



OMAHOITAJUUS, KIRJAAMINEN JA RAPORTOINTI

Psykiatrisen hoitotyön alueen hoitajien näkemyksiä

Marika Järvi
Minna Kulla
Riku Liljeberg
Sanna Metsänsalo
Maiju Tirkkonen

Opinnäytetyö
Tammikuu 2009
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

PIRKANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MARIKA JÄRVI, MINNA KULLA, RIKU LILJEBERG, SANNA METSÄNSALO & MAIJU TIRKKONEN:

Omahoitajuus, kirjaaminen ja raportointi –psykiatrisen hoitotyön alueen hoitajien näkemyksiä

Opinnäytetyö 59 s., liitteet 7 s.

Tammikuu 2009

Selvityksen tarkoituksena oli psykiatrisen alueen hoitohenkilökunnan käsitysten kuvaaminen omahoitajuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista. Tehty selvitystyö on ollut Pirkanmaan sairaanhoitajaopiskelijoiden (AMK) opintoihin kuuluva opinnäytetyö, joka toteutettiin yhdessä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoitotyön edustajien kanssa.

Tutkimusmenetelmänä oli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineiston keruu tehtiin selvitystä varten laaditulla kyselylomakkeella. Aineisto (n=260) analysoitiin yksiulotteisilla jakaumilla, ristiintaulukoinnilla ja sisällön erittelyllä.

Tehdyn selvitystyön perusteella voidaan todeta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen alueen hoitohenkilökunnan kokevan yksilövastuun hoitotyön ja omahoitajuuden toteutuvan pääsääntöisesti hyvin. Enemmistö kuitenkin kaipasi jotain muutosta omahoitajakäytäntöön. Kaikista vastaajista hieman yli puolet kaipasi enemmän aikaa potilaan kanssa. Nykyistä kirjaamisen laatua ei pidetty riittävän korkeana niin, että kirjallinen raportointi korvaisi suullisen. Tuloksista nousi esille hoitohenkilökunnan koulutuksen tarve nykyisin käytössä olevien tietojärjestelmien käyttöön. Hiljaiseen raportointikäytäntöön ei suhtauduttu myönteisesti. Hiljaiseen raportointiin liittyi paljon ennakkoluuloja ja myös virheellistä tietoa. Hiljaisesta raportoinnista tarvittaisiinkin lisäkoulutusta.

ABSTRACT

PIRKANMAA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Degree programme in Nursing

MARIKA JÄRVI, MINNA KULLA, RIKU LILJEBERG, SANNA METSÄNSALO &
MAIJU TIRKKONEN:

Primary nursing, documentation and reporting –psychiatric nurses’ viewpoint

Bachelor thesis 66 pages
January 2009

The aim of the survey was to describe nurses’ conceptions on primary nursing, reporting and documentation in mental health nursing. This survey was done in co-operation with Pirkanmaa Hospital District.

Data was gathered with a questionnaire developed for this purpose, altogether 260 nurses answered. Data was analyzed with quantitative methods: one-dimensional distributions, cross-tabulation and quantitative content analysis.

According to results nurses think that primary nursing is working well in the mental health nursing. However most of the respondents wanted to have some changes in the practices, like more time with patients. Quality of written documentation wasn’t considered very high, this could also prevent a change to silent reporting. The need for education in IT was clearly established in the results. There were many contradictions and also false information about silent reporting. If silent reporting should be a reporting method in the future, more education is needed about the issue for nurses.

Keywords: primary nursing, documentation, reporting

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TAUSTA	6
2.1 Yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajuus ja moniammatillinen yhteistyö.....	6
2.1.1 Yksilövastuinen hoitotyö	6
2.1.2 Omahoitajuus	8
2.1.3 Moniammatillinen yhteistyö	9
2.2 Raportointi.....	10
2.2.1 Suullinen raportointi	10
2.2.2 Hiljainen raportointi	12
2.3 Hoitotyön kirjaaminen	13
2.3.1 Hoitotyön kirjaamisen keskeisimmät käsitteet	14
2.3.2 Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen	15
2.3.3 Päätöksenteko ja hoitotyön prosessimalli	15
2.3.4 Sähköinen kirjaaminen	16
3 TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITE	23
4 MENETELMÄLLISET RATKAISUT	24
4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	24
4.2 Aineistonkeruu ja analysointi	24
5 TULOKSET	27
5.1 Yksilövastuinen hoitotyö	27
5.2 Kirjaaminen	31
5.3 Raportointi	38
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	46
6.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	46
6.2 Tulosten tarkastelu	47
6.2.1 Yksilövastuinen hoitotyö	47
6.2.2 Kirjaaminen.....	48
6.2.3 Raportointi	50
6.3 Kehittämissuhteet	55
LÄHTEET	56
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kirjaamisen ja raportoinnin kehittäminen on tullut erittäin ajankohtaiseksi hoitotyön dokumentoinnin siirryttyä sähköisiin potilasasiakirjoihin. Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönotto muuttaa potilastietojen hallintaa ja myös hoitotyön kirjaamis- ja toimintatapoja, kuten raportointia. Psykiatrisen hoitotyön alueella toiminta liittyy kiinteästi yksilövastuiseen hoitotyöhön ja omahoitajan toimintaan. Omahoitaja ohjaa kirjauksilla oman potilaansa hoitotyötä. Raportointikäytännön kautta, onpa käytössä mikä tahansa raportoinnin muoto, nämä tiedot siirtyvät muiden hoitoon osallistuvien tiedoksi.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä pohditaan näitä asioita kehittämisen näkökulmasta aktiivisesti. Ennen toimintatapojen edelleen kehittämistä tarvitaan tietoa siitä millaisia näkemyksiä hoitajilla on näistä asioista tällä hetkellä. Tässä raportoidun selvityksen tarkoituksena oli tarkastella psykiatrian alueen hoitohenkilökunnan käsityksiä omahoitajuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista. Selvityksen aineisto kerättiin psykiatrisen hoitotyön alueilla toimivilta hoitajilta kyselylomakkeella ja analysoitiin yksilulotteisilla jakaumilla, ristiintaulukoinnilla ja sisällön erittelyllä.

Tehty selvitystyö on ollut Pirkanmaan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden (AMK) Marika Järven, Minna Kullan, Riku Liljebergin, Sanna Metsänsalon ja Maiju Tirkkosen opintoihin kuuluvana opinnäytetyönä. Selvitystyö on toteutettu yhdessä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoitotyön edustajien kanssa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulusta yliopettaja Nina Kilku on toiminut selvitystyön ohjaajana. Työelämän edustajana on toiminut toimialue 5:n ylihoitaja Maarit Selander, joka on mahdollistanut selvitystyön tekemisen ja toiminut aktiivisesti projektiryhmän jäsenenä. Selvitystyön aikana on tehty yhteistyötä myös, toimialue viiden muiden ylihoitajien, toimialue 4:n lastenpsykiatrian ylihoitajan sekä Kaivannon sairaalan ylihoitajan ja Vammalan aluesairaalan psykiatrisen osastoryhmän ylihoitajan kanssa. He ovat kommentoineet kyselylomaketta ja mahdollistaneet kukin omissa yksiköissään aineiston keruun. Selvitystyön tulosten valmistuttua tulokset on esitelty yhteisessä seminaarissa edellä mainittujen tahojen ylihoitajille ja osastonhoitajille. Tuloksena saatujen tietojen perusteella voidaan omahoitaja-, kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä edelleen kehittää psykiatrisen hoitotyön alueella Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.

2 TAUSTA

2.1 Yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajuus ja moniammatillinen yhteistyö

2.1.1 Yksilövastuinen hoitotyö

Yksilövastuinen hoitotyö sai alkunsa hoitohenkilöstön tyytymättömyydestä vallitseviin toimintatapoihin. Hoidon pirstaleisuus, viestinnän monimutkaisuus ja potilaskontaktien vähäisyys huolestuttivat sairaanhoitajia ja he halusivat pois kanslioista potilaiden luokse. 1970-luvulla yksilövastuinen hoitotyö saavutti laajasti jalansijaa Yhdysvalloissa. Suomeen yksilövastuinen hoitotyö alkoi levitä 1980-luvulla, vaikka aikaisemminkin oli ollut käytössä niin sanottuja omahoitaja-järjestelmiä. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 76.) Yksilövastuinen hoitotyö on ollut pitkään kehittämisen kohteena suomalaisessa terveydenhuollossa. Sen on todettu olevan paras tapa järjestää hoitoa asiakaslähtöisesti; potilas saa tietoa ja hänellä on mahdollisuus aktiivisesti vaikuttaa hoitoonsa. (Pukuri 1997, 1.)

Yksilövastuisella hoitotyöllä voidaan tarkoittaa hoitotyön organisointitapaa sekä filosofisia toimintaperiaatteita (Hegyvary 1991, 17.) Organisointitapana yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa käytännön työtä ohjaavaa toimintamallia, jolloin omahoitajana voi toimia myös lyhyemmän koulutuksen saanut henkilö (Laaksonen 1994, 76-77.) Perusajatuksena yleensä on, että yksittäisen potilaan hoito on koko sairaalassaoloajan saman sairaanhoitajan vastuulla. Vastuu toiminnan sisällöstä, laadusta ja jatkuvuudesta korostuukin yksilövastuisessa hoitotyössä. (Hegyvary 1991, 17.) Toinen suuntaus näkee yksilövastuisen hoitotyön laajempaan, myös hoitotyön sisältöön vaikuttavana filosofiana, joka edellyttää sairaanhoitajan koulutusta omahoitajana toimivalta. (Laaksonen 1994, 76-77.) Hoitotyön ydin koostuu tällöin potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta. (Aalto & Munnukka 2003, 57; Voutilainen & Laaksonen 1994, 77.) Kaiken kaikkiaan yksilövastuinen hoitotyö nähdään professionaalisenä, potilaskeskeisenä käytäntönä. (Hegyvary 1991, 17.)

Yksilövastuisen hoitotyön pääperiaatteita ovat *vastuullisuus, itsenäisyys, koordinointi, kattavuus ja jatkuvuus*. *Vastuullisuus* tarkoittaa sitä, että omahoitaja vastaa potilaansa hoidon laadusta vuorokauden ympäri. Hän antaa ohjeet potilaan hoidosta muille, silloin

kun ei itse ole työvuorossa. Kirjaaminen on siis merkittävässä asemassa, jotta hoitotyön jatkuvuus taataan. Koulutus, työkokemus sekä riittävän pitkä perehdyttäminen ovat merkittävässä asemassa. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 76.) Vastuu potilaan hoitotyöstä on selvää, kun yksi hoitaja on vastuussa koko potilaan hoidon ajan sairaalaan tulosta poislähtöön saakka. Vastuu koskee kaikkia hoitotyön osa-alueita: vuorovaikutusta potilaan kanssa, hoitotoimintoja, tiedottamista, muiden ammattiryhmien toiminnan koordinoimista ja hoitotyön kehittämistä. Omahoitajan on ensisijaisesti hoidettava omia potilaitaan tai vastuullisuus ei onnistu. (Pukuri 1997, 24.)

Itsenäisyys ei merkitse työskentelyä yksin, vaan hoitaja työskentelee yhteistyössä kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Omahoitaja ei silti voi siirtää vastuuta muille, vaan hänen on kyettävä itsenäiseen päätöksentekoon. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan toiveita ja itsemääräämisoikeutta. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 76.) Yhteistyösuhteessa potilaan kanssa, omahoitaja antaa ammatillisuutensa potilaan käyttöön, jolloin hänellä on vastuu, että potilaalla on riittävästi tietoa terveytensä edistämiseksi. Hoitotyössä hoitaja on potilaan kanssa päätöksentekijä, yhdessä he suunnittelevat hoitotyötä, jonka toteuttamisen omahoitaja ollessaan poissa työvuorosta luovuttaa korvaavalle hoitajalle. (Pukuri 1997, 15-17). *Koordinoimista* on se, että omahoitaja järjestää potilaansa hoitoon liittyvät asiat niin, että ne sujuvat ja etenevät tavoitteiden mukaisesti. Koordinoimista pyritään hyvään kommunikointiin kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. *Kattavuus* yksilövastuisessa hoitotyössä tarkoittaa potilaan huomioimista kokonaisvaltaisesti. Ihmistä ei voida hoitaa vain hoitamalla jotakin tiettyä osaa. (Pukuri 1997, 19-20). *Jatkuvuus* on tiedon kulkua moitteettomasti. Hoitosuunnitelmaa noudatetaan ja potilas itse tietää mitä hänelle milloinkin tullaan tekemään. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 76.) Hoidon jatkuvuus mahdollistuu kun sama henkilö huolehtii potilaan hoitotyön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. (Pukuri 1997, 7.) Hoitotyön jatkuvuus taataan pääasiallisesti kirjallisen hoitotyön suunnitelman avulla. On tärkeää, että potilas on jatkuvasti tietoinen omasta tilanteestaan, jotta hän voi vaikuttaa ratkaisuihin oman elämänsä ja terveytensä kannalta mielekkäästi. (Pukuri 1997, 18-19.)

Potilaskeskeisyyden perustana on se, että potilas itse ohjaa omaa hoitoaan. (Pukuri 1997, 20-23.) Munnukan (1993) määritelmän mukaan yksilövastuinen hoitotyö on kahden yhdenvertaisen yksilön, hoitajan ja potilaan yhteistyösuhte, jossa molemmat työskentelevät potilaan senhetkisen terveyden edistämiseksi. Potilaan eläessä omaa

ainutlaatuista elämäntilannettaan, tuo omahoitaja yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön oman ammatillisuutensa. Potilas voi kokea yhteistyösuhteessa läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen ja tulla oikeaan aikaan autetuksi. Kahdenkeskisessä suhteessa potilas voi lisätä tietoisuutta itsestään ja uusien avautuvien mahdollisuuksien kautta edistää terveyttään ja saada energiaa, jonka avulla voi hallita omaa elämäänsä. Yhteistyön edellytyksenä ovat aika ja jatkuvuus. (Munnukka 1993, 99.)

2.1.2 Omahoitajuus

Omahoitaja huolehtii potilaansa hoitotyöstä koko terveydenhuoltojärjestelmän käytön ajan. Omahoitaja hoitaa potilastaan vuorossa ollessaan ja koordinoi hoidon korvaavalle hoitajalle poistuessaan työvuorosta. Omahoitaja huolehtii, että potilaan hoitotyö etenee hoitosuunnitelman mukaisesti ja muuttaa suunnitelmaa potilaan tilan mukaan. Yhteistyötä tehdään kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa ja huolehditaan siitä, että potilasta koskevat dokumentoinnit on asianmukaisesti tehty. (Paavilainen, Pukuri & Åstedt-Kurki 2007, 31-33.)

Psykiatrisen potilaan hoitotyön lähtökohtana on potilaan ainutkertaiset ja yksilölliset omaan elämäntilanteeseen liittyvät kokemukset. Vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa potilas voi tulkita kokemuksensa uudesta näkökulmasta. Hoitajan tehtävänä on lisätä potilaan tietoisuutta itsestään ja vaikeinakin aikoina tuoda potilaalle esiin myönteisiä tunteita ja kokemuksia. (Janhonen, Kiikkala & Koivisto 2007, 22–24.) Omahoitaja ja potilas oppivat vuorovaikutussuhteessa tuntemaan toisensa, jolloin voi syntyä kokemus siitä, että potilaan ainutlaatuinen elämäntilanne ja hänen terveytensä toteutuvat yhteisenä päämääränä. (Paavilainen, Pukuri & Åstedt-Kurki 2007, 31- 33.)

Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumista omahoitajien arvioimana on tutkittu Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tulosten mukaan suurin osa vastanneista (86 %) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että yksilövastuinen hoitotyö on paras tapa toteuttaa potilaan hoitoa. 47 % vastaajista ilmoitti toteuttavansa yksilövastuista hoitotyötä. Yksilövastuista hoitotyötä toteuttavien ja muiden työnjakomallien mukaan toimivien välillä oli eroja autonomia, jatkuvuus ja koordinointi –periaatteiden toteutumisessa. Yksilövastuista hoitotyötä toteuttavat olivat itsenäisempiä ja käyttivät enemmän toimivaltaa työssään. He myös hankkivat paremmin

tietoja potilaastaan ja luottivat siihen, että hoitosuunnitelma toteutui myös heidän ollessaan poissa työvuorosta. Omahoitaja koordinoi ja huolehti potilaansa jatkohoidosta useammin kuin muiden työnjakomuotojen edustajat. Vastaajat arvioivat toimivansa hyvin potilaskeskeisesti, potilaat suunnittelivat ja arvioivat hoitotyötä yhdessä hoitajien kanssa. Puolet vastaajista ilmoitti hoitavansa omia potilaitaan jokaisessa työvuorossa. (Pukuri 1997).

2.1.3 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö on yksi mielenterveyshoitotyön keskeisiä työskentelymuotoja. Moniammatillisen tiimin jäsenet toimivat yhteisvastuullisesti ja aktiivisesti yhdessä, hyödyntäen vahvuuksiaan tavoitteiden saavuttamiseksi. Moniammatillisessa tiimissä korostetaan jokaisen jäsenen osuutta asiakkaan hoidossa. Jäsenenä voi olla esimerkiksi sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi, puheterapeutti, fysioterapeutti, teologi, mielenterveyshoitaja ja lähihoitaja. Kunkin asiakkaan työryhmä koostuu niistä henkilöistä, jotka ovat asiakkaan hoidossa tärkeitä. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri ym. 2007, 155- 156.)

Selander (2002) on tutkinut hoitotyötä osana moniammatillista työryhmätyöskentelyä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata moniammatillisen työryhmän toimintaa heidän suunnitellessaan lapsen hoitoa lastenpsykiatrisella osastolla. Tutkimuksen moniammatillinen työryhmä muodostui osastonlääkäristä, osastonhoitajasta, erikoistuvasta lääkäristä, psykologista, sosiaalityöntekijästä, omahoitajasta, korvaavasta hoitajasta sekä muista hoitajista. Osastonlääkäri toimi puheenjohtajana neuvottelussa, tehden johtopäätökset ja yhteenvedon neuvottelun sisällöstä. Erikoistuvan lääkärin rooli oli neuvottelun lähtökohdan luominen. Omahoitajat kuvasivat lapsen oloa osastolla, muutosta lapsessa ja tavoitteita lapsen hoitotyössä. Korvaava hoitaja ja myös joskus muut hoitajat täydensivät omahoitajan kertomusta. Psykologit toivat esiin psykologisten tutkimusten tuloksia. Sosiaalityöntekijät toivat esiin perheen taloudellisen tilanteen. Jokaisella työryhmän jäsenellä oli oma selkeä alueensa lapsen hoidossa ja hoidonsuunnitteluneuvottelussa. Epäselvin rooli neuvottelussa oli muilla hoitajilla kuin oma-, korvaava- tai osastonhoitajilla. Moniammatillisen neuvottelun koettiin selventävän asioita ja tuovan ymmärrystä lapsen ja perheen yhteistyösuhteeseen sekä

hoitamiseen. Työntekijöiden mielestä osastolla toiminta muuttui johdonmukaisemmaksi ja yhtenäisemmäksi neuvottelun ansiosta. Työntekijät kokivat tarvitsevansa tällaisen oman ajan ja paikan ilman perhettä. Työntekijöiden saama hyöty tuli esiin ajattelun ja tietojen selkiintymisenä, jäsentymisenä, tarkentumisena ja ymmärryksen lisääntymisenä.

2.2 Raportointi

2.2.1 Suullinen raportointi

Potilaan tilasta ja hoidosta välitetään tietoa muille hoitoon osallistuville suullisen raportoinnin avulla. Raportin tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus työvuorojen vaihtuessa. Potilaskertomus on keskeinen asiakirja hoitotietojen välityksessä. Suullinen raportointi suoritetaan jossain tarkoitukseen sopivassa tilassa, kuten kansliassa, toimistossa tai potilashuoneessa. (Hartikainen 2008, 19.)

Tavanomainen tapa tiedonvälitykseen on suullinen tiedotustilaisuus vuoron päätyttyä, jolloin työvuoroon tulevat hoitajat saavat tiedot potilaiden sairauksista, voinnista ja hoidosta. Osastosta riippuen raportointitilaisuuksia on 3-4 kertaa vuorokaudessa ja niiden kesto on vaihdellen kymmenestä minuutista tuntiin. Kestoon vaikuttavat muun muassa osaston potilasmäärä, potilaiden vaihtuvuus sekä myös monet osaston toimintakulttuuriin ja työn organisointiin liittyvät tekijät. (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4-9.) Suullisia tiedotustilaisuuksia eli raportteja pidetään yleensä vähintään aamulla, päivällä ja illalla. Aamuraportilla yövuorossa olleet antavat tiedot vuoronsa loppuksi vain niiden potilaiden tilasta, joissa on tapahtunut muutosta työvuoron aikana. Päivätiedotus annetaan iltavuoroon tuleville työntekijöille ja iltatiedotus annetaan yövuoroon tuleville työntekijöille. (Iivanainen, Jauhiainen & Korhikoski 1995, 59). Tiedotustilaisuuden perusteella suoritetaan työnjako (Junes & Solvin 1995, 11).

Raportointiin liittyvän vuorovaikutuksen tavoite on aina tiedon välittäminen. Viestinnän keinona käytetään suullisen tiedotuksen lisäksi myös sanatonta viestintää ja kehonkieltä. Raportointitilaisuutta helpottaa yleisesti sovitut ilmaisut ja määreet, jotka jäsentävät raportointia. Raportoinnin tavoite on että potilaan terveydentilasta raportoidaan lyhyesti

ja riittävästi loogisessa järjestyksessä. (Laine, Lukkari & Rekomaa- Niskanen 2002, 22-24.)

Vaihtoehtona kansliassa tai toimistossa tapahtuvalle raportille on vuoteenvierusraportointi. Tällöin raportointitilanne on potilaan luona ja potilas on itse mukana raportilla. Etuna on se, että raportin saava hoitaja saa heti kuvan potilaan tilasta ja hoitotyön laatu ja jatkuvuus paranevat. Myös potilas saa tietoa omasta hoidostaan, jolloin hän pystyy päättämään hoidostaan, sitoutumaan päätöksensä mukaisiin hoitosopimuksiin ja kykenee jatkamaan hoitoaan kotiuduttuaan. Kieli raportilla tulee olla sellaista, että potilas ymmärtää sen. Vuoteenvierusraportointiin on pyydetty potilaalta suostumus, jolloin kerrotaan potilaalle myös vuoteenvierusraportoinnin merkitys. Jos potilas ei halua vuoteenvierusraportointia, pidetään hänen hoidostaan kansliaraportti. (Junes & Solvin 1995, 14- 17.)

Vuoteenvierusraporttia on tutkittu (Junes & Solvin 1995) aikuisten potilaiden kokemana. Tulosten mukaan potilaan ja hoitajan vuorovaikutus koettiin avoimeksi ja tasavertaiseksi. Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että hoitajiin ja heidän ammattitaitoonsa voi luottaa. Tiedonvälitys koettiin sekä muodollisesti että menetelmällisesti hyväksi. Hoitajat puhuivat tarpeeksi kovaa ja tietoa annettiin potilaalle ymmärrettävästi, selkeästi ja riittävästi. Tiedonvälitystä edistäviksi tekijöiksi haastateltavat luettelivat oman sairaanhoitajan, riittävän hyvän oman kunnon, riittävän ajan, yksilöllisen raportin, opiskelijat, potilaiden keskinäisen kanssakäymisen ja sen ettei huoneessa ole vieraita tai omaisia raportin aikana. Potilaiden saadessa enemmän tietoa hoidostaan, myös potilaiden turvallisuuden tunne lisääntyi. Hoitajan kohtaaminen kasvotusten lisäsi potilaiden tunnetta siitä, että juuri heistä ollaan kiinnostuneita. Tutkimuksessa vuoteenvierusraportoinnin esteiksi nousivat muun muassa hoitajan kiireinen aikataulu, hoitajien riittämättömät kommunikaatiotaidot sekä raportille osallistuvien suuri määrä. (Junes & Solvin 1995).

Hartikainen (2008) on tutkinut sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Yhtenä tutkimuksen osana tutkittiin myös raportointikäytäntöä sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Tulosten mukaan tietojärjestelmän käyttö on vähäistä raportoinnin yhteydessä. Sähköisen tietojärjestelmän käytössä, avaamisessa, kirjautumisessa ja siirtymisissä järjestelmän sisällä kuluu paljon aikaa, joten usein

kaikkien potilaiden tietoja ei lueta tietojärjestelmästä vaan raportti pidetään useasti muistin varassa. Tämän tutkimuksen mukaan suullinen raportointi on tarpeellinen potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

2.2.2 Hiljainen raportointi

Hiljaisella raportoinnilla hoitotyössä tarkoitetaan toimintatapaa, jolla korvataan perinteinen suullinen potilastiedotus kirjallisella tai elektronisella tiedon siirrolla. Tällöin edellisen työvuoron hoitaja ei pidä potilastiedotusta seuraavalle työvuorolle, vaan työvuoroon tuleva hoitaja ottaa itsenäisesti potilaspapereiden tai tietokoneen avulla selvää työvuorossa hoidettavista potilaista ja heidän hoitosuunnitelmistaan. Perinteiseen suulliseen potilastiedotukseen kuluva aika voidaan näin hyödyntää potilaan välittömään hoitotyöhön, hoitosuunnitelmien tekoon, kirjaamiseen tai osaston sisäisiin koulutustilaisuuksiin. (Puumalainen ym. 2003, 13.)

HUS:n Meilahden sairaalassa toteutettiin sisätautien toimialueella kehittämisprojektiin liittyvä tutkimus suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen siirtymisestä. Tutkimuksen tulosten mukaan kirjalliseen tiedonvälitykseen siirtymisen jälkeen hoitajat kokivat käyttävänsä 3,5 tuntia vähemmän aikaa kuin ennen päivittäisiin raportointitilaisuuksiin. Valtaosa vastaajista koki käyttävänsä enemmän aikaa hoitotyön kirjaamiseen, sairaskertomuksiin tutustumiseen ja suoraan potilastyöhön. Muutoksen ei katsottu parantavan hoidon jatkuvuutta tai osaston yhteishenkeä. Kolmasosa koki neuvottelevansa potilaan hoidosta enemmän potilaan kanssa sekä teki enemmän itsenäisiä päätöksiä. Valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että muutoksista tiedotettiin hyvin, esimies tuki muutosta ja muutoksesta keskusteltiin avoimesti. Suurin osa halusi jatkaa uutta raportointikäytäntöä. Vastaajat esittivät, että kirjaaminen hoitosuunnitelmiin ei vielä ole riittävän hyvällä tasolla, joten uusi käytäntö vaatii vielä kehittämistä. Suullista raporttia kaivattiin vielä esimerkiksi tilanteeseen, jossa palataan töihin pitkiltä vapailta ja osasto on täynnä uusia potilaita. (Puumalainen ym. 2003).

Myös Lohjan sairaalan kirurgisella osastolla on siirrytty kirjalliseen tiedonvälitykseen, niin sanottuun hiljaiseen raportointiin. Hoitajat eivät enää kerro potilaista toisilleen suullisesti, vaan vuoroon tuleva hoitaja perehtyy itsekseen potilaspapereihin ja saa tarpeelliset tiedot niistä. Suullisesti käydään läpi vain tiedotusluontoiset, osaston

toimintaa koskevat asiat. Paitsi määrällisesti, myös laadullisesti kirjaaminen on parantunut. Osa henkilökunnasta vastusti muutosta, koska heillä oli epävarmuutta tiedon riittävästä saannista ja ajan tasalla pysymisestä. Hoitajan rooli vaihtui aktiiviseksi tiedon etsijäksi passiivisesta tiedon vastaanottajasta. Vanhasta luopumista vaikeutti se, että suullinen raportti koettiin tärkeäksi sosiaaliseksi tapahtumaksi, joka lujittaa yhteishenkeä. Suullisessa raportissa voi viestittää myös nonverbaalisia arvoja ja asenteita. Kokonaan ilman puhetta ei ole kuitenkaan tarkoitus selvittää hiljaisessaan raportoinnissa. Potilaan hoitoa suunnitellaan yhdessä ja kollegoita konsultoidaan, juoksevat asiat tiedotetaan suullisesti. Hiljaiseen raportointiin siirtymisen jälkeen raportilta säästyneen ajan voi käyttää potilashoitoon ja keskusteluihin potilaan ja hänen omaistensa kanssa.. Suullisen raportin aika väheni, mutta kirjaamiseen käytetty aika lisääntyi. Hoitajien mielestä kirjaaminen parantui, potilaiden hoitoon käytetty aika lisääntyi ja hoitajat tekivät enemmän itsenäisiä päätöksiä. Lähes kaikki halusivat jatkaa uutta raportointikäytäntöä. (Hurri, 2006, 5-8.)

2.3 Hoitotyön kirjaaminen

Kirjaaminen hoitotyössä tarkoittaa hoitajien tekemiä merkintöjä sähköisessä tai manuaalisessa muodossa potilasasiakirjoihin. Hoitotyön kirjaaminen vaatii loogisuutta ja edellyttää hoitajalta tietoa hoitotyön tavoitteista ja omasta tehtävästään. Hoitotyön kirjaamisen merkitys kasvaa hoitoaikojen lyhetessä, potilaiden ja omaisten vaatimustason noustessa korkeammalle. Tärkeää onkin, että hoitaja kirjaa potilaan saaman hoidon ja sen tulokset. Kirjaamisen on oltava päämäärätietoista, siinä tulee esiintyä hoidon tavoitteet ja ne tulee olla selkeästi ilmaistu. (Leino 2004, 4.) Kirjaamisen tarkoituksena on luoda tietoa potilaan hoidosta ja sen kulusta. Suomessa kirjaaminen tapahtuu jatkuvalla terveystietokannalle, jonka kirjattuun hoitotyön sisältöön voivat hoitajien lisäksi vaikuttaa myös potilas itse sekä hänen omaisensa. (Ensio & Häyrinen 2007, 72.)

Pääperiaatteita, jotka ohjaavat hoitotyötä ja hoitotyön kirjaamista, ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, turvallisuus ja hoidon jatkuvuus. Vuodesta 1996 kansallisessa tietotekniikan strategiassa on korostettu myös moniammatillisuuden tärkeyttä kirjaamisessa. (Ensio & Saranto 2004, 9.)

Hoitotyön kirjaamista pyritään jatkuvasti kehittämään. Kehitystä on tapahtunut kirjaamisen rakenteen suhteen niin, että hoidon suunnittelu on jaettu vaiheisiin ja kirjaamiseen käytetyt lomakkeet on ositettu prosessi- ja ongelmanratkaisumallien mukaan. Näin ollen ne sisältävät hoitotyön tarpeiden kuvauksen, suunnitelman, toteutuksen ja arvioinnin. (Ensio ym. 2004, 9.)

Hoitajien näkökulmasta hoitotyön kirjaamisen toteutuminen on koettu potilaslähtöiseksi ja perhekeskeiseksi. Parhaiten koetaan kirjattavan potilaan tuntemuksia, myös omaiset otetaan kirjauksissa huomioon. Vähän yli puolet (52 %) tutkimukseen osallistuneista arvioi kirjaavansa hoitotyön päätöksiä kiitettävästi. Vähäiseksi koettiin hoidon suunnittelun kirjaaminen yhdessä potilaan kanssa. Leino (2004)

2.3.1 Hoitotyön kirjaamisen keskeisimmät käsitteet

Ensio & Saranto (2004) määrittävät kirjassaan Hoitotyön elektroninen kirjaaminen hoitotyön kirjaamisen keskeisimmät käsitteet seuraavasti: ”*Elektroninen potilaskertomus* on asiakirja, joka sisältää tietoa potilaan sairauksista ja niiden hoidosta digitaalisessa muodossa ja jota käsitellään tietotekniikan avulla. *Potilaskertomus* voi sisältää erikseen sekä sairauskertomuksen että hoitokertomuksen. *Hoitokertomus* on hoitohenkilökunnan laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Se sisältää sekä hoitotyön suunnitelman että päivittäiset merkinnät. *Hoitosuunnitelma* on hoitoketjun tai hoitoprosessin toteuttamista varten tehty asiakas- tai potilaskohtainen suunnitelma. *Hoitotyön luokitus* on hoitotyön kuvaamista tiettyjen periaatteiden mukaisesti. Luokitusten tavoitteena on yhtenäinen ammattikieli, jossa hoitotyön käsitteet ovat selkeät ja määritellyt. Luokituksia voidaan laatia hoitotyön tarpeista (hoitotyön diagnoosit), hoitotyön toiminnoista ja tuloksista, ja ne on tarkoitettu käytettäväksi potilaan hoidon kirjaamisessa. *Potilasluokitus* kuvaa erilaisia tapoja ryhmitellä potilaita tiettyjen, ennalta määrättyjen ominaisuuksien perusteella. Potilaiden hoitoisuus on potilasryhmien tarvitsema hoitotyön määrä ja vaativuus. Sitä käytetään erityisesti henkilöstön mitoituksessa ja kustannusten selvittämisessä. *Hoitoisuusluokitus* ryhmittelee potilaat tiettyjen ominaisuuksien perusteella hoidon tarpeen tai annetun hoidon samanlaisuutta kuvaaviin ryhmiin.”

2.3.2 Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyössä potilaan hoidon, ja kirjaamisen osana hoitoa, tulee perustua tutkittuun tietoon. Hoitajan tulee osata ottaa huomioon ja yhdistää potilaan omat toiveet ja tarpeet, omat tietonsa ja taitonsa sekä tutkittu tieto potilaan hoidossa. Keskeistä on hoitajan valmiudet hakea tietoa, arvioida kriittisesti ja kyetä soveltamaan tietoa yksilöllisesti potilaan tarpeisiin nähden. Tätä jatkuvaa arviointia ja päätöksentekoa hoitaja toteuttaa koko ajan hoitoprosessin eri vaiheissa. (Pekkala 2007, 48-51.)

Kirjaamisen suhteen on kuitenkin vielä kehitettävää. Järvenpää ja Koskensalo (2002) ovat selvittäneet hoitotyön kirjaamisen toteutumista hoitotyön suunnitelman osalta. Selvityksen mukaan 23 % hoitajista oli määritellyt hoitotyön tarpeet suunnitelmaan. 77 % ei ollut kirjannut hoitotyön tarpeita. Hoitotyön tavoite oli kirjattuna 9 %:lla hoitajista, kun taas 91 %:lla se oli jäänyt kirjaamatta. Selvityksen tulokset osoittivat, että hoitajat kirjasivat heikosti niin hoitotyön tarpeet kuin tavoitteetkin.

2.3.3 Päätöksenteko ja hoitotyön prosessimalli

Onnistunut kirjaaminen on avointa, aktiivista, nopeaa, tasapuolista, ymmärrettävää, luotettavaa ja uskottavaa. Sen lähtökohtana on hoitotyön päätöksenteko, jolla ohjataan sitä, kuinka potilaan tilasta ja hoidosta sekä niiden vaikutuksista kirjataan. (Niemi, Nietosvuori, Virikko 2006, 314, 316.)

Saranto ym. (2007) mukaan ”hoitotyö on sekä taitoa että tiedettä”. Potilaan hoitoa koskeva päätöksenteko edellyttää tiedon tarpeen määrittelyä, tiedon kokoamista ja analysointia. Hoitaja tekee potilaan hoidon suhteen päätöksiä, jotka perustuvat osaltaan tieteelliseen ajatteluun. Hoitajan ammattitaito taas antaa mahdollisuuden hyödyntää kokemusta ja intuitiota päätöksentekoprosessissa. Päätöksenteolla on suuri merkitys hoitotyössä, sen toteutuksessa ja kirjaamisessa. Hoitotyössä hoitajan tulee tehdä jatkuvasti päätöksiä potilaan hoidon suhteen, kun määritellään hoidon tarpeet ja suunnitelma, kun toteutetaan ja arvioidaan hoitoa sekä kirjataan se näkyville.

Donabedianin (1988) laadun arvioinnin perusmallia käytetään yleisesti terveydenhuollossa. Mallin mukaan hoidon laadun kriteerit voidaan määrittellä hoitoympäristöön liittyvien resurssi-, prosessi- ja tuloskriteerien perusteella. Resurssikriteereitä ovat henkilökunnan asenteet, taidot, laitteiden ja järjestelmien määrä ja laatu. Prosessikriteerit laaditaan hoitoprosessin kirjaamisen vaiheiden mukaan. Arvioidaan, miten tietojärjestelmiä käytetään ja miten se vastaa käyttäjän tarpeisiin. Mitä parempaa käytettävyys on, sitä sujuvampaa on myös tietojen kirjaaminen. Tiedon täytyy olla myös ajantasaista ja sitä tulee voida tallentaa paikasta toiseen. Tuloskriteerit määrittävät kuinka tehokkaasti ja millaisin kustannuksin päämäärät saavutetaan ja mitä vaikutuksia niillä on. Potilasasiakirjojen tulee olla oikeita ja virheetömiä potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi. Kirjattu tieto arkistoidaan määrätyn lainsäädännön mukaan. (Ikonen & Saranto 2007, 187-189, mukaan). Suomessa on jo 1980-luvulta lähtien käytetty hoitotyön kirjaamisen rakenteena WHO:n päätöksenteon prosessimallia. Päätöksentekomalli voidaan jakaa kolmesta kuuteen päätöksenteon vaiheeseen. Prosessimallin ohella on hoitoa kirjattu myös vapaasti eli narratiivisesti. (Saranto & Sonninen 2007, 13.)

Kirjaamista saattaa ohjata myös käytössä oleva hoitoisuusluokitus. Psykiatrinen hoitoisuusluokitusmittari (Pitkäniemi Patient Classification, PPC) perustuu hermeneuttiseen lähestymistapaan ja yksilövastuiseen hoitotyön hoitotieteelliseen teoriaan (Munnukka 1993). PPC-hoitoisuusluokitus sisältää psykiatrisen hoitotyön eri osa-alueet, kunkin osa-alueen sisällön sekä potilaan että omahoitajan välisen yhteistyösuhteen sisällöt eri osa-alueilla. Hoitoisuusluokitusmittarin käyttämisen kannalta on tärkeää tuntea sen taustalla oleva teoria ja ymmärtää sen toteuttaminen käytännön hoitotyössä. (Sundström 2003).

2.3.4 Sähköinen kirjaaminen

Sähköinen kirjaaminen ja eri asiakirjat

Sähköisellä kirjaamisella tarkoitetaan tietokoneella tapahtuvaa hoitotyön kirjaamista erilaisiin tietojärjestelmiin, jolloin tietosisältö voidaan tallentaa tekstinä, kuvana tai äänitallenteena. Perinteisessä, manuaalisessa kirjaamisessa, tallennusvälineenä toimii kynä tai kirjoituskone. Sähköisen potilaskertomuksen suurin etu on, että potilastietoja

voidaan lukea samanaikaisesti eri paikoissa, jolloin kirjaamiselle ja tiedon saatavuudelle ei ole olemassa fyysisiä esteitä. (Ensio & Saranto 2004, 11-12.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee, että potilaalla on oikeus saada tietoa hoitoonsa ja terveyteensä liittyvistä asioista. Tieto on annettava niin, että potilas sen ymmärtää. (785/1992 § 5) Potilasasiakirjalla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. (785/1992 § 2). 1.7.2007 tuli voimaan laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (733/2007). Laki sisältää säännökset asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista, joilla turvataan tietojen säilyvyys, käytettävyys, eheys sekä potilaan tietosuojaa. Yleisiin vaatimuksiin kuuluu muun muassa asiakastietojen säilyvyydestä huolehtiminen, velvoite varmistaa asiakirjan muuttumattomuus ja kiistämättömyys sähköisellä allekirjoituksella sekä velvollisuus seurata asiakastietojen käyttöä ja luovutusta. Seurantavelvoitteella turvataan asiakkaan yksityisyyden suojaa. (Salo 2007, 15.) Sähköinen tai elektroninen potilaskertomus tarkoittaa asiakirjaa, jossa on tiedot potilaan sairauksista ja niiden hoidosta digitaalisessa muodossa. (Ensio & Saranto 2004, 11.) Tavoitteena on, että digitaaliset potilasasiakirjat muodostavat kokonaisuuden hyödynnettävistä hoitotiedoista. Hoitotiedot muodostavat elektronisen kertomusjärjestelmän, joka tukee asiakas- ja potilaslähtöistä hoitotyötä, sekä moniammatillista yhteistyötä ja turvaa hoidon jatkuvuutta. (Ensio & Saranto 2004, 13.)

Sähköisen kirjaamisen tavoitteet

Kirjaaminen on potilaan hoidon kirjaamista asiakirjoihin, jolla luodaan pohja hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle. Kirjaamisella turvataan hoitoa koskevan tiedon saanti sekä varmistetaan hoitotyön toteutus ja seuranta. (Ensio & Saranto 2004, 44, Eriksson, Hupli & Lauri 1998, 94, Hallila 1998, 17-18.) Hoidon kirjaamisen periaatteisiin sisältyvät myös hoitotyön keskeiset pääperiaatteet eli potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, hoidon jatkuvuus ja turvallisuus (Ensio & Saranto 2004, 9). Asiakkaan hoidon eri vaiheiden kirjaaminen on oleellinen osa asiakkaan kokonaisuhoitoa ja sen merkitys tulee koko ajan kasvamaan terveydenhuoltojärjestelmän muuttuessa, hoitoaikojen lyhentyessä ja asiakkaiden mielenkiinnon kasvaessa saamaansa hoitoa kohtaan. (Eriksson, Hupli & Lauri 1998, 94.)

WHO:n hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaista toimintaa tukevat sähköiset potilastietojärjestelmät. Pääelementtejä sähköisessä kirjaamisessa ovat potilaasta kerätyt tiedot, tunnistetut hoidon tarpeet ja ongelmat, diagnoosit, hoitokertomus ja hoitotyön yhteenveto. Sähköinen potilaskertomusjärjestelmä mahdollistaa myös hoidon tarpeiden, potilaan ongelmien ja hoitotyön diagnoosin priorisoinnin. Sen tarkoituksena on helpottaa kokonaishoidon järjestämistä sekä hoidon jatkuvuuden turvaamista. Sähköisen hoitosuunnitelman kehittämiseen kuuluu rakenteellinen tapa kirjata, joka edellyttää yhtenäisiä kirjaamisen menettelytapoja. Päätöksenteon prosessimalli systematisoi kirjaamista, mutta se ei tuo hoitotyön kirjaamiseen sisältöä. Rakenteellisen termistön käyttö systematisoi kirjaamista ja mahdollistaa tiedon jatkokäytön. Termistö tarkoittaa luokituksia, nimikkeistöjä ja sanastoja, jotka koostuvat käsitteistä ja termeistä. Manuaalisissa potilaskertomuksissa termistön käyttö on ollut Suomessa vähäistä. (Ikonen & Sonninen 2007, 76-77, Ensio, Ikonen & Sonninen 2007, 80-81). Kirjatulla tiedolla on merkitystä potilaan päivittäisessä hoidossa, koska tietojen pitää olla käytettävissä viiveettä niitä tarvitseville. Tämä edellyttää yhdenmukaisuutta ja rakenteisuutta kirjaamiselta. Kirjaamisen systemaattisuus tarkoittaa sitä, että on sovittu mitä kirjataan sisällöllisesti ja miten kirjataan rakenteellisesti. (Saranto 2007, 12.)

Sähköinen potilaskertomus parantaa osaltaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä mahdollistaa uusien, kustannustehokkaampien toimintamallien käyttöönoton. Mahdollisuuksia avautuu myös toiminnan seurannalle ja tilastoinnille, edellyttäen että kansalliset määräykset otetaan käyttöön kaikissa potilasasiakirjajärjestelmissä. Sähköiset terveystiedot edistävät asiakaskeskeisyyttä, terveystietopalvelujen saatavuutta, toiminnan tavoitteellisuutta ja taloudellisuutta, moniammatillista tiimityöskentelyä ja hoitoketjujen saumattomuutta. Kustannuksia säästyy, kun potilasta koskeva ajankohtainen tieto on saatavilla seuraavassa hoitopaikassa, eikä näin tarvitse tehdä samoja tutkimuksia uudelleen. (Hallila 2005, 52-53.) Uuden mobiilitekniikan ansiosta voidaan hoitopäätökset kirjata esimerkiksi lääkärin kierron aikana suoraan potilaskertomukseen, samalla voidaan myös päivittää lääkitystä ja kirjata hoitomääräyksiä. Myös hoitaja voi kirjata suoraan tietoja potilaskertomukseen hoitokiertojen aikana. Moniammatillisten työryhmien yhteistyö paranee tietojärjestelmien avulla, koska potilaskertomusjärjestelmän sisällä on mahdollista lähettää ohjeita tai konsultointeja potilaan tilasta. (Ensio & Saranto 2004, 15.)

Sähköisen kirjaamisen osaaminen

Sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttäminen työvälineenä vaatii hoitohenkilökunnalta hyviä tietoteknisiä taitoja. Henkilöstön tulee tuntea tietokoneiden ominaisuudet ja toiminta sekä heidän tulee osata käyttää keskeisiä terveydenhuollon tietojärjestelmiä että hallita virhetilanteita. Tietokoneen mekaanisen käytön lisäksi henkilöstö tarvitsee tiedon tulkintataitoja ja tutkitun tiedon hallintataitoja. Tulevaisuudessa korostuu henkilöstöllä tiedonhallinnan taidoista tiedonhankinta ja tiedon käyttö sekä sähköisen kirjaamisen taidot. (Hartikainen 2008, 13.)

Tutkimuksien mukaan sähköiseen kirjaamiseen liittyy ennakkoluuloja ja pelkoja kirjaamiseen liittyvän tietotekniikan vuoksi. Pelkoja esiintyy kaikissa ammattiryhmissä ja ikäluokissa. Pelot tietojärjestelmää kohtaan ovat selkeimmin yhteydessä koulutukseen: mitä koulutetumpi käyttäjä on, sitä vähemmän on pelkoja tietojärjestelmiä kohtaan. Myös työkokemus on yhteydessä pelkoon tietojärjestelmiä kohtaan, sillä vähän työskennelleet käyttävät tietojärjestelmiä mielellään. Työnantajan tulisi huolehtia, että henkilökunnalla on tietojärjestelmien käytössä tarvittavat valmiudet ja että henkilökunta pitää niitä yllä, kun järjestelmien käyttö laajenee. Näin voidaan edistää myönteistä asennoitumista tietotekniikkaa kohtaan ja vahvistaa järjestelmien käyttöturvallisuutta. (Ensio & Saranto 2004, 15.) Näin määrittelee asian myös sosiaali- ja terveysministeriön asiaa koskeva työryhmä, joka lisää täydennyskoulutustarpeisiin myös tietojenkäsittelyn lainsäädännöllisen pohjan tuntemuksen. Täydennyskoulutuksen rinnalle tarvitaan tukiverkostoja osaamisen kehittymiseksi ja toimintatapojen muutoksen onnistumiseksi. (Hallila 2005, 51-52.)

Virolainen (2006) on tutkinut hoitotyöntekijöiden käsityksiä sähköisestä kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Tulosten mukaan hoitotyöntekijöiden taustatiedoilla, esimerkiksi iällä, työskentelypaikalla, valmistumisvuodella ja saadulla koulutuksella oli yhteys itsearviointiin kirjaajana. Kirjaamisen taustalla olevat lait tunnistettiin hyvin, kirjaamiseen käytetyn ajan koettiin lisääntyneen ja vastaajat kokivat uuden kirjaamistavan tärkeäksi, sen nähtiin myös auttavan arvioimaan kirjaamisen sisältöä. Erityisesti johdon asenteella koettiin olevan positiivinen merkitys ja tuki. Kannustus lisäsi motivaatiota kaikissa vastaajien ryhmissä.

Positiiviset asenteet, tyytyväisyys ja motivaatio tietojärjestelmiä kohtaan edistävät uudenlaisen käytännön hyväksymistä. Tärkeää on, että uudesta järjestelmästä on hyötyä työn kannalta, niiden tulee olla helppokäyttöisiä ja hyödyllisiä. Koulutuksen määrällä on

todettu olevan vaikutusta sekä hoitohenkilöstön asenteisiin että kirjaamisen tasoon. (Kvist 2007, 18-21) Valmiudet uuden järjestelmän käyttöön edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöstöltä uuden ajattelutavan omaksumista ja sitoutumista, jotka tapahtuvat koulutuksen avulla. Henkilöstön asennoitumisella uutta työvälinettä kohtaan on todettu olevan yhteys niistä saatavaan hyötyyn. (Hartikainen 2008, 13.)

Aiemmat tutkimukset sähköiseen kirjaamiseen liittyen

Vellonen (2004) on tutkinut sähköisen potilaskertomuksen käyttöönottoa ja käytettävyyttä erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa arviointitietoa sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotosta ja sen käytettävyydestä moniammatillisessa toimintaympäristössä. Arviointi suoritettiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin Savonlinnan keskussairaalassa. Tutkimus kohdistettiin sähköisen potilaskertomuksen sekä järjestelmän käytettävyyden arviointiin käyttäjänäkökulmasta tarkasteltuna. Aineisto koostui sekä kysely- että haastattelututkimuksen tuottamista tiedoista. Tutkimuksessa hoitotyöntekijöistä yli puolet (54 %) arvioi ATK-taitonsa hyväksi ja 47 % hoitotyöntekijöistä arvioi käyttävänsä sähköistä potilasjärjestelmää alle tunnin, 44 % arvioi käyttävänsä yli kaksi tuntia. Atk-taitonsa arvioinnissa vastaajien iän mukaan tulokset vaihtelivat, että nuorimmasta ikäluokasta 93 % arvioi taitonsa hyväksi, kun taas esimerkiksi 49-58 vuotiaista 37 % arvioi ATK-taitonsa hyväksi. Uuden järjestelmän koulutuksesta oli nuorin ikäluokka tyytyväisin ja 49-58 -vuotiaat tyytymättömiä. Omalla ATK-osaamisella oli tutkimuksen mukaan merkitystä koulutuksen kokemuksiin. 88 % hoitotyöntekijöistä oli sitä mieltä, että yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on ollut sujuvaa. Vastaajien mielestä järjestelmän käyttöönotto oli pääosin onnistunutta, vaikka alkuvaiheen toteutusta kuvattiin puutteelliseksi, koska vastaajat eivät päässeet riittävästi vaikuttamaan hankkeen toteuttamiseen. Tiedotukseen ja käyttötukeen oltiin tyytyväisiä. Käytettävyyteen liittyvät ongelmat koskivat lähinnä graafista esitysmuotoa ja puutteellista lomakekantaa.

Ikonen (2007) on tutkinut hoitohenkilökunnan tietoteknisiä ja elektronisen kirjaamisen valmiuksia Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Tulosten mukaan kolmasosa piti tietoteknistä osaamistaan hyvänä, viidennes vastaajista arvioi oman osaamisensa huonoksi. Ikäryhmittäin tarkasteltuna nuoremmat pitivät osaamistaan selvästi vanhempaa ikäluokkaa parempana. Työkokemuksen mukaan vähemmän työssä olleet pitivät omaa tietoteknistä osaamistaan parempana kuin kauemmin työssä olleet.

Tutkimuksen mukaan suurimpana tietotekniikan käytön esteenä koettiin ajan käytön ongelmat, toiseksi suurimmaksi esteeksi koettiin puutteelliset taidot tietotekniikassa. Pienimpänä esteenä koettiin oman koneen puuttuminen ja kiinnostuksen puute tietotekniikkaa kohtaan. Noin puolet vastaajista oli tuntenut epävarmuutta tietojärjestelmän käytössä ja kolmannes vastasi, että ei hallitse järjestelmää. Tutkimuksen vastausten mukaan koulutustarvetta on edelleen. Jatkuvaa koulutusta pidettiin tärkeänä ja koulutuksen sisällön toiveet vaihtelivat perustaidoista ja lainsäädännöstä hoitotyön kirjaamisen sisältöihin.

Hartikainen (2008) on tutkinut millaisia muutoksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttö on tuonut päivittäiseen työhön Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksen kohteena olivat potilaan vastaanotto, lääkärintkierto ja suullinen raportointi. Tuloksista ilmeni, että sähköisen potilasjärjestelmän käyttöönotto on toteutunut vaiheittain; vieläkin potilaan tietoja kirjataan sekä sähköisesti että paperille. Tämä siksi, koska joihinkin papereihin ei ole vielä kehitetty sähköistä versiota. Usein hoitajat joutuivat tekemään kaksinkertaisen työn kun kirjasivat sekä paperille että sähköisesti. Tämä vie hoitajalta kaksinkertaisen ajan. Tutkimuksen mukaan sähköisen kirjaamisen myötä kirjaaminen on parantunut ja muuttunut helpommaksi, käsialaongelmia ei esiinny ja kirjaamiset on helppo korjata. Potilaskertomusjärjestelmän koettiin vievän aikaa useasta eri syystä, kuten järjestelmään kirjautuminen ja tietokoneiden vähäisyys. Tietojärjestelmä koettiin hitaaksi ja järjestelmä koettiin hajanaiseksi.

Mutanen (2007) on tutkinut potilastietojärjestelmään kohdistuvaa koulutusta erään kaupungin perusterveydenhuollon henkilöstön keskuudessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia haasteita uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotto asettaa terveydenhuollon henkilöstölle sekä kuinka tietojärjestelmän käyttöönottoa voidaan kehittää henkilöstön näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan koulutus ja sen suunnittelu on tärkeää koko tietojärjestelmän käyttöönotolle. Vastaajista lähes kolme neljäsosaa koki koulutuksen sisällön hyväksi tai erittäin hyväksi. Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista koki voivansa hyödyntää koulutusta työssään hyvin tai erittäin hyvin. Vastanneiden mielestä olisi todella tärkeää saada organisaatioon yhtenäinen kirjaamisen tapa. Kun on yhteisesti sovittu kuinka ja mihin lomakkeille kirjaaminen tapahtuu, on kirjatun tiedon etsiminen helppoa. Tärkeää on myös se mihin tietokone asetetaan. Vastaajien mielestä kone tulisi laittaa rauhalliseen paikkaan. Koska työntekijöillä ei ole omaa työpistettä

saatavilla, on tärkeää että jokaisen työntekijän pitäisi pystyä säätämään näyttö ja näppäimistö itselle sopivaan asentoon.

Leinonen (2008) on tutkinut miten tietojärjestelmien avulla voidaan tukea organisaatioiden osaamisen kehittämistä ja jakamista kahdessa eri tavalla toteutetussa hoitaja- lääkäri työnjakomallissa perusterveydenhuollon kontekstissa. Tulosten mukaan hoitajilta edellytetään uutta osaamista ja keskeistä on toiminnan kautta oppiminen. Hoitajien tehtävänkuva laajenee ja muuttuu toimintamallien muutosten ja kasvavan tietojärjestelmien hyödyntämisen myötä. Tietojärjestelmät ovat tutkimuksen mukaan tehostaneet hoitajien kirjaamista ja tiedon jakamista. Tutkimuksessa tuli esille, että osa hoitajista käyttää päivittäisessä työskentelyssään sähköisiä tukijärjestelmiä, kuten Käypä hoito- suosituksia. Hoitosuosituksien saatavuus sähköisessä muodossa helpottaa tietojen päivittämistä, ylläpitämistä ja tiedon löytämistä.

3 TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITE

Tämän selvityksen tarkoituksena oli tarkastella psykiatrian alueen hoitohenkilökunnan käsityksiä omahoitajuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista.

Selvityksen tutkimusongelmat olivat:

1. Millaisia käsityksiä hoitajilla on omahoitajuudesta?
2. Millaisia käsityksiä hoitajilla on kirjaamisesta?
3. Millaisia käsityksiä hoitajilla on raportoinnista?

Selvityksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka perusteella omahoitajuuden, kirjaamisen ja raportoinnin käytäntöjä voidaan edelleen kehittää.

4 MENETELMÄLLISET RATKAISUT

4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus perustuu mittaamiseen (Erätuli, Leino, Yli-Luoma 1994, 10-11.) Havaintoaineiston tulee olla sen tyyppistä, että se soveltuu määrälliseen mittaamiseen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 135-136.) Kvantitatiivinen tutkimus antaa kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Määrällinen tutkimus pyrkii puolueettomuuteen eli tutkimuksen tekijä ei vaikuta lopputulokseen. (Vilkkä 2007a, 28.)

4.2 Aineistonkeruu ja analysointi

Tämän selvityksen aineistonkeruu suoritettiin sitä varten laaditulla kyselylomakkeella. Kysymykset muodostettiin edellä esitettyjen omahoitajuutta, raportointia ja kirjaamista kuvaavien teoreettisten lähtökohtien perusteella. Kysely on vakioitu aineiston keräämistapa; kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla (Vilkkä 2007a, 28). Tässä kuvattuun selvitykseen osallistuivat toimialue viiden, toimialue neljän lastenpsykiatrian, Kaivannon sairaalan ja Vammalan aluesairaalan psykiatrisen hoitotyön alueen sairaanhoitajat sekä mielenterveys/lähi /perushoitajat. Kysely soveltuukin hyvin tilanteeseen, jossa vastaajia on paljon ja he ovat hajallaan (Vilkkä 2007a,28). Syksyllä 2007 ylihoitajien ja opettajien yhteisessä kokouksessa Vammalassa päätettiin, että selvitystä ei toteuteta otannalla vaan se kohdistetaan koko hoitohenkilöstölle. Tämän ratkaisun perusteena oli se, että kysely ei ollut ainoastaan tietoa tuottava vaan sen tarkoituksena oli myös nostaa pohdintaan ja keskusteluun omahoitajuuteen, kirjaamiseen ja raportointiin liittyvät asiat.

Teoreettisten lähtökohtien perusteella laadittiin kyselylomake, joka sisälsi 53 kysymystä ja väittämää omahoitajuudesta, kirjaamisesta ja raportoinnista. Kyselylomakkeen kysymykset olivat muodoltaan monivalintakysymyksiä, avoimia ja sekamuotoisia kysymyksiä (Vilkkä 2007a;b, 84- 86.). Kyselylomake on saatavilla tekijöiltä.

Lomake on aina testattava kohdejoukkoa vastaavilla edustajilla, testaukseen riittää 5-10 henkeä. Testaajien tehtävänä on selvittää kysymysten ja ohjeiden selkeys, vastausvaihtoehtojen toimivuus, vastaamiseen kuluva aika ja miettiä ovatko kysymykset oleellisia ja onko jotain tärkeää jäänyt kysymättä. Testauksen jälkeen voidaan lomaketta korjata ja tarkentaa tarpeen mukaan. (Heikkilä, 2005, 61.) Selvitystä varten laadittu lomake testattiin yleissairaalapsykiatrian yksikössä. Testausvaiheessa lomakkeen täytti 9 hoitajaa. Lomaketta muokattiin testauksessa esiin tulleiden kommenttien, ehdotusten ja kysymysten perusteella. Kyselylomakkeiden painatus jälkeen ne lähetettiin yksiköihin vastattaviksi. Vastausaikaa hoitajilla oli alun perin yksi viikko, mutta vastausaikaa pidennettiin viikolla paremman vastausprosentin saamiseksi. Opetusylihoitaja toimi kyselyn koordinaattorina selvityksen tekijöiden ja työyksiköiden välillä. Vastuualueen yli- ja osastonhoitajat huolehtivat lomakkeiden kopioinnista ja jakamisesta hoitajille. Vastattujen kyselylomakkeiden palautuksesta sovittiin erikseen akuuttipsykiatristen yksiköiden, yleissairaalapsykiatrian yksikön, nuorten psykiatristen yksiköiden, EVA- yksikön, lastenpsykiatristen yksiköiden, Kaivannon sairaalan ja Vammalan aluesairaalan kanssa. Palautusta koskevat ohjeet lisättiin lomakkeen loppuun.

Kyselylomakkeita lähetettiin 610 kappaletta, palautuneita oli 260. Palautuneiden lomakkeiden määrä on kuvattu taulukossa 1. Aineisto tallennettiin Microsoft Excel –ohjelmaan havaintomatriisiksi (Vilka 2007a, 106, 111.). Aineisto analysoitiin Tixel 8.32 –ohjelman avulla.

Taulukko 1. Palautuneet lomakkeet.

Palautuneet lomakkeet	Toimialue 5	Toimialue 4/ (lastenpsyk.)	Kaivanto	Vammalan aluesair/psyk.	Yhteensä
Lähetetyt	360	65	110	75	610
Palautuneet	158	27	47	28	260
	44 %	42 %	43 %	37 %	43 %

Lukumäärien ja prosenttien tarkastelun lisäksi tehtiin ristiintaulukointi. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan tutkia kahden tai useamman muuttujan välisiä riippuvuuksia, eli miten jokin muuttuja vaikuttaa toiseen muuttujaan. Näin voidaan löytää muuttujia, jotka selittivät toista muuttujaa. Ristiintaulukoinnin perusteella ei kuitenkaan pidä tehdä päättelyä syy-seuraus -suhteesta. (Vilka 2007a, 129)

Ristiintaulukoinnille soveltuva testaus on tilastollisen merkitsevyyden testausmenetelmä eli niin sanottu χ^2 -testi. Se on niin sanottu riippumattomuus- testi, jonka lähtökohtaisena oletuksena on muuttujien välinen riippumattomuus. χ^2 -testissä tarkastellaan havaittujen ja odotettujen frekvenssien eroavuutta toisistaan. Testin tulokset perustuvat saatuun p -lukuun. P:n arvon ollessa alle 0,05, sanotaan tuloksen olevan tilastollisesti merkitsevä. χ^2 -testissä on huomioitava, että testi ei kerro mitään erojen sisällöllisestä merkityksestä, vaan siitä kuinka todennäköistä on, että havaitut erot ovat olemassa myös perusjoukossa. (Yhteiskuntatieteellinen tietarkisto.) Tässä selvityksessä kuvaamme ne ristiintaulukointitulokset, joiden tulos oli tilastollisesti merkitsevä tai melkein merkitsevä.

Kyselylomakkeen avoimien kysymysten tuottama aineisto analysoitiin sisällön erittelyn avulla. Sillä voidaan kuvata kvantitatiivisesti esimerkiksi tekstin sisältöä. Yksinkertaisin aineiston järjestämisen muoto on luokittelu, jota pidetään kvantitatiivisena analyysinä sisällön teemoin. Aineistosta määritellään luokkia ja lasketaan luokkien esiintyminen aineistossa määrällisesti. (Tuomi & Sarajärvi, 2004, 95, 107.)

5 TULOKSET

Kyselylomakkeella kysyttiin vastaajan työyksikköä, näistä osa on pieniä vain muutaman henkilön yksiköitä. Tunnistamisen estämiseksi työyksiköt yhdistettiin seuraavasti: akuutti- ja yleissairaalapsykiatrian yksiköt (kuvioissa lyhenteellä ASP+YSP), oikeuspsykiatrian yksiköt (OPS), psykogeriatrian yksiköt (PSG), erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikkö ja nuorisopsykiatriset yksiköt (EVA+NUORET), lastenpsykiatrian yksiköt (LAPSET), Kaivannon sairaala sekä Vammalan aluesairaala.

Akuutti- ja yleissairaalapsykiatrian yksiköistä oli eniten vastaajia (25 %, n=64). Kaivannon sairaalasta vastasi 18 % (n=47) hoitajista, toimialue viiden psykogeriatrian yksiköistä 17 % (n=45). Muiden osalta vastausprosentit jäivät noin kymmenen prosentin paikkeille (oikeuspsykiatrian yksiköt 8 % n=20, erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikön (EVA) ja nuorisopsykiatristen yksiköiden 11 %, n=29, lastenpsykiatrian yksiköiden 10 %, n=27 ja Vammalan aluesairaalan 11 %, n=28.

Vastanneista sairaanhoitajia oli 63 % (n=163) ja mielenterveys-/perus-/lähihoitajia 37 % (n=94). Ikäluokkien mukaan tarkasteltuna vastauksia oli seuraavasti: 20-29 -vuotiaita oli 22 % (n=57), 30-39-vuotiaita 24 % (n=63), 40-49-vuotiaita 27 % (n=71), 50-59-vuotiaita 24 % (n=62) ja yli 59-vuotiaita 2 % (n=6) kyselyyn vastanneista.

Kyselyyn vastanneista 22 %:lla (n=57) oli ammattiin valmistumisesta aikaa alle 5 vuotta. 5-10 vuotta aikaa valmistumisesta oli 18 %:lla (n=47), 11- 20 vuotta 32 %:lla (n=83) ja enemmän kuin 20 vuotta 28 %:lla (n=73) vastaajista.

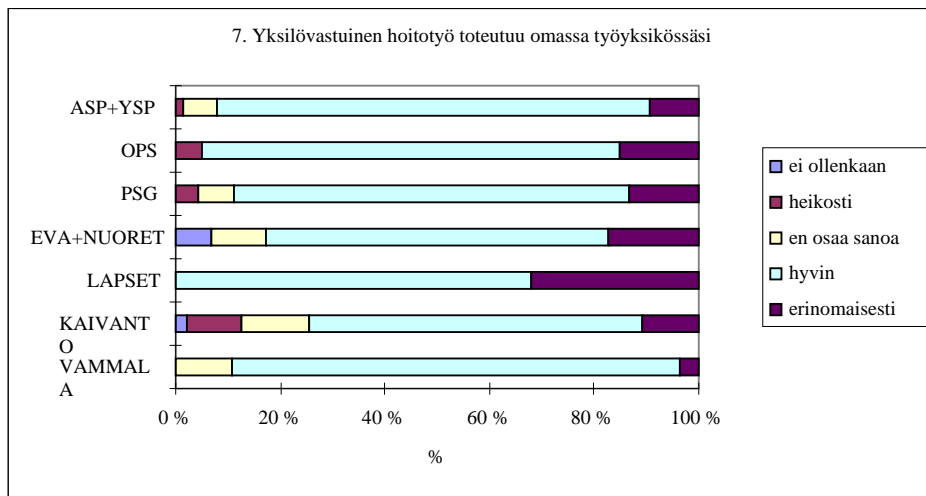
5.1 Yksilövastuinen hoitotyö

Yksilövastuisen hoitotyön koettiin toteutuvan yleisesti psykiatrisessa hoitotyössä hyvin, 79 %. Hoitajista 9 % oli sitä mieltä, että se toteutuu jopa erinomaisesti. 8 % ei osannut sanoa tähän mielipidettään. Ainoastaan 3 %:n mielestä yksilövastuinen hoitotyö toteutuu yleisesti psykiatrisessa hoitotyössä heikosti, kukaan ei kuitenkaan ollut sitä mieltä ettei yksilövastuinen hoitotyö yleisesti psykiatrisessa hoitotyössä toteudu ollenkaan.

Yksilövastuinen hoitotyö omassa työyksikössä koettiin suurimmaksi osaksi hyvin toteutuvaksi (75 %). 13 %:n mielestä kuvasi toteutumista jopa erinomaiseksi. 8 % ei osannut sanoa mielipidettään, 3 %:n mielestä yksilövastuinen hoitotyö toteutuu omassa työyksikössä heikosti ja yhden prosentin mukaan ei ollenkaan.

Omassa työssään yksilövastuisen hoitotyön koettiin toteutuvan pääsääntöisesti erinomaisesti (13 %) tai hyvin (79 %). Kyselyyn osallistuneista 5 % ei osannut sanoa tähän mielipidettään. Kahden prosentin mukaan se toteutuu heikosti ja yhden prosentin mukaan ei ollenkaan.

Työyksiköittäin tarkasteltuna yksilövastuisen hoitotyön toteutumisessa omassa työyksikössä oli selkeästi vaihtelua (kuvio 1). Parhaiten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu lastenpsykiatrian yksiköissä.

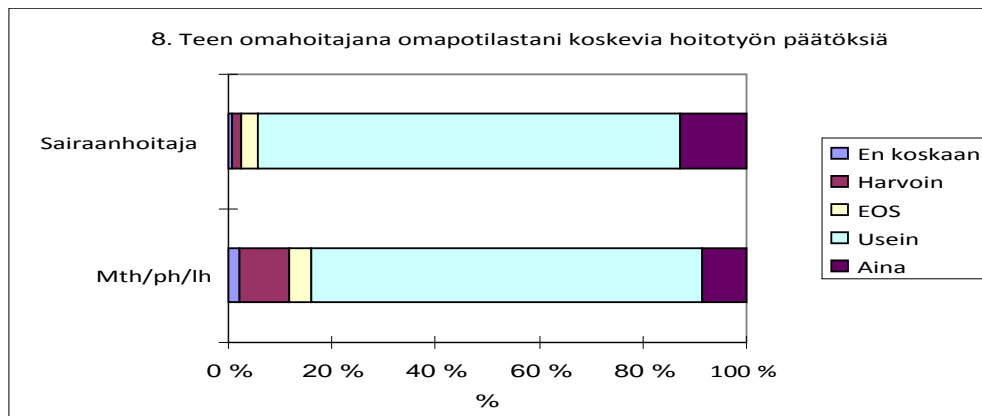


Kuvio 1. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen työyksikköryhmissä

Omahoitajat kokivat tekevnsä omapotilastaan koskevia hoitotyön päätöksiä pääsääntöisesti aina (11%) tai usein (79%). Harvoin päätöksiä koki tekevnsä 5 %, yksi prosentti koki, ettei tee päätöksiä lainkaan ja 3% ei osannut vastata tähän väittämään.

Koulutuksella oli merkitystä siihen, miten vastaajat kokivat tekevnsä omapotilasta koskevia päätöksiä (kuvio 2). Sairaanhoitajista 94% koki tekevnsä päätöksiä aina tai usein. Vastaavasti mielenterveys/perus/lähihoitajista 84% koki tekevnsä näitä päätöksiä joko aina tai usein. Sairaanhoitajista harvoin päätöksiä koki tekevnsä 2 %, 1

% ei koskaan ja 3% ei osannut sanoa. Vastaavat luvut mielenterveys/perus/lähihoitajilla olivat: 10 % harvoin, 2% ei koskaan, 4% ei osannut sanoa.



Kuvio 2. Omapotilasta koskeva päätöksenteko suhteessa koulutukseen

Omahoitajakäytäntöön liittyviä muutosehdotuksia vastaaja saattoi valita useita. Eniten haluttaisiin aikaa omien potilaiden kanssa (52 %) ja mahdollisuutta tehdä hoitosuunnitelma yhdessä potilaan ja läheisten kanssa (23 %). Osa (16 %) haluaisi myös mahdollisuuden tehdä hoitosuunnitelma yhdessä potilaan kanssa. Itsenäisten päätösten tekoa potilaan hoidosta hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi myös toivottiin (14 %). 8 % vastaajista valitsi kohdan oman potilaani/potilaideni hoitaminen aina työvuorossa ja kohdan potilaan hoidon arviointi päivittäin oman potilaan kanssa.

Kyselylomakkeella oli mahdollista valita myös kohta ”muu”, johon vastasi 9 %, kaikki eivät kuitenkaan kirjoittaneet kyseiseen kohtaan mitään. Tähän kohtaan vastanneista 41 % vastaajista kaipasi lisää lääkärin mukaantuloa omahoitajakäytäntöön. Lääkärin osallistumista toivottiin myös muuten: mukaan hoitosuunnitelman tekoon, tukea hoitotyöhön, lääkärin toivottiin ottavan huomioon hoitajien mielipiteet, lääkäri enemmän mukaan hoitoon kaiken kaikkiaan sekä lisää yhteistyötä hoitavan lääkärin ja erityistyöntekijöiden kanssa. 23 % ”muu” -kohtaan vastanneista haluaisi lisää yhteistyötä työryhmän ja verkostojen kesken. Yksittäisiä muutosehdotuksia olivat lisäksi: kirjaamisen tehostaminen, yksilövastuun hoitotyön perusajatuksen kirkastuminen, omaan työhön vaikuttamisen tunne, enemmän verkkotyöskentelyä Tampereen kotisairaanhoidon kanssa, lisää omahoitajakeskusteluita, omaan arvostelukykyyn luottaminen työyhteisössä ja enemmän aikaa työparin kanssa asiakasasioiden miettimiseen/hoitamiseen.

Muutosehdotusten lisäksi on huomioitavaa, että 30 % vastaajista ei halunnut muutosta nykykäytäntöön omahoitajuudessa.

Ammattiryhmien mukaan tarkasteltuna omahoitajakäytäntöön liittyvillä muutosehdotuksilla on sisällöllisiä ja määrällisiä eroja (taulukko 2). Sekä sairaanhoitajat että mielenterveys/perus/lähihoitajat halusivat lisää yhteistä aikaa potilaan kanssa. Sairanhoitajat toivoivat muutosta myös mahdollisuuteen tehdä hoitosuunnitelma yhdessä potilaan ja läheisten tai potilaan kanssa.

Taulukko 2. Muutosehdotukset omahoitajakäytäntöön liittyen ammattiryhmittäin tarkasteltuna

	sh	mth/ph/lh	yht.
Hoitosuunnitelman teko yhdessä potilaan kanssa	20 %	8 %	16 %
Hoitosuunnitelman teko yhdessä potilaan ja läheisten kanssa	26 %	17 %	23 %
Oman potilaani/potilaideni hoitaminen aina työvuorossa	5 %	14 %	8 %
Potilaan hoidon arviointi päivittäin oman potilaan kanssa	8 %	9 %	8 %
Lisää yhteistä aikaa potilaan kanssa	50 %	56 %	52 %
Itsenäisten päätösten teko potilaani hoidosta hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi	13 %	15 %	14 %
En kaipaa muutosta nykyiseen omahoitajakäytäntöön	29 %	31 %	30 %
Muu	10 %	6 %	9 %
Yht.	161 %	156 %	159 %
n=	161	93	254

Vastaajilta kysyttiin myös keiden tulisi olla mukana hoitoneuvottelussa. Tähän oli mahdollista valita useampia vastausvaihtoehtoja. Kaikkien vastaajien mielestä potilaan ja omahoitajan tulee olla mukana hoitoneuvottelussa. 98%:n mukaan myös lääkärin tulee olla mukana. 86 %:n mielestä omaisten tulee olla mukana. Muiden

ammattiryhmien edustajia toivottiin myös mukaan: sosiaalityöntekijä (75 %), psykologi (50 %), terapeutti (48 %) ja ohjaaja (27 %). Lisäksi vastausvaihtoehtona oli myös ”muu”. Tähän kohtaan vastanneiden mukaan (30%) kaikkien potilaan hoitoon osallistuneiden osallistuminen koettiin myös tärkeäksi (33 %), samoin avohoidon tai kotihoidon työntekijöiden läsnäolo olisi tärkeää (28 %). Jatkohoidon edustajan läsnäolo koettiin tärkeäksi (14 %), koulusta olevan henkilön mukana olo, esimerkiksi opettajan oli 6 %:n mukaan tärkeää. Lisäksi viiden prosentin mukaan omahoitajan lisäksi muiden hoitajien läsnäolo hoitoneuvottelussa on tärkeää.

5.2 Kirjaaminen

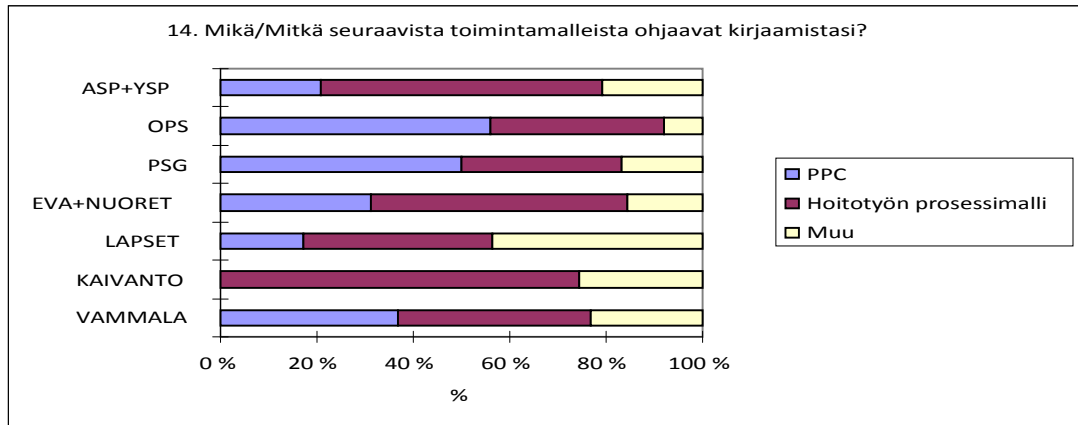
Suurin osa hoitajista vastasi kirjaavansa sähköisesti oma potilaansa hoitoa koskevia päätöksiä aina (35 %) tai usein (61 %). Ainoastaan 2 % koki kirjaavansa päätöksiä harvoin ja kaksi vastaajaa ei koskaan. Kuusi hoitajaa ei osannut sanoa.

Hoidon toteutumista kirjaamisen perusteella arvioi tapahtuvan 75 % vastaajista usein ja % aina. Tähän kohtaan ei 16 % osannut vastata. 2% arvioi hoidon tapahtuvan harvoin kirjausten perusteella ja yksi prosentti (n=3) ei koskaan.

Kirjaamista ohjaavia periaatteita kysyttäessä vastaajilla oli mahdollisuus vastata useita vaihtoehtoja. Eniten arvioitiin jatkuvuuden periaatteen ohjaavan kirjaamista (84 %), myös potilaslähtöisyys (83 %), yksilöllisyys (72 %) ja turvallisuus (68 %) koettiin kirjaamista ohjaavina merkittävinä periaatteina. Kohtaan ”muu” vastasi 35 hoitajaa kuvaten näitä muita periaatteita seuraavasti: tiedon välittäminen (n=10), kirjatun tekstin totuudenmukaisuus (n=8), kokonaisvaltainen näkökulma (n=4), juridiset seikat (n=4), kirjatun tekstin selkeys ja ymmärrettävyys (n=3) sekä objektiivisuus (n=3).

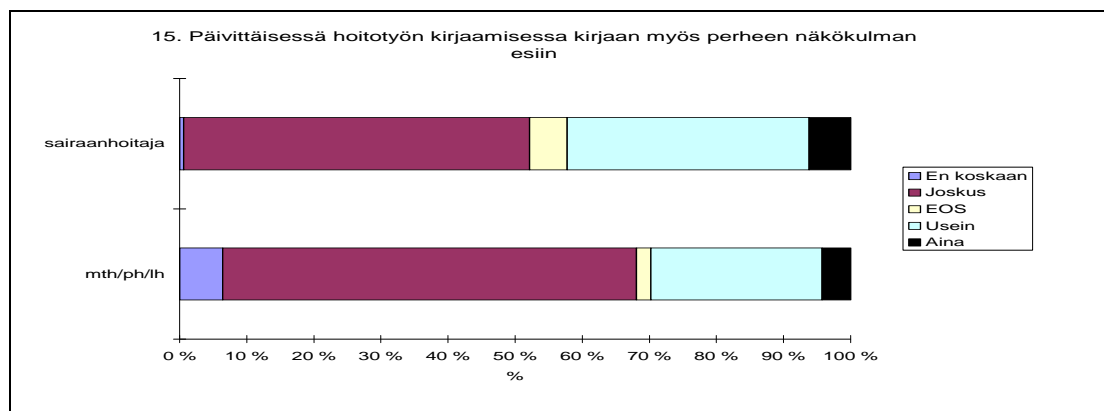
Eniten kirjaamista ohjasi hoitotyön prosessimalli (58%). PPC –hoitoisuusluokitus ohjasi yli kolmasosan kirjaamista (34%). 25 % vastaajista vastasi, että jokin muu toimintamalli ohjaa heidän kirjaamistaan. Näitä olivat: toimipaikkojen sovitut hoitokäytännöt (n=15), maalaisjärki (n=5), hoitotyön jatkuvuus (n=5), oma kokemus (n=5), yksilöllisyys (n=4) ja tiedon välittyminen (n=2).

Työyksiköiden välillä oli eroja sen suhteen minkä toimintamallin koettiin ohjaavan kirjaamista. PPC –hoitoisuusluokitus ohjasi eniten kirjaamista oikeuspsykiatrian ja psykogeriatrian yksiköissä, hoitotyön prosessimalli taas Kaivannon sairaalassa ja akuutti- ja yleissairaalapsykiatrian yksiköissä (kuvio 3).



Kuvio 3. Kirjaamista ohjaavat toimintamallit työyksikköryhmittäin

Perheen näkökulman hoitajat kuvasivat kirjaavansa osana päivittäistä hoitotyön kirjaamista näkyviin joskus (54 %) tai aina (33%). 5 % kirjaa perheen näkökulma aina esiin, 3 % taas ei koskaan. Tähän kohtaan 12 hoitajaa (5 %) ei osannut vastata. Perheen näkökulman kirjaamisessa oli eroja ammattiryhmien välillä. Sairaanhoitajat kokivat kirjaavansa perheen näkökulman useammin näkyviin kuin mielenterveys/perus/lähihoitajat (kuvio 4)

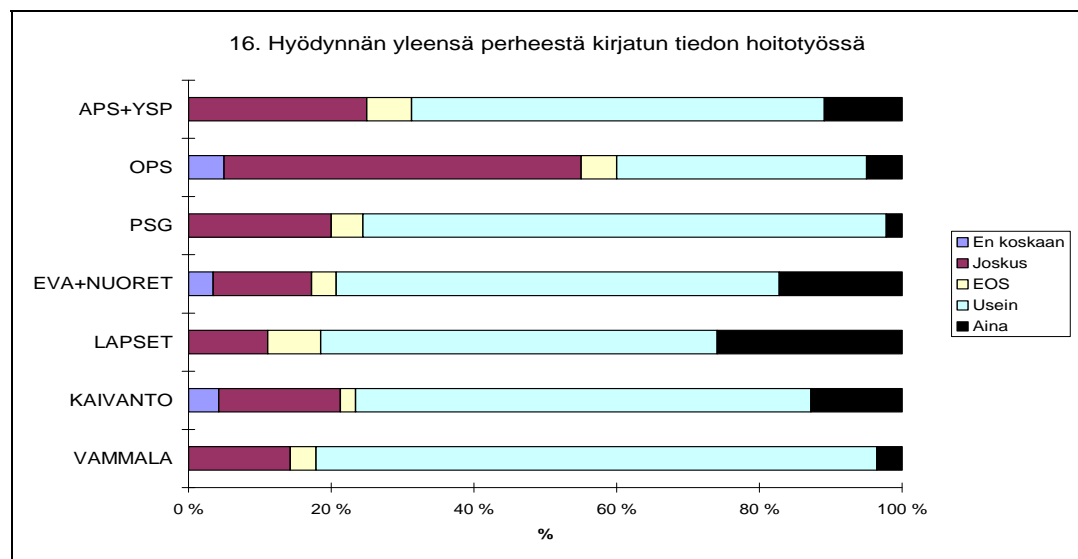


Kuvio 4. Perheen näkökulman kirjaaminen ammattiryhmittäin tarkasteltuna

Myös valmistumisesta kuluneella ajalla oli merkitystä siihen, miten vastaajat kokivat kirjaavansa perheen näkökulman esiin. Eniten kokivat kirjaavansa 5-10 vuotta sitten valmistuneet (usein tai aina 55 %) ja yli 20 vuotta sitten valmistuneet (usein tai aina 41

%). 11-20 vuotta sitten valmistuneista 36 % koki kirjaavansa aina tai usein. Vähiten perheen näkökulmaa kirjasivat esiin alle 5 vuotta sitten valmistuneet (usein tai aina 23 %). Tämä ikäryhmä koki eniten kirjaavansa joskus näkyviin perheen näkökulmaa (66 %). Vastaavasti muissa ikäryhmissä ”joskus” vastauksia oli: 5-10 vuotta valmistumisesta 43 %, 11-20 vuotta 58 % ja yli 20 vuotta 49%. Alle 5 vuotta sitten valmistuneiden ryhmässä ei vastattu lainkaan vastausvaihtoehtoa ”ei koskaan”. 5-10 vuotta sitten valmistuneissa näitä vastauksia oli yksi, 11-20 vuotta sitten valmistuneissa neljä ja yli 20 vuotta sitten valmistuneissa kaksi.

Perheestä kirjattua tietoa kertoi hyödyntävänsä hoitotyössä 62 % usein ja 11 % aina. 21 % hyödyntää tätä tietoa joskus, 2 % ei koskaan ja edelleen 5 % ei osaa sanoa. Tässä oli eroja yksikköryhmien välillä (kuvio 5).



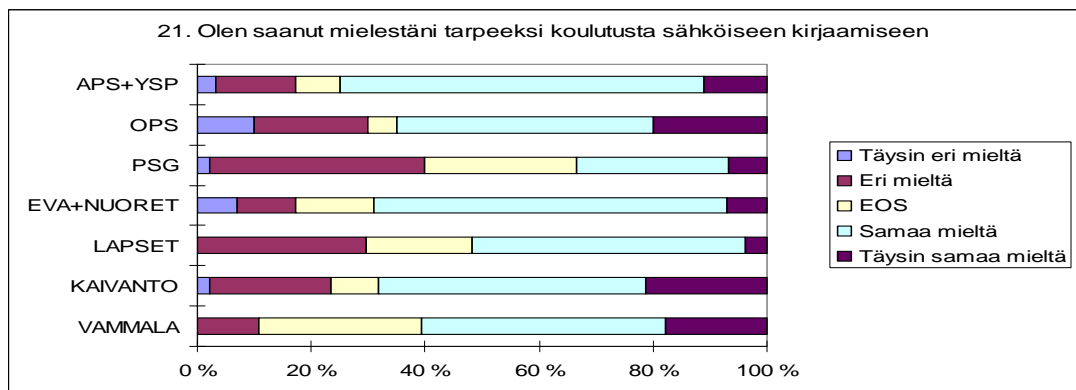
Kuvio 5. Perheestä kirjatun tiedon hyödyntäminen yksikköryhmittäin tarkasteltuna

Potilaan näkökulman hoidosta kertoi kirjaavansa joskus 7 %, usein 48 % ja aina 41 %, vaikka se olisi ristiriidassa oman näkemyksen kanssa. 3 % ei osannut sanoa kirjaako potilaan näkemyksen. Siihen kirjattiinko potilaan näkökulma esiin, vaikka se oli ristiriidassa oman näkemyksen kanssa, vaikutti vastaajan ammatti. Sairaanhoitajista aina tai usein kirjasi näissä tilanteissa potilaan näkemyksen esiin 95 %, mielenterveys/perus/lähihoitajista taas 82%. ”Joskus” vastaajia sairaanhoitajissa oli 4 %, mielenterveys/perus/lähihoitajissa 13 %.

Potilaan ja perheen osallistumisen hoidon suunnitteluun koki kirjaavansa usein 45 % ja aina 43 %. Joskus sen kirjaa näkyviin 7 % vastaajista, ei koskaan 1 % ja 4 % ei osannut sanoa.

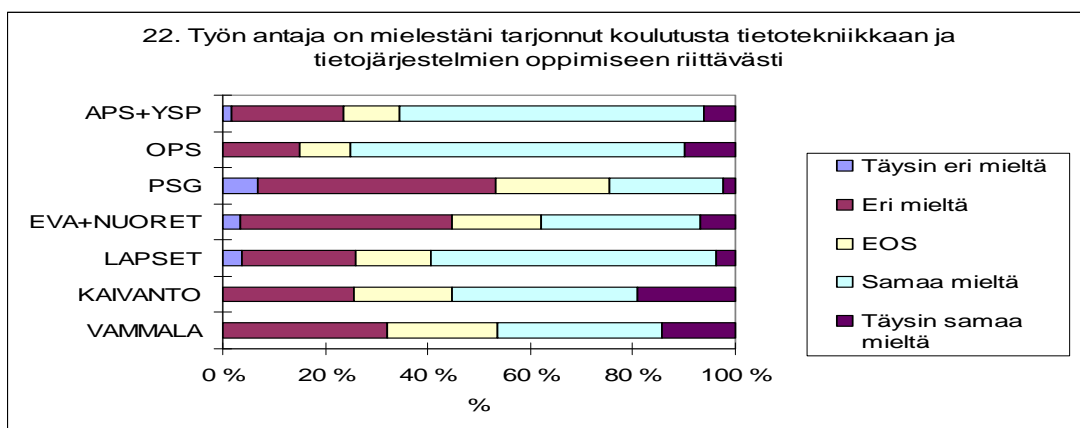
Potilaan tarpeet ja toiveet huomioi kirjaamisessaan joskus 7 %, usein 58 % ja aina 32 % hoitajista. Vastausta ei osannut antaa 3 % hoitajista. Muiden kirjaamia potilaan tarpeita ja toiveita huomioi omassa toiminnassaan joskus 3 %, usein 66 % ja aina 25 % vastanneista hoitajista. Tähän kysymykseen ei osannut vastata 6 %. Potilaiden tarpeiden ja toiveiden kirjaamiseen vaikutti hoitajan ikä: 20-29 –vuotiaista hoitajista usein tai aina kokee kirjaavansa 93 % potilaan toiveet ja tarpeet näkyviin, 30-39 –vuotiaista vastaavasti 87 %, 50-59 –vuotiaista 85% ja yli 59-vuotiaista hoitajista 100%.

Sähköisen kirjaamisen koulutuksen riittävydestä vastaajista 61 % oli sitä mieltä, että koulutusta on ollut tarpeeksi. Eri mieltä oli 21% ja täysin eri mieltä 3 %. Yllättävän moni ei osannut tähän vastata 15 % (n=40). Eri yksikköryhmien välillä oli eroja tässä suhteessa (kuvio 6).



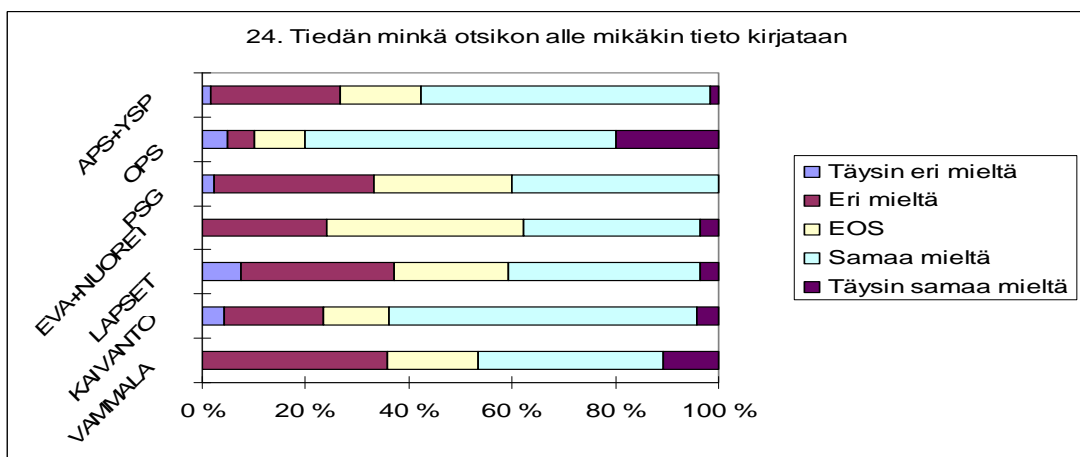
Kuvio 6. Sähköisen kirjaamisen koulutuksen riittävyys yksikköryhmittäin

54 % koki, että työnantaja on tarjonnut riittävästi koulutusta tietotekniikan ja tietojärjestelmien oppimiseen.. 30 % oli tästä eri mieltä oli 30 % ja täysin eri mieltä 2 %. 17 % (n=44) vastasi, ettei osaa sanoa. Työyksikköryhmittäin tarkasteltuna vastaukset vaihtelevat yksikköryhmien välillä (kuvio 7).



Kuvio 7. Työnantajan tarjoaman tietotekniikan ja tietojärjestelmien koulutuksen riittävyys yksikköryhmittäin

54 % mukaan sähköisestä kirjaamisesta on selkeät ohjeet. Eri mieltä tästä oli 21 % ja täysin eri mieltä 3 %. 22 % (n=57) vastasi, ettei osaa sanoa. Sähköisen kirjaamisen ohjeistuksesta kysyttiin myös, tietävätkö vastaajat mikä tieto kirjataan minkä otsikon alle. 20 % (n=52) vastaajista ei osannut sanoa vastausta. 53% koki tietävänsä mitä tietoa eri otsikoiden alle kirjataan, 28 % taas ei kokenut tietävänsä. Yksikköryhmittäin tässä oli eroja (kuvio 8)

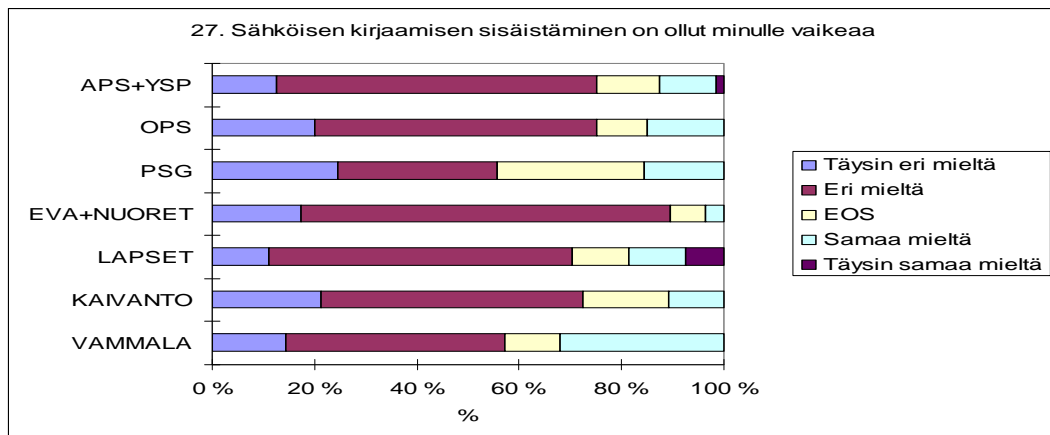


Kuvio 8. Oikean otsikon alle kirjaaminen yksikköryhmittäin

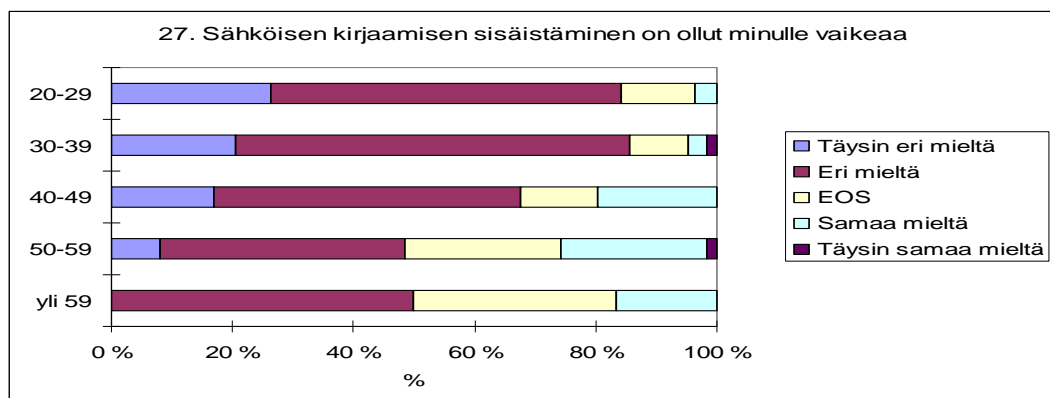
Sähköisen kirjaamisen hyötyjen arviointia kysyttiin väittämällä ”sähköinen kirjaaminen helpottaa moniammatillista yhteistyötä ja eri ammattiryhmien välistä viestintää”. Suurin osa vastaajista oli samaa tai täysin samaa mieltä tämän väittämän kanssa (69%). Eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 12 %. 18 % eli 48 vastaajaa ei osannut sanoa.

Lisäksi kysyttiin välttyäänkö sähköisellä kirjaamisella tietojen uudelleen kirjaamiselta. Tähän väitteeseen liittyen samaa mieltä tai täysin samaa mieltä oli 38 %, eri mieltä ja täysin eri mieltä taas 36%. 25 % vastaajista (n=66) ei osannut sanoa tähän asiaan mielipidettään.

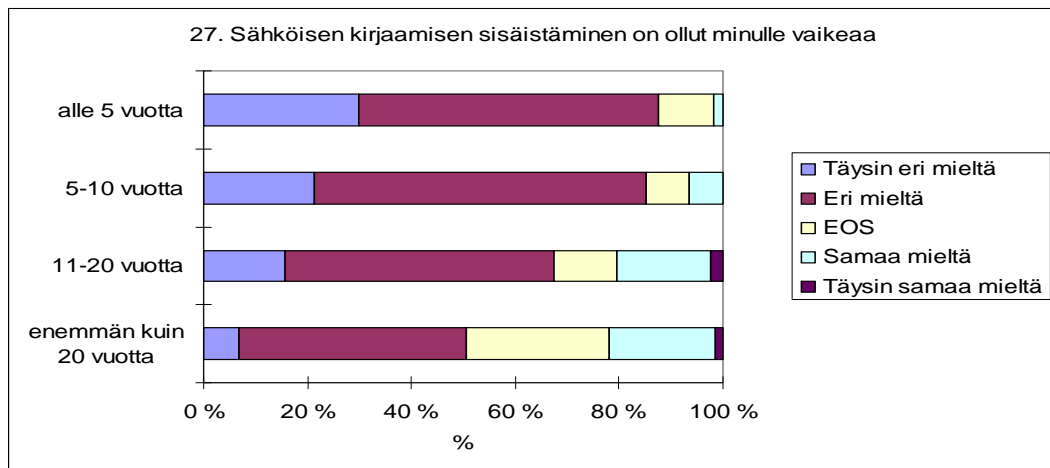
Sähköisen kirjaamiseen oppimista kysyttiin väittäen, että sen sisäistäminen oli ollut vastaajille vaikeaa. 53 % vastaajista oli eri mieltä, täysin eri mieltä oli 17 % vastaajista. Vain 13 % oli samaa mieltä ja täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli vain 1 % vastaajista. 15 % (n=40) vastasi, ettei osannut sanoa. Sähköisen kirjaamisen oppimiseen liittyen eri yksikköryhmien välillä oli eroja (kuvio 9), samoin ikään (kuvio 10) ja työuran pituuteen (kuvio 11) liittyen näissä asioissa oli havaittavissa eroja.



Kuvio 9. Sähköisen kirjaamisen sisäistäminen yksikköryhmittäin tarkasteltuna

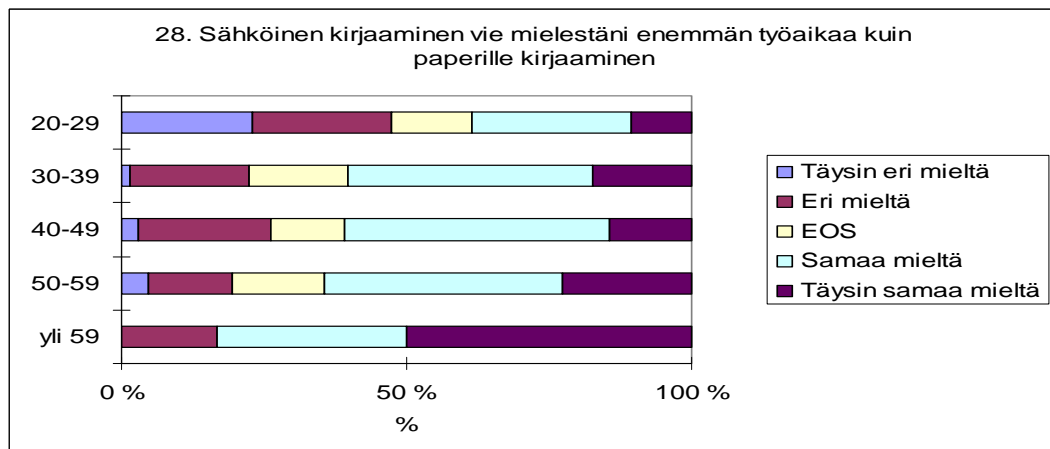


Kuvio 10. Sähköisen kirjaamisen sisäistäminen suhteessa ikään.

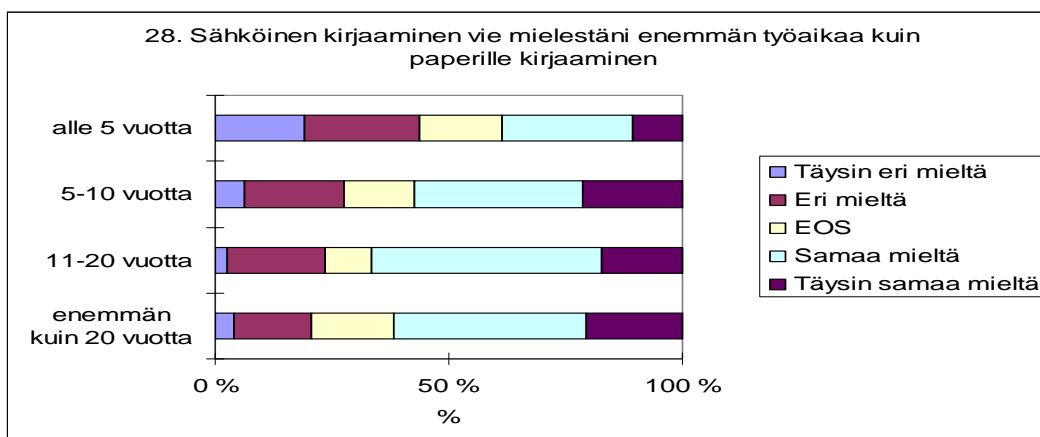


Kuvio 11. Sähköisen kirjaamisen sisäistäminen vaikeus suhteessa työuran keston.

Sähköisen kirjaamisen haittapuolista kysyttiin väittämällä, että sähköinen kirjaaminen vie enemmän aikaa kuin paperille kirjaaminen. Samaa ja täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 57 %. Eri mieltä ja täysin eri mieltä vastaavasti 27%. 15 % (n=40) ei osannut sanoa. Iällä oli merkitystä näihin vastauksiin (kuvio 12), samoin työuran kestolla (kuvio 13).



Kuvio 12. Sähköiseen ja paperille kirjaamiseen käytetty työaika suhteutettuna vastaajien ikään.

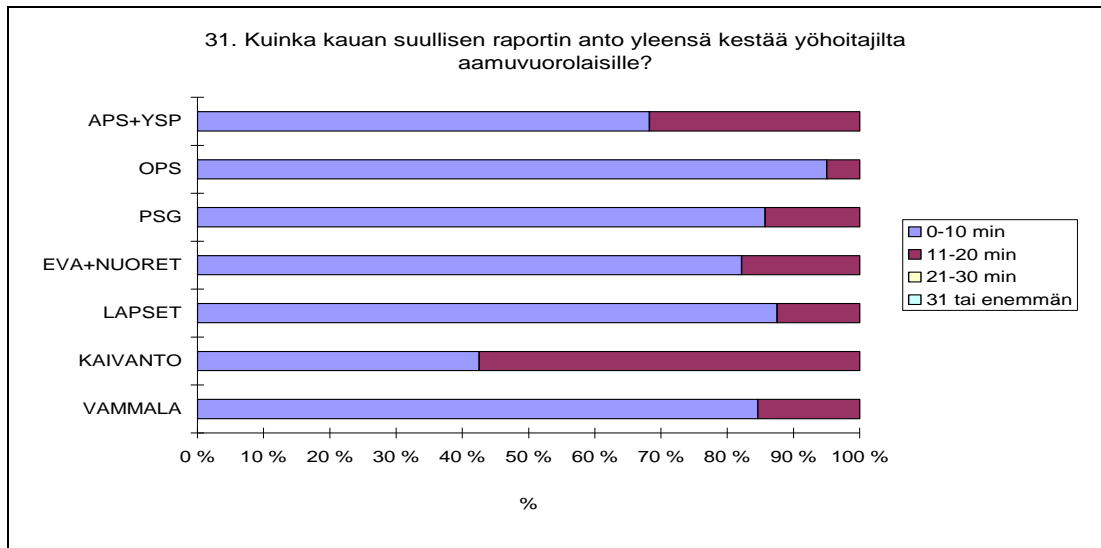


Kuvio 13. Sähköiseen kirjaamiseen käytetty työaika suhteessa ammattiin valmistumisesta kuluneeseen aikaan.

5.3 Raportointi

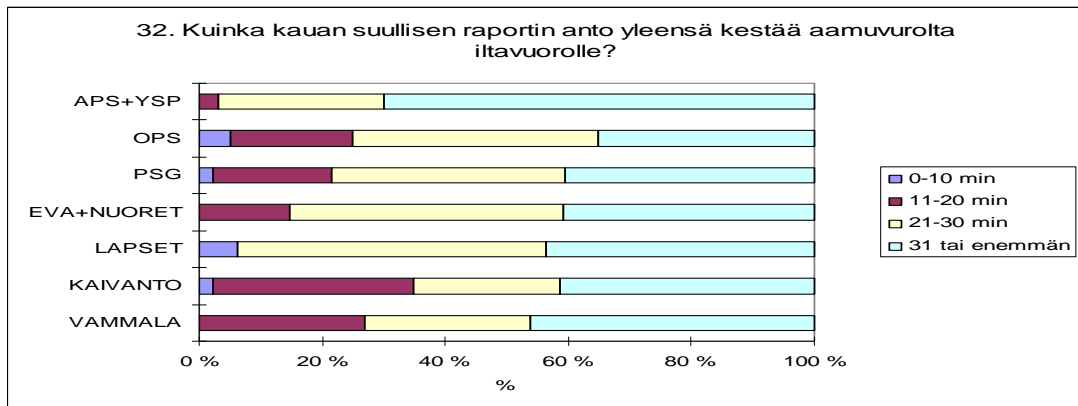
Suullisen raportin kautta tietoa koki hoitajista 12 % saavansa erinomaisesti ja 75 % hyvin. Erittäin huonosti ja huonosti tietoa suullisella raportilla saa 4 %. Sama määrä vastaajia ei osannut tähän kohtaan vastata. Sähköisen kirjaamisen avulla tietoa omapotilaan asioista erinomaisesti sai 4% ja hyvin 78 %. Erittäin huonosti ja huonosti vastaavasti 7 %. Sähköisen kirjaamisen avulla omapotilaasta saatuun tietoon ei 11 % hoitajista (n=27) osannut vastata.

Suullisen raportin kestoa kysyttiin kymmenen minuutin aikaluokituksen avulla. Yöhoitajalta aamuvuorolaisille 73 % vastaajista mukaan raportin kesto on 0-10 minuuttia. 27% mukaan 11-20 minuuttia. Yhden hoitajan mukaan tämä raportti kesti 21-30 minuuttia. Tämän raportin suhteen yksikköryhmittäin oli eroja (kuvio 14)



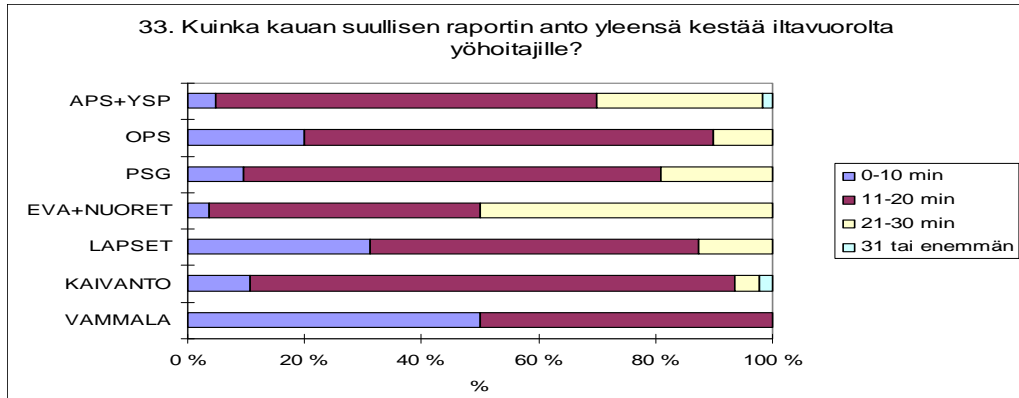
Kuvio 14. Kokemus suullisen raportin kestosta aamuvuorolaisille työyksikköryhmittäin

Aamuvuorolta iltavuorolle raportti kesti 2 % mukaan 0-10 minuuttia. 17 % vastasi raportin kestävän 11- 20 minuuttia. 33 %:n mukaan raportti aamuvuorolta iltavuorolle kesti 21- 30 minuuttia ja 49 %:n mukaan yli 30 minuuttia. Myös näissä vastauksissa oli yksikköryhmien välillä eroja (Kuvio 15)



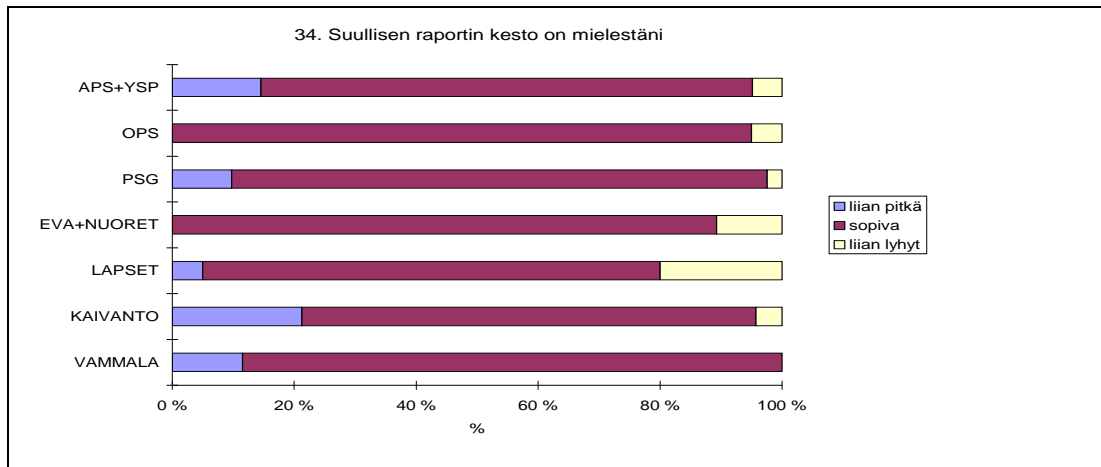
Kuvio 15. Suullisen raportin anto aamuvuorolta iltavuorolle yksikköryhmittäin.

Iltavuorolta yövuorolle raportin kesto oli 14 %:n 0-11 minuuttia, 66 %:n mukaan se kesti 11- 20 minuuttia ja 19 %:n mukaan 21- 30 minuuttia. Kahden hoitajan mielestä tämä raportti kesti yli 30 minuuttia. Kuviossa 16 suullisen raportin kesto yksikköryhmittäin tarkasteltuna.



Kuvio 16. Suullisen raportin anto iltavuorolta yöhoitajille yksikköryhmittäin.

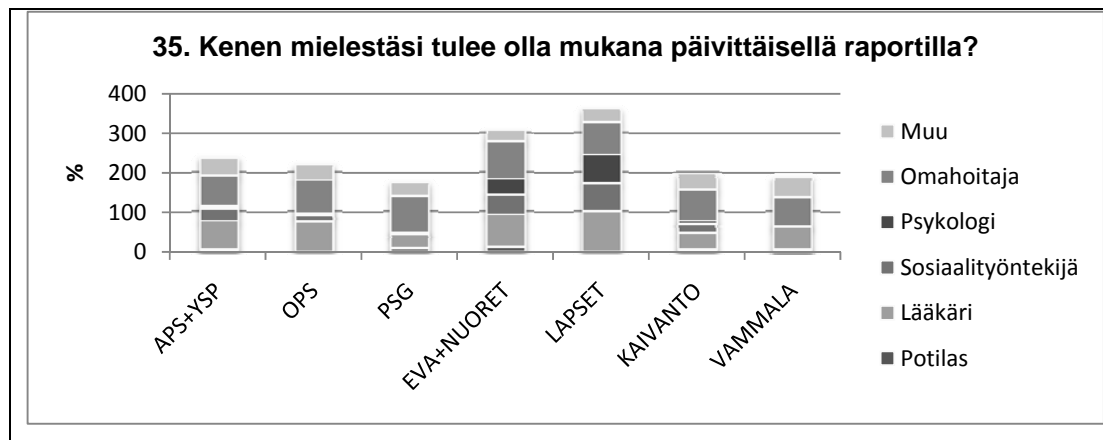
Suurin osa (83 %) kyselyyn vastanneista hoitajista oli sitä mieltä, että suullisen raportin kesto on sopiva. Liian pitkäksi sen koki 11 % ja liian lyhyeksi 6 %. Tässäkin eri yksikköryhmien välillä oli eroja (Kuvio 17).



Kuvio 17. Tyytyväisyys suullisen raportin keston yksikköryhmittäin.

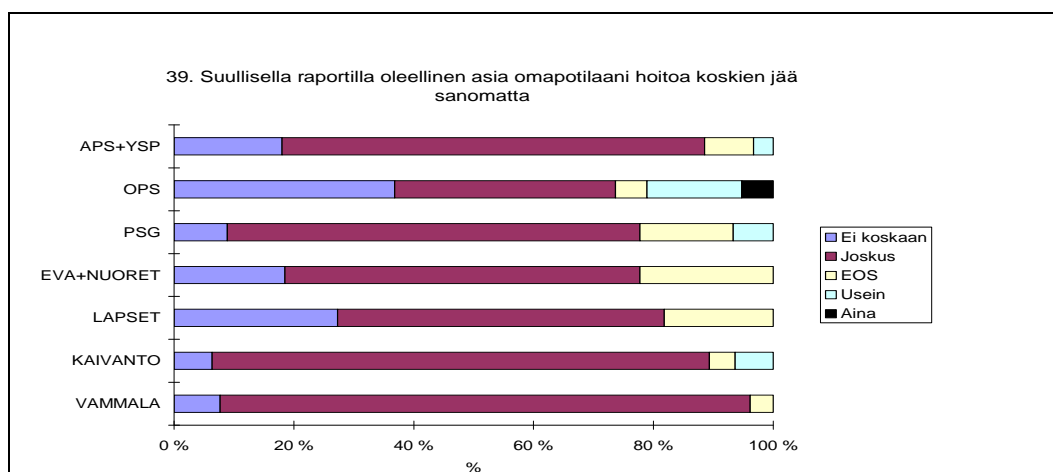
Raportointitilaisuuksista kysyttiin vastaajilta, kenen he haluaisivat olla läsnä raportointitilaisuuksissa. Vastaajat saivat valita vastaukseksi enemmän kuin yhden vaihtoehdon. Vastaajista 84 % haluaisi omahoitajan mukaan raportointitilaisuuteen. 61 % vastaajista haluaisi mukaan lääkärin. 26 % haluaisi mukaan sosiaalityöntekijän ja 14 % psykologin. Vain 5 % vastaajista koki potilaan läsnäolon tärkeäksi raportointitilaisuudessa. Vaihtoehtoon ”joku muu” vastasi 40 % . Tähän kohtaan vastanneista 62 % koki tärkeäksi raportille osallistumaan vuoroon tulevat hoitajat ja työvuorossa jo olevat hoitajat. 13 % vastaajista haluaisi koko työryhmän mukaan raportille. 8 % lisäisi päivittäiselle raportille vastuuhoidajan tai vastuuhoidajat mukaan.

Osastonhoitajan raportille mukaan halusi 6 % vastaajista. Loput 10 % vastaajista toi esille yksittäisinä vastauksina sairaalahuoltajan, sosiaalityöntekijän, ohjaajat ja toimintaterapeutin. Vastattiin myös niin, että läsnäolijoiden mukana olo määräytyy tarpeen mukaan. Tuloksissa oli eroja yksikköryhmien välillä (kuvio 18)



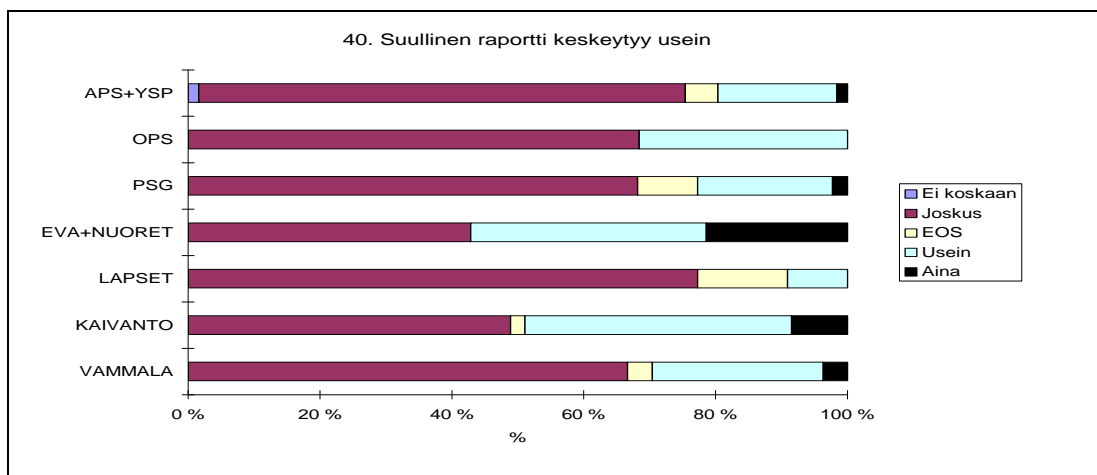
Kuvio 18. Toiveet raportilla mukana olijoista yksikköryhmittäin.

Suullisella raportilla 20 % koki saavansa joskus ajankohtaisempaa tietoa, kuin sähköisen kirjaamisen kautta. 59 % vastasi saavansa usein ja 11 % aina ajankohtaisempaa tietoa suullisella raportilla. 10 % ei osannut sanoa. Riittäviä tietoja potilaan hoidon toteuttamiseksi suullisella raportilla ei kokenut koskaan saavansa kolme hoitajaa. Joskus ne koki saavansa 15 %, usein 65 % ja aina 9 % . 10 % ei osannut sanoa mielipidettään. 15 % koki, että oleelliset asiat omapotilaan hoitoa koskien ei koskaan jää sanomatta suullisella raportilla. Joskus ne jäivät sanomatta 69 % :n mielestä, usein 4 %:n mielestä ja aina yhden hoitajan mukaan hoitajista suullisella raportilla. Kysymykseen ei osannut sanoa mielipidettään 11 % (n=27). Omapotilaan oleellisten asioiden jääminen sanomatta vaihteli yksikköryhmittäin (kuvio 19).



Kuvio 19. Suullinen raportti ja omapotilaan asiat

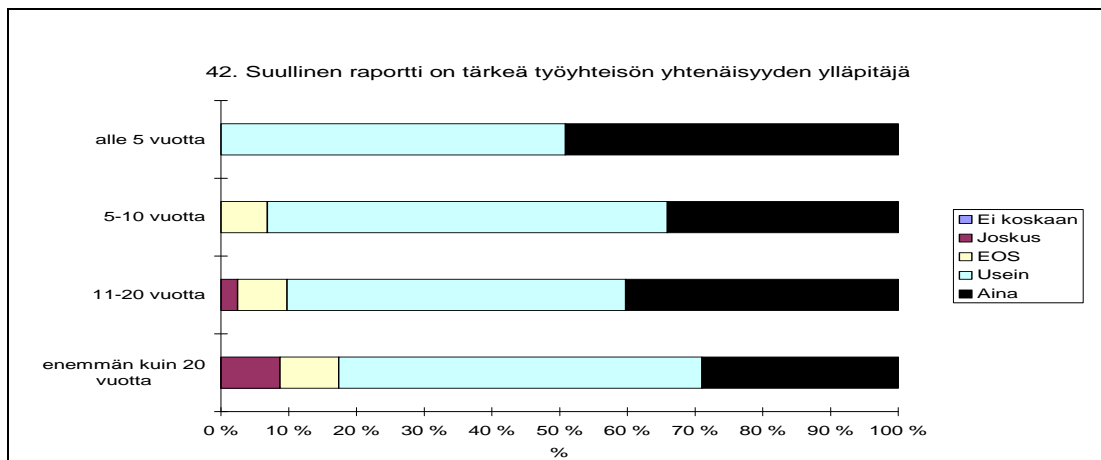
Suullinen raportti keskeytyy vastanneiden hoitajien mukaan joskus 64 %, usein 26 % ja aina 5 % . Tähän ei hoitajista 5 % osannut vastata. Kokemus raportin keskeytymisestä vaihteli yksikköryhmittäin (kuvio 20).



Kuvio 20. Suullisen raportin keskeytyminen yksikköryhmittäin.

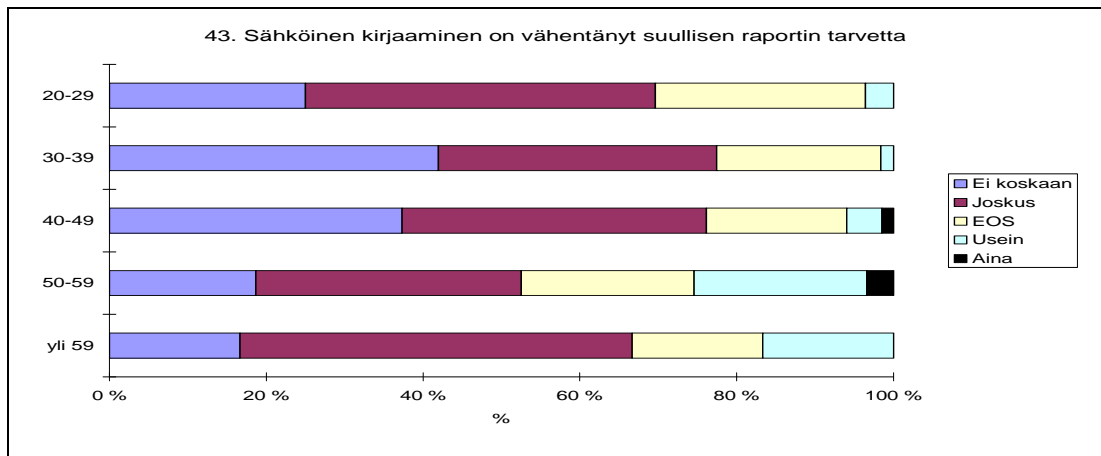
Ajankäyttö ei ole suullisella raportilla tehokasta 3 %:n mukaan. Joskus se on tehokasta 30 % :n mielestä, usein 52 % ja aina 2 %:n mukaan hoitajista. 14 % (n=35) hoitajista ei osannut sanoa kantaansa.

Suullinen raportti on tärkeä työyhteisön yhtenäisyyden ylläpitäjä hoitajien mukaan joskus 3 % , usein 53 % ja aina 39 % mielestä. 6 % (n=15) ei osannut sanoa tähän mielipidettään. Valmistumisesta kuluneella ajalla oli tähän vaikutusta: mitä lyhyempi aika oli valmistumisesta, sitä tärkeämpänä tätä pidettiin (kuvio 21)



Kuvio 21. Aika valmistumisesta suhteessa kokemukseen raportista työyhteisön yhtenäisyyden ylläpitäjänä.

Sähköinen kirjaaminen ei ole vähentänyt suullisen raportin tarvetta 31 % mielestä. Joskus se on vähentänyt suullisen raportin tarvetta (38 %), usein 8 % ja aina 1 % (n=3) mukaan hoitajista. Yli viidesosa eli 21 % (n=54) ei osannut vastata tähän. Iällä oli tähän vaikutusta (kuvio 22).

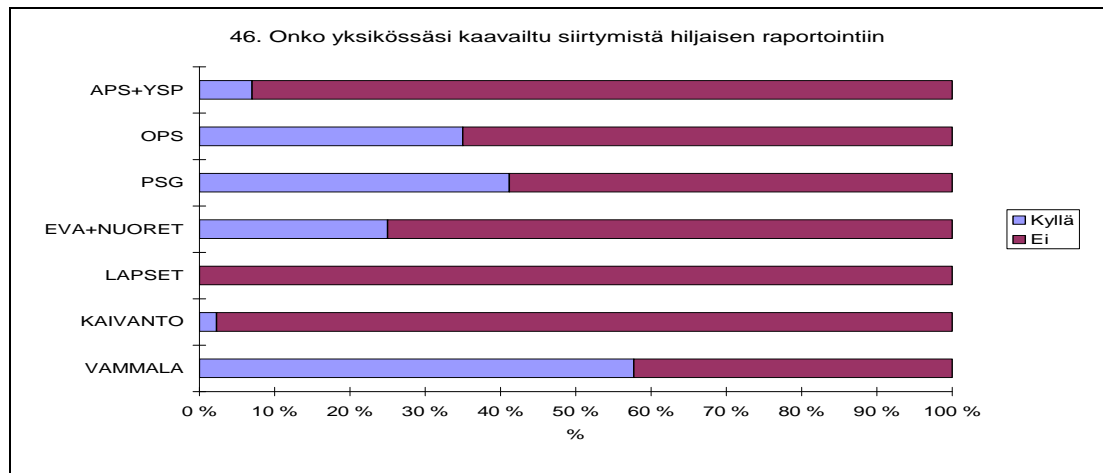


Kuvio 22. Sähköisen kirjaamisen vaikutus suullisen raportin tarpeeseen iän mukaan tarkasteltuna.

Raportointikäytäntöjä kysyttiin monivalintakysymyksellä, koska eri työyksiköissä saattaa olla käytössä päivän aikana monta eri raportointimuotoa eri vuorojen vaihtuessa. 95 % vastaajista ilmoitti heidän työyksikössään olevan käytössä suullinen raportointi työryhmänä. 20 % ilmoitti käytössä olevan hiljaisen raportoinnin, ja myös saman verran vastaajista ilmoitti, että heillä käytössä olisi suullinen raportointi kahden hoitajan kesken. Vuoteenvierusraportoinnin omaksi raportointimuodokseen ilmoitti 5 %

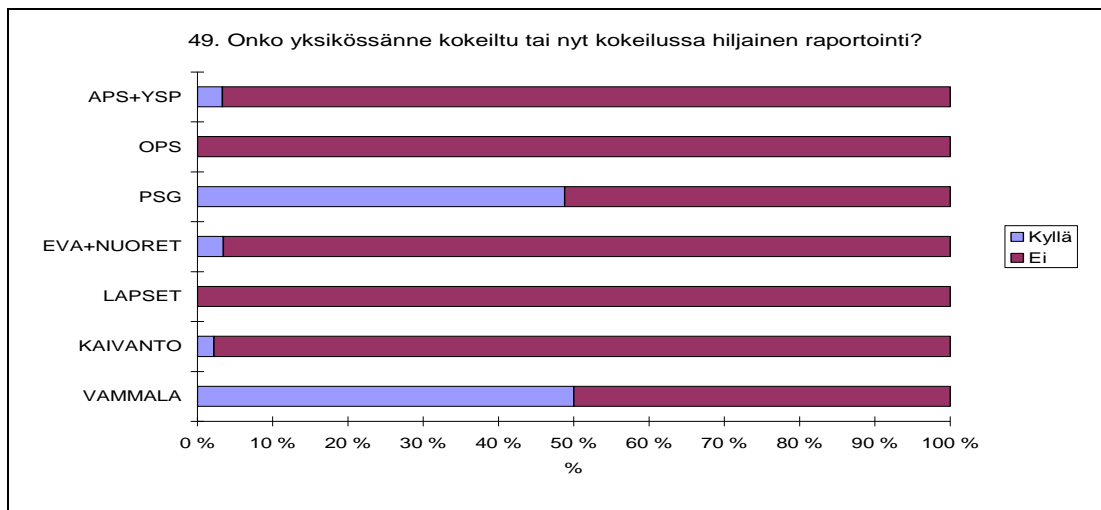
vastaajista. 11 % vastasi, että työyksikössä on käytössä joku muu raportointikäytäntö, kuin esillä olleet vaihtoehdot. Monet muu kohtaan tulleet vastaukset olivat tarkennuksia jo valittuun kohtaan. 39 % muu kohtaan vastanneista kirjoitti työyksikössä käytössä olevan jonkinlaisen suullisen raportoinnin muodon. Tähän kohtaan hoitajista 36 % vastasi työyksikössä käytössä olevan tietynlaisen sähköisen raportoinnin. 14 % vastaajista ilmoitti heidän työyksikössä käytössä olevan viikkoraportin, johon osallistui myös muun muassa lääkäri. 11 % vastaajista vastasi heidän työyksikön raportoinnin olevan erilaisen hoidon suunnittelut ja hoitoneuvottelut.

Kyselyyn vastanneista hoitajista 84 % tiesi mielestään, mitä hiljainen raportointi on. Kyselyyn vastanneista hoitajista noin viidesosa, 21 % kertoi, että osastolla oli kaavailtu siirtymistä hiljaiseen raportointiin. Siirtymistä ei oltu kaavailtu 79 % mukaan. Yksikköryhmittäin hiljaiseen raportointiin siirtymisen kaavailuissa oli vastaajien välillä eroa (kuvio 23)



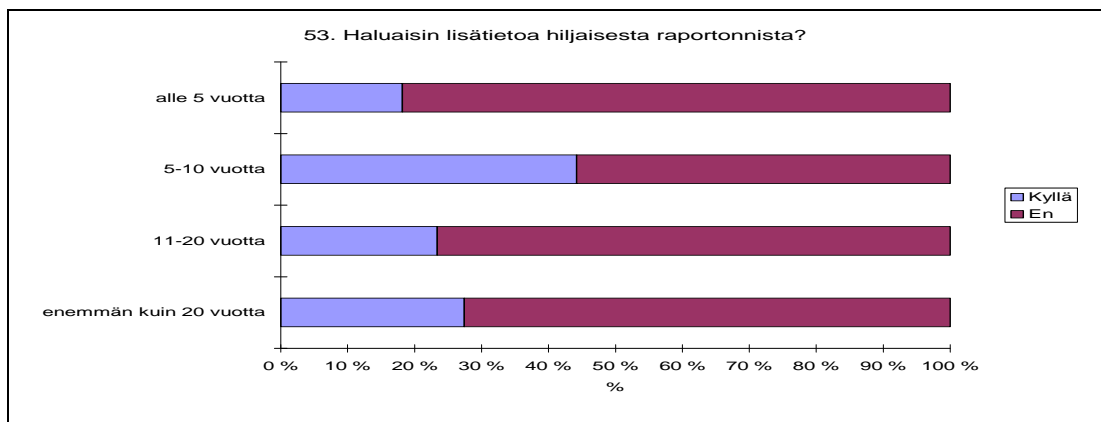
Kuvio 23. Kaavailut hiljaiseen raportointiin siirtymisestä yksikköryhmittäin

Hiljaiseen raportointiin kaavailtujen osastojen hoitajista 48 % oli kiinnostunut kokeilemaan sitä ja 52 % vastaajista ei ollut halukas kokeilemaan. Hoitajista, joiden osastolla ei kaavailtu siirtymistä hiljaiseen raportointiin, 22 % olisi halukkaita kokeilemaan sitä, mutta 78 % ei ollut innostunut asiasta. Selvityksen teon aikaan hiljaisen raportoinnin käytännöissä oli yksikkökohtaisia eroja (kuvio 24).



Kuvio 24. Hiljainen raportti kokeiluna nyt tai ollut aiemmin yksikköryhmittäin tarkasteltuna.

Hiljaista raportointia kokeilleista 77 % koki, ettei hiljainen raportointi ollut käytäntönä toimiva. 23 % taas koki sen toimivaksi. 77 % niistä hoitajista, jotka eivät olleet kokeilleet hiljaista raportointia, ei olisi halukas edes kokeilemaan sitä. Lisätietoa hiljaisesta raportoinnista ei haluaisi 73 % ja haluaisi 27 % kyselyyn vastanneista. Lisätiedon haluaminen vaihteli valmistumisesta kuluneen ajan suhteen (kuvio 25).



Kuvio 25. Lisätiedon haluaminen hiljaisesta raportoinnista suhteessa valmistumisesta kuluneeseen aikaan.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkijan tulee noudattaa tutkimusta toteuttaessaan hyvää ammattietiikkaa. Eettiset periaatteet kuuluvat sääntöihin, jotka määrittävät tutkimustyötä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja yleisöön. Hyvään tutkimuksen tekemiseen kuuluu, ettei tekijä loukkaa ketään millään tavalla. Tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen, käsittely ja säilytys sekä tulosten esittäminen tulee toteuttaa niin, etteivät ne aiheuta minkäänlaista haittaa kenellekään. (Vilka 2007a, 2007b). Selvitystyössämme noudatimme huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä tutkimustulosten keräämisessä, käsittelyssä ja säilytyksessä. Yksittäistä vastaajaa ei tunnista aineistosta. Analysoinnin jälkeen tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti. Luotettavuutta lisää myös se, että kyselylomakkeet esitettiin YSP1:llä. Esitestauksen jälkeen muutimme joitakin asioita kyselylomakkeissa, saamamme neuvot ja ehdotukset huomioiden.

Henkilökuntamäärä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoitotyön eri alueilla, joille kyselyn lähetimme, oli 610 kpl. Vastauksia saimme takaisin 260 kpl. Vastausprosentti (43 %) oli riittävä, joten emme uusineet kyselyä.

Kysymyslomakkeen kohdassa 12 olleiden kysymysvaihtoehtojen pohjana käytimme Tarja Pukurin (1997) tutkimuksessa käytetyn kyselyn kysymyksiä. Kysymykset eivät ole täysin samoja, mutta asiayhteydet ovat samankaltaiset. Muutimme kysymyksiä jonkin verran oman selvitystyömme luonteeseen sopiviksi.

Tutkimuslupahakemuksemme kattoi kaikki aineistonkeruuyksikkömme. Lupahakemus toimitettiin opetusylihoitajan kautta ylihoitajille helmikuussa 2008. Luvan saimme maaliskuussa 2008 kaikilta osallistuvien yksiköiden ylihoitajilta.

6.2 Tulosten tarkastelu

6.2.1 Yksilövastuinen hoitotyö

Yksilövastuista hoitotyötä on pitkään kehitetty suomalaisessa terveydenhuollossa. Sen on todettu olevan paras tapa järjestää hoitoa niin, että potilas saa tietoa ja voi vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Pukuri 1997, 1.) Selvitimme hoitajien ajatuksia yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta psykiatrisessa hoitotyössä yleensä. Suurin osa vastaajista (79 %) ajatteli sen toteutuvan hyvin. Yksilövastuisen hoitotyön toteutumista omassa työyksikössä kuvasi suurin osa vastaajista (75 %) hyväksi. Vastaajista (79 %) eli enemmistö ajatteli yksilövastuisen hoitotyön toteutuvan hyvin omassa työssään. Kyselyn tuloksista voidaan päätellä, että useimmat hoitajat kokevat yksilövastuisen hoitotyön toteutuvan hyvin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisissa yksiköissä.

Hoitajat määrittelivät yksilövastuisen hoitotyön olevan omahoitajatyöskentelyä, päätöksentekoa, vastuuta ja itsenäistä työskentelyä ja kokonaisvaltaista oman potilaan hoitoa. Hoitajat korostivat myös potilaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyden periaatteita sekä luottamuksellisuuden ja turvallisuuden periaatteita. Hoitajat kertoivat yksilövastuisen hoitotyön pitävän sisällään omahoitajan tekemää hoidon tarpeen arviointia, suunnittelua, toteutusta ja arviointia oman potilaan hoidossa. Myös vuorovaikutuksen tärkeys nostettiin esille. Tulosten perusteella voimme olettaa, että Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatristen työyksiköiden hoitajat mieltävät hyvin yksilövastuisen hoitotyön tarkoituksen.

Suurin osa hoitajista (79 %) koki tekevänsä omapotilasta koskevia hoitotyön päätöksiä usein. Koulutuksella ei ollut suurta merkitystä omapotilasta koskevien päätösten tekemiseen. Päätöksenteko sisältyikin olennaisena osana hoitotyöhön. Hoitaja tekee jatkuvasti päätöksiä suunnitellessaan, toteuttaessaan ja arvioidessaan potilaan hoitoa. (Saranto ym. 2007.)

Selvityksen vastaajilta kysyttiin haluavatko he muutosta nykyiseen omahoitajakäytäntönsä. Kysymyksen pohjana käytimme Tarja Pukurin (1997) tutkimusta ”Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana”. Kysymykset eivät ole sanasta sanaan samoja kuin Pukurin tutkimuksessa, mutta asiayhteydet ovat samoja. Pukurin tutkimuksessa kuvattiin kuinka yksilövastuisen

hoitotyön pääperiaatteet toteutuvat käytännön hoitotyössä. Omassa selvityksessämme ei ole kysymyksiä jokaisesta pääperiaatteesta, vaan kysymykset on valittu satunnaisesti Pukurin kysymyslomakkeesta ja muutettu toiseen muotoon, jotka sopivat paremmin oman selvityksemme kysymystenasetteluun. Tulosten vertailussa luemme tuloksia niin, että jos meidän kysymyksessä vastaaja kaipaa muutosta johonkin kohtaan, on se samanarvoinen kuin Pukurin tutkimuksen vastauksissa kohdat jokseenkin tai täysin eri mieltä. Oman selvityksemme tuloksista kaksi kohtaa oli tulokseltaan yhteneviä Pukurin tulosten kanssa. Molemmissa vastaajat vastasivat suunnittelevansa hoitotyötä yhdessä potilaan kanssa ja tekevänsä itsenäisiä päätöksiä potilaan hoidosta. Hieman eriäviä mielipiteitä tutkimuksessa tuli esiin potilaan hoidon arvioinnista päivittäin, johon selvityksemme vastaajista 8 % kaipasi muutosta. Eriävä tulos tuli myös oman potilaan hoitamisessa joka työvuorossa, johon meidän selvityksessämme vastaajista 8 % kaipasi muutosta, kun taas Pukurin tutkimuksen väitteeseen ”hoidan joka työvuorossa omia potilaitani”, vastaajat olivat lähes 37 prosenttisesti eri tai täysin eri mieltä. Selvityksemme suurin vastaajamäärä tuli kohtaan, jossa kaivattiin lisää yhteistä aikaa oman potilaan kanssa. Vastaajista 52 % vastasi, että kaipasi muutosta tähän kohtaan omahoitajuudessa. 30 % vastaajista koki nykyisen omahoitajakäytännön hyväksi, eikä kaivannut muutosta omahoitajakäytäntöön. Koulutukseen ristiintaulukoituna omahoitajakäytäntöön halutut muutokset olivat tilastollisesti melkein merkitseviä.

6.2.2 Kirjaaminen

Selvityksen tuloksista kävi ilmi, että yli puolet hoitajista kirjaavat sähköisesti omapotilasta koskevia hoitotyön päätöksiä. Noin kolmasosa kertoi kirjaavansa päätökset aina. Omapotilaan hoidon toteutumisen usein kirjatun perusteella arveli toteutuvan reilusti yli puolet. Vain pieni osa (5 %) arveli hoidon toteutuvan aina kirjaamansa perusteella.

Kirjaamista voivat ohjata monenlaiset periaatteet. Ensio ja Saranto (2004) kuvaavat hoitotyön kirjaamisen pääperiaatteiksi potilaslähtöisyyden, yksilöllisyyden, turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden. Kaikki nämä periaatteet nousivat tuloksista esille ja hoitajat ajattelivat niiden kaikkien olevan lähes tasapuolisesti oleellisia asioita ohjaamaan kirjaamista. Hoitajilla oli mahdollisuus myös itse kuvata omaa näkemystään periaatteista, jotka ohjaavat kirjaamista. Tiedon välittäminen, kirjatun tekstin

totuudenmukaisuus, kokonaisvaltainen näkökulma, juridiset seikat, kirjatun tekstin selkeys ja ymmärrettävyys sekä objektiivisuus olivat periaatteita, jotka nousivat esille.

Hoitotyön kirjaamisen toimintamalleja kartoittaessamme, hoitotyön prosessimalli osoittautui käytetyimmäksi toimintamalliksi (58 %). Toiseksi eniten käytettiin hoitoisuusluokitusta (PPC) (34 %). Tuloksista kävi ilmi, että Kaivannon sairaalassa ei käytetä hoitoisuusluokitusta (PPC) ollenkaan. Hoitotyön prosessimalli oli käytössä jokaisessa yksikössä. Hoitajilla oli mahdollisuus myös itse kuvata omaa näkemystään toimintamalleista, jotka ohjaavat kirjaamista. Toimipaikkojen sovitut hoitokäytännöt, maalaisjärki, hoitotyön jatkuvuus, oma kokemus, yksilöllisyys sekä tiedon välittyminen olivat muita toimintamalleja, jotka esiintyivät vastauksissa.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (733/2007) antoi suuntaa kohti yhtenäistä valtakunnallista hoitotyön sähköistä kirjaamista. Tämän selvityksen tuloksista näkee ajankohtaisen tiedon saannin tarpeellisuuden sähköisen kirjaamisen suhteen. Hoitohenkilöstön mielipiteitä kysyimme nykytilanteesta sähköisen kirjaamisen koulutuksen suhteen, kirjaamisen selkeyden suhteen ja sähköisen kirjaamisen oletettujen positiivisten puolien suhteen. Tuloksista nousee esille sähköisen kirjaamisen koulutuksen tarpeellisuus, joka vaihteli huomattavasti työyksiköittäin. Hoitohenkilöstö kokee myös, että työnantajan tulisi tarjota lisää koulutusta tietokoneen peruskäyttöön ja erilaisten tietojärjestelmien oppimiseen. Selvitys ei nostanut esille mitään merkittävää tilastollista eroa koulutuksen tarpeen suhteen eri ikäluokkien tai eri ammattiryhmien suhteen. Sähköisen kirjaamisen selkeydestä hieman yli puolet koki, että ohjeistus sähköiseen kirjaamiseen oli hyvällä mallilla. Selkeys ja koulutuksen tarpeellisuus tuottivat hyvin samanlaiset tulokset. Ikosen (2007) tutkimuksessa todettiin, että tietotekniikka aiheuttaa muutoksia työtavoissa, mikä edellyttää uutta osaamista ja uuden tiedon hallintaa, sekä myös uuden teknologian nopean kehityksen seuraamista. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että hoitohenkilöstön osaamisen kehittämisessä on suuret haasteet, koska hoitohenkilöstöllä on lakiin perustuva velvollisuus pitää yllä ja kehittää ammattitaitoaan ja perehtyä ammattitoimintansa keskeisiin säännöksiin.

Sähköisen kirjaamisen oletetuista positiivisista puolista hoitotyössä selvityksessämme oli mukana moniammatillisen yhteistyön viestinnän helpotus, tietojen uudelleenkirjaamisen välttäminen ja työajan säästyminen verrattuna manuaaliseen kirjaamiseen. Moniammatillisen yhteistyön helpotus on varmaankin yksi suurimmista

hyödyistä sähköisen kirjaamisen suhteen, erityisesti jos koko maahan saadaan vielä joskus tulevaisuudessa yhtenäinen tietojärjestelmä. Kyselymme vastaajista yli kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä että sähköinen kirjaaminen lisää moniammatillista yhteistyötä ja viestintää, mutta alle puolet vastaajista oli sitä mieltä, että sähköinen kirjaaminen olisi vähentänyt tuplakirjaamista manuaaliseen kirjaamiseen verrattuna. Hartikaisen (2008) tutkimuksessa todettiin, että hoitohenkilökunta harrastaa vielä joissain tilanteissa tuplakirjaamista, koska tilanteeseen ei sovi tietokone, koneita ei ole saatavilla tai kyseistä lomaketta ei ole luotu tietojärjestelmään.

6.2.3 Raportointi

Raportointi on tapa tiedon siirtämiseen osaston sisällä, jolloin turvataan potilaan hoidon jatkuvuus työvuorojen vaihtuessa. Keskeisessä osassa hoitotietojen välityksessä on potilaan hoitokertomus (Hartikainen 2008, 19). Selvitimme, mikä raportointimuoto työyksikössä on vastaajien mukaan käytössä ja kenen tulisi osallistua päivittäiselle raportille. Raportointimuotoa kysyttiin monivalintakysymyksenä, koska monessa yksikössä voi olla käytössä eri vuorojen vaihtuessa erilaiset raportointimuodot. Myös yksikkökohtaisesti ne henkilöt vaihtelevat, jotka ovat mukana päivittäisellä raportilla. Raportointitavoista kysyttäessä 95 % vastaajista ilmoitti heidän osastollaan käytössä olevan suullisen raportoinnin työryhmänä. Viidennes vastaajista ilmoitti heillä käytössä olevan hiljaisen raportoinnin ja saman verran vastauksia sai suullinen raportointi kahden hoitajan kesken. Raportille läsnä olevaksi toivoi 84 % vastaajista omahoitajaa ja lisäksi kohtaan muu vastanneista 62 % tahtoi raportille koko tulevan työvuoron. Lääkäriä päivittäiselle raportille kaipasi mukaan 61 % vastanneista, johon voi lisätä myös kohtaan muu vastanneista ne, jotka tahtovat mukaan koko työryhmän tai lääkärin.

Raportin tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus työvuorojen vaihtuessa. Suullinen raportointi suoritetaan jossain tarkoitukseen sopivassa tilassa, kuten kansliassa, toimistossa tai potilashuoneessa. (Hartikainen 2008, 19.) Selvityksessämme suullisella raportilla omapotilaan hoitoon liittyvien asioiden sanomatta jättäminen ristiintaulukoituna työryhmäyksiköitten kanssa osoittautui merkittäväksi. Tulos ei ole hyvä, koska koko otannasta hoitajista vain 15 % koki, ettei oleellista tietoa omapotilasta koskien jää sanomatta. 69 % hoitajista oli sitä mieltä, että tietoa jää sanomatta joskus. Suullisen raportin tulisi olla tarkka ja informatiivinen, koska sen perusteella hoitotyö

toteutetaan. Oleellisten asioiden sanomatta jättäminen, vaikka se tapahtuisi ”vain” joskus, on uhka potilaan hoidon jatkuvuudelle. Huomiomme kiinnittyi yksittäisistä työyksikköryhmistä oikeuspsykiatriin yksiköihin, josta saimme hyvin ristiriitaista tietoa. Kyseisissä yksiköissä suuri osa vastaajista, muiden työyksikköryhmien hoitajiin verrattuna, mainitsi, että omapotilaan hoitoon liittyvät asiat eivät jää koskaan sanomatta. Toisaalta oikeuspsykiatrisissa yksiköissä 21 % hoitajista koki, että asiat jäävät sanomatta usein tai aina, kun taas kaikista hoitajista näin vastasi ainoastaan 4 %.

Nuorten psykiatrisissa yksiköissä sekä erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisessa tutkimus- ja hoitoyksikössä (EVA) suullinen raportti keskeytyy aina viidesosan hoitajista mukaan, joka on paljon verrattuna kaikkien hoitajien vastauksiin, joissa vastaava tulos oli 5 %. Tulos kertoo ehkä siitä, että erityisesti vaikeahoitoiset nuoret tarvitsevat paljon hoitajien läsnäoloa.

Kirjaaminen on merkittävässä asemassa, jotta hoitotyön jatkuvuus olisi taattua. Jokaisen työntekijän tulee tietää, mitä hoitajan rooliin kuuluu. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 76.) Olimme yllättyneitä, että 20- 29- vuotiaista jopa neljäsosa vastasi, ettei sähköinen kirjaaminen ole vähentänyt suullisen raportin tarvetta. Oletimme, että nuorten jo koulutuksenkin myötä hyvät atk- taidot vaikuttaisivat mielipiteeseen suullisen raportin tarpeellisuuden vähenemisenä.

Suullisia tiedotustilaisuuksia, eli raportteja pidetään yleensä aamulla, päivällä ja illalla. Aamutiedotuksessa yövuorossa olleet antavat tiedotteen vuoronsa lopuksi vain niiden potilaiden tilasta joissa on tapahtunut muutosta vuoron aikana. Päivätiedotus annetaan iltavuoroon tuleville työntekijöille ja iltatiedotus annetaan yövuoroon tuleville työntekijöille. (Iivanainen, Jauhiainen & Korhikoski 1995, 59.) Selvityksemme tulokset kertovat, että raporttien pituuksissa oli suuria eroja yksikköryhmäkohtaisesti.

Puumalaisen, Långstedtin ja Erikssonin (2003) tutkimuksen mukaan osastoilla on 3- 4 raportointitilaisuutta vuorokaudessa ja niiden kesto vaihtelee kymmenestä minuutista tuntiin. Kestoon vaikuttaa muun muassa osaston potilasmäärä, potilaiden vaihtuvuus sekä osaston toimintokulttuuri. Meidän selvityksemme vastaukset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia. Löysimme työyksikköryhmien väliltä joitakin eroavaisuuksia raportointiajan suhteen. Myös raportoinnin ajankohdalla huomasimme olevan merkitystä raportin keston. Noin kolme neljästä hoitajasta kertoi raportin yöhoitajilta

aamuvuorolaisille kestävän 0- 10 minuuttia. Kaivannon tulos erottui muista työyksikköryhmien vastauksista. Siellä melkein puolet hoitajista (43 %) kertoi raportin kestävän 0- 10 minuuttia, yli puolet (57 %) mainitsi kestoksi 11- 20 minuuttia.

Raportilla aamuvuorolta iltavuorolle akuuttipsykiatrian yksiköissä ja yleissairaalapsykiatrian yksikössä aikaa raportointiin kuluu selvästi enemmän kuin muissa yksikköryhmissä. 70 % hoitajista vastasi, että aamuvuorolta iltavuorolle raportti kestää yli 31 minuuttia, kun keskimäärin niin vastasi 49 % kaikista hoitajista. Lasten psykiatrisissa yksiköissä 6 % hoitajista vastasi, että raportti kestää alle 21 minuuttia, kun taas kaikista vastanneista vastaava luku on 19 %.

Raportin kesto iltavuorolta yöhoitajille on pisin nuorisopsykiatrisissa yksiköissä sekä erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisessa tutkimus- ja hoitoyksikössä (EVA). Näissä yksiköissä hoitajista tasan puolet vastasi raportin kestävän yli 21 minuuttia, kun taas kaikista hoitajista 20 % vastasi, että raportti kestää joko 21- 30 minuuttia tai yli 31 minuuttia. Vammalan aluesairaalassa raportti iltavuorolta yöhoitajille näyttää olevan lyhyin muihin yksikköryhmiin verrattuna. Puolet siellä vastasivat raportin kestävän 0- 10 minuuttia ja puolet 11- 20 minuuttia, kun taas kaikista hoitajista vain 14 % arveli kyseisen raportin kestoksi 0- 10 minuuttia.

Kyselylomakkeemme avoimessa kysymyksessä 53 kysyttiin, mitä hyöty- ja haittapuolia hoitajat näkevät hiljaisessa raportoinnissa. Yhteensä saimme kysymykseen vastauksen 176 hoitajalta.

Hiljaisessa raportoinnissa ei ole tarkoitus selvitä ilman puhetta tai kollegoiden apua ja konsultaatioita. Hoitoa suunniteltaisiin edelleen yhdessä ja tärkeimmät asiat tiedotettaisiin edelleen suullisesti. (Hurri, 2006, 8.) Selvityksessämme tuli ilmi, että suuri osa hoitajista arveli hiljaisen raportoinnin vähentävän yhteistä, kollegojen kesken tapahtuvaa hoidon suunnittelua ja näkökulmien vaihtoa potilaan hoidosta ja tilanteesta. Näin potilaan hoitoon olisi vastanneiden mukaan vain yhden hoitajan näkemys, eikä ratkaisuille saisi muiden hoitajien tukea tai kritiikkiä. Tämän yhteisen hoidon suunnittelun hoitajat kokivat erityisen tärkeäksi nimenomaan psykiatrisessa hoitotyössä.

Raportointiin liittyvän vuorovaikutuksen tavoite on aina tiedon välittäminen (Laine, Lukkari & Rekomaa- Niskanen 2002, 23). Tästä huolimatta monet vastanneista

hoitajista (n=33) pitivät hiljaiseen raportointiin siirtymistä uhkana työyksikön työilmapiirille ja hoitajien yhteishengelle. Koettiin, että mahdollisuus reflektointiin ja tunteiden purkamiseen muiden hoitajien kanssa vähentyisi hiljaisen raportoinnin myötä.

Vastanneista hoitajista moni mainitsi ongelmaksi kirjaamisen tasokkuuden. Nykyisenlaista kirjaamista ei pidetty niin hyvänä, että sen kautta tieto välittyisi hyvin ja tarkasti. Myöskään ei uskottu sitä, että kaikki tarpeellinen tieto varmasti tulee kirjattua. Osa hoitajista koki myös, että joidenkin asioiden kuvaaminen kirjallisesti on vaikeaa/mahdotonta, jolloin kokonaisvaltainen kuva potilaasta kärsisi. Tällaisiksi asioiksi koettiin esimerkiksi kirjaaminen tunteista ja tunnetiloista. Koettiin, että suullinen tieto on runsaampaa ja vivahteikkaampaa, ja näin paremmin tietoa antavaa, kuin kirjallinen.

Viestinnän keinona käytetään suullisen tiedotuksen lisäksi myös sanatonta viestintää ja kehonkieltä (Laine, Lukkari & Rekomaa-Niskanen 2002, 22). Hiljaisen raportoinnin välityksellä sanaton viestintä ja kehonkieli jäävät täysin puuttumaan, joka näkyi myös tähän selvitykseen vastanneiden hoitajien mielipiteissä. Useat mainitsivat, että niin sanottu mutu- tieto ja intuitio jäisivät hiljaisen raportoinnin mukana kokonaan huomioimatta, sillä niitä ei voi kirjata potilastietoihin. Nämä koettiin kuitenkin tärkeiksi asioiksi ja varsinkin psykiatrisessa hoitotyössä oleelliseksi tiedoksi faktojen rinnalla.

Hartikaisen (2008) tutkimuksessa sairaanhoitajien kokemusten mukaan sähköisen tietojärjestelmän käytössä on paljon aikaa vieviä seikkoja ja siksi raportti pidetäänkin usein muistinvaraisesti. Tässä selvityksessä 26 hoitajaa vastasi, että hiljaiselle raportille ei ole aikaa. Se koettiin aikaa vieväksi sekä kirjatessa että luettaessa. Erityisiä ongelmia ajateltiin tulevan varsinkin töistä poissaolon jälkeen, jolloin kirjauksia joutuisi lukemaan usealta päivältä, sekä uuden työntekijän/sijaisen tullessa töihin. Kyselyyn vastanneista hoitajista 18 vastasi kysymykseen, että ei usko työyhteisön sitoutuvan riittävästi hiljaiseen raportointiin. Epäiltiin, että kirjaukset potilastietojärjestelmästä jäisivät helposti lukematta ja näin tieto kokonaan välittymättä. Hoitajista 12 vastasi, ettei usko hiljaisen raportoinnin toimivan, sillä koneita koettiin olevan liian vähän. Aamu- ja iltavuoron hoitajien samanaikainen tarve tietokoneelle pääsyyn vuoron vaihteessa koettiin erityisen hankalaksi. Tällöin myös välittömään hoitotyöhön pääsy viivästyisi.

Hoitajat löysivät myös erilaisia hiljaisen raportoinnin hyötyjä. 29 hoitajista piti ajankäytön tehostumista hiljaisen raportoinnin hyötynä. Myös Puumalaisen ym. (2003) tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat hiljaiseen raportointiin siirtymisen jälkeen käyttävänsä enemmän aikaa suoraan potilastyöhön. Tässä kuvatussa selvityksessä hoitajat ajattelivat aikaa säästyvän muun muassa raporttiajan lyhentyessä, sekä raportin tiivistyessä sisällöllisesti. Suoriin potilaskontakteihin ajateltiin jäävän myös enemmän aikaa. Hoitajista 4 mainitsi hiljaisen raportoinnin hyötynä aiempaa paremman mahdollisuuden keskittyä omapotilaan asioihin ja hoitoon. Tämän katsottiin edesauttavan laadukasta yksilövastuista hoitotyötä. Myös kirjaamisen tarkentumista piti myönteisenä asiana muutama hoitaja. Hiljaisen raportoinnin oletettiin myös kannustavan paremman sähköisen kirjaamisen opetteluun. Vastanneista hoitajista 3 uskoi tiedon tarkentuvan hiljaisen raportoinnin myötä. Myös inhimillisten unohdusten uskottiin vähenevän. Tarkemmin kirjatusta tiedosta oletettiin myös potilaan asioiden tarkistamisen käyvän nykyistä nopeammin ja helpommin.

6.3 Kehittämisehdotukset

Tulosten perusteella hoitajat kokevat puutteita sähköisen kirjaamisen päätöksenteossa ja kirjaamisen käytäntöjen sisäistämisessä sekä hiljaiseen raportointiin liittyvissä tiedoissa. Jatkossa voitaisiinkin tarkemmin selvittää hoitotyön päätöksentekoon liittyviä seikkoja. Olisi hyvä kartoittaa syitä siihen, miksi osa hoitohenkilökunnasta kokee hoitotyön päätöksenteon puutteelliseksi omalla kohdallaan. Lisäksi kartoitusta vaatisi se, miksi osa hoitohenkilökunnasta ei kirjaa tehtyjä hoitotyön päätöksiä, tai miksi he kokevat, että tehdyt päätökset eivät toteudu kirjatun mukaan.

Hoitotyön kirjaamista ohjaavien toimintamallien käyttöä hoitohenkilökunnan näkökulmasta voitaisiin selvittää jatkossa yksityiskohtaisemmin. Erityisesti ajatuksia käytössä olevien toimintamallien toimivuudesta kirjaamisessa olisi hyvä kartoittaa, jotta psykiatrisen hoitotyön kirjaamisen laatua voitaisiin kehittää.

Tämän selvityksen ja aikaisempien tutkimusten tulosten pohjalta voidaan todeta, että hoitohenkilökunnan tulisi hallita hyvin tietotekniikka voidakseen käyttää sähköistä potilaskertomusjärjestelmää työvälineenä. Tulosten pohjalta nousi esille koulutuksen tarve, tähän liittyi osalla vastaajista sähköisen kirjaamisen sisäistämisen vaikeus. Sähköiseen kirjaamiseen liittyvää koulutusta olisi syytä tutkia lisää. Koulutusta tulisi olla myös enemmän tarjolla. Tämä vaatii tietysti enemmän taloudellisia resursseja koulutukseen.

Tuloksistamme nousi esiin, että hoitajilla oli hiljaisesta raportoinnista vahvoja ennakkoluuloja sekä virheellistä tietoa. Kehitysehdotukseksi mainitsimmekin lisäkoulutuksen hoitajille hiljaisesta raportoinnista. Olemme pohtineet teorian tiedon sekä hiljaisen raportoinnin kokeilemisesta saatujen tulosten perusteella, että hiljaisen raportoinnin käytäntöä tulisi kehittää pidemmälle, jotta se voisi toimia psykiatrisessa hoitotyössä. Työryhmässä asioiden pohtiminen esimerkiksi päivittäisillä suullisilla raportoinneilla tulisi mielestämme säilyttää. Jos hiljainen raportointikäytäntö otettaisiin käyttöön, tulisi suullisen raportoinnin olla tukemassa sitä päivittäin. Tämä kuitenkin selvityksen tulosten perusteella edellyttäisi kirjaamiskäytäntöjen kehittämistä ja sitä kautta nykyistä laadukkaampaa kirjaamista.

LÄHTEET

- Aalto P. & Munnukka T. 2003. Minun hoitajani: Näkökulmia omahoitajuuteen. Vantaa: Tammi.
- Ensio, A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A. & Tanttu, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ensio, A. & Häyrinen, K. 2007. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattisen kirjaamiseen. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A. & Tanttu, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ensio, A., Ikonen, H. & Sonninen, A-L. 2007. Kirjatun tiedon sisällön systematisointi. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A. & Tanttu, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ensio, A., Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.
- Ensio, A., Saranto, K. 2006. Systemaattisen kirjaamisen kehittäminen osana toiminnan ohjausta ja hoitotyön johtamista kirjassa Inhimillisten voimavarojen johtaminen - Hoitotyön vuosikirja 2006. toim. Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Gummerus 2006.
- Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A-L. & Tanttu, K. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY.
- Eriksson, E., Hupli, M. & Lauri, S. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Porvoo: WSOY.
- Erätuuli M., Leino J., Yli- Luoma P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.
- Halinen, H., Hämäläinen, S. 2005. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. Terveysala. Kotka: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi
- Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Hegyvary, S.T. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Vaasa: Vaasa Oy
- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima oy.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

- Hopia, H., Koponen, L. 2007. Hoitotyön vuosikirja. Hoitotyön kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy
- Hurri, S. 2006. Tieto kulkee hiljaakin. Sairaanhoitajalehti 8/2006.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korhonen, L. 1995. Hoitotyön käsikirja. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Ikonen, H. & Saranto, K. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A. & Tantt, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ikonen, H. & Sonninen, A-L. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A. & Tantt, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Janhonen, S., Kiiikkala, I. & Koivisto, K. 2007. Mielenterveyspotilaan kokemuksiin ja vahvuuksiin perustuva hoitotyö. Sairaanhoitaja-lehti, no 9/2007, s.22-24.
- Junes, R. & Solvin, R. 1995. Vuoteenvierusraportointi potilaan kokemana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Järvenpää, P & Koskensalo, P. 2002. Potilaslähtöisen hoitotyön kirjaaminen hoitotyön suunnitelmaan. PIRAMK. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö.
- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kuntatyö. 2007. www.kuntatyo.fi. Elämä on matka. Kuntaliitto. Luettu 12.6.2007.
- Kvist, T & Partanen, A. 2007. Informaatiotekniikka akuuttihoitotyössä. Sairaanhoitaja-lehti, no 6-7/2007, s.18-21.
- Laaksonen, K. 1994. Erilaiset toimintamallit hoitotyön käytännössä. Teoksessa Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) Potilaskeskeinen hoitotyö- askel eteenpäin. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Laine, H., Lukkari, L. & Rekomaa-Niskanen, S. 2002. Suullinen raportointi kirurgisen potilaan siirtotilanteissa. Sairaanhoitaja-lehti, no 3/2002, s.22-24.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 tulostettu 20.2.2008 <http://www.finlex.fi>.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 1.7.2007/733. Tulostettu 10.2.2008. www.finlex.fi.
- Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

- Leinonen, S. 2008. Tietojärjestelmät organisaation osaamisen kehittämisen tukena- Case: hoitaja- lääkäri työnjakomalli kehittämisvälineenä. Kuopion yliopisto. Pro Gradu- tutkielma.
- Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Mutanen, M. 2007. Potilastietojärjestelmään kohdistuvan koulutuksen arviointi – haasteita asiantuntijuuden ja uusien toimintamallien kehittämiseksi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki; Edita Prima.
- Paavilainen, E., Pukuri, T. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen. Sairaanhoidaja-lehti. no 11/2007, s.31-33.
- Pekkala, E. 2007. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A. & Tantt, K. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Pukuri, T. 1997. Yksilövastuiseen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/97. Tampereen yliopistollinen sairaala: Tampere.
- Puumalainen, A. Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. Tutkiva hoitotyö, vol. 1 (1), 2003.
- Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön vuosikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. Helsinki.
- Selander, M. 2002. Moniammatillinen lapsen hoidon suunnittelu lastenpsykiatriisella osastolla – hoitotyö osana moniammatillista työryhmytyöskentelyä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Sundström, R. 2003. Psykiatrisen hoitoisuusluokitusmittarin kehittämisprosessi ja mittarin luotettavuus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Tuomi, J., Sarajärvi A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vellonen, T. 2004. Sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto ja käytettävyys erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja –talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Vilkka, H. 2007a. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Tammi
- Vilkka, H. 2007b. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Tammi

Virolainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

Voutilainen, P. & Laaksonen K. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Jyväskylä: Kirjapaino Oy.

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2008. Tampereen yliopisto. luettu 12.10.2008
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/index.html>



Arvoisa psykiatrisen hoitotyön ammattilainen,

Toivomme, että osallistutte oheiseen kyselyyn, jonka tarkoituksena on kartoittaa hoitajien käsityksiä ja nykyistä toimintakulttuuria omahoitajuuden, sähköisen kirjaamisen ja raportointikäytäntöjen suhteen psykiatrisen hoitotyön alueella.

Kysely toteutetaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoitotyön eri alueiden ja Pirkanmaan ammattikorkeakoulun välisenä yhteistyönä, osana PSHP:n ja PIRAMK:n opinnäytetöiden yhteistyöhanketta. Kyselyn kohderyhmänä ovat psykiatrista hoitotyötä tekevät hoitajat. Kyselystä saadun tiedon perusteella nykyisiä omahoitaja-, kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä voidaan edelleen kehittää.

Vastauslomakkeet käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisesti raportoinnin jälkeen. Yksittäinen vastaaja ei paljastu tuloksista. Tulokset raportoidaan syksyllä 2008. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin viisi minuuttia. Ystävällisesti pyydämme Teitä valitsemaan omaa käsitystänne parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Palautusta koskevat ohjeet löydätte kyselyn viimeiseltä sivulta (palautus 2.5.2008 mennessä).

Kiitos etukäteen. Vastauksenne antavat arvokasta tietoa hoitotyön kehittämiseen !

Keväisin terveisin,

Opinnäytetyön tekijät, sairaanhoitajaopiskelijat (AMK):

*Marika Järvi
Minna Kulla
Riku Liljeberg
Sanna Metsänsalo
Maiju Tirkkonen*

Lisätietoja kyselystä antavat tarvittaessa:

ylihoitaja Maarit Selander (puh. 050-313 2673, maarit.selander@psHP.fi)
yliopettaja Nina Kilku (puh. 245 2226, nina.kilku@piramk.fi)



1 Työyksikkösi (ympyröi oman työyksikkösi tunnus)

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| 1. APS2 | 14. EVA | 27. Kaivannon sairaala, osasto 6P |
| 2. APS4 | 15. NPS1 | 28. Kaivannon sairaala, PPY |
| 3. APS5 | 16. NPS2 | 29. Vammalan aluesairaala, osasto 5 |
| 4. APS6 | 17. PNPS | 30. Vammalan aluesairaala, osasto 6 |
| 5. APS7 ja vastaanottopoliklinikka | 18. LPS1 | 31. Vammalan aluesairaala, osasto 7 |
| 6. APS9 | 19. LPS2 | 32. Vammalan aluesairaala, psykiatrian poliklinikka |
| 7. OPS1 | 20. LSP3 | |
| 8. OPS2 | 21. LPS4 | |
| 9. PSG1 | 22. Lastenpsykiatriset poliklinikat | |
| 10. PSG3 | 23. Kaivannon sairaala, osasto 1P | |
| 11. PSG4 | 24. Kaivannon sairaala, osasto 2P | |
| 12. Psykogeriatrian poliklinikka ja toimenpidepoliklinikka | 25. Kaivannon sairaala, osasto 3P | |
| 13. Yleissairaallapsykiatrian poliklinikka ja YSP1 | 26. Kaivannon sairaala, osasto 4P | |

2 Hoitotyön koulutukseni on

- a) sairaanhoitaja
- b) mielenterveyshoitaja, lähihoitaja tai perushoitaja

3 Ikäni on

- a) 20-29 vuotta
- b) 30-39 vuotta
- c) 40-49 vuotta
- d) 50-59 vuotta
- e) yli 59

4 Nykyiseen ammattiin valmistumisestani on

- a) alle 5 vuotta
- b) 5-10 vuotta
- c) 11-20 vuotta
- d) enemmän kuin 20 vuotta

Omahoitajuus

5 Mielestäni yksilövastuinen hoitotyö tarkoittaa _____

		Ei ollenkaan	Heikosti	En osaa sanoa	Hyvin	Erinomaisesti
6	Yksilövastuinen hoitotyö toteutuu yleensä psykiatrisessa hoitotyössä	1	2	3	4	5
7	Yksilövastuinen hoitotyö toteutuu omassa työyksikössäsi	1	2	3	4	5
8	Yksilövastuinen hoitotyö toteutuu omassa työssäsi	1	2	3	4	5
		En koskaan	Harvoin	En osaa sanoa	Usein	Aina
9	Teen omahoitajana omapotilastani koskevia hoitotyön päätöksiä	1	2	3	4	5
10	Kirjaan sähköisesti omapotilaani hoitoa koskevia hoitotyön päätöksiä	1	2	3	4	5
11	Omapotilaani hoito toteutuu omahoitajana kirjaamani tiedon perusteella	1	2	3	4	5

12 Jos kaipaat nykyiseen omahoitajakäytäntöön muutosta, toivotko muutosta johonkin seuraavista asioista? (voit valita useita vaihtoehtoja)

- Hoitosuunnitelman teko yhdessä potilaan kanssa
- Hoitosuunnitelman teko yhdessä potilaan ja läheisten kanssa
- Oman potilaani/potilaideni hoitaminen aina työvuorossa
- Potilaan hoidon arviointi päivittäin oman potilaan kanssa
- Lisää yhteistä aikaa oman potilaan kanssa
- Itsenäisten päätösten teko oman potilaani hoidosta hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi
- En kaipaa muutosta nykyiseen omahoitajakäytäntöön
- Muuta, mitä? _____

Sähköinen kirjaaminen

13 Mikä/Mitkä seuraavista periaatteista ohjaavat kirjaamistasi? (voit valita useita vaihtoehtoja)

- Potilaslähtöisyys
- Yksilöllisyys
- Hoidon jatkuvuus
- Turvallisuus
- Muu _____

14 Mikä/Mitkä seuraavista toimintamalleista ohjaavat kirjaamistasi? (voit valita useita vaihtoehtoja)

- Psykiatrinen hoitoisuusluokitusmittari PPC (=Pitkäniemi Patient Classification)
- Hoitotyön prosessimalli
- Muu _____

	En koskaan	Joskus	En osaa sanoa	Usein	Aina
15 Päivittäisessä hoitotyön kirjaamisessa kirjaan myös perheen näkökulman esiin	1	2	3	4	5
16 Hyödynnän yleensä perheestä kirjatun tiedon hoitotyössä	1	2	3	4	5
17 Kirjaan myös potilaan näkökulman hoidosta, vaikka se olisi ristiriidassa oman näkemykseni kanssa	1	2	3	4	5
18 Kirjaan potilaan ja hänen perheensä osallistumisesta hoidon suunnitteluun	1	2	3	4	5
19 Huomioin kirjaamisessa potilaan toiveet ja tarpeet	1	2	3	4	5
20 Huomioin muiden kirjaamat potilaan tarpeet ja toiveet omassa toiminnassani	1	2	3	4	5
	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
21 Olen saanut mielestäni tarpeeksi koulutusta sähköiseen kirjaamiseen	1	2	3	4	5
22 Työnantaja on mielestäni tarjonnut koulutusta tietotekniikkaan ja tietojärjestelmien oppimiseen riittävästi	1	2	3	4	5
23 Työyksikössäni on mielestäni selkeät ohjeistukset sähköisen kirjaamisen suhteen	1	2	3	4	5
24 Tiedän minkä otsikon alle mikäkin tieto kirjataan	1	2	3	4	5
25 Sähköinen kirjaaminen helpottaa moniammatillista yhteistyötä ja eri ammattiryhmien välistä viestintää	1	2	3	4	5
26 Sähköisellä kirjaamisella vältetään tietojen uudelleen kirjoittamiselta	1	2	3	4	5
27 Sähköisen kirjaamisen sisäistäminen on ollut minulle vaikeaa	1	2	3	4	5
28 Sähköinen kirjaaminen vie mielestäni enemmän työaikaa kuin paperille kirjaaminen	1	2	3	4	5

Raportointi

	Erittäin huonosti	Huonosti	En osaa sanoa	Hyvin	Erin-omaisesti
29 Saan tietoa suullisen raportin kautta omapotilaani asioista	1	2	3	4	5
30 Saan tietoa sähköisen kirjaamisen kautta omapotilaani asioista	1	2	3	4	5

31 Kuinka kauan suullisen raportin anto yleensä kestää yöhoitajilta aamuvuorolaisille?

- 0-10 min
- 11-20min
- 21-30min
- 31min tai enemmän

32 Kuinka kauan suullisen raportin anto yleensä kestää aamuvuorolta iltavuorolle?

- 0-10 min
- 11-20min
- 21-30min
- 31min tai enemmän

33 Kuinka kauan suullisen raportin anto yleensä kestää iltavuorolta yöhoitajille?

- 0-10 min
- 11-20min
- 21-30min
- 31min tai enemmän

34 Suullisen raportin kesto on mielestäni

- liian pitkä
- sopiva
- liian lyhyt

35 Kenen tulee mielestäsi olla mukana päivittäisellä raportilla ? (voit valita useita vaihtoehtoja)

- potilas
- lääkäri
- sosiaalityöntekijä
- psykologi
- omahoitaja
- muu, kuka? _____

36 Kenen mielestäsi tulee olla mukana hoitoneuvotteluissa ? (voit valita useita vaihtoehtoja)

- potilas
- omaiset
- lääkäri
- sosiaalityöntekijä
- psykologi
- omahoitaja
- terapeutit (esim. toiminta-, kuvataide-, musiikkiterapeutit)
- erilaiset ohjaajat (esim. ulkotyön ohjaaja, askartelun ohjaaja jne.)
- muu, kuka? _____

		Ei koskaan	Joskus	En osaa sanoa	Usein	Aina
37	Saan ajankohtaisempaa tietoa suullisella raportilla kuin sähköisen kirjaamisen kautta	1	2	3	4	5
38	Saan suullisella raportilla riittävät tiedot potilaiden hoidon toteuttamiseksi	1	2	3	4	5
39	Suullisella raportilla oleellinen asia omapotilaani hoitoa koskien jää sanomatta	1	2	3	4	5
40	Suullinen raportti keskeytyy usein	1	2	3	4	5
41	Suullisella raportilla ajankäyttö on tehokasta	1	2	3	4	5
42	Suullinen raportti on tärkeä työyhteisön yhtenäisyyden ylläpitäjä	1	2	3	4	5
43	Sähköinen kirjaaminen on vähentänyt suullisen raportin tarvetta	1	2	3	4	5

44 Tiedätkö mitä on hiljainen raportointi?

- Kyllä
- En

45 Työyksikössäni on raportointikäytäntönä

- potilaan kanssa tapahtuva yksilöllinen raportointi (ns. vuoteenvierusraportointi)
- hiljainen raportointi
- suullinen raportointi kahden hoitajan kesken
- suullinen raportointi työryhmänä
- muu, mikä? _____



46 Onko yksikössäsi kaavailtu siirtymistä hiljaiseen raportointiin?

- Kyllä (vastaathan myös kysymyksen 47)
- Ei (vastaathan myös kysymyksen 48)

47 Jos on, niin oletko kiinnostunut kokeilemaan sitä?

- Kyllä
- En

48 Jos ei, niin haluaisitko kokeilla sitä?

- Kyllä
- En

49 Onko yksikössäsi kokeiltu tai nyt kokeilussa hiljainen raportointi?

- Kyllä (vastaathan myös kysymyksen 50)
- Ei (vastaathan myös kysymyksen 51)

50 Jos on, niin koitko sen toimivaksi käytännöksi?

- Kyllä
- En

51 Jos ei, niin olisitko halukas kokeilemaan hiljaista raporttia yksikössäsi?

- Kyllä
- En

52 Millaisia hyötyjä tai haittoja hiljaisesta raportoinnista ajattelet olevan ?

53 Haluaisin lisätietoa hiljaisesta raportoinnista

- Kyllä
- En

Kiitos osallistumisestasi !

PALAUTUSOHJE

TAYS/ TA 5 ja TA4/lastenpsykiatrian yksiköt: Täytettyäsi kyselyn laita vastauksesi sisäiseen kuoreen, kirjoita kuoreen "Sateenvarjohanke" ja lähetä sisäisessä postissa osoitteeseen: Katja Luojus/ Tiedekeskus/ FM3/ 2.kerros.

KAIVANNON SAIRAALAN yksiköt: Täytettyäsi kyselyn laita vastauksesi sisäiseen kuoreen, kirjoita kuoreen "Sateenvarjohanke" ja palauta kuori neuvontaan, josta kuoret lähetetään 2.5.2008 jälkeen yhteispostina sisäisessä kuoreessa edellä mainittuun osoitteeseen.

VAMMALAN ALUESAIRAALAN PSYKIATRIAN yksiköt: Täytettyäsi kyselyn laita vastauksesi sisäiseen kuoreen, kirjoita kuoreen "Sateenvarjohanke" ja palauta kuori sisäisessä postissa johtavan ylihoitajan sihteerille Maija Liuksialle. Hän toimittaa vastaukset yhteispostina 2.5.2008 jälkeen edellä mainittuun osoitteeseen.