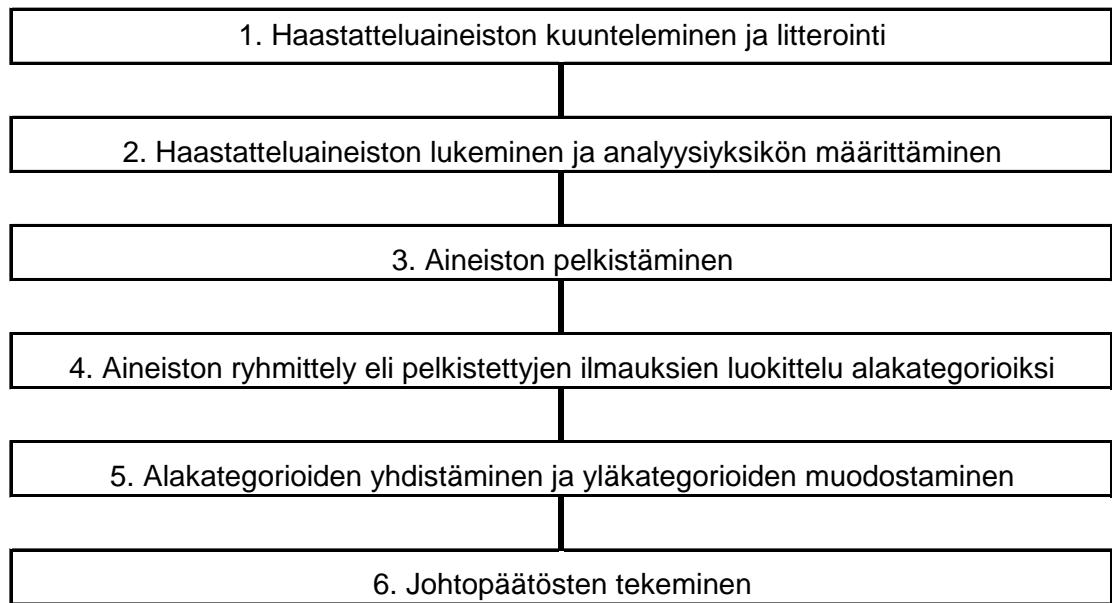
### 6.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi

Haastatteluaineisto litteroitiin eli kirjoitettiin auki sanasta sanaan tietokoneen tekstinkäsittelyn avulla paperiseen muotoon ja aineiston kooksi saatiin 19 sivua tekstiä fontilla Arial, fonttikoon ollessa 11 ja rivivälin 1,5. Koska haastattelu suo-

ritettiin ryhmähaastatteluna, jossa haastateltavia oli vain neljä henkilöä, eikä haastattelu ollut kestoaltaan pitkä, päätelmien tekeminen olisi saattanut olla mahdollista myös suoraan tallennetusta materiaalista. Haastattelu päädyttiin kuitenkin litteroimaan auki sanasta sanaan luotettavuuden lisäämiseksi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138.)

Tutkimusaineiston analyysi alkaa analyysiyksikön määrittelyllä. Aineiston laatu ja tutkimustehtävät ovat ratkaisevassa asemassa analyysiyksikön määrittelyssä. Yleisimmin käytetty analyysiyksikkö on sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin haastateltavien esiintuomat sanat ja lauseet. Ennen analyysiyksikön määrittelyä haastatteluaineisto luettiin läpi useampaan kertaan, jotta kokonaiskuvan muodostaminen mahdollistui.

Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistoon perustuvalla sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa tehdään aineiston pelkistäminen, jolloin aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Lähtökohtana ovat haastattelussa esiin tulleet alkuperäiset ilmaukset, ja pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään, jolloin tarkoituksena on löytää pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi alakategoriaksi, jolle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Aineiston ryhmittelyn jälkeen aineisto abstrahoidaan eli samansisältöisiä alakategorioita yhdistetään yläkategorioiksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26 – 29.) Analyysin eteneminen on esitetty kaaviossa 2.



Kaavio 2. Analyysin eteneminen.

## 7 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaiheen valinnassa on otettu huomioon se, että aihetta on tutkittu vähän ja tämän tyyppiselle tutkimukselle on tarvetta. Tästä voidaan päätellä, että jo tutkimusaiheen valinta on ollut eettinen ratkaisu. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta tarkastellaan koko tutkimusprosessin ajan opinnäytetyön suunnitteluvaiheesta aina valmiin työn raportointiin asti. Luotettavuutta parantaa se, että tutkimuksen toteutuksen eri vaiheista tehdään mahdollisimman tarkka selvitys. Sekä haastattelu- että havainnointitilanteet kuvaillaan tutkimuksessa yksityiskohtaisesti, esimerkiksi olosuhteet, haastatteluun käytetty aika ja mahdolliset häiriötekijät huomioidaan johtopäätöksiä tehtäessä. (Hirsjärvi ym. 2004, 26, 217.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää kuvata kohdetta useasta näkökulmasta. Näin ollen kohdetta tutkittiin kahden menetelmän, ryhmähaastattelun ja havainnoinnin avulla. (Eskola & Suoranta 1999, 69 – 70.) Koska tutkimus kohdistuu ihmisiin, eettisten näkökulmien tarkastelu on tärkeää.



Sekä haastatteluun että havainnointiin osallistuvilta henkilöiltä pyydettiin suostumus ja heille selvitettiin tutkimuksen tarkoitus ja kulku. (Hirsjärvi ym. 2004, 26 – 27.)

Tutkimuseettisten periaatteiden mukaan tutkittaville tulee taata mahdollisuus pysyä anonyymeinä eli nimettöminä valmiissa tutkimuksessa heidän sitä halutessaan. Tutkimuksen kannalta anonymiteetin säilyttämisellä on selkeitä etuja. Kun haastateltavat ovat tietoisia siitä, että henkilöllisyys ei käy missään vaiheessa tutkimusta ilmi, on heidän helpompi puhua suoraan ja rehellisesti aroistakin asioista. Lisäksi anonymiteetti antaa suojan haastattelussa esiin tulleille ulkopuolisille henkilöille. Yksi tärkeimmistä luottamuksellisuuden varmistamisen keinoista onkin säilyttää tutkittavien anonymiteetti. (Soininen 1995, 130; Mäkinen 2006, 114 – 116.) Tässä opinnäytetyössä henkilöiden anonymiteetti varmistettiin koko tutkimuksen ajan. Tutkittavan osaston nimeä tai haastatteluun osallistuvien henkilöiden nimiä tai ammattinimikkeitä ei mainita tutkimuksessa.

Laadullisen tutkimuksen eettinen tavoite on se, että korkeintaan tutkittava kykenee tunnistamaan tutkimustiedosta itsensä, mutta kukaan muu ei tähän pysty. On kuitenkin mahdollista, että tutkittavan läheiset tai hänet hyvin arkipäiväisessä elämässä tunteva henkilö (esimerkiksi työkaveri) tunnistaa tutkittavaa koskevaa tietoa. Perttula (1996, 95 – 96) on sitä mieltä, ettei tämä ole eettisesti väärin, jos tieto on jo ennestään tutkimustuloksia lukevan ihmisen tiedossa.

Tapaustutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa on eettisesti tärkeää suunnitella ja tehdä tutkimuksen valmistelutyö huolellisesti. Vaikka tutkimuksen pää-tarkoituksessa epäonnistuttaisiin, niin tämä ei estäisi tutkimustulosten raportointia, vaan negatiivinenkin tulos tuodaan julki. Luotettavuutta lisää myös tutkimuksen tiedollisen perustan huolellinen suunnittelu ja sen toteuttaminen aineistonkeruun yhteydessä. Aineiston on koostuttava useammasta kuin yhdestä lähteestä. Tässä tutkimuksessa aineistonkeruulähteinä käytettiin haastattelua ja havainnointia. Tapaustutkimuksen luotettavuutta lisäisi vielä tuloksista tuotettava erillinen tietokanta, joka sisältäisi alkuperäisen haastatteluaineiston ja ha-

vainnointimuistiinpanot ja jota muut tutkijat voisivat käyttää. (Laitinen 1998, 71 – 71.) Haastateltavien henkilöiden anonymiteetti haluttiin varmistaa, joten erillistä tietokantaa ei voitu tässä työssä luoda muiden tutkijoiden käyttöön.

Ryhmähaastattelussa on otettava huomioon se, että ryhmä voi vaikuttaa sekä myönteisesti että kielteisesti haastattelutilanteessa. Ongelmaksi saattaa muodostua se, että ryhmässä halutaan antaa ryhmän kannalta suotuisia vastauksia, jolloin vastauksia ei enää anneta avoimesti. Ryhmässä yksilöt voivat tukea toisiaan ja auttaa muistamaan yksityiskohtia. Toisaalta taas ryhmä voi estää sille negatiivisten asioiden esiintulon ja jos ryhmässä on dominoivia henkilöitä, he saattavat pyrkiä hallitsemaan keskustelutilannetta ja muuttaa keskustelua haluamaansa suuntaan. Haastattelija voi tällöin tilannetta helpottaakseen pyytää kommentteja muilta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63; Hirsjärvi ym. 2004, 197 – 200.) Tämän tutkimuksen haastattelutilanteessa ryhmässä oli kaksi aktiivisempaa haastateltavaa, jolloin hiljaisempia henkilöitä pyrittiin aktivoimaan keskusteluun mukaan. Kaikki haastateltavat antoivat sekä positiivisia että negatiivisia vastauksia. Tämä antoi haastattelijoille vaikutelman siitä, että haastateltavat olivat mielipiteissään rehellisiä.

Teemahaastattelun laadukkuutta ja sitä kautta luotettavuutta lisää hyvän haastattelurungon laatiminen. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 184 - 185) mukaisesti tämäkään teemahaastattelu ei ollut pelkkien pääteemojen esittämistä, vaan tarkentaviin kysymyksiin oli varauduttu etukäteen. Haastattelutilanteessa toimiva vuorovaikutus lisää haastatteluaineiston luotettavuutta. Haastattelijan tulee välttää omien tiedostettujen tai tiedostamattomien asenteidensa ja mieltymyksiensä esilletuomista, sillä ne saattavat vääristää haastattelusta saatua tietoa. (Soininen 1995, 113.)

Haastatteluaineiston luotettavuuden perusedellytys on haastattelun laadun varmistaminen myös käytännön järjestelyiden osalta. Haastattelun onnistumisen kannalta keskeistä on istumajärjestyksen suunnittelu. Äänityksen laatu saattaa kärsiä, jos etäisyys mikrofoniin on liian suuri. Toisaalta myös luottamuk-

sellinen ilmapiiri voi häiriintyä, jos henkilöt istuvat liian kaukana toisistaan. Tässä tutkimuksessa haastattelu suoritettiin pienen soikean pöydän ympärillä, jolloin osapuolet kuulivat selkeästi toistensa äänet ja pystyivät havainnoimaan myös sanatonta viestintää. Teknisen välineistön toimivuus tarkistettiin ennen haastattelun alkamista ja kerran haastattelun aikana. Haastattelun laatua parantaa myös se, että haastattelu litteroidaan niin nopeasti kuin mahdollista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 91, 184 – 185.) Litterointi suoritettiin tässä tutkimuksessa kahtena päivänä heti haastattelun jälkeen, jolloin haastattelutilanne ja keskustelun sisältö olivat vielä hyvin muistissa.

Havainnoinnissa eettinen lähtökohta on se, että havainnoitavat henkilöt ovat suostuneet olemaan havainnoinnin kohteena. Myös piilohavainnointi on mahdollista, mutta se on eettisesti kyseenalainen toimintatapa. Tässä tutkimuksessa havainnoinnin kohteena olevat henkilöt antoivat suostumuksensa tutkimuksen tekemiseen. Tutkijat olivat perehtyneet havainnoinnin kohteeseen, sillä se vaikuttaa havainnointiaineiston luotettavuuteen. Etuna on se, että tutkittava yhteisö on tutkijalle entuudestaan tuttu, mutta etukäteisasenteiden vuoksi siitä saattaa aiheutua myös ongelmia. Ennakkoasenteet saattavat suunnata havainnointia siten, etteivät uudet ja odottamattomat asiat kiinnitä riittävästi tutkijan huomiota. Tutkija saattaa tehdä valikoivia havainnoiteja ja kaikkea ei ehkä huomata. Nämä seikat huomioitiin havainnoinnin suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Havainnointiin käytetyn ajan tulee olla riittävä, sillä liian lyhyt havainnointiaika saattaa johtaa vääristyneisiin tuloksiin. Havainnoinnista kirjoitetut muistiinpanot ovat myös tärkeä tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteeri. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 217 – 218; Eskola & Suoranta 1999, 103.) Tutkijat tekivät koko havainnoinnin ajan omia muistiinpanoja ja havainnointi lopetettiin, kun mitään uutta ei enää tullut ilmi. Tutkijoiden läsnäololla ei tuntunut olevan vaikutusta havainnointitilanteeseen, sillä sekä tutkijat että läsnä olevat hoitajat olivat jo tuttuja toisilleen haastattelutilanteesta. Lisäksi havainnoinnin kohteena eivät olleet ihmiset, vaan työympäristö ja kirjaamistavat.

Koko tutkimusaineistoa ei aina tarvitse säilyttää sen jälkeen, kun tutkimus on julkaistu. Tämän tutkimuksen haastattelu- ja havainnointiaineistot hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua, mutta tutkimus on silti toistettavissa edellyttäen, että uusi, aikaisempaa vastaava aineisto kerätään. (Mäkinen 2006, 120.)

Tärkeä laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisäävä toimenpide on aineiston analyysin luotettavuuden arviointi. Luotettavuuden arvioinnin lähtökohtana on analyysimenetelmän valinta suhteessa tutkimusongelmiin. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina pidetään sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin avulla on mahdollista analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja sitä kautta tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21; Kylmä & Juvakka 2007, 129, 132.) Analyysimenetelmäksi valittiinkin tässä työssä aineistolähtöinen sisällönanalyysi.

Arvioitaessa aineiston analyysin luotettavuutta on mietittävä, onko prosessi kuvattu selkeästi ja toteutettu asianmukaisesti. Analyyttistä prosessia on myös kuvattava ja aineiston luokittelua perusteltava. Tutkijan on pelkistettävä aineisto niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Lisäksi on osoitettava yhteys aineiston ja tulosten välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36; Kylmä & Juvakka 2007, 132.) Tässä tutkimuksessa analyysin eteneminen on esitetty kirjallisen tekstin lisäksi selkeästi kaaviossa 2 ja se on toteutettu kaavion mukaisesti. Analyysiprosessi on kuvattu kolmena erillisenä kaaviona (kaaviot 3, 4 ja 5) ja luokittelut on perusteltu tuloksissa vastaamaan tutkimusongelmiin. Lisäksi analyysin tueksi on esitetty alkuperäislainauksia, kuten Kylmä ja Juvakka (2007, 132) painottavat, jotta analyysin luotettavuus lisääntyisi.

Kun tarkastellaan aineiston analyysin luotettavuutta, on myös arvioitava aineiston riittävyttä tutkimuksen tarkoitusta ajatellen (Kylmä & Juvakka 2007, 132). Tämän tutkimuksen haastatteluaineistoksi saatiin 19 sivua litteroitua tekstiä ja

se koettiin riittäväksi, sillä tutkimusongelmiin saatiin vastaukset. Havainnointiaineisto jäi kuitenkin suunniteltua vähäisemmäksi. Alun perin tarkoitus oli, että havainnointi olisi kohdistunut myös rakenteisesti kirjattuihin potilastietoihin, mutta tietosuojan tuomat rajoitteet estivät tutkijoiden pääsyn potilaskohtaisiin tietoihin.

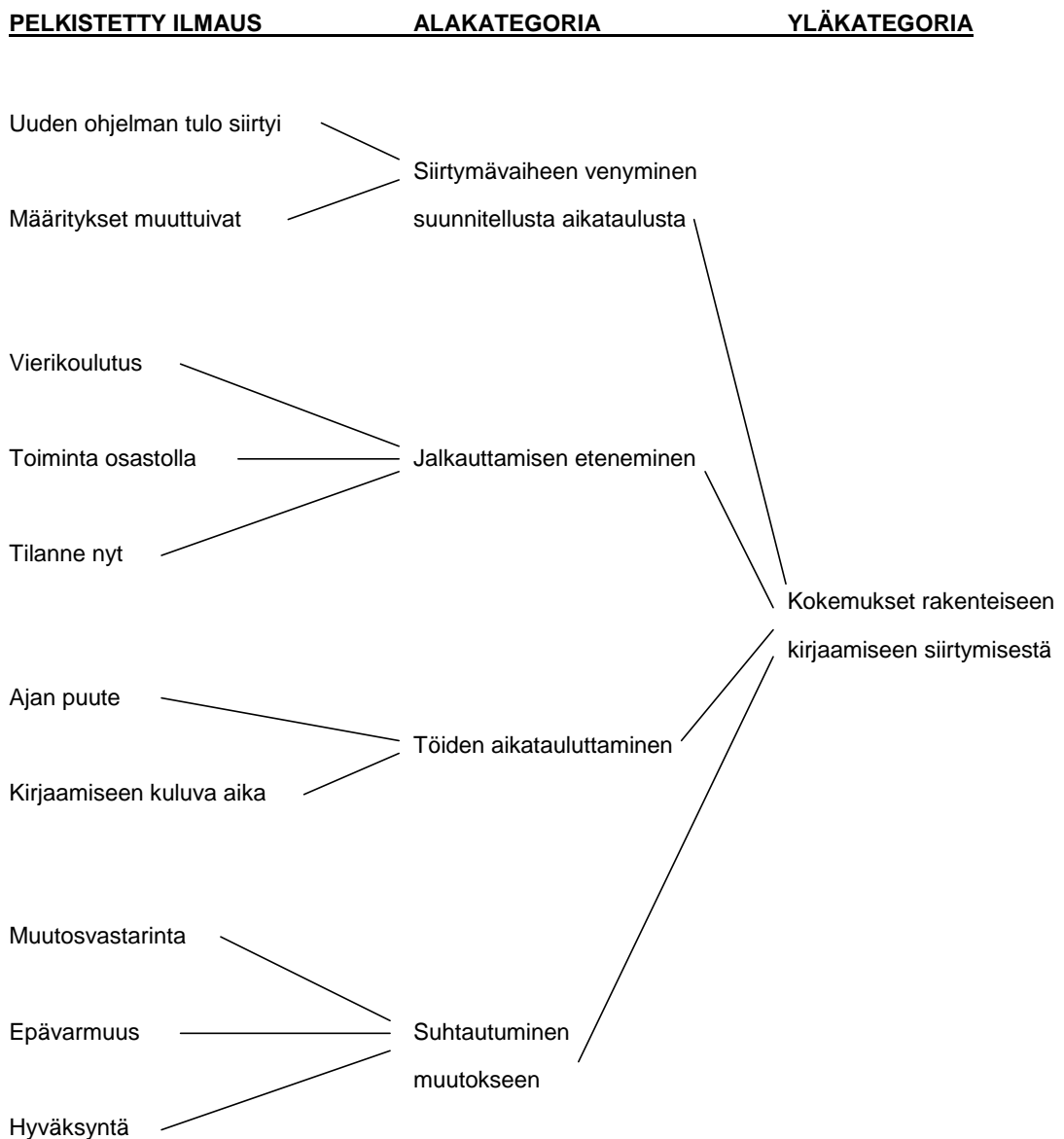
Tämä tutkimus suoritettiin rehellisesti ja avoimesti ja mahdolliset puutteet on myös raportoitu. Lähteitä on käytetty asianmukaisesti, eikä niitä ole manipuloitu, väärennetty tai plagioitu. (Hirsjärvi ym. 2004, 27 – 28, 111.) Käytetyt lähteet ovat mahdollisimman luotettavia ja ajantasaisia. Kotimaisista tietokannoista on käytetty muun muassa Medic -tietokantaa ja kansainvälistä tutkimustietoa on haettu Medline (Ovid) ja Cinahl (EbscoHost) -tietokannoista. Painettuja lähteitä on haettu Turun ammattikorkeakoulun Ruiskadun kirjaston lisäksi Vaskikirjastoista, Kaarinan pääkirjastosta ja Turun yliopiston lääketieteellisestä kirjastosta. Hakusanoina käytettiin muun muassa seuraavia hakusanoja: hoitotyö, kirjaaminen, laatu, muutos, johtaminen, pitkäaikaissairaanhoido, nursing, documentation, quality, change, management, attitude ja nursing home.

## 8 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksen tuloksia tarkastellaan tutkimusongelmittain. Tulosten esittäminen etenee yhdistämällä pelkistettyjä ilmauksia alakategorioiksi, jotka muodostavat keskenään yläkategorioita. Tuloksia havainnollistetaan myös kuvioina ja alkupe-  
räisilmaisuuina haastattelusta. Ensiksi kuvataan osaston edustajien kokemuksia siirtymävaiheesta osaston toiminnan kannalta. Tuloksissa tarkastellaan niitä tekijöitä, jotka edesauttoivat ja toisaalta vaikeuttivat tai hidastivat rakenteisen kirjaamismallin jalkauttamista käytäntöön. Seuraavaksi selvitetään, miten kirjaamistavan muutosprosessi on huomioitu johdon taholta osaston edustajien mielestä. Kolmanneksi kuvataan osaston edustajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta hoidon laadun kannalta. Viimeisenä käydään läpi havainnoituja kirjaamistapahtumia, jotka tukevat tutkimuksen tuloksia.

## 8.1 Kokemukset rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisestä

Haastateltavien mielestä rakenteisen kirjaamismallin siirtymävaiheen kokemuksiin osastolla vaikuttivat aikataulujen venyminen suunnitellusta, toimet jalkauttamisen etenemisen tukena, töiden aikatauluttaminen ja suhtautuminen muutokseen. (Kaavio 3.)



Kaavio 3. Kokemukset rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisestä.

### 8.1.1 Siirtymävaiheen venyminen suunnitellusta aikataulusta

Haastattelussa tuli esille, että muutostilanteessa olisi ollut tärkeää se, että hanke olisi noudattanut suunniteltua aikataulua. Uuden ohjelman, tässä tapauksessa kirjaamismallin käyttöönotto siirtyi useaan otteeseen noin vuoden alkuperäisestä suunnitelmasta. Epätietoisuus lopullisesta aikataulusta aiheutti henkilökunnassa epävarmuutta.

”Koska sehän siirtys monella kuukaudella aina, ku sitä odotettiin sitä uusinta versiota.”

”Mut se et jos se ois ehkä tullu vähän vauhdikkaammin, ni se olis menny ehkä sujuvammin, mut nyt ku se oli semmost, et tuleeks se, vai eiks se tuu ja koska se tulee, ni se oli vähän...”

Uutta kirjaamismallia ei voitu viedä käytäntöön, ennen kuin tarvittavat päivitykset olivat ajan tasalla. Ohjelmaan tehdyt päivitykset ja muuttuneet määrittelyt koettiin osastolla turhauttavaksi siirtymävaiheen aikana, sillä yhden asian opittuaan piti valmistautua uuden oppimiseen.

”Koska ne otsikot muuttus viel sit siin kohtaa, et ei meidän kannattanu alottaa niillä väärillä otsikoilla tekemään.”

”Ja sit se kesti kuitenkin yllättävän kauan et sää kerkisit unohtaa paljon asioita ja sit ne muuttus ja...”

### 8.1.2 Jalkauttamisen eteneminen

Projektin alkuvaiheessa vain osaston kirjaamisvastaavia perehdytettiin uuteen kirjaamismalliin. Tämän jälkeen koko osaston henkilökuntaa pyrittiin kouluttamaan ja tämä koettiin positiiviseksi asiaksi. Koulutus toteutettiin siten, että osaston ulkopuolinen kirjaamiseen perehtynyt projektin vetäjä antoi paikan päällä henkilökunnalle vierikoulutusta.

”Keväällä mun mielest meillä oli niit ensimmäisii tutustumisii...” ”...mis me vaan käytiin...”

”...lähiopetusta, otti yhden tai kaks kerrallaan ja teki yhden hoitosuunnitelman heidän kaa.”

Jalkauttamista pyrittiin edistämään myös osaston sisällä henkilökunnan yhteisellä toiminnalla. Projektin ulkopuolinen vetäjä osallistui tarpeen mukaan toimintaan.

”Sit hän (PROJEKTIN ULKOPUOLINEN VETÄJÄ) piti osastokokouksessaki tällöisen koko osaston palaverin.”

”...ja pidettiinhan mekin Tamminiemes simmonen koko osastolle.”

Tutkimushetkellä kirjaaminen oli osastolla puhtaasti rakenteista ja siirtymävaihe ohi. Haastattelussa ilmeni, että siirtymävaiheen kirjaamisiin liittyvät vaikeudet ovat vähentyneet, mutta kirjaaminen vie vielä aikaa.

”Käytetään ihan...päivittäinen kirjaaminen on siellä.”

”No kyl se ehkä nyt rupee ole selkeempää.” ”Nii, eihän se mitenkään vaikeeta tällä hetkellä oo, mut oma aikansa siihen menee.”

Mallin mukainen kirjaaminen ei kuitenkaan ole vielä täysin ongelmaton. Haastateltavat kertoivat, että samoja asioita ja tietoja kirjataan useampaan eri kohtaan rakenteisuudesta huolimatta. Lisäksi ongelmia aiheuttaa se, että henkilökunta ei aina tiedä minkä otsikon alle mikäkin teksti kuuluisi kirjata, tai tekstille ei tunnu löytyvän oikeaa kirjauskohtaa lainkaan.

”Vieläki ehkä yhä kuitenkin aika paljon päällekkäin kirjaamista.”

”Ja sitte ehkä sielt meidän mielest puuttuu joitakin kohtia, et se ehkä hankaloittaa, ku sit ei oikeen tiä, mihin kohtaan sitä laittaa, et pient innovatiivist otet tarvii siihen.”

### 8.1.3 Töiden aikatauluttaminen

Siirtyminen rakenteiseen kirjaamiseen tapahtui täysin normaalin, päivittäisen työn ohella ja ajan puute koettiin ongelmaksi.

”Mut käytännös se on tapahtunu täs ihan työn ohessa sitte.”

Haastateltavat toivat esille, että kirjaamiseen kului enemmän aikaa siirtymävaiheen aikana. Yksiselitteistä vastausta ei kuitenkaan saatu sille, onko kirjaaminen nopeutunut verrattuna edelliseen kirjaamistapaan.



”Menee siihen vieläki enemmän aikaa...mut sillon viel kauemmin, ku miettis ja poh-tis ja yrittää vähä neuvoo muitaki.”

#### 8.1.4 Suhtautuminen muutokseen

Uuteen kirjaamismalliin siirtyminen aiheutti henkilökunnassa negatiivisia tunte-muksia ja epätietoisuutta sekä epävarmuutta mallin tarpeellisuudesta. Siirtymä-vaiheesta ei löydetty paljoakaan positiivisia asioita.

”Aluks oli varmaan sitä, et mikä tää on tää ohjelma ja kui tämmöne tulee ja miks tu-lee.”

”Nii en mä tiä olik siin mitään hirveen myönteistä siin siirtymävaiheessa.”

Totutusta toimintatavasta siirtyminen uuden kirjaamismallin käyttöön aiheutti haastateltavien mukaan henkilökunnassa epävarmuuden tuntemuksia. Uutta kirjaamismenetelmää pidettiin aluksi monimutkaisena ja useat kyseenalaistivat omia valmiuksiaan menetelmän suhteen.

”Sit sitä ehkä aika moni silleen pelkäs, ku miettis sitä et ei osaa.”

”Kirjaamiset nyt on vähän eritapaset, osa kirjottaa enemmän ja osa kirjottaa vä-hemmän sit tän takia ko, ehkä koettu aika monimutkaseks systeemiks.”

Haastattelusta kävi ilmi, että uusi tilanne aiheutti henkilökunnassa muutosvasta-rintaa. Tämä kuitenkin tiedostettiin ja sen ymmärrettiin olevan luonnollinen reak-tio. Vaikka rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen aiheutti alussa epävarmuutta ja pelkoakin, niin tutkimushetkellä tilanteeseen oli sopeuduttu ja uutta kirjaa-mismallia pidettiin jopa parempana kuin aikaisempaa.

”Kaikki oli vähän sitä vastaan.” ”Mut toisaalt eiks kaikkes uudes oo vähä semmost?”

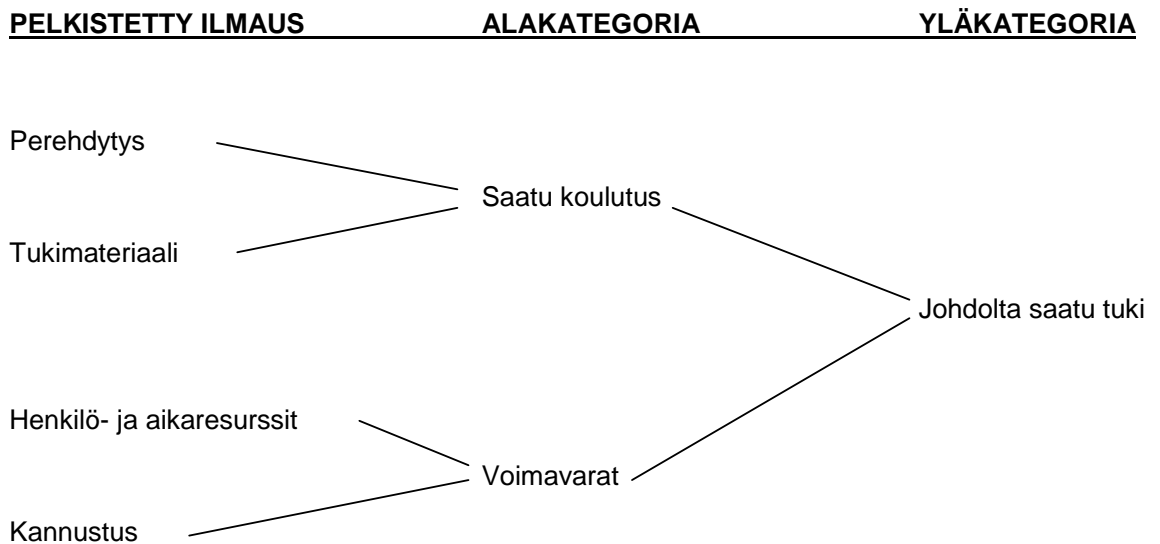
”Se on niinko vaan hyväksyty, et se on osa tätä ja se tulee ja sil ei voi mitään, ni paha siin sit on pyristellä enää.”

”Siis mun mielest tää on kuitenkin positiivinen verrattuna siihen mejän aikasempaan kirjaamiseen...kaiken kaikkiaan.”

## 8.2 Johdolta saatu tuki

Haastateltavien mukaan muutosprosessi huomioitiin johdon taholta osittain hyvin, mutta toisaalta myös heikosti. Haastateltavat arvioivat, että koulutus oli pääosin laadukasta ja hyvin järjestettyä, joskin tukimateriaali koetaan vieläkin puutteelliseksi. Negatiivisena asiana pidettiin henkilö- ja aikaresursseja, joissa olisi ollut parantamisen varaa. (Kaavio 4.)

Henkilökunnan perehdytystä on käsitelty jo kappaleessa 8.1.2 Jalkauttamisen eteneminen, mutta tässä kappaleessa saatua koulutusta tarkastellaan johdolta saadun tuen näkökulmasta.



Kaavio 4. Johdolta saatu tuki.

### 8.2.1 Saatu koulutus

Henkilökunta perehdytettiin työn ohella projektin ulkopuolisen vetäjän avustuksella. Perehdytys toteutettiin vierikoulutuksena ja perehdytysmenetelmänä siihen suhtauduttiin myönteisesti.

”Oli noit lähikoulutuksii, et hän (PROJEKTIN ULKOPUOLINEN VETÄJÄ) tuli tänne pitää meille, vierikoulutusta kaikille, koko henkilökunnalle.” ”Mun mielest se oli hyvä, ku hän tuli tänne osastolle ja ihan kädest pitäen opetti.”

Hyvästä koulutusmenetelmästä huolimatta kohdataan kirjattaessa edelleen tilanteita, jotka herättävät kysymyksiä. Valmiita ratkaisuja ei kuitenkaan ole saatavilla osaston ulkopuolelta, vaan niistä tulee sopia yhteisesti osaston sisällä.

”Jotain pikku juttuja me ehkä tarvittais vielä niinku, semmosii ku tulee joskus semmosii pienii kysymyksiä, ni niihin jotain... ku ei oikeen tiedä, kenelt sitä enää kysyykään sitte...”

”Esimerkiksi tääl joutuu aika paljon omaisten kans keskusteleen, ni sit on aina se, et mihin kohtaan, siel ei oo selkeet semmost kohtaa.”

Koulutuksen tueksi osaston henkilökunta sai kirjallista tukimateriaalia, mutta sen määrä ja laatu koettiin riittämättömäksi. Vierikoulutuksen jälkeen, kun ohjelma oli viety käytäntöön, kirjallisen tukimateriaalin tarve korostui. Kirjallista tukimateriaalia tarvitaan perehdyttämisen tukena esimerkiksi myös sijaisten kohdalla.

”Totta kai jos olis ollut selkeempi joku materiaali, niist ois pystyny kattomaan, ni olis se helpottanu asiaa.”

”Eiks me saatu se joku moniste, missä olis pitäny olla selkeät ohjeet, jotka ei sit olukaan niin kauhean selkeät, ainakaan mulla?”

## 8.2.2 Voimavarat

Haastateltavat toivat esille, että ylemmällä johdon taholla ei oltu ehkä huomioitu henkilö- ja aikaresursseja tarpeeksi. Siirtymävaiheen aikana ei hoitotyöhön osoitettu lisähenkilökuntaa ja näin ollen hoitajilla ei ollut ylimääräistä projektiaikaa käytettävissä. Koulutukseen kulunut aika oli toisin sanoen pois päivittäisiin työtehtäviin käytettävästä ajasta ja se koettiin raskaaksi, sillä siirtymävaihe vei aikaa ja voimavaroja muualta.

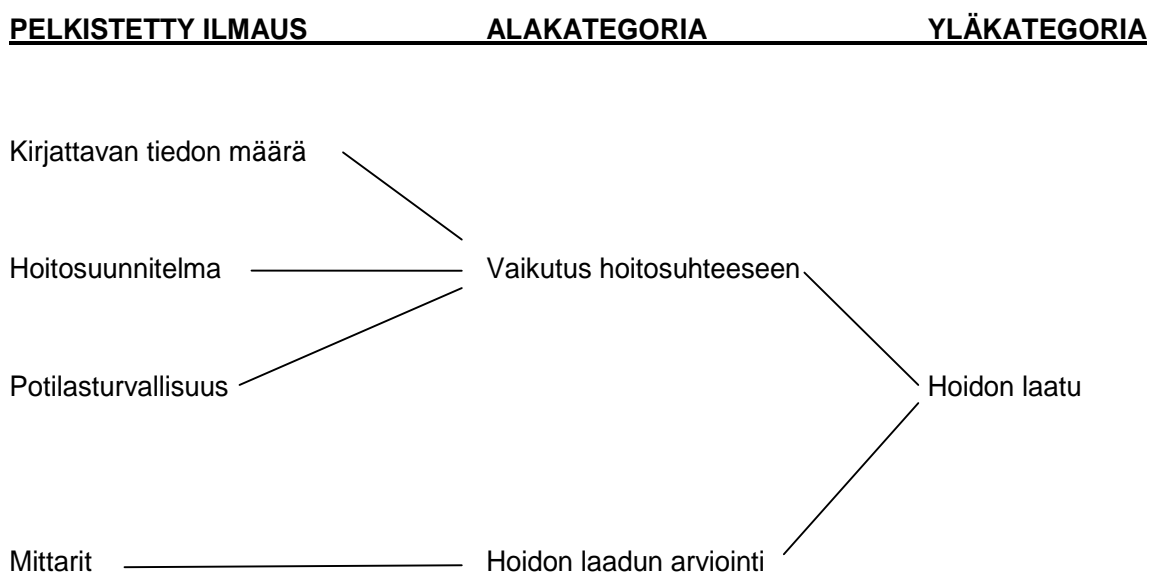
”Et olik meil alkuunkaan mitään tämmösii U-päivii, siis pois-miehityksestä-päiviä...ei meil ollu kyl missään vaihees.”

Henkilökuntaa kannustettiin uuden kirjaamismallin käyttöön perustelemalla, että kirjaamisen pitäisi yksinkertaistua ja muuttua sujuvammaksi. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että näitä positiivisia perusteluja korostettiin ehkä liikaa.

”Joo, sanottiin, et kirjaaminen helpottuu ja ehkä nopeutuu. Se on se alkuharha. Mut sitä sanottiin ihan suoraan.” ”Juu, niin sanottiin. Eikä tartte kirjata niin paljoo.”

### 8.3 Hoidon laatu

Haastatteluaineiston perusteella rakenteista kirjaamista ja hoidon laatua käsitellään sen kautta, miten uusi kirjaamismalli on vaikuttanut hoitosuhteeseen. Lisäksi tarkastellaan, mikä rakenteisen kirjaamistavan merkitys on hoidon laadun arvioinnissa. (Kaavio 5.)



Kaavio 5. Hoidon laatu.

#### 8.3.1 Vaikutus hoitosuhteeseen

Rakenteisen kirjaamismallin tulisi olla informatiivisesti kattavampi kuin aikaisemman kirjaamisen menetelmän. Kirjattavan tiedon määrä on tämän tutkimuksen mukaan lisääntynyt, mutta tulos ei ole yksiselitteinen. Keskusteltaessa kirjattavan tiedon määrästä, haastateltavien mukaan toiset kirjaavat enemmän ja toiset vähemmän, koska kirjaamismallia ei pidetä kovin selkeänä.

”Pitää saada enemmän tietoa, se tiedon määrä pitäis olla aika paljon enemmän, mitä me ollaan aikasemmin saatu.”

”Kirjaamiset nyt on vähän eritapaset, ko ehkä koettu aika monimutkaseks systeemiks.”

Uuden kirjaamismallin myötä pyritään perusteellisempaan hoitosuunnitelman tekoon, jonka tarkoituksena on luoda perusta hyvälle hoitosuhteelle. Rakenteisen kirjaamismallin mukaiset hoitosuunnitelmat ovat tämän haastattelun mukaan selkeitä ja tietomäärältään kattavia. Osa hoitohenkilökunnasta mieltää kuitenkin hoitosuunnitelmien teon edelleen vaikeaksi.

”Mä tykkään niistä hoitosuunnitelmista.” ”Mun mielest niitten hoitosuunnitelmien teko on vieläki tosi vaikeeta.”

”Siis mun mielest me huomioidaan ehkä asiat enemmän, tai tarkemmin. Se hосу (HOITOSUUNNITELMA) ainakin painottuu niin eri tavall nykyään, ko verrattuna aikaisemmin.”

Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että tieto siirtyy hoitajalta toiselle työvuoron vaihtuessa, mutta myös silloin, kun hoitaja on ollut pidemmän aikaa pois työpaikalta. Haastateltavien mukaan potilasturvallisuuteen liittyvät tekijät kirjataan ja tieto siirtyy hoitajalta toiselle samalla tavalla kuin edellisessä kirjaamismenetelmässä.

”Ihan samall tavall ne mun mielest kirjataan et, jos tulee joku tilanne ni ku aikasemmassaki, et ne on myös silloin pitäny kirjata.”

Rakenteiseen muotoon kirjattujen tietojen pitäisi olla helpommin löydettävissä ja hyödynnettävissä. Tästä huolimatta tiedostetaan tilanne, että jokin tärkeä asia saattaa jäädä huomaamatta, koska kirjattavien otsikoiden määrä on lisääntynyt.

”Ehkä se voi jäädä, ku nyt tulee niin paljon niitä sarakkeita sinne, ni se voi jäädä jopa hieman kadoksiinkin sinne. Jos ei raportill esimerkiksi huomaa kertoo tarpeeks kaukaa.”

### 8.3.2 Hoidon laadun arviointi

Rakenteisesti kirjatut tiedot ovat yhtenäisiä ja tämän avulla niihin voidaan liittää arviointimittareita, joilla voidaan mitata hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta hel-

pommin. Rakenteisen kirjaamismallin myötä ei ainakaan tutkittavalla osastolla ole haastattelun mukaan otettu käyttöön hoidon laatua arvioivia mittareita.

”Ei täs niinko mitään muuta mittarii ei oo kyl tullut tähän samaan aikaan. Eikä mun tietääkseni oo, ainakaan meil ollu mitään yhteenvetoo näkyny missään et...”

Hoidon laatua tarkasteltiin hoitosuhteen, hoitosuunnitelman ja potilasturvallisuuden näkökulmista. Haastattelusta kävi kuitenkin ilmi, että rakenteisen kirjaamisen yhteys hoidon laadun arviointiin osoittautui hankalaksi asiaksi. Kysyttäessä saadaanko rakenteisen kirjaamismallin kautta enemmän tietoa hoidosta ja hoidon laadusta, ei selkeää vastausta saatu.

#### 8.4 Havainnoidut kirjaamistapahtumat

Havainnointi tapahtui yhden aamuvuoron aikana osaston kirjaamistiloissa. Havainnoinnin tarkoituksena oli tutustua kirjaamistapahtumiin ja työympäristöön käytännössä sekä tehdä tutkittaville tarkentavia kysymyksiä haastattelun tueksi.

Osaston hoitotyötä toteutetaan kahdessa eri ryhmässä. Toisella ryhmällä on käytössä oma kirjaamistila, jonka häiriötekijät on minimoitu. Huone on erillään muusta hoitotyön toiminnasta ja se on mahdollista sulkea ovelta työrauhan varmistamiseksi. Huoneessa ei myöskään ole keskittymistä mahdollisesti häiritsevää lankapuhelinta. Toisen ryhmän kirjaamispäätteet sijaitsevat kolmessa eri tilassa: kansliassa, lääkehuoneessa ja taukahuoneessa. Työrauha ei näissä kolmessa tilassa aina ole paras mahdollinen, sillä esimerkiksi läpikulku, puheliniikenne ja puheensorina voivat häiritä keskittymistä.

Kirjaamispäätteitä oli riittävästi, eikä koneille ollut ainakaan havaittavissa ruuhkaa. Tarkentavia kysymyksiä esitettiin eri ammattiryhmien edustajien kirjaamisesta, sillä kirjaamistiloissa oli havaittavissa vain lähi-, perus- ja sairaanhoitajia. Tutkittavien mukaan kaikki hoitotyötä tekevät ammattiryhmien edustajat kirjaavat päivittäiset toiminnot potilaskohtaisesti. Potilastietoja kirjaa hoitohenkilökunnan lisäksi sosiaalihoitaja omassa työhuoneessaan. Hoitajat tekevät kirjaukset

oman vuoron ajalta ennen seuraavalle vuorolle annettavaa raporttia. Tutkittaville esitettiin lisäkysymyksiä kirjaamiseen käytettävästä ajasta. Heidän oli hankala arvioida kirjaamiseen kuluva aikaa, sillä henkilökohtaiset kirjaamistavat, ATK-valmiudet ja päivät ovat erilaisia. Kirjaamistapoja on erilaisia, kirjauksia tehdään ulkomuistista, mutta myös muistilappuja apuna käyttäen.

## 9 Johtopäätökset ja pohdinta

### 9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja pyrkiä ymmärtämään tutkittavan osaston siirtymistä rakenteiseen kirjaamiseen. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää osaston henkilökunnan kokemusten kautta, miten siirtymävaihe koettiin, mitä ongelmia kohdattiin, missä onnistuttiin ja mitä olisi pitänyt tehdä toisin.

Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena ja tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastattelun ja havainnoinnin keinoin. Teemahaastattelun avulla saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Haastattelun johtopäätösten tukena käytettiin osallistuvaa havainnointia, jolloin tutustuttiin osaston kirjaamistapoihin ja työympäristöön.

Siirtymävaiheen ajalta haastateltavat kuvasivat omien kokemuksiansa liittyvän jalkauttamisen aikatauluongelmiin, keinoihin, joiden avulla kirjaamismalli vietiin käytäntöön ja töiden aikatauluttamiseen osastolla. Siirtymävaiheen kokemuksiin vaikutti myös se, minkälaisia tuntemuksia uusi kirjaamismalli herätti hoitohenkilökunnassa.

Muutostilanteessa olisi ollut tärkeää, että hanke olisi noudattanut suunniteltua aikataulua. Tutkimustulosten mukaan siirtymävaiheen venyminen suunnitellusta aikataulusta aiheutti henkilökunnassa epävarmuutta ja hidasti kirjaamismallin jalkauttamista. Negatiivisia tuntemuksia saivat aikaan myös kysymykset raken-

teisen kirjaamismallin tarpeellisuudesta. Ristiriitaiseen tulokseen päätyivät Penttinen ym. (2009, 44), joiden opinnäytetyön mukaan Turun terveystoimen hoitajat olivat sitä mieltä, että he saivat tarpeeksi perusteltua tietoa rakenteisen kirjaamismallin hyödyistä. Tässä tutkimuksessa uusi tilanne synnytti henkilökunnassa jopa muutosvastarintaa, mutta tutkimushetkellä muutos oli kuitenkin hyväksytty ja tilanteeseen sopeuduttu. Laaksonen ym. (2005, 49) toteavatkin, että muutos-tilanne koetaan usein uhkana, kun vanha ja tuttu toimintatapa loppuu, mutta lopulta muutos pitäisi aina nähdä jonkin uuden alkuna.

Siirtymävaiheen koulutustapana käytettiin vierikoulutusta ja se koettiin tässä tutkimuksessa tehokkaaksi menetelmäksi. Koulutusta pidettiin tärkeänä ja siihen oli panostettu. Tämä osaltaan edesauttoi uuden kirjaamismallin vientiä käytäntöön. Samansuuntaiseen tulokseen on päätenyt myös Dillon ym. (2005, 145), jotka toteavat tutkimuksessaan, että koulutuksella on tärkeä asema muutoksen läpiviemisessä ja että yksilöohjaus on ryhmäohjausta tehokkaampaa. Myös Voutilainen (2004, 75) toteaa, että yksilöohjausta tulisi suosia suurille ryhmille tarkoitettujen luentotyypisten koulutustilaisuuksien sijaan. Tällöin jokaisen yksilölliset oppimisen tarpeet tulevat paremmin huomioiduiksi.

Penttisen ym. (2009, 33) opinnäytetyön tuloksissa noin puolet hoitajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että he olivat saaneet esimiehiltä tukea muutosprosessiin. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan muutosprosessi huomioitiin johdon taholta vaihtelevasti. Vaikka koulutusta ja koulutusmenetelmää pidettiin hyvänä, niin kirjallisen tukimateriaalin määrä ja laatu koettiin riittämättömäksi. Jalkauttamisen jälkeen kirjallisen tukimateriaalin tarve korostui toisaalta vakituisen henkilökunnan, mutta myös sijaisten kohdalla. Kirjalliset ohjeet ovat tärkeitä, mutta kaikkea ei voida ohjeistaa sen suhteen, mitä ja miten pitäisi kirjata. Yksiköissä onkin itsenäisesti sovittava, miten tyyppilliset hoitotyön toiminnot kirjaataan (Salmela, 25.5.2009). Tässä tutkimuksessa ilmeni, että ongelmia aiheuttaa muun muassa se, mihin omaisten kanssa käydyt keskustelut pitäisi kirjata. Kirjaamiseen liittyvistä asioista tulisikin keskustella avoimesti esimerkiksi osastokokouksissa ja sopia yhteisistä osaston sisäisistä linjauksista.



Heikommin johto huomioi muutosprosessin aikana henkilö- ja aikaresurssit. Uuden kirjaamismallin opettelu ja käyttöönotto tapahtui oman työn ohessa, eikä esimerkiksi lisähenkilökuntaa palkattu siirtymävaiheen tueksi. Koulutukseen ja uuden asian opetteluun kulunut aika oli pois päivittäisiin työtehtäviin käytettävistä ajasta ja tämä koettiin raskaaksi. Dillonin ym. (2005, 139) tutkimuksessa tuodaan myös selkeästi esille, että muutosprosessissa ovat tärkeitä erilaiset yhteistyön tavat, joiden avulla voidaan helpottaa hoitohenkilöstön sopeutumista muutokseen. Johdolta edellytetään tukea ja aikaresursseja, jotta muutosprosessi etenisi sujuvasti, sillä muutoksen läpivieminen vie hoitohenkilökunnalta aikaa ja voimavaroja.

Saaduista tutkimustuloksista selviää, että rakenteisen kirjaamisen yhteyttä hoidon laatuun on vaikea arvioida. Haastateltavat eivät osanneet antaa selkeää vastausta siihen, saadaanko rakenteisen kirjaamismallin kautta enemmän tietoa hoidosta ja hoidon laadusta. Hoidon laatua arvioivia mittareita ei tutkimustulosten mukaan osastolla ole otettu käyttöön rakenteisen kirjaamismallin myötä. Hoidon laadun arviointiin on kuitenkin kehitetty maailmalla useita erilaisia mittareita, esimerkiksi Phaneufin dokumentteihin perustuva Nursing Audit -mittari, jota on käytetty Suomessakin. (Leino-Kilpi ym. 1994, 40 – 41.)

Hoitosuunnitelman avulla pyritään luomaan perusta hyvälle hoitosuhteelle, joka osaltaan vaikuttaa hoidon laatuun positiivisesti. Tämän tutkimuksen mukaan rakenteisen kirjaamismallin mukaiset hoitosuunnitelmat ovat perusteellisempia, selkeämpiä ja tietomäärältään kattavampia kuin aikaisemman kirjaamisjärjestelmän mukaiset suunnitelmat. Samansuuntaisiin tuloksiin ovat päätyneet myös Dahm ja Wadensten (2008, 2144) sekä Lee ja Chang (2004, 35). Edellä mainituissa tutkimuksissa nousi lisäksi esille, että hoitosuunnitelmat helpottavat hoitajien työtä ja auttavat heitä muistamaan potilaan hoidossa tarvittavia hoitotoimenpiteitä paremmin.

Kirjausten rakenteisuudesta huolimatta päällekkäistä kirjaamista esiintyy edelleen, joten mallin mukainen kirjaaminen ei ole vielä täysin ongelmaton. Tätä

tutkimustulosta tukee VSSHP:n HoiDok -hankkeen loppuraportti, jonka mukaan kertakirjaamisen periaate ei vielä toimi, vaan päällekkäistä kirjaamista tehdään vielä runsaasti (VSSHP 2008). Edellä mainittuihin tutkimustuloksiin ovat ristiriidassa Penttisen ym. (2009, 45) opinnäytetyön tulokset, joissa arvioidaan päällekkäisen kirjaamisen vähentyneen. Kertakirjaamisen periaatteeseen on siis edelleen syytä kiinnittää huomiota jatkossa.

Potilasturvallisuus on yksi laadukkaan hoitotyön tärkeimmistä ja merkittävimmistä kulmakivistä. Tiedon siirtyminen hoitajalta toiselle on potilasturvallisuuden kannalta ehdottoman tärkeää. Tässä tutkimuksessa haastateltavat olivat sitä mieltä, että tieto siirtyy hoitajalta toiselle samalla tavalla kuin aikaisemmassakin kirjaamisjärjestelmässä. Penttisen ym. (2009, 45) mukaan rakenteisen kirjaamismallin myötä tiedonkulku taas on parantunut. Potilasturvallisuus ei ole rakenteisen kirjaamismallin myötä tämän tutkimuksen mukaan kehittynyt, mutta ei myöskään huonontunut. Rakenteinen kirjaaminen ei siis ole tältä osin vaikuttanut hoidon laatuun. Darmer ym. (2004, 328) ovat päätyneet päinvastaiseen tulokseen potilasturvallisuuden suhteen. Heidän tutkimustulostensa mukaan rakenteinen kirjaaminen vaikuttaa positiivisesti potilasturvallisuuteen.

Dillon ym. (2005, 145) toteavat, että asianmukainen ja riittävä ATK-laitteisto tukee toimintaa muutostilanteessa. Havainnoidut kirjaamistapahtumat tukevat tätä väitettä. Kirjaamispäätteitä oli osastolla riittävästi ja jonoa ei näin ollen päässyt syntymään. Tämä tuki siirtymävaiheen sujuvuutta. Työrauha oli riippuvainen työpisteen sijainnista ja tässä esiintyi vaihtelua tutkitun osaston kohdalla. Jos kaikista työpisteistä olisi karsittu häiriötekijät minimiin, kuten toisen ryhmän suljetusta kirjaamistilasta, olisi uuden kirjaamismallin käytön oppiminen saattanut olla kaikille tehokkaampaa.

## 9.2 Tutkimusprosessin tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastattelulla, johon osallistui neljä haastateltavaa ja kaksi haastattelijaa. Ryhmähaastattelu valittiin menetelmäksi, koska ha-

luttiin selvittää, miten haastateltavat muodostavat yhteisen kannan tutkittavaan asiaan. Saadun aineiston koko oli riittävä tähän tutkimukseen, mutta määrä ja laatu olisi saattanut olla parempi jotain toista menetelmää käyttäen. Esimerkiksi lomakehaastattelun avulla olisi ollut mahdollista tiedustella koko osaston henkilökunnan mielipidettä siirtymävaiheesta. Toisaalta ryhmähaastattelun sijaan tutkimukseen osallistuneiden hoitajien yksilöhaastatteluilla olisi ehkä saatu tasapuolisemmin sisällöltään monipuolisempia vastauksia. Joskus ryhmähaastattelu voi olla laajemman tutkimuksen alkuvaihe. Jatkotutkimusehdotuksena voisikin olla kyselylomakkeen avulla toteutettu otokseltaan laajempi yksittäinen tutkimus tai jopa pitkittäistutkimus.

Tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää myös hoitoprosessin vaiheiden määrittämistä. Tulokset ja johtopäätökset jäivät tältä osin vajaiksi, koska haastattelussa tähän asiaan ei saatu selkeää vastausta. Hoitajien kokemuksia hoitoprosessin vaiheiden määrittämisestä ja niiden mukaisesta kirjaamisesta tulisikin tutkia systemaattisemmin jatkossa.

Tutkimustulosten mukaan koulutusta ja koulutusmenetelmää pidettiin hyvänä, mutta kirjallisen tukimateriaalin määrä ja laatu koettiin riittämättömäksi. Kirjallisen tukimateriaalin tarve korostuu siirtymävaiheen aikana, mutta sen merkitys ei vähene pitkään aikaan jalkauttamisen jälkeenkään. Osastoilla tulisikin olla mahdollisuus pohtia omien potilasryhmien tyypillisiä piirteitä (hoidon tarve, tavoite) ja näiden pohjalta luoda valmiita esimerkkitapauksia hoitosuunnitelmista tai päivittäisistä kirjauksista rakenteisen kirjaamismallin mukaisesti. Ohjeiden tarkoituksena olisi opastaa, miten uutta kirjaamismallia käytetään. Tutkimustulosten mukaan myös se, mihin tietyt asiat kirjataan, tuottaa paikoitellen ongelmia. Osastoilla pitäisikin sopia erikseen, mihin tyypilliset hoitotyön toiminnot yhtenäisesti kirjataan. Yhtenäisesti sovitut kirjaamistavat voitaisiin myös liittää esimerkkitapauksiin.

Ryhmähaastattelun tukena käytettiin osallistuvaa havainnointia. Alun perin tarkoitus oli, että havainnointi olisi kohdistunut kirjaamistapojen ja työympäristön

lisäksi myös rakenteisesti kirjattuihin potilastietoihin, mutta tietosuojan tuomat rajoitteet estivät tutkijoiden pääsyn potilaskohtaisiin tietoihin. Tästä syystä saatu havainnointiaineisto jäi suunniteltua suppeammaksi. Jos rakenteisiin kirjauksiin olisi päästy perehtymään, olisi havainnointi ollut menetelmänä hyödyllisempi. Tutkijoiden läsnäolo voi vaikuttaa havainnoinnista saatavan aineiston luotettavuuteen heikentävästi. Tässä tutkimuksessa havainnoinnin kohteena eivät olleet ihmiset, vaan työympäristö ja kirjaamistavat, joten tutkijoiden läsnäololla ei tuntunut olevan vaikutusta havainnointitilanteeseen. Lisäksi sekä tutkijat että läsnä olevat hoitajat olivat jo tuttuja toisilleen haastattelutilanteesta, jolloin ilma-  
piiri oli rennompi.

Laadullisesta tutkimuksesta saatuja tuloksia ei voida yleistää, eivätkä tutkimustulokset ole sellaisenaan täysin siirrettävissä toiseen tutkimustilanteeseen. Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää jatkotutkimuksissa ja suunniteltaessa muutoksen läpiviemistä yksiköissä, joiden konteksti on mahdollisimman yhtenäinen tämän tutkimuskohteen kanssa.

## LÄHTEET

Arkistolaki 23.9.1994/831.

Dahm, M. F. & Wadensten, B. 2008. Nurses' experiences of and opinions about using standardized care plans in electronic health records – a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 17 No. 16/2008, 2137 – 2145.

Darmer, M. R.; Ankersen, L.; Nielsen, B. G.; Landberger, G.; Lippert, E. & Egerod, I. 2004. The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol. 18 No. 3/2004, 325 – 332.

Dillon, T. V.; Blankenship, R. & Crews, T. 2005. Nursing Attitudes and Images of Electronic Patient Record Systems. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* Vol. 23, No. 3/2005, 139 – 145.

Ekström, A. 2006. Sähköinen kirjaaminen tuli taloon. Kirjaamisen kehittäminen Kukonkallion vanhainkodissa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 43. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 16 – 22.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Häyrinen, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön perustiedoston hyödyntäminen johtamisessa. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 139 – 154.

Jalas, A.; Kangas, R.; Karpov, I.; Kohopää, M.; Koponen, L. & Långstedt, K. 1992. Hoitotyön johtamisen näkökulmia. Tampere: Tammerpaino Oy.

Kangas, R. 1999. Hoitotyön johtaminen muutoksessa. Teoksessa Simoila, R.; Kangas, R. & Ranta, J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Tampere: Tammer-Paino Oy, 92 – 107.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Laaksonen, H.; Niskanen, J.; Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laitinen, H. 1998. Tapaustutkimuksen perusteet. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 55.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaali ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21 – 43.

Lee, T-T. & Chang, P-C. 2004. Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 13 No. 1/2004, 33 – 40.

Lehti, T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 2 No. 2/2004, 4 – 9.

Leino-Kilpi, H.; Walta, L.; Helenius, H.; Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen Hyvä Hoito –mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus raportteja 151. Helsinki: Stakes.

Moody, L.; Slocumb E. & Jackson D. 2004. Electronic Health Records Documentation in Nursing. Nurses' Perceptions, Attitudes, and Preferences. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* Vol. 22 No. 6/2004, 337 – 344.

Müller-Staub, M.; Needham, I.; Odenbreit, M.; Lavin, M. & van Achterberg, T. 2007. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications* Vol 18 No. 1/2007, 5 – 17.

Mäkeläinen, M. & Niitynpää, H. 2009. Hoitotyön kirjaamisen muutos Turun terveystoimessa asiantuntijasairaanhoidajien kokemana. *Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Mäkinen, O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki: Tammi.

Mäkisalo, M. 1999. ”Me teimme sen” Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

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

Orre, P. 2009. Hoitotyön vetovoimaisuus osastonhoitajan työn haasteena. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta / Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Parvonen, P.; Lillrank, P. & Ilvonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Tampere: Tammer-Paino Oy.

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

Penttinen, N.; Poskiparta, J. & Rantasalo, R. 2009. Hoitajien kokemuksia rakenteisen kirjaamismallin käyttöönotosta. *Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Perttula, J. 1996. Ihmistieteiden tiedonmuodostus ja tutkimusetiikka. Teoksessa Palmroth, A. & Nurmi, I. (toim.) *Alttiiksi asettumisen etiikka. Laadullisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston ylioppilaskunnan julkaisusarja n:o 38, 83 – 108.

Pisirici, M. & Shour, T. 2009. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen Turun terveystoimen pitkäaikaissairaanhoidossa. *Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma*. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Saario, A. 2007. Hoitotyön johtamisosaaminen ja johtamisen osaamisvaatimukset tulevaisuudessa julkisen terveydenhuollon toimintaympäristössä. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Saba, V. & Taylor, S. 2007. Moving past theory. Use of a standardized, coded nursing terminology to enhance nursing visibility. CIN: Computers, Informatics, Nursing Vol. 25 No. 6/2007, 324 – 331.

Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 123 – 138.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2008. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 189 – 197.

Saranto, K. & Sonninen, A. 2008. Miksi systemaattista kirjaamista tarvitaan? Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 11 – 16.

Simoila, R. 1999. Hoitotyön johtaminen – mitä se on? Teoksessa Simoila R.; Kangas, R. & Ranta, J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Tampere: Tammer-Paino Oy, 17 – 25.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

Sonninen, A. & Ikonen, H. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 75 – 79.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Tantt, K. & Ikonen, H. 2008. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 112 – 127.

Tantt, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 113 – 122.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2005–2008. Viitattu 25.2.2010 <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/16562/HoiDok-Loppuraportti-osa-I-090908.pdf>

Voutilainen, P. 1996. Hoitotyön laadun arviointiin käytetyt mittarit. Teoksessa Pelkonen, M. & Perälä, M-L. (toim.) Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Helsinki: Kirjayhtymä, 128 – 141.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus raportteja 142. Helsinki: Stakes.

Voutilainen, P.; Isola, A. & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. Scandinavian Journal of Caring Sciences Vol. 18 No. 1/2004, 72 – 81.

Voutilainen, P. & Liukkonen, A. 1995. Senior Monitor -laadun arviointimittarin sisällön validiteetin määrittäminen. Hoitotiede Vol. 7 No. 1/1995, 51 – 56.

Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Väisänen, L. 2009. ”Herkkyyttä olla läsnä” Osastonhoitajien kokemuksia henkilöstöjohtamisaamisestaan. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Yin, R. 1987. Case study research, Design and Methods. Sage Publications, Vol. 5 London.



Liite 1. Haastattelun runko

## **RAKENTEISEEN KIRJAAMISEEN SIIRTYMINEN**

### **1. Siirtymävaihe rakenteiseen kirjaamiseen osaston toiminnan kannalta**

- siirtymävaiheen kesto; koska ja miten alkoi?
- missä vaiheessa siirtymävaihetta ollaan tällä hetkellä?
- mitä myönteistä, mitä kielteistä?
- miten vaikuttanut osaston toimintaan?
- miten asiaan on suhtauduttu?

### **2. Rakenteinen kirjaaminen hoidon laadun kannalta**

- miten vaikuttanut hoitosuhteen kehittymiseen?
- miten vaikuttanut potilasturvallisuuteen?
- saadaanko aikaisempaa enemmän tietoa hoidosta ja sen laadusta?
- miten rakenteinen kirjaaminen on vaikuttanut hoidon laatuun?
- saavatko muut ammattiryhmät kirjauksista enemmän tietoa?

### **3. Kirjaamistavan muutosprosessin huomiointi johdon taholta siirtymävaiheessa**

- miten henkilökuntaa valmisteltiin tulevaan muutokseen?
- miten henkilö- ja aikaresurssit huomioitiin?
- miten henkilökuntaa motivoitiin?

### **4. Rakenteinen kirjaaminen ja kirjaamistapahtuma**

- minkälaista rakenteinen kirjaaminen on hoitajien mielestä tällä hetkellä?
- millaisena hoitoprosessin vaiheiden määrittäminen koetaan?
- minkälaisena kirjaamistapahtuma koetaan?
- minkälaisena kirjaamisen työympäristö koetaan?