

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2010

Jenni Mikkonen

KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN PÖYTYÄN KOTIHOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Kesäkuu 2010 | 50 sivua + 1 liitesivu

Ohjaaja: Raija Nurminen

Jenni Mikkonen

KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN PÖYTYÄN KOTIHOIDOSSA

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää päivittäisen hoitotyön kirjaamisen sisältöä Pöytyän kotihoidossa hoitotyön prosessin mukaisesti uutta kansallista systemaattista kirjaamistapaa hyödyntäen. Kehittämishankkeessa kartoitettiin kirjaamisen laatua ja sisältöä ennen hankkeen aloittamista ottamalla alkukartoitusaineisto toteutuneista kirjauksista. Hankkeen edetessä työyhteisössä järjestettiin koulutusta henkilökunnalle kirjaamisen teoreettisesta perustasta sekä hoitotyön prosessista ja hoitosuunnitelman laatimisesta. Hankkeen päätteeksi tuloksia arvioitiin ottamalla loppukartoitusaineisto toteutuneista kirjauksista.

Kehittämishanke tapahtui vuoden 2009 aikana ja loppuarviointi tehtiin keväällä 2010. Henkilökunnan koulutuksiin osallistui koko työyhteisö kerrallaan sekä myös kaikki kolme kotihoidon tiimiä erikseen.

Kehittämishankkeessa kirjaamisen kehittämisen teemana oli hoitotyön prosessi kirjaamisen taustalla sekä hoitosuunnitelman laatiminen. Lisäksi hankkeen aikana työyhteisössä oli tarkoitus siirtyä rakenteisen kirjaamistavan käyttöön. Tätä uutta kirjaamistapaa käytettiin perustana hoitosuunnitelmien laatimiselle ja kirjaamisen sisällön parantamiselle.

Kehittämishankkeen tuloksena asiakkaille oli laadittuna hoitotyön suunnitelmat ja hoitajan tekemä väliarviointi hoitokertomukseen. Näiden pohjalta asiakkaiden tarpeiden määrittely helpottui ja asiakkaan tilan arviointi kirjauksissa selkiytyi.

ASIASANAT: Hoitotyön kirjaaminen, hoitosuunnitelma, hoitotyön prosessi ja rakenteinen kirjaaminen

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Social Services and Health Care | Master of Health Care

June 2010 | 50 pages + 1 appendix page

Instructor: Raija Nurminen

Jenni Mikkonen

DEVELOPING NURSING DOCUMENTATION IN PÖYTYÄ HOME CARE

The aim of this development project was to improve the contents of daily documentation in Pöytyä home care according to the nursing process and using a new national systematic documentation method. The quality and contents of documentation were examined before beginning the project by using existing documentation as initial survey data. As the project went on, training about the theoretical basis of documentation, nursing process and making a care plan was organised for the staff. At the end of the project, the results were evaluated by taking a documentation sample for final survey.

The development project took place in 2009 and the final survey was done in spring 2010. The staff training was organised for the whole staff and also for all three home care teams separately.

In the development project, the theme for improving documentation was the nursing process behind the documentation and making a care plan. In addition, structured documentation method was to be implemented in the working community during the development project. This new documentation method was used as a basis for making the care plan and improving the contents of the documentation.

As a result of the development project, all customers had a care plan and an intermediate assessment made by a nurse in their nursing records. Based on them, determining the needs of the customers became easier and estimating the customer's current state in the documentation became clearer.

KEYWORDS:

Nursing documentation, care plan, nursing process, structured documentation.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	5
2.1 Pöytyän kunta ja kotihoito	5
2.2 Hyvinvointipoliittinen ohjelma Pöytyän kunnassa	8
3 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA LÄHTÖKOHDAT	9
4 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KESKEISET KÄSITTEET	11
5 TEOREETTINEN TAUSTA	12
5.1 Hoitotyön kirjaaminen	12
5.1.1 Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset	12
5.1.2 Kirjaaminen osana potilaan hoitoa	15
5.1.3 Sähköinen kirjaaminen	17
5.1.4 Effica-asiakastietojärjestelmä	21
5.2 Hoitotyön prosessi	22
5.3 Hoitosuunnitelma	24
5.4 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä	25
5.4.1 Kansallinen hoitotyön kirjaamishanke	25
5.4.2 Hoitotyön tarve-, toiminto- ja tulosluokitukset FinCC:n mukaisesti	29
5.4.3 Hoitotyön yhteenveto osana rakenteista kirjaamismallia	30
6 KEHITTÄMISHANKKEEN MENETELMÄLLISET RATKAISUT	32
7 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS JA AIKATAULU	34
8 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	37
8.1 Yleistä alku- ja loppukartoituksesta	37
8.2 Tarpeiden ja tavoitteiden määrittely kirjauksissa	37
8.3 Toimintojen määrittely kirjauksissa	38
8.4 Hoitotyön prosessin arviointi kirjauksissa	39
8.5 Kirjaamisen sisältö päivittäisessä kirjaamisessa	41
8.6 Yhteenveto tuloksista	42
9 KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTIA JA POHDINTA	43
10 JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET JA TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN	45

LÄHTEET	48
----------------	-----------

LIITE

Liite 1. Kirjaamisen teoreettisen koulutuksen sisältö

KUVIO

Kuvio 1. Pöytyän kunnan perusturvapalveluiden keskuksen organisaatio	7
--	---

TAULUKOT

Taulukko 1. Kehittämishankkeen aikataulu	36
--	----

Taulukko 2. Hoitotyön prosessin toteutuminen kirjauksissa	40
---	----

1 Johdanto

Potilaan hoidon eri vaiheiden kirjaaminen potilaskertomukseen on hoitotyön yksi oleellisimmista osista. Kirjaamisen lähtökohtana on tiedot potilaasta ja myöskin hänen hoitotyön tarpeistaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö on ollut muutosten alla viimeisten vuosien aikana ja tulee olemaan sitä myöskin tulevaisuudessa. Tietojärjestelmien ja teknologian avulla pyritään tehostamaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Mahdollisuus käyttää sähköisessä muodossa olevaa potilastietoa ajantasaisesti yli organisaatorajojen on edellytys palvelujen asiakaslähtöisyydelle ja uusien toimintamallien käyttöönotolle. Sosiaali- ja terveysministeriö edellyttää, että sähköistä järjestelmää tulee kehittää palvelemaan entistä paremmin terveydenhuollon organisaation sisäistä työtä ja eri hoitotilanteita. Edellytyksenä on myöskin, että henkilökunta hallitsee systemaattisen kirjaamisen rakenteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto on vaatinut paljon koulutusta ja kehitystyö on jatkuvaa. Hoitotyöntekijät ovat joutuneet omaksumaan uusia tapoja kirjaamiselle siirryttäessä manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen. Vaikka sähköinen kirjaaminen on strukturoidumpaa, kirjaamisen ajatuksellinen sisältö pysyy samana. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen kuuluu olennaisena osana hoitotyön laadun kehittämiseen. Tietotekniikka antaa monipuoliset mahdollisuudet kehittää hoitotyöhön uusia toimintatapoja. (Saranto, Eriksson, Kärkkäinen & Rouvala 2003, 4-10.)

Hoitotyössä tärkeä potilaan ja hoitajan välinen luottamuksellinen yhteistyösuhde perustuu keskinäiseen luottamukseen, joka tulee näkyväksi kirjallisen suunnitelman avulla mm. hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Potilaat tulevat yleensä hoitotyön piiriin siksi, että heillä on jokin ongelma terveydessään tai

vaikeuksia selviytyä itsenäisesti. Hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa tulee ilmetä selkeästi, mitkä ovat potilaan ja mitkä hoitotyön ongelmia ja miten hoitotyön keinoilla näihin ongelmiin vastataan. (Ensio 1999, 46-47.)

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli parantaa hoitotyön kirjaamisen laatua Pöytyän kotihoidossa koulutusinterventioiden avulla. Hanketta varten otettiin toteutuneista kirjauksista alku- ja loppukartoitusta varten aineistoa, josta tarkasteltiin hoitotyön prosessin toteutumista. Koulutusinterventioiden aiheena oli kirjaamisen teoreettinen perusta sekä hoitosuunnitelmat, joiden laatiminen kotihoidon asiakkaille nousi keskeiseksi tekijäksi tässä hankeessa.

2 Toimintaympäristön kuvaus

2.1 Pöytyän kunta ja kotihoito

Kehittämishankkeen kohdeorganisaationa on Pöytyän kunta ja siellä tarkemmin kotihoito. Pöytyän kunta sijaitsee Varsinais-Suomessa käsittäen maantieteellisesti laajan alueen, johon kuuluvat vanhan Pöytyän lisäksi entiset Yläneen ja Karinaisten kunnat. Kotihoito huolehtii koko laajan kunnan alueen väestön kotihoitopalveluista. Kotihoito toimii kolmessa tiimissä (Kyrö, Riihikoski ja Yläne), joista jokaisessa on noin 10 työntekijää. Jokaisessa tiimissä on yksi tai kaksi sairaanhoitajaa ja loput työntekijöistä ovat lähihoitajia tai kodinhoitajia, myös kouluttamattomia sijaisia on kodinhoidollisissa tehtävissä. Vastaavana sairaanhoitajana toimi Kirsti Korpi tammikuuhun 2010 asti, jonka jälkeen

lähiesimiehen nimike muutettiin kotihoidon ohjaajaksi ja tehtävässä jatkoi Kaisa Simola. (Korpi 16.1.2009, henkilökohtainen tiedonanto.)

Kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat Pöytyällä yhdistyneet kotihoidoksi jo vuonna 2001. Efficia-asiakastietojärjestelmä on ollut käytössä kotihoidossa vuodesta 2004 alkaen. Kotihoidon asiakkaiden lääkäriasioista vastaa terveysasemalla jokaisen oma väestövastuulääkäri. Päivittäistä hoitotyön kirjaamista suorittavat kaikki työntekijät koulutuksesta riippumatta. (Korpi 16.1.2009, henkilökohtainen tiedonanto & Pöytyän kunta 2009a.)

Kotihoidon tehtäväalue tarjoaa palveluita niitä tarvitseville kotona asuville vanhuksille, sairaille, vammaisille sekä lapsiperheille. Kotihoidon vanhusasiakas on suurimman osan vuorokaudesta omassa kodissaan ja saa yhdessä suunniteltuja tarpeen mukaisia hoitoja ja palveluita. Tähän kuuluvat kotipalvelu, kotisairaanhoido, ennalta ehkäisevä työ sekä tukipalveluina ateriapalvelu, vaatehuolto, kylvetyspalvelu, kuljetuspalvelu sekä siivouspalvelu yli 20 % haitta-asteen sotainvalideille. Tavoitteena vuodelle 2010 Pöytyän kunnassa on, että säännöllisen kotihoidon piirissä olisi 20 % yli 75-vuotiaista ja laitoshoidossa alle 2 %. Tavoitteena on tehdä ennalta ehkäiseviä kotikäyntejä palvelujen piiriin kuulumattomille yli 75-vuotiaille kuntalaisille. Kotihoidon osuutta palvelurakenteessa tullaan lisäämään. Dementoituvien ikäihmisten kotona selviytymistä tuetaan muistineuvolatoiminnalla ja kotona asuvien tueksi suunnitellaan toimintakykyä ylläpitävää toimintaa yhteistyössä vapaa-aikatoimen kanssa. (Pöytyän kunta 2009a.)

Perusturvalautakunnan vastuualueen tehtävänä on tuottaa kuntalaisille tarpeelliset sosiaalihoitolakiin perustuvat peruspalvelut laadukkaasti, tasapuolisesti, tehokkaasti ja taloudellisesti. Vanhusten ja kehitysvammaisten palveluiden alueella keskeiset kehittämissuunnitelmat vuosille 2009-2010 on

vanhuspalveluiden osalta ennalta ehkäisevän työotteen kehittäminen, kehitysvammaisten palveluiden kehittäminen ja henkilöstön jaksaminen. Tarkoituksena on edesauttaa ikääntyneiden ja kehitysvammaisten kuntalaisten hyvinvointia monipuolisella ja tarpeiden mukaisella palvelujärjestelmällä. Tavoitteena on asiakkaan hyvä elämä omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Terveyspalveluiden alueella lähivuosien kehittämistavoitteena on joustava kotiuttaminen. Perusturvapalvelujen keskuksen johtajana on perusturvajohtaja Eeva-Sirkku Salomaa, joka vastaa myös vanhuspalveluiden alasta, johon kotihoito kuuluu. Kuviossa 1 on esitetty perusturvapalveluiden keskuksen organisaatio. (Pöytyän kunta 2009a.)



Kuvio 1 Pöytyän kunnan perusturvapalveluiden keskuksen organisaatio (Pöytyän kunta 2009b).

Vuonna 2009 Pöytyän kotihoidon piiriin kuului 365 ruokakuntaa. Kotihoidon käyntejä suoritetaan vuosittain noin 50000. Tukipalveluasiakkaita kotihoidon piirissä on ollut vuonna 2009 240. Työssä olennaista on työn ihmisläheisyys ja palveluluonne. Tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan turvallinen asuminen ja inhimillinen elämä omassa kodissaan ja elämänpiirissään mahdollisimman pitkään. Yksilöiden ja perheiden omatoimisuutta ja heidän toimintakykyään tuetaan. Kotihoidon asiakkaat ovat erilaisia ihmisiä eri elämänvaiheissa ja avuntarve vaihtelee päivittäisestä tilapäiseen apuun. (Pöytyän kunta 2010a.)

2.2 Hyvinvointipoliittinen ohjelma Pöytyän kunnassa

Pöytyän kunnassa on valmisteltu hyvinvointipoliittisen ohjelman laadinnan kanssa samanaikaisesti kunnan uutta strategiaa. Strategian valmistelun yhteydessä on kunnan visio vuoteen 2025 katsottaessa määritelty seuraavasti: ”Pöytyä on yhteen hiileen puhaltava, luonnonarvoja kunnioittava, elävien kylien ja vahvojen palvelukeskusten kunta. Kuntalaisilla on mahdollisuudet hyvään asumiseen, elämiseen ja yrittämiseen. Pöytyä on moderni maaseutumainen kunta”. Valmistelun yhteydessä on kunnan missio puolestaan määritelty seuraavasti: ”Pöytyän perustehtävänä on tuottaa ja järjestää kuntalaisten hyvinvointia edistäviä palveluita joustavasti ja kohtuullisella hinnalla. Pöytyä luo edellytyksiä ja organisoii haluttuun tulevaisuuteen tähtääviä tehtäviä”. (Pöytyän kunta 2010b.)

Hyvinvointipoliittisessa ohjelmassa tuetaan em. visiota ja missiota ja pyritään esitettyihin päämääriin kiinnittämällä erityishuomiota kuntalaisten omatoimisuutta edistävän toimintaympäristön luomiseen sekä panostamalla ehkäiseviin ja varhaisen tuen palveluihin. (Pöytyän kunta 2010b.)

Suurimmaksi haasteeksi nousee jatkossa ikääntyvän väestön määrän ja suhteellisen osuuden kasvu. Palvelutarpeiden kannalta merkittävää on erityisesti 85 vuotta täyttäneiden määrän nousu noin viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä. Ikääntyvien määrän noustessa on jatkossa olennaisen tärkeää, että palveluja pystytään suuntaamaan valtakunnallisen laatusuosituksenkin mukaisesti tukemaan kotona selviytymistä. Kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuus on Pöytyällä hieman laskenut niin, että kotona asui vuonna 2008 noin 88 % vastaavanikäisistä. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien määrä oli vuonna 2008 jo lähes 16 % 75 vuotta täyttäneistä (Varsinais-Suomessa 11,2 %). Tehostetun palveluasumisen käyttö on Loimaan seutukuntaa ja Varsinais-Suomea korkeammalla tasolla, kun taas pitkäaikaisen

laitoshoidon käytössä ollaan hieman Loimaan seutukunnan keskimääräistä tasoa ja jo selvästi Varsinais-Suomen maakunnan tasoa alempana. (Pöytyän kunta 2010b.)

3 Kehittämishankkeen tausta ja lähtökohdat

Kehittämishankkeen aiheen valinta tehtiin yhteistyössä yksikön lähiesimiehen kanssa heti hankkeen alussa perustuen sekä hankkeen toteuttajan että työyhteisön yhteiseen kiinnostuksen kohteeseen eli hoitotyön päivittäiseen kirjaamiseen. Työyhteisössä oli jo pidempään suunniteltu kirjaamisen kehittämisprojektia ja hankkeen toteuttaja oli kiinnostunut nimenomaan kirjaamisen kehittämisestä, joten sopiva aihe muodostui helposti heti aluksi.

Pöytyän kotihoidossa edellytykset kehittämishankkeen onnistumiselle olivat kaiken kaikkiaan hyvät, koska projektiryhmä suhtautui asiaan positiivisesti kuten myöskin mentori, joka toimi lähiesimiehenä työyhteisössä. Myös organisaation tasolla hankkeeseen suhtauduttiin myönteisesti alustavissa keskusteluissa. Projektiryhmän jäsenet nimesivät ensimmäisessä tapaamisessa konkreettisia käytännön tasolla olevia edellytyksiä ja uhkia kehittämishankkeen läpiviemiselle. Kotihoidossa ei ollut käytössä hankkeen alussa valtakunnallista hoitotyön rakenteista kirjaamismallia. Kotihoidon asiakkaille ei ollut laadittuna hoitosuunnitelmaa, jossa olisi määriteltynä hoidon tarpeet, tavoitteet ja keinot. Kirjaaminen perustui lähinnä hoitajan suorittamiin toimenpiteisiin asiakkaan kotona.

Uhkina hankkeelle nähtiin työntekijöiden kielteisyys; kaikki eivät halua lähteä mukaan heitä työllistävään uuteen asiaan. Muutosvastarinta on yksi

odotettavissa oleva uhka, jota on työyhteisössä havaittu ennenkin uusien toimintatapojen tullessa käyttöön. Ajanpuute tuli ilmi lähes jokaiselta ryhmän jäseneltä, koska työajasta suurin osa kuluu välittömään asiakastyöhön. Uhkana nähtiin myös varsinaisten atk-taitojen heikkous joidenkin työntekijöiden osalta ja koettiin, etteivät tällaiset henkilöt halua opetella lisää uutta tietokoneella tehtävää työtä. Tietokoneiden toimivuus ja liian vähäinen määrä saattavat myös nousta uhkatekijöiksi onnistumiselle ja kaiken tarvittavan toteuttamiselle. (Projektiryhmän palaveri 16.2.2009.)

Mahdollisuuksina lähes kaikki ryhmän jäsenet toivat esille, että hankkeen onnistuttua on käytössä uusi toimiva toimintamalli, josta on hyötyä asiakkaan hoitamisessa ja tällaiseen henkilökuntaa on helpompi sitouttaa. Kirjaamisen kehittämisen ajankohta tuntui sopivalta, koska joka tapauksessa tullaan siirtymään uudenlaiseen kirjaamistapaan siirryttäessä rakenteiseen kirjaamismalliin. Kirjaamisen koetaan myös olevan olennainen osa päivittäistä hoitotyötä ja siihen panostaminen selkiyttää asiakkaan kokonaiskuvaa ja hoidon arviointia. (Projektiryhmän palaveri 16.2.2009.)

Vahvuuksia työyhteisössä ovat hyvät atk-taidot ylipäätään, joukossa on vain muutamia, joilla ne ovat huonot. Kaikki haluavat panostaa asiakkaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon ja hoidon jatkuvuuteen. Vaikka joku tiimeistä kärsiikin tietokoneiden puutteesta, yleisesti ottaen nähtiin hyvät yhteydet kuitenkin vahvuutena. Kirjaamiseen on ennenkin kiinnitetty huomiota, joten laatu on ennestäänkin hyvä, mutta kehitettävää on. Projektiryhmässä nähtiin myös ryhmän jäsenten ”jalkautuminen” tiimeihin kertomaan asiasta omalle työlle positiivisena lisänä ja innostavana tekijänä. (Projektiryhmän palaveri 16.2.2009.)

4 Kehittämishankkeen tarkoitus, tavoitteet ja keskeiset käsitteet

Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda yhtenäinen ja hoitoprosessiin perustuva kirjaamismalli Pöytyän kotihoitoon. Lisäksi pidemmän ajan tavoitteena oli muuttaa hoitajien asennetta kirjaamista kohtaan ja lisätä ymmärrystä asiakaslähtöiseen hoitotyön suunnitteluun ja prosessointiin. Hoitajan tulee ymmärtää kirjaamisen tärkeys eikä nähdä sitä vain työllistävänä pakollisena toimenpiteenä.

Tavoitteena hankkeelle ja sen jälkeiselle toiminnalle kotihoidossa oli, että jokaiselle kotihoidon asiakkaalle on laadittuna hoitotyön suunnitelma, joka pohjautuu asiakkaan tarpeisiin ja hänen hoidolleen asetettuihin tavoitteisiin. Tavoitteena oli myös kehittää varsinaista kirjaamisen sisältöä ottaen huomioon kirjaamista säätelevät lait ja hoitotyön prosessi. Koska hoitaminen perustuu tähän prosessiajatteluun, on hoitotyön suunnitelman laatimisen todettu ohjaavan myös kirjaamista tähän suuntaan.

Tämän kehittämishankkeen välittömänä tavoitteena voidaan siis pitää kirjaamisen laadun paranemista ja hoitotyön prosessin ymmärtämistä hoitajan kannalta hänen päivittäisessä työssään. Pidemmän aikavälin tavoitteena on jatkuva kirjaamisen laadun ja sisällön kehittäminen työyksikössä sekä asiakkaiden hoidon jatkuvuuden paraneminen kiinnittämällä huomiota hoitajan tekemiin asiakastietojärjestelmämerkintöihin.

Kehittämishankkeen keskeiset käsitteet ovat hoitotyön prosessi, hoitosuunnitelma, hoitotyön kirjaaminen ja rakenteinen kirjaaminen. Nämä käsitteet on selvitetty tarkemmin myöhemmin tässä raportissa.

5 Teoreettinen tausta

5.1 Hoitotyön kirjaaminen

5.1.1 Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset

Kirjaamista määrittelevät useat lait. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) viittaa terveydenhuollon ammattihenkilöihin. Laissa määritellään potilaan oikeus tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot sekä potilasasiakirjoihin sisältyvä salassapito. Tässä laissa määritellään muun muassa se, että terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivullisille potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Asiakirjoihin liittyvistä merkinnöistä laissa määrätään, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Hoitotyön kirjaamisen tehtävänä on turvata potilaan hoidon joustavaa etenemistä ja jatkuvuutta hoitotyön tietoperustasta käsin. Tulossa oleva

yhtenäinen kansallinen sähköinen kirjaamisjärjestelmä edellyttää kirjaamista ydintietorakenteiden mukaisesti. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilla on oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin ja määrittelee velvollisuuden potilasasiakirjojen laatimiseen sekä niihin liittyvien tietojen salassapitoon. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan sekä perehtyä ammattitoimintaansa koskeviin säädöksiin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen (298/2009) potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden säilyttämisestä mukaan potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevien käyttöoikeudet tulee määritellä yksityiskohtaisesti. Automaattisen tietojenkäsittelyn avulla pidettävien potilasasiakirjojen käyttöä tulee valvoa käytettävissä olevin teknisin menetelmin. Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaan muut hoitoon osallistuvat henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Tämä asetus koskee kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä riippumatta siitä kenen palveluksessa he ovat. Potilasasiakirjojen merkintöjen tulee olla alkuperäisiä ja virheettömiä. Asiakirjoissa tulee olla merkinnät asiakkaan perustiedoista, keskeisistä hoitotiedoista, sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät, merkinnät riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäillyistä vahingoista. Asiakirjojen tulee sisältää myös merkinnät konsultaatioista ja hoitoneuvotteluista sekä ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta. Jokaisesta osasto- ja laitoshoidojaksosta on tehtävä loppulausunto. Myös asiakkaan hoidosta saamat

tiedot ja kannanotot on merkittävä. Asetuksessa on määriteltynä myös merkintöjen korjaamiseen liittyvät ohjeet. Korjaaminen on tehtävä niin, että alkuperäinen merkintä on luettavissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön antama asetus (298/2009) potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden säilyttämisestä.)

Henkilötietolaki (523/1999) määrittelee henkilötietojen käsittelyä koskevat yleiset periaatteet. Lain tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Laki sisältää huolellisuusvelvoitteen, vaatimuksen henkilötietojen käsittelyn suunnitteluun ja henkilötietojen käyttötarkoitussidonnaisuuden. Laissa ohjeistetaan myös arkaluontoisten tietojen käsittelyä. (Henkilötietolaki 523/1999.)

Arkistotoimi ja sen järjestäminen on määritelty arkistolaisissa (831/1994). Arkistotoimen tehtävänä on varmistaa asiakirjojen käytettävyys ja säilyttäminen sekä hävittää tarpeeton aineisto. (Arkistolaki 831/1994.)

Lisäksi kirjaamista hoitotyössä säätelevät mm. Potilasvahinkolaki (585/1986), Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), Mielenterveyslaki (1116/1990), Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) ja Hallintolaki (434/2003). Näiden lisäksi organisaatiolla on velvollisuus huolehtia potilasasiakirjoja käsittelevän henkilökunnan ohjaamisesta asianmukaisiin menettelytapoihin. Toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan on annettava kirjallinen ohjeistus potilastietojen käsittelyyn liittyvistä seikoista ja menettelytavoista omassa yksikössään. Kaikkia koulutettuja hoitajia ohjaavat oman ammattikuntansa eettiset ohjeet ja hyvän hoidon periaatteet. (Hallila & Graeffe 2005, 18-19.)

5.1.2 Kirjaaminen osana potilaan hoitoa

Tiedolla on suuri merkitys potilaan hoidon järjestämisessä, toteuttamisessa ja siirtämisessä toiselle hoitoyksikölle. Terveystieteiden tutkimuksissa potilastietojen hallinta on kehittynyt laajaksi järjestelmäksi, johon kuuluvat tietojen tuottamiseen, säilyttämiseen ja jakamiseen tarvittavat välineet, menettelytavat ja ohjeet sekä ihmiset tämän toiminnan suorittajina. Kirjatulla tiedolla on suuri merkitys potilaan päivittäisessä hoidossa. Hoitotietojen tulee olla käytettävissä viiveettä kaikille niitä potilaan hoidossa tarvitsevilla. Kirjaamiselta edellytetään näin ollen rakenteellisuutta ja yhdenmukaisuutta. Hoidon tuottajalla on velvollisuus ylläpitää potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjalla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä tai toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai muualta saapuneita asiakirjoja tai tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia merkintöjä. (Saranto & Sonninen 2007, 12.)

Esimerkiksi vuonna 2007 Terveystieteiden tutkimuskeskus ratkaisi yli 700 terveydenhuollon valvonta-asiaa. Suuressa osassa näitä tapauksia potilasasiakirjoissa oli puutteellisia merkintöjä. Joskus ne olivat niin vakavia, että tapausta ei kyetty selvittämään. Jos potilasasiakirjamerkinnot ovat epämääräiset, on mahdotonta arvioida onko potilas saanut hyvää hoitoa ja ovatko ammattihenkilöt menettelleet asianmukaisesti. Tilanne on Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan heikentynyt vuosien kuluessa. (Mäkinen 2008, 13.)

Todettuja puutteita kirjaamisessa ovat olleet mm. sairauden kulkua ja hoitoa koskevien merkintöjen epäselvyys, hoitoratkaisujen perusteiden puuttuminen, konsultointimerkintöjen puutteellisuus, saneluista tehtyjä merkintöjä ei ole tarkastettu, toisen potilaan tietoja on merkitty ilman, että ne olisivat hoidon

kannalta ratkaisevia, potilasasiakirjojen luovuttamisessa on tapahtunut virheitä ja omaisen ja potilaan informointi on ollut puutteellista. (Mäkinen 2008, 13.)

Leinon (2004) tutkimuksen mukaan hoitajat eivät arvosta kirjaamista. He kokevat tärkeämmäksi suullisen ja välittömän raportoinnin toiselle hoitajalle potilaan tilassa tapahtuneista muutoksista. Toisaalta hoitajat kuitenkin ymmärtävät nykyään työn luonteen muututtua entistä itsenäisemmäksi kirjaamisen merkityksen olevan hyvin suuri. Tästä tutkimuksesta käy ilmi myös se seikka, että kirjaamisen onnistuminen vaatii hoitajilta vankkaa osaamista tietotekniikasta sekä positiivista asennetta. Hoitotyön terminologia tulisi myös ymmärtää ja hallita ennen kuin kirjaamisen kehittyminen on mahdollista. (Leino 2004, 5-17.)

Virolainen (2006) on tutkimuksessaan todennut, että hoitajan iällä, koulutuksella, valmistumisvuodella ja työkokemuksella on merkitystä asennoitumisessa kirjaamista ja tietotekniikkaa kohtaan. Leino (2004) toteaa, että ammatilla ei ole merkitystä kirjaamiseen, koska suomalaisessa hoitokulttuurissa kirjaamista suorittavat kaikki ammattiryhmät, jotka hoitamiseen osallistuvat. (Leino 2004, 48-49 & Virolainen 2006, 80.)

Idvall ja Ehrenberg (2002) analysoivat Ruotsissa kivun hoitotyön kirjaamista akuuttiin postoperatiiviseen hoitoon liittyen. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kirjaamisen sisältöä ja hoitajien näkemyksiä kirjaamisesta. Tulokset osoittivat että arviointijakson (24 tuntia) aikana lääkehoito oli kirjattu 99 % potilasasiakirjoista. Maininta potilaan kipukokemuksesta ainakin kerran 93 % asiakirjoista. Tulokset osoittivat, että kirjaaminen oli yksipuolista, esimerkiksi kipu levossa ja liikkeessä oli eroteltu ainoastaan 13 % kirjauksista. Kirjausten mukaan noin 12 % potilaista sai informaatiota kivunhoidosta ennen operaatiota. Ainostaan 6 asiakirjassa oli maininta hoitajan yhteydenotosta lääkäriin tai

jostain ei lääkkeellisestä kivunlievitysmenetelmän käytöstä. Kirjauksista ei käynyt ilmi miten kivun hoitotyötä oli suunniteltu ja toteutuiko se suunnitelmien mukaan. Kirjauksista ei myöskään selvinnyt onnistuiko kivunhoito. (Idvall & Ehrenberg 2002, 734-742.)

Saari (1995) on tutkimuksessaan kuvannut sairaanhoitajien käsityksiä manuaalisesta ja sähköisestä hoitotyön kirjaamisesta. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokivat ajoittain huonoa omaatuntoa, koska joutuivat työskentelemään päätteellä kiireisessä työvuorossa. Suurin osa haastatelluista sairaanhoitajista toi esille, että he eivät mielellään käytä tietokonetta tulohaastattelussa, sillä sen pelätään haittaavan vuorovaikutusta potilaan kanssa. Lisäksi tutkimuksessa nousi vahvasti esiin, että tietokonetta ei ole totuttu käyttämään työvälineenä potilastyön ohessa. Esimerkiksi kukaan haastatelluista sairaanhoitajista ei ole käyttänyt kannettavaa tietokonetta hoitokierroilla. (Saari 1995.)

5.1.3 Sähköinen kirjaaminen

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttäjäkokemuksia on tutkittu runsaasti. Keskinen ja Ovaskainen (2008) ovat koonneet opinnäytetyöhönsä yhteenvedon sähköisen järjestelmän käyttäjien esiin tuomista kokemuksista käytännön hoitotyössä. Hoitotyön kirjaaminen on laadullisesti parantunut, tiedonkulku on nopeutunut ja helpottunut, kirjaaminen on muokkautunut asiakaslähtöisemmäksi ja kokonaisvaltaiseksi, itsestäänselvyyksien kirjaaminen on vähentynyt kuten myöskin päällekkäisyyksien kirjaaminen. Kirjaamismerkinnät ovat selkeitä ja kirjaamisen on koettu olevan myös persoonallisempaa. (Keskinen & Ovaskainen 2008, 16.)

Hoitajat ovat kokeneet myös tutkimustulosten mukaan työaikaa säästyvän, kun kirjataan sähköiseen järjestelmään. Toisaalta koneiden käyttö saattaa olla hidasta yhteyksistä riippuvista syistä. Tietosuojaa liittyvät asiat on myös koettu uhkatekijöiksi. Laitteita ei läheskään joka paikassa ole riittävästi ja ne ovat vanhoja eikä järjestelmien käyttöön ole saatu tarpeeksi perehdytystä. Hoitajat kokevat saavansa kirjata rauhassa, kun atk-laitteet on sijoitettu rauhalliseen ympäristöön. (Keskinen & Ovaskainen 2008, 16.)

Sähköinen kirjaaminen tarkoittaa potilastietojen kirjaamista tietokoneen avulla. Sähköisessä muodossa olevat asiakirjat sisältävät tietoa asiakkaan tai potilaan sairauksista ja niiden hoidosta. Sähköisessä järjestelmässä voidaan asiakkaan tiedot koota helposti tietokoneen näytölle siten, että eri tietoja voi lukea ja käsitellä yhtä aikaa. Sähköinen kirjaaminen helpottaa moniammatillista yhteistyötä ja hoidon jatkuvuutta, koska tiedot ovat ajantasaisesti kaikkien hoitoon osallistuvien saatavilla. (Ensio & Saranto 2004, 9-13.)

Sähköinen kirjaaminen tuo mukanaan monia etuja. Esimerkiksi hoitoprosessien hallinta ja kehittyminen edistyvät, tiedot ovat helpommin löydettävissä ja etukäteen käytettävissä, yhtenäisten käsitteiden selkiytyminen mahdollistuu ja hoidon laadun arviointi ja seuranta kehittyvät. Monissa työyksiköissä tietotekniikkaa saatetaan vieroksua ja se koetaan uhkana. Sähköinen kirjaamisen koetaan etäännyttävän varsinaisesta potilastyöstä. Kaikkia sähköisen järjestelmän mukanaan tuomia etuja ei ole osattu hyödyntää. (Wilskman, ym. 2007, 12-14.)

Sähköisessä kirjaamisessa hoitaja kokee joutuvansa entistä enemmän kiinnittämään huomiota kirjaamisensa sisältöön ja laatuun, koska sähköisen järjestelmän lukeminen on aktiivisempaa ja sitä voivat lukea useat eri potilaan

hoitoon osallistuvat tahot. Myös lääkärit lukevat tutkimuksen mukaan enemmän sähköistä potilaskertomusta kuin paperiversiota. (Leino 2004, 69-70.)

Hartikainen (2008) on tutkinut hoitajien kokemuksia sähköisen kirjaamisen käyttöönotosta. Tämän tutkimuksen tuloksissa näkyi, että toisaalta hoitajat kokevat sähköisen kirjaamisen hankalaksi ja toisaalta taas se helpottaa monia työtehtäviä. Hoitajat eivät halua kirjata potilaan läsnä ollessa tietoja koneelle monestakin syystä, mm. he kokevat siihen menevän liikaa aikaa ja toisaalta uskovat potilaan ajattelevan hoitajan keskittyvän vain koneeseen. Hyvänä seikkana sähköisessä kirjaamisessa tuli esille se, että käsialaongelmaa ei enää esiinny eikä tila ole esteenä kirjaamiselle. Tiedot löytyvät sähköisestä järjestelmästä helpommin ja niitä voi järjestellä eri otsikoiden alle. (Hartikainen 2008, 54-55.)

Myös Gregoryn, Millarin, Taskerin ja Tranterin (2008) tutkimuksessa hoitajien kirjaamisen kehittämisestä kävi ilmi samoja asioita. Kirjaamisen nähtiin olevan tärkeää päivittäisessä työssä, mutta hoitajien mukaan se ei saisi viedä päivästä liikaa aikaa eikä potilaalle saisi tulla sellainen olo, että hoitaja keskittyy koneeseen häntä enemmän. Myös sama ongelma korostui siitä, että koneiden tulisi olla nopeita ja niitä olisi oltava saatavilla tarpeeksi. (Gregory, Millar, Tasker & Tranter 2008, 5.)

USA:ssa on tehty tutkimus integroidun elektronisen hoitosuunnitelman vaikutuksesta hoitotyön kirjaamiseen ja potilastyytyväisyyteen. Tutkittavina olivat satunnaisesti valittujen vuodeosastojen (n=4) kirjaukset hoitosuunnitelmalomakkeisiin (n=288) potilasmäärän ollessa 108. Tuloksien mukaan hoitotyön dokumentoinnin laatu parani tilastollisesti merkittävästi elektronisen kirjaamistavan käyttöönoton jälkeen. Potilastyytyväisyyteen asialla ei ollut merkitystä. Potilasopetukseen liittyvät merkinnät lisääntyivät

sähköisessä järjestelmässä verrattuna paperiversioihin. (Nahm & Poston 2000, 220-229.)

Terveysthuollon ammattihenkilöiden asennoitumista tietotekniikan käyttöön työssään ovat tutkineet muun muassa Ahokas-Kukkonen & Pantsari (2000) ja Palomäki-Jägerroos (2000). Sähköisen potilaskertomuksen käyttöönoton onnistuneisuutta ja järjestelmän käytettävyyttä on taasen aikaisemmin tutkinut esimerkiksi Vellonen (2004). Ruuskanen (2007) on tutkinut sähköisen potilaskertomuksen mukanaan tuomia vaikutuksia kirjaamiseen. Tämä tutkimus on hyvin ajankohtainen ja tärkeä, sillä sähköinen potilaskertomusjärjestelmä on tullut yhä useamman terveydenhuollon ammattihenkilön päivittäiseksi työvälineeksi. (Ahokas-Kukkonen & Pantsari 2000; Palomäki-Jägerroos 2000; Vellonen 2004 & Ruuskanen 2007.)

Arvioinnin hoitotyön kirjaamisessa tulisi olla jatkuvaa, jotta yksilöllinen hoitotyö toteutuisi. Keskeinen päivittäinen arviointi kohdistuu auttamismenetelmien tuloksellisuuden arviointiin eli auttoiko auttaminen potilasta. (Hallila 2005a, 108-109.)

Hoitajille on jäänyt mieleen sanonta ”mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty”. Niinpä hoitotyön kirjaaminen usein on vielä hoitajan laatima luettelo suorittamistaan toimenpiteistä. Nämä eivät aina kuitenkaan välttämättä ole potilaan tarpeista nousevia oleellisia kirjattavia tietoja. Kirjaamisen laadun parantamiseksi päivittäisen kirjaamisen tulisi olla informatiivisempaa, selvempää ja parempaa. Potilaan saama ohjaus ja neuvonta eivät useinkaan näy kirjaamisissa. Kirjauksen kohteeksi tulisi saada yhä enemmän potilas ja hänen voinnissaan tapahtuneet muutokset. Hoitajilla on näytön paikka hoitotyön kirjaamisessa tulevan systemaattisten luokitusten käyttöönoton yhteydessä. (Mäkilä 2007, 38.)

5.1.4 Efficca-asiakastietojärjestelmä

Effica-tietojärjestelmä on TietoEnatorin yhteistyössä terveyskeskusten kanssa kehittämä perusterveydenhuollon ohjelmisto, joka sisältää sähköisen potilaskertomuksen. Effican kertomus-järjestelmällä käsitellään ja ylläpidetään asiakkaan hoitotietoja. Kertomustiedot esitellään käyttäjälle näyttöruudulla lomakemuodossa ja näkyviin tulee ainoastaan ne lomakkeet, joihin käyttäjällä on käyttöoikeus. Effica-kertomusjärjestelmässä hoitotyön jäsennys perustuu Roper, Logan & Tierneyn hoitotyön mallin mukaiseen luokitukseen. (Ekström 2006, 23.) Kun kaikki hoitoon osallistuvat saavat vaivattomasti tarvitsemansa tiedon myös toimintarajojen yli, voidaan asiakasta palvella yksilöllisesti ja tehokkaasti. Effican kotihoito-osio tukee tiimityöskentelyä tarjoten kotihoidon ja vanhustyön päivittäiseksi avuksi tehokkaat välineet. Effican kotihoito-osioista löytyy toiminnot asiakkaan palvelun suunnittelusta toteutuneen palvelun kirjaamiseen, laskutukseen ja tilastointiin. (TietoEnator 2008.)

Effica sisältää hoito- ja palvelusuunnitelman lisäksi asiakkaalle laadittavan viikko-ohjelman ja tarvittaessa esimerkiksi ateriatilauksen sekä asiakkaalle myönnettyt hoitotarvikkeet ja – välineet. Asiakkaan palvelujakson avulla voidaan hallinnoida myös keskeytyksiä ja laatia maksupäätös. Kukin terveys- tai sosiaalitoimen työntekijä näkee omien käyttöoikeuksiensa mukaiset tiedot. Effican kotihoito-osioista löytyy lomakkeena kotihoidon suunnitelma, johon voidaan kerätä elämisen toimintoja ja ongelmia, tavoitteita sekä keinoja. (TietoEnator 2008.)

5.2 Hoitotyön prosessi

Hoitajan ydinosuamiseen kuuluu hoitotyön prosessin hallinta niin potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa kuin arvioinnissa. Sähköiseen kirjaamiseen liittyy olennaisesti hoitotyön päätöksentekoprosessimalli. Hoidon kirjaaminen on pitkään perustunut ongelmanratkaisumalliin, joka korostaa hoitotyön päätöksenteon prosessinomaisuutta. Hoitotyön prosessin voidaan ajatella perustuvan lähtökohdiltaan erilaisten hoitotyön teorioiden mukaan esimerkiksi tarve-, vuorovaikutus-, järjestelmä- ja päätöksentekoteoriaan. Asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon oleellinen osa on kirjaaminen eri vaiheissa. Prosessimallin avulla voidaan jäsentää kirjaamista ja se voi toimia myös apuvälineenä yksilöllisen hoidon arvioinnille. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 6-9 & Ekström 2006, 15-16.)

Hoitotyön prosessiajattelu on kaiken hoitotyön ydin. Se on kaikkien hoitotoimien perusta ja sitä voidaan soveltaa missä tahansa ympäristössä ja teoreettisessa tai käsitteellisessä viitekehyksessä. Hoitotyön prosessi on joustava ja sovellettavissa moniin muuttuviin tekijöihin, mutta kuitenkin hyvin järjestäytyneenä, jotta siitä saadaan pohja eri hoitotoimille. Kaikilla hoitotyön prosessin vaiheilla on tarkat tunnusmerkit, vaikka ne voivatkin vaihdella mm. eri hoitajaryhmien välillä ja myös maantieteellisesti. (Yura & Walsh 1988, 17.)

Hoitotyön prosessin ymmärtäminen osana potilaan hoitoa on käytännön kokemuksen mukaan epäselvää. Potilaan tarpeiden tunnistaminen, tavoitteiden asettaminen ja toimintojen suunnittelu ei ole potilaan tarpeisiin perustuvaa. Varsinkin kirjaamisessa on tullut ilmi prosessin unohtaminen taustalta. Prosessiajattelu saattaa olla hoitajille kuitenkin selvillä, mutta päivittäisessä kirjaamisessa sen on koettu jäävän puutteelliseksi. Uusia haasteita sairaanhoitajille kirjaamisen osalta on asettanut sähköinen järjestelmä, johon

prosessin mukaan etenevä kirjaaminen on noussut tärkeään asemaan. (Mäkilä 2007, 35.)

Hyvän kirjaamisen toteutumisen edellytykset hoitotyön prosessissa Wilksmanin, Koivukosken, Knuutilan ja Isotalon (2007) mukaan ennen arvioivaa kirjaamista on potilaan, omaisten ja sairaanhoitajan välillä vallitseva hyvä luottamukseen perustuva yhteistyösuhde, jossa potilaan kokemus on etusijalla. Lisäksi moniammatillisen tiimin on toimittava potilaan parhaaksi ja mahdollinen omahoitaja koordinoi hoitoa. Henkilökunnan tiedot ja taidot on oltava ajan tasalla sekä hoitotyön prosessin merkitys on ymmärrettävä. Hoidon aikana muuttuviin tarpeisiin vastaava hoitotyön prosessi etenee ja kirjattu tieto on ajan tasaista, luottamus ja läsnäolo auttamissuhteessa toteutuu sekä yhdessä hyväksytyt sopimukset ohjaavat prosessia. Yhteistyön eri osapuolten välillä on oltava sujuvaa. Hoidon jälkeen potilaan hoidosta tehdään loppuarvio ja yhteenveto, sairaanhoitaja ja tiimi arvioivat omaa toimintaansa sekä selkiyttävät uusia haasteita. (Wilksman, Koivukoski, Knuutila & Isotalo 2007, 12-14.)

Hoitotyön prosessin on todettu olevan tuttuudestaan huolimatta kovin vähän käytetty apu käytännön hoitotyössä. Hoitotyön prosessin kouluttaminen nousee lähes tärkeimmäksi aiheeksi kirjaamisen kehittämisessä. Jos suunnitelma hoitotyön tarpeen määrittelyineen puuttuu, on vaikeaa tunnistaa potilaan voinnin kannalta oleellisia kirjattavia asioita. Monestakin työyhteisöstä saattaa puuttua ohjeistukset hoitosuunnitelmien sisällöstä ja kirjaamisen lainsäädännöstä ja sisällöstä. Osastoilla ja yksiköillä on runsaasti käytössä omia käytäntöjään em. asioiden toteuttamisesta. Hoitotyön prosessin hallinta, potilaan saaman ohjauksen ja neuvonnan kirjaaminen sekä hoitajan tekemän päätöksenteon esille tuominen ovat haasteita hoitotyössä. (Wilksman, ym. 2007, 12-14 & Mäkilä 2007, 38.)

5.3 Hoitosuunnitelma

Potilaalle laadittava hoitosuunnitelma on pakollinen ja lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista perustuva asiakirja. Hoitosuunnitelman laatiminen tulisi nähdä potilaan tai asiakkaan näkökulmasta eikä pelkästään tietojärjestelmän vaatimana toimintona. Sairaanhoitajilta saadun palautteen mukaan kuitenkin hoitosuunnitelma on nähty tärkeäksi ja se ohjaa hoitotyön kirjaamista oleellisten asioiden osalta. Hyvin laadittu suunnitelma helpottaa päivittäistä hoitotyön kirjaamista. (Mäkilä 2007, 35.)

Hoitotyön suunnitelma on asiakaskohtaisesti laadittu, yksilöllinen suunnitelma asiakkaan hoidon toteuttamiseksi ja kokonaiskuvaus asiakkaan hoitotyön saamasta palvelusta. Se perustuu asiakkaan tilan ja voinnin analysointiin ja hoidollisten ongelmien määrittelyyn hoidon alkuaikana. Suunnitelmasta käy yleensä ilmi asiakkaan esitiedot, tarpeet, ongelmat ja niiden priorisointi, voimavarat, tavoitteet, toiminnot ja hoitotyön keinot ongelmien ratkaisemiseksi sekä hoidon seuranta ja arviointi. Hoitotyön suunnitelmaan sisältyy myös hoitojakson loppuarviointi. Hoitosuunnitelma ohjaa hoitotyön toimintaa ja auttaa ennakoimaan, selittämään, hallitsemaan ja arvioimaan hoitotilanteiden kehittymistä, muuttumista ja uudelleen muotoutumista. (Ekström 2006, 11.)

Prosessin mukainen hoitotyön suunnitelma ei voi toteutua riittävän hyvin mikäli siihen ei ole työyhteisössä mahdollisuuksia. Työntekijällä on oltava mahdollisuus harjoitella, käyttää aikaa ja saada ohjausta suunnitelman laatimiseen. Potilas täytyy tuntea ennen suunnitelman laatimista ja yhteisössä pitää vallita kollegiaalisuus. Tietojärjestelmästä on löydettävä soveltuvat lomakkeet tai ohjelmasta pitää löytyä muu sopiva kohta suunnitelman laatimiselle. Tätä suunnitelmaa tulisi voida hyödyntää myös suullisen

raportoinnin yhteydessä ja suunnitelmaa tulisi päivittää ja arvioida säännöllisesti. (Hallila 2005b, 34-35.)

Myös Tuomisen (2007) tekemän tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelma koettiin tärkeäksi ja sen kehittämiseen haluttiin hoitajien keskuudessa panostaa. Hoitajat kokivat myös tässä kotisairaalassa tehdyssä tutkimuksessa, että hoitosuunnitelman laatiminen lisää ammatillista osaamista, selkiyttää hoitotyön prosessia ja parantaa kirjaamisen laatua. (Tuominen 2007, 31-32.) Laaksonen-Heikkilän ja Laurin (1997) tekemässä tutkimuksessa koskien kotihoidon hoitosuunnitelmia todettiin laadittujen hoitosuunnitelmien olevan vanhoja eikä niitä tarkisteta tarpeeksi usein. Tällöin suunnitelma ei vastaa tarkoitustaan eikä anna haluttua tietoa. Hoitajat kokivat, että ajanpuutteen vuoksi jatkuvaa arviointia ei pysty tekemään. (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997, 82-83.)

Myös hoidollisen päätöksenteon oppimisen apuvälineenä voidaan käyttää hoitosuunnitelman laatimista. Mitä-kysymykseen vastaaminen antaa vastauksen hoidollisen tilanteen sisältöön ja miten-kysymykseen vastaaminen ohjaa päättämään hoidollisten ongelmien ratkaisemiseksi tarvittavista toiminnoista ja menetelmistä. Miksi-kysymykset antavat perustelut tehdyille päätöksille ja ohjaavat tiedon arviointia. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 54.)

5.4 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä

5.4.1 Kansallinen hoitotyön kirjaamishanke

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietoja koskeva lainsäädäntö tuli voimaan vuonna 2007. Valtakunnallisesti keskitettyä arkistointipalvelua ja katseluyhteyttä tulee

ylläpitämään Kansaneläkelaitos (Kela). Potilaskertomustiedot tulevat olemaan potilaan suostumuksella julkisen sektorin kaikkien toimintayksiköiden sekä tarvittaessa myös yksityissektorin ja työterveyshuollon saatavilla siinä laajuudessa kuin potilaan hoito edellyttää. Kansallisen arkiston avulla voidaan palveluja toteuttaa joustavasti ja järkevästi kunta-, sairaanhoitopiiri-, maakunta- sekä seutukuntarajoista riippumatta. Tarkoituksena on, että viimeistään vuonna 2011 kaikki sähköinen kirjaaminen terveyden- ja sosiaalihuollossa tapahtuisi kansallisen rakenteisen mallin mukaan. (Tanttu 2007, 172-176 & Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23.)

Kansallisen terveystietojen tarkoituksena on kehittää yhtenäinen sähköinen potilaskertomus terveydenhuollon eri ammattiryhmille. Osana kansallista potilaskertomusta ovat hoitotyön ydintiedot, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön kirjaamista ohjaa prosessimalli, jonka vaiheita voidaan kuvata hoidon tarve- ja toimintoluokituksilla ja näitä voidaan täydentää vapaalla tekstillä. Ydintietojen tarkoituksena on muodostaa kuva henkilön terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. Termistölle määriteltujen koodien avulla tiedot tallentuvat sähköiseen tietokantaan. (Ahonen ym. 2007, 6-9 & Tanttu 2008, 16.)

Kirjaamisen sisältö alkaa potilaan hoidon tarpeesta ja etenee hoidon suunnittelun ja toteutuksen kautta arviointiin. Sähköinen hoitokertomus ohjaa hoitajaa kirjaamaan potilaan hoidon hoitoprosessin mukaisesti. Tämän prosessin mukainen kirjaaminen tukee potilasasiakirja-asetuksen mukaista kirjaamista. Terveydenhuollon ammattihenkilön on merkittävä potilasasiakirjoihin niiden käyttötarkoituksen kannalta oleelliset tiedot. (Ahonen ym. 2007, 6-9.)

Kansallinen systemaattinen hoitotietojen kirjaamishanke HoiDokin myötä uutta jokaisessa terveydenhuollon yksikössä käyttöön otettavaa systemaattisen kirjaamisen mallia on kokeiltu useissa eri työyksiköissä ympäri Suomea.

Pilotoinnissa vuosina 2005-2007 on ollut mukana 106 eri terveydenhuollon yksikköä Suomessa. Systemaattinen kirjaamismalli on pilotoinnin aikana näin integroitu kahdeksaan eri potilastietojärjestelmään. (Tanttu 2008, 16.)

Hankkeen päätavoitteena oli luoda kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaamisen malli. Hankkeen pilottiyksiköistä suurin osa oli Effica- järjestelmää käyttäviä organisaatioita. Testauksen tuloksena todettiin, että järjestelmässä on paljon virheitä, jotka tulee korjata ennen varsinaisten pilotointien aloittamista. Pilotointien edetessä Effica-Hoitokertomuksessa todettiin edelleen olevan paljon sen käytettävyyttä heikentäviä virheitä ja puutteita. Suurimmiksi puutteiksi osoittautuivat Hoitokertomuksen hitaus ja sekavuus. Sekä kirjaaminen että kirjatun tiedon katselu oli Hoitokertomuksessa kaikkien eri ammattiryhmien mielestä hidasta, epäloogista ja kömpelöä. Kirjattu tieto oli käyttäjien mukaan myös hyvin pirstaleista. Pirstaleisuus johtui sekä kirjaamisen mallista että järjestelmän rakenteesta. Hoitokertomuksessa oli runsaasti erilaisia hakutoimintoja. Näitä hakutoimintoja, jotka oleellisesti nopeuttivat ja helpottivat kirjatun tiedon katselua, eivät eri ammattiryhmät osanneet täydellisesti hyödyntää jokapäiväisessä työssään. Toisaalta hakutoiminnot eivät aina toimineet toivotulla tavalla. Suomalaisen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitukset avautuivat järjestelmässä hitaasti ja epätäydellisesti. Kirjatun tiedon korjaaminen oli joissakin näytöissä mahdotonta. Kehittämistyössä tullaan paneutumaan käyttäjiltä tulevien kehittämistoiveiden sekä kansallisesti määriteltujen vaatimusten toteuttamiseen sekä järjestelmässä todettujen virheiden korjaamiseen. (VSSH 2008a.)

Rakenteisen mallin myötä hoitotyön kirjaaminen muuttuu potilaslähtöisemmäksi, tavoitteellisemmaksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. Sekä prosessin että luokitusten käyttö yhtenäistävät hoitotyön kirjaamista ja vähentävät hoitajien välisiä yksilöllisiä eroja kirjaamisen laadussa. Rakenteen avulla kirjatusta tiedosta löytyy helpommin esimerkiksi potilaan hoidon tarpeeseen, hoidon

toteutukseen tai arviointiin liittyvää kirjausta kuin aiemmasta tekstistä. (VSSH 2008a.)

HoiDok-hankkeen tuloksena kehitettiin kansallisesti yhtenäinen rakenteistettu hoitotyön yhtenäinen kirjaamisen perusmalli, joka perustuu hoitotyön prosessin mukaisiin ydintietoihin (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto). Hankkeen tuloksena kansallinen luokituskokonaisuus Finnish Care Classification- eli FinCC-luokitus saatiin valmiiksi ja hoitotyön johtamisen perustiedosto on yhdessä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) kanssa määritelty. (VSSH 2008b.)

Hoitotyön yhteinen kirjaamismalli perustuu hoitotyön ydintietoihin ja FinCC-luokitukseen. FinCC on hoitotyön prosessiin perustuva luokituskokonaisuus, joka sisältää hoidon tarveluokituksen (SHTal 2.0), hoitotyön toimintoluokituksen (SHTol 2.0) ja hoidon tuloksen tilan luokituksen (SHTul 1.0). Hoidon tarpeen varmuusaste määritellään silloin, kun se on mahdollista. Luokitusten komponentit kuvaavat erilaisia hoidon osa-alueita. Komponentit jakaantuvat pää- ja alaluokkiin, jotka toimivat kyseessä olevan asian täsmentävänä otsikkona. (Tanttu 2008, 16.)

HoiDok-hankkeen rinnakkaishankkeena on käynnistynyt HoiData-hanke, jossa on mukana samat yksiköt kuin HoiDokissakin sekä lisäksi muutama uusikin yksikkö. HoiDatassa hyödynnetään edellisen hankkeen tuloksia ja arviointeja. HoiDatan tavoitteena on esittää Sosiaali- ja terveysministeriölle yhtenäinen kansallinen kirjaamismalli ja siinä käytettävät luokitukset. (VSSH 2008c.)

Systemaattisen kirjaamisen pilotointia Efficajärjestelmään toteutettiin Keski-Suomen ja Itä-Savon sairaanhoitopiireissä HoiDok- ja HoiData- hankkeiden myötä. Pilotoinnissa huomattiin, että rakenteen avulla kirjattu tieto löytyy helpommin kuin aiemmin. Henkilökunnalle on ollut haasteellista prosessin mukainen kirjaaminen. Tarpeita, tavoitteita ja keinoja kuvataan usein hoitajan toimintana ja arviointi on kuvattu osana toteutuneen hoidon kirjaamista. Hoitajat myös kokivat prosessin mukaisen kirjaamisen aikaa vievänä. Toisaalta esimiehet näkivät tämän kaltaisen kirjaamisen hoitajien ammatillista kasvua tukevana ja kehittäväenä. Hoitajat kokivat sopivan tarve/toimintoluokan etsimisen alkuvaiheessa työläänä ja hitaana, mutta kirjaaminen sujuu nopeammin ja helpommin. (Ala-Hiiro & Kettunen 2008, 47.)

Efficajärjestelmän joissakin näytöissä on koettu virheellisen kirjauksen korjaamisen olevan työlästä ja jopa mahdotonta. Siirtyminen rakenteisen kirjaamisen malliin on aiheuttanut näissä pilottiyksiköissä muutosvastarintaa, kuten uudistukset yleensäkin. Tällaisen muutosprosessin läpiviemiseen tarvitaan koko organisaation sitoutumista hallinnosta yksittäiseen hoitotyöntekijään asti. Yksiköihin tulisi nimetä koulutuksesta vastaavat henkilöt ja lisäksi muutokseen ja koulutukseen on varattava aikaa. Myös henkilöstön yleisiin atk-taitoihin olisi kiinnitettävä huomiota. (Ala-Hiiro & Kettunen 2008, 47.)

5.4.2 Hoitotyön tarve-, toiminto- ja tulosluokitukset FinCC:n mukaisesti

Hoidon tarpeiksi systemaattisen rakenteisen kirjaamismallin mukaisesti hoitotyöntekijä voi valita asiakkaan tarpeet 19 erilaisen valmiiksi määritellyn hoitotyön tarpeen perusteella. Näitä tarpeita ovat aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, terveyspalveluiden käyttö, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta, kanssakäyminen, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykinen tasapaino, aistitoiminta, kudoseheys, jatkohoito ja elämänkaari. Jokainen tarve käsittää

vielä alaluokkia, joilla tarpeen määrittelyä voidaan tarkentaa. Näitä tarpeita määritellään asiakkaan tai potilaan hoitosuunnitelmaan asiakkaasta riippuen tarvittava määrä ja niitä voidaan tarkentaa alaluokilla, joita löytyy jokaisen tarpeen alta useampia. Tarpeita ei ole kuitenkaan syytä määritellä kovin runsaasti, monet tämän luokituksen mukaiset yläluokat ovat laajoja käsitteitä. (VSSHP 2008a.)

Hoitotyön toimintoja, joilla potilaan tarpeisiin vastataan, on valittavissa myös 19 eri vaihtoehdon joukosta. Näiden luokkien otsikot ovat samat kuin tarveluokituksenkin ja potilaalle määritellään yksilöllisesti niin monta hoitotyön toimintoa kuin on tarpeen. (VSSHP 2008a.)

Tulosluokituksessa on kolme luokkaa, joista valitaan se, johon hoitotyön toiminnoilla on päästy. Valittavana on ”ennallaan”, joka tarkoittaa, että potilaan tila on ennallaan verrattuna tilanteeseen hoitoa aloitettaessa eli ei ole tapahtunut muutosta parempaan eikä huonompaan. ”Huonontunut” tarkoittaa, että potilaan tilassa on tapahtunut muutosta huonompaan suuntaan. Vaihtoehtona on myös ”parantunut”, jolloin potilaan tilassa on tapahtunut muutosta parempaan suuntaan. (VSSHP 2008a.)

5.4.3 Hoitotyön yhteenveto osana rakenteista kirjaamismallia

Hoitotyön yhteenveto potilaan saamasta hoidosta tallennetaan tulevaisuudessa kansalliseen arkistoon. Hoitotyön yhteenvetoa on myös testattu HoiDok-hankkeen myötä kahdessa eri sairaanhoitopiirissä. Ennen testausta sairaanhoitoyhteisöissä tutustuttiin mm. sosiaali- ja terveysministeriön oppaaseen siitä, mitä tällaisen yhteenvedon tulisi sisältää. Lisäksi tutustuttiin laajasti kirjallisuuskatsaukseen. Näiden tulosten pohjalta saatiin selville, että hoitotyön kattavassa yhteenvedossa tulisi näkyä 24 keskeistä tietoa liittyen potilaan

hoitoon. Nämä sisällöt liittyvät tulotilanteeseen, perustietoihin sekä jatkohoidon suunnitelmaan. (Hassinen & Tanttu 2008, 18-19.)

Hoitotyön yhteenvedon tai tiivistelmän laatiminen edellyttää hyvää päivittäistä kirjaamista. Periaatteessa voisi ajatella, että tiivistelmän pitäisi pystyä laatimaan muukin kuin potilaan tai asiakkaan ns. omahoitaja. Työyksiköstä riippuen yhteenvedoja hoitotyöstä voidaan tehdä hyvinkin tiheään tahtiin ja se esimerkiksi laaditaan aina tietyssä työvuorossa kerran viikossa. Tällöin on ensiarvoisen tärkeää, että viikon aikana tehdyt kirjaukset ovat riittävän laajoja ja kattavia. (Hallila 2005a, 109.)

Hoitotyön yhteenvedon tai tiivistelmään kootaan hoitajakson ajalta keskeisistä tapahtumista aloittaen potilaan tulotilanteesta. Seuraavana kuvataan hoitotyön tarpeenmäärittely ja mahdolliset diagnoosit sekä hoitotyön tavoitteet. Tiivistelmässä kuvataan myös käytetyt auttamiskeinot ja erityisesti niiden tuloksellisuus arvioivasti, sitten potilaan tilanne ja laaditut jatkohoitosuunnitelmat. Potilaan siirtämistä yksiköstä toiseen ei saisi tapahtua ilman hoitotyön yhteenvedon laatimista. Keskustelu esimerkiksi omaisten tai muiden yhteistyötahojen kanssa on helpompaa myös sellaiselle hoitajalle, joka ei tunne potilasta kovin hyvin, kun myös pitkäaikaissairaanhoidossa on laadittuna aika ajoin kattava yhteenvedo hoitajaksolta. (Hallila 2005a, 109-110.)

Testauksen perusteella hoitotyön hyvän yhteenvedon sisältö muodostuu hoitajan yksilöllisestä kirjoitustavasta riippuen koko hoitajakson ajalta ja mahtuu noin yhdelle A4-sivulle. Hoitotyön rakenteisen yhteenvedon voidaankin todeta olevan tiivistelmä potilaan hoitajaksolla saamasta hoidosta ja sen hetkisestä voinnista. Kattavassa yhteenvedossa näkyy hoitotyön ydintietojen lisäksi lääkehoidon ja jatkohoidon tiedot. Yhteenvedossa tulee näkyä myös jatkohoidon kannalta olennaiset tulotilanteeseen ja perustietoihin liittyvät tiedot. Hoitotyön arvioinnin on oltava arvioivaa ja kuvailevaa. (Hassinen & Tanttu 2008, 18-19.)

Testausten tulosten perusteella hoitotyön yhteenveto on sujuvoittanut jatkohoidon alkamista, koska potilaan tiedot olivat selkeämpiä ja kokonaisvaltaisempia. Kehitettävää löytyi tässäkin asiassa tietojärjestelmistä ja niiden toimivuudesta. Hoitajat toivoivat myös valmista pohjaa, joka sisältäisi kaikki olennaiset hoitotyön ydintietojen pää- ja alatasojen otsikot. Lääkehoidon kirjaamisten tarkkuuteen tulisi myös testaukseen osallistuneiden mielestä kiinnittää erityistä huomiota. (Hassinen & Tantt 2008, 18-19.)

6 Kehittämishankkeen menetelmälliset ratkaisut

Kehittämistyöllä tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on tutkimustulosten avulla luoda uusia ja parempia palveluja, tuotantovälineitä tai –menetelmiä. Synonyymina kehittämistyölle voidaankin pitää kehittämistoimintaa. Se tähtää uusien aineiden, tuotteiden, tuotantoprosessien tai järjestelmien luomiseen tai jo olemassa olevien parantamiseen. Kehittyminen ja kehitys ovat yksilöiden, asioiden, ilmiöiden ja toimintojen muutoksia. Kehittyminen on sekä prosessi että tulos ja yleensä se on muutosta parempaan. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21.)

Tämän hankkeen kehittämisosuudessa hankkeen toteuttaja koulutti työyhteisöä hoitotyön kirjaamiseen liittyvistä asioista ja tämän jälkeen työyhteisö yhdessä hankkeen toteuttajan kanssa pyrki käyttämään koulutuksessa saamaansa tietoa hyväkseen päämäärään eli kirjaamisen laadun paranemiseen pääsemiseksi. Työyhteisön noin 30:lla jäsenellä on jokaisella 7-9 omaa asiakasta, joille he hankkeen myötä laativat hoitosuunnitelmat. He kirjasivat asiakkaistaan hoitotyön yhteenvedet hankkeen aikana ja jatkossa noin puolen vuoden välein.

Projektin ympärille koottu projektiryhmä koostui tiimien vastaavista tai sairaanhoitajista. He veivät asiaa eteenpäin omiin tiimeihinsä ja ohjasivat sekä opastivat hoitajia tarvittaessa. Alku- ja loppumittauksia varten työyksikön kirjauksia tarkasteltiin toteutuneiden kirjausten perusteella. Hankkeen toteuttajalla oli myös aktiivinen rooli hankkeen onnistumiseksi käytännön tasolla.

Aineistoa analysoitiin sisällönanalyysiä soveltaen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jolla tarkoitetaan, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaukset kirjataan aineiston termein. Tämän pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään. Siinä etsitään pelkistettyjen ilmauksien erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samat ilmaukset yhdistetään ja sille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Näiden vaiheiden jälkeen aineistosta yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jotka muodostavat yläluokkia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21-29.)

Hankkeen tutkimusosuutta varten kerättiin aineistoa toteutuneista päivittäisistä kirjaamisista. Kartoituksia varten listattiin asiakkaat aakkosjärjestykseen jokaisessa tiimissä. Tämän jälkeen laskettiin joka viides asiakas ja tulostettiin tämän asiakkaan kohdalta halutun kuukauden ajalta kaikki hoitotyön kirjaukset. Kirjauksia luokiteltiin taulukkoon hoitotyön tarpeiden mukaisesti; kukin tarve ja siitä kirjatut toiminnot ja mahdollinen arviointi erikseen.

Tässä kirjaamista käsittelevässä kehittämishankkeessa otosten analysointia tehtiin luokittelemalla kirjauksista esiin nousseet hoitotyön prosessin osa-alueet omiin lokeroihinsa rakenteisten tarve- ja toimintoluokitusten mukaan. Tarve- ja toimintoluokkia on kumpaakin 19 kappaletta ja näiden alle koottiin kirjauksista ilmi tulleet useimmin käytössä olleet asiakkaiden tarpeet ja mitä toimintoja kunkin tarpeen alle oli kirjattu.

7 Kehittämishankkeen toteutus ja aikataulu

Kehittämishanke aloitettiin vuoden 2008 lopulla rajaamalla aihetta ja keskustelemalla työyhteisön kanssa tarpeista. Hankkeen aluksi koottiin työyhteisöstä projektiryhmä ja nimettiin hankkeen toteuttajalle mentori ohjaamaan hanketta työyhteisöstä käsin. Alkuvaiheessa suunniteltiin toteutustapoja ja –menetelmiä. Projektiryhmään kuuluivat hankkeen toteuttajan lisäksi mentori sekä Riihikosken tiimistä yksi hoitaja, Kyrön tiimistä kaksi hoitajaa sekä Yläneen tiimistä kaksi hoitajaa. Vuoden 2010 alussa mentori jäi eläkkeelle ja hänen tilallaan jatkoi uusi lähiesimies. Projektiryhmä kokoontui hankkeen aikana viisi kertaa ja tapaamisia mentorin kanssa oli näiden kokousten lisäksi neljä kertaa. Hankkeen aikana käytiin myös sähköposti- ja puhelinkeskusteluja mentorin kanssa. Katso taulukko 1 hankkeen eteneminen.

Tutkimuskysymyksinä tässä kehittämishankkeessa olivat:

- 1) Miten hoitotyön prosessi (tarpeet, tavoitteet, keinot, arviointi) toteutuu päivittäisessä hoitotyön kirjaamisessa Pöytyän kotihoidossa?
- 2) Millaista on päivittäisen hoitotyön kirjaamisen sisältö Pöytyän kotihoidossa?

Hankkeen toteuttaja tapasi koko kotihoidon henkilökunnan kehittämishankkeen aikana kaksi kertaa sekä lisäksi jokaisen tiimin erikseen kertaalleen. Työyhteisön tapaamiset sisälsivät koulutusinterventioita kirjaamisen lainsäädännöstä, hoitotyön prosessista sekä rakenteisen kirjaamismallin mukaisista hoitotyön luokituksista. Lisäksi asiakastapauksien muodossa käsiteltiin hoitosuunnitelman laatimista ja kirjaamista yleisesti. Myöskin ensimmäisestä aineiston alustavasta analysoinnista keskusteltiin ja käytiin läpi

niitä seikkoja, jotka eivät vastanneet mm. kirjaamisen lainsäädäntöä. Koulutusinterventiot kotihoidon henkilökunnalle pidettiin vuoden 2009 aikana sekä yhteisesti kaikille että jokaiselle tiimille erikseen. (Liite 1).

Ensimmäinen otos toteutuneista kirjauksista otettiin tammikuulta 2009. Otokseen valittiin jokaisesta tiimistä aakkosista joka viides asiakas. Mikäli tämä asiakas oli sairaalassa tai intervallihoidossa tammikuun aikana, valittiin seuraava ja tästä eteenpäin taas joka viides. Tulosteista poistettiin asiakkaan kaikki tunnistetiedot ja mahdolliset muilta kuukausilta tulostuneet kirjaukset. Otokseen tuli yhteensä 39:n asiakkaan kirjaukset; Riihikoskelta 15, Kyröstä 13 ja Yläneeltä 13 asiakasta. Näin olleen siis kaikista tiimeistä mukaan tuli suurin piirtein yhtä paljon asiakkaita.

Toinen otos otettiin tammikuulta 2010 samalla menetelmällä. Tähän otokseen mukaan tuli yhteensä 44 asiakkaan kirjaukset; Riihikoskelta 15, Kyröstä 15 ja Yläneeltä 14 asiakasta. Asiakkaat eivät välttämättä olleet samoja kuin ensimmäisessä otoksessa. Toiseen otokseen tulostettiin myös muutamia esimerkkejä asiakkaiden hoitosuunnitelmista ja kaikkien asiakkaiden kohdalta laaditut hoitotyön yhteenvedot.

Näistä toteutuneista kirjauksista etsittiin hoitotyön prosessin toteutumista luokittelemalla asiakkaiden tarpeita uuden rakenteisen kirjaamismallin mukaisiin luokkiin. Kirjauksista etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin miten hoitotyön prosessi toteutuu kirjauksissa ja millaista sisältö näissä kirjauksissa on. Tarpeiden luokittelun jälkeen kirjauksista tarkasteltiin mahdollisesti sieltä löytyneitä hoitotyön tavoitteita, suoritettuja toimintoja ja miten tätä prosessia oli kirjauksissa arvioitu.

Ajankohta	Vaihe	Tavoitteet	Keinot
Syyskuu 2008- Joulukuu 2008	Alustava vaihe	Aiheen valinta ja rajaaminen, kehittämishankkeen käytännön toteutuksen jäsentyminen	Keskustelu mentorin ja tutorin kanssa hankkeen sisällöstä ja toteutustavoista
Tammikuu 2009- Maaliskuu 2009	Hankkeen aloittaminen	Tiedottaminen henkilöstölle ja sitouttaminen hankkeeseen	Projektiryhmän kokoaminen, toimintatavoista sopiminen
Huhtikuu 2009	Alkukartoitusvaihe	Kirjaamisen nykytilanteen selvittäminen	Otos toteutuneista kirjauksista tammikuulta 2009
Toukokuu 2009- Elokuu 2009	Analysointivaihe	Kirjaamisen nykytilanteen selvittäminen	Aineiston analysointia
Elokuu 2009- Joulukuu 2009	Koulutusvaihe	Kirjaamisen teoreettisen perustan omaksuminen	Koko henkilökunnan koulutukset
Elokuu 2009- Helmikuu 2010	Toimintavaihe	Päivittäisen kirjaamisen laadun ja sisällön kehittyminen	Työntekijöiden ja projektiryhmän työskentelyä päivittäisen kirjaamisen laadun parantamiseksi käytännön tasolla
Maaliskuu 2010	Loppukartoitusvaihe	Kirjaamisen nykytilanteen selvittäminen	Otos toteutuneista kirjauksista tammikuulta 2010
Toukokuu 2010	Raportointivaihe	Tulosten julkistaminen	Henkilöstön informointi hankkeen tuloksista

Taulukko 1. Kehittämishankkeen aikataulu.

8 Kehittämishankkeen tulokset

8.1 Yleistä alku- ja loppukartoituksesta

Toteutuneista kirjauksista ei löytynyt sisällöllisesti merkittävää eroa alku- ja loppumittausten välillä. Hankkeen aikana työyhteisö siirtyi rakenteisen kirjaamismallin käyttöön, joten kirjaamiset olivat rakenteeltaan erilaiset aluksi ja lopuksi. Pituudeltaan kirjaukset olivat samanlaisia molemmissa aineistoissa. Vapaasti aineistoa tarkastellessa ei suurta eroa esiintynyt eri ammattiryhmien tekemien kirjausten välillä. Myöskin kolmen eri tiimin kirjaukset olivat sisällöltään samanlaisia.

8.2 Tarpeiden määrittely ja tavoitteiden asettelu kirjauksissa

Alkukartoituksessa kirjaukset olivat melko niukkoja tai niitä ei oltu tehty lainkaan. Näin ollen kokonaiskäsitys asiakkaiden tarpeiden määrittelystä oli mahdotonta. Eniten kirjauksia löytyi lääkehoidon tarpeen alta, mutta kirjaus toteutui lähinnä hoitajan toimintona ”lääkkeet jaettu dosettiin”. Alkuun asiakkailla ei ollut hoitosuunnitelmia, joista tarpeet olisi helposti voinut tarkistaa.

Hoitajien aluksi antama käsitys siitä, että pelkän asiakastietojärjestelmään tehdyn kirjauksen perusteella ei saa kokonaiskuvaa asiakkaan voinnista piti paikkaansa. Varsinkin tuntemattoman lukijan oli täysin mahdoton tietää mm. mikä on asiakkaan toimintakyky, miten hän liikkuu tai sairastaako hän esimerkiksi muistisairautta.

Kirjaamisen sisällöstä ei edelleenkään loppukartoituksessa selvinnyt kokonaiskuvaa asiakkaiden tarpeista, mutta tulostuneet hoitotyön yhteenvedot olivat oiva apu tarpeiden löytymisessä. Lähes kaikki yhteenvedot olivat erittäin hyvin laadittuja ja sieltä pystyi helposti poimimaan asiakkaalle määritellyt tarpeet. Yhteenvetoja ja hoitosuunnitelmia oli laadittuna kahta lukuun ottamatta kaikille niille asiakkaille, joiden kirjaukset tulostuivat loppukartoitusaineistoon.

Sekä alku- että loppukartoituksessa tavoitteiden asettelu varsinaisissa kirjauksissa jää lukijan vastuulle. Toisaalta loppukartoitusaineistossa oli luettavissa myöskin hoitosuunnitelmia, joihin on määritelty asiakkaan koko hoitotyön prosessi kotihoidon näkökulmasta. Tarkoituksena onkin, että vieras työntekijä voi lukemalla hoitosuunnitelman selvittää hoitotyön tarpeet, tavoitteet ja keinot ja tätä tarkoitusta hoitosuunnitelma palvelee erittäin hyvin.

8.3 Toimintojen määrittely kirjauksissa

Hoitotyön toimintoja oli erittäin helppo löytää kirjauksista, sillä suurin osa olikin lähinnä hoitajan kerrontaa omasta työstään. Tähän asiaan ei tullut muutosta alku- ja loppukartoitusten välillä. Helpointa kirjaamisessa onkin juuri toimenpiteiden luetteleminen ja kaikki hoitajat ovat oppineet, että kaikki pitää olla kirjattuna, jotta voi todistaa tehneensä tietyt asiat.

Sisällöllisesti kirjauksissa ei tapahtunut juuri muutosta, mutta rakenteisen kirjaamismallin käyttöönotto selkiytti kirjauksia ja ”pakotti” hoitajia valitsemaan oikean otsikon ja kirjaamaan siihen otsikkoon liittyvää asiaa myös asiakkaan kannalta.

Eniten toimintoja oli lueteltu lääkehoidon ("lääkkeet jaettu"), kudoseheyden ("haava hoidettu") ja verenkierron ("verenpaine mitattu") alta. Yksittäisiä toimintoja löytyi mm. terveystalouden käytön alta ("verikokeet otettu") sekä aineenvaihdunnan alta ("insuliini pistetty", "verensokeri mitattu").

8.4 Hoitotyön prosessin arviointi kirjauksissa

Asiakkaiden vointia, tilan muutoksia ja toimintakykyä sekä erilaisten suoritettujen toimintojen vaikutuksia oli arvioitu melko vähän. Lääkehoidon tarpeen alta löytyi kirjauksia aloitetuista lääkkeistä ja mm. kipulääkkeiden käytöstä. Sekä alku- että loppuaineistosta ei ollut löydettävissä mm. kivunhoidon arviointia.

Parhaiten arvioitu tarve oli kudoseheys. Haavan paranemista tai pahenemista oli seurattu hyvin kuvaamalla mm. haavan kokoa, eritystä ja hajua. Myös kudoseheydestä oli kuvattu selkeästi hoitajan suorittamia toimintoja. Seuraavaksi eniten arviointia löytyi psyykkisen tasapainon alta, jossa oli useinkin hyvin kattavasti kuvattuna asiakkaan psyykkisen tilanteen muutoksia.

Hoitajan päätöksenteko ja sen esiin tuominen on myöskin yksi osa hoitotyön prosessia. Esimerkiksi haavan kohdalla huomattessaan sen pahentuneen hoitaja tekee päätöksen siitä mitä aikoo asialle tehdä. Tämän tuominen esiin kirjauksissa olisi myös tärkeää ja kirjaamalla omasta päätöksestään hoitaja voi varmistaa oman oikeusturvansa. Päätöksenteon kirjaaminen erilaisissa tilanteissa opettaa hoitajalle paljon myös ammatillisesti ja saa hoitajan pohtimaan omaa toimintaansa kriittisemmin. Joskus päätös voi olla vain "seurataan tilannetta", mutta sen esiin tuominen kirjauksessa on tärkeää seuraavalle työntekijälle.

Katso eri tarpeiden ja toimintojen arviointia taulukko 2, jossa on taulukoituna kansallisen hoitotyön luokituksen mukaan asiakkaiden kirjauksista löytyneet tarveluokitukset ja kustakin tarpeesta kirjatut toiminnot. Lisäksi tarpeen kohdalla on merkittynä miten ko. tarpeen kohdalla tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuutta on arvioitu. Mikäli sarake on tyhjä, kyseiseen kohtaan ei ole kirjattu lainkaan.

TARVE	TOIMINTO	ARVIOINTI
LÄÄKEHOITO	Lääkkeet jaettu dosettiin Lääkkeet annettu Lääkkeet viety Lääke jätetty tauolle Injektio pistetty	
KUDOSEHEYS	Haava hoidettu	Haavan erityis lisääntynyt / vähentynyt Haava parantunut / pahentunut
ERITTÄMINEN	Virtsapussi vaihdettu Katetri vaihdettu	Cystofix toimii Katetri toimii Virtsa kirkasta
VERENKIERTO	Verenpaine mitattu	
AINEENVAIHDUNTA	Verensokeri mitattu Insuliini pistetty	Ei pysty enää itsenäisesti huolehtimaan insuliinin pistosta
NESTETASAPAINO	Comprillan-siteet kierretty	
AISTITOIMINNOT	Kipulaastari vaihdettu	
PSYKKINEN TASAPAINO	Tukikeskustelu käyty	Psyykkisen tilanteen tarkka seuranta
RAVITSEMUS		Ruokahalu lisääntynyt

Taulukko 2. Hoitotyön prosessin toteutuminen kirjauksissa.

8.5 Kirjaamisen sisältö päivittäisessä kirjaamisessa

Kirjaamisen sisältö ei kaikilta osin vastannut sille asetettuja määräyksiä alkukartoituksessa. Mm. injektion pistäminen oli todettu vain, että ”vitamiini-injektio pistetty”, vaikka näistä tulisi olla aina pistopaikat ja -tavat kirjattuna. Kirjauksissa käytettiin sekä alku- että loppukartoituksessa jonkin verran puhekieltä, mikä tietenkään ei sinänsä huononna kirjaamisen sisältöä, mutta ei myös toisaalta vastaa laatukriteereitäkään.

Kaikenkaikkiaan päivittäiset kirjaukset olivat niukkoja. Ongelmana Effican kotihoito-osion kirjaamisessa on se, että esimerkiksi lääkärin tekstit ovat eri paikassa kuin hoitajan. Myöskään vuodeosastolla tehtyjä merkintöjä ei näe samasta paikasta kuin kotihoidon työntekijöiden. Hyvänä asiana hoitajat kirjassivat lääkärin antamat määräykset myöskin kotihoidon lehdelle, joten yhdestä paikasta löytyy kaikki oleellinen tieto myös lääkärin kanssa keskustelluista asioista.

Hoitajat mielellään kirjaavat samoilla vanhoilla tutuilla lauseilla kuin jo vuosia on tehty. Eri hoitajien eri asiakkaiden teksteihin tekemissä merkinnöissä toistuu samat sanat ja virkkeet hyvin usein. Joskus tietenkin on tarpeellistakin kirjata niin, että kaikki työyhteisön jäsenet varmasti tietävät mistä on kysymys, mutta asiakkaan yksilöllisyys ei välttämättä tule tällaisessa kirjauksessa kovin hyvin ilmi.

Tämän kehittämishankkeen tulokset ovat samansuuntaisia muiden jo aiemmin tässä raportissa esitettyjen kirjaamista käsittelevien tutkimustulosten kanssa. Kirjaamisessa yleisesti ongelmana näyttää olevan hoitotyön vaikuttavuuden arviointi. Hoitajat osaavat kirjata suoritettuja toimintoja erittäin hyvin, mutta

asiakasnäkökulma usein unohtuu tai sitä ei osata ottaa esille. Hoitajat käyttävät mielellään vanhoja hyviksi havaittuja menetelmiä myös kirjaamisessa. Muutoksia ei toisaalta ole odotettavissakaan kovin nopealla aikataululla, vaan näinkin suuren ja keskeisen seikan kuin hoitotyön kirjaamisen kehittäminen on vuosien työn tulos.

8.6 Yhteenveto tuloksista

Henkilöstölle suunnatut koulutusinterventioihin valitut aiheet olivat kirjaamisen kannalta keskeisiä. Kirjaamista säätelevät lait ja asetukset ovat kaiken kirjaamisen taustalla ja perustana. Hoitosuunnitelmat tulee olla jo lainkin puitteissa tehtynä kaikille hoitoa saaville asiakkaille ja potilaille ja myös niiden olemassaolon on todettu parantavan kirjaamisen laatua hoitotyön prosessin mukaan.

Ylivoimaisesti yleisin kirjattu lause oli molemmissa aineistoissa ”lääkkeet jaettu viikoksi” eli kyseessä on hoitotyön toiminnon kirjaus. Tästä voi päätellä asiakkaalla olevan lääkehoidon tarve ja mahdollisesti tavoitteena lääkehoidon toteutuminen oikein. Muutenkin kirjatut lauseet toistuivat melko usein kirjauksesta toiseen. Nämä ovat tietenkin kuvaavia lauseita ja sanontoja juuri kotihoidon käytännössä ja turvallisia käytössä. Persoonallisuus saisi tulla kuitenkin myös kirjaamisessa enemmän esille, tietenkin muistaen tekstin asiallisuus.

Erittäin hyvä pohja kirjaamisen jatkuvalla kehitymiselle on siinä, että kaikki työntekijät suorittavat jo nyt päivittäin kirjaamista. Kaikki ovat näin ollen koulutuksesta ja työkokemuksesta riippumatta samalla viivalla ja kaikilla on mahdollisuus kehittää omaa kirjaamistaan samaan suuntaan.

Rakenteisen mallin käyttöönotto hankkeen aikana oli yksi merkittävä tulos, vaikkei sitä varsinaisesti asetettukaan tämän kehittämishankkeen tavoitteeksi. Tavoitteena ollut tarve- ja toimintoluokituksiin tutustuminen ja niiden käyttö hoitosuunnitelmissa saavutettiin hyvin, sillä asiakkaille oli laadittuna juuri näillä kriteereillä tehdyt hoitosuunnitelmat.

Rakenteisen mallin käyttöönotto kirjauksissa toisaalta tuki myös muiden tavoitteiden saavuttamista eli hoitotyön prosessimukaista kirjaamista ja sisällön kehittämistä. Myös suunnitelmien aktiivinen laadinta kertoo siitä, että hoitajien asenne kirjaamista kohtaan ja motivoituminen kirjaamisen kehittämiseen parani hankkeen aikana.

9 Kehittämishankkeen arviointia ja pohdinta

Jo pelkkä kehittämishankkeen aloittaminen saa aikaan kirjaamiseen liittyviä muutoksia. Jokainen kiinnittää huomaamattaankin enemmän huomiota tekemiinsä päivittäisiin merkintöihin ja myös toisten tekemiin kirjaamisiin. Tämä on pelkästään hyvä asia, koska juuri se kehittää jatkossakin kirjaamisen sisältöä työyhteisössä.

Kotihoidossa kuukauden ajanjakso on lyhyt aika, joten kirjaamisotteiden olisi pitänyt olla pidemmältä aikaväliltä. Pitkäaikaisesti hoidettavien asiakkaiden tilanteessa ei välttämättä kuukauden aikana tapahdu oleellisia muutoksia. Lisäksi kotihoidossa tapahtuu paljon edelleenkin ns. viestivihkojen välityksellä tapahtuvaa raportointia, joka joskus saattaa jättää asiakastietojärjestelmään

kirjattuja asioita vähemmälle. Hoitajilla on käytössä työtiloissaan ruutuvihko, johon jätetään viestit mm. iltavuoron ja viikonlopun jälkeen toisille tiedoksi.

Hankkeen toteuttaja ei itse työskentele kohdeorganisaatiossa, joten ei ole ollut mahdollista pitää asiaa keskusteluissa säännöllisesti työyhteisössä. Työyhteisön esimiehen vaihtuminen kesken hankkeen myös vaikutti luonnollisesti hankkeen etenemiseen. Uusien työntekijöiden tulo työyhteisöön aloittaa heidän kohdallaan kehittämishankkeen aina uudelleen ja uudelleen alusta. Näin ollen kehittämisen ja siitä puhumisen tulee olla jatkuvaa.

Projektiryhmän jäsenten aktiivisuus oli vaihtelevaa. Aktiivisimmat saivat oman tiiminsä innostumaan asiasta ja yhteisesti sovitut asiat vietyä eteenpäin sovitussa aikataulussa. Toisissa tiimeissä taas edettiin asioiden kanssa hitaammin. Myös projektiryhmän jäsenten aikaisempi oma kokemus hoitotyön kirjaamisesta oli vaihteleva; joku oli kirjannut vuosikausia erilaisissa toimintaympäristöissä kun toinen vasta aloitti kirjaamista. Näin ollen tiimeihin asti ei tietenkään välittynyt tasapuolista tietotaitoa.

Kirjaamisen kehittämisen takaamiseksi jatkossakin on tehtävä paljon työtä. Yleensäkin kehittämishankkeissa pyritään pysyviin tuloksiin ja kestäviin vaikutuksiin eivätkä syntyneet vaikutukset saa jäädä ulkoisesta tuesta riippuvaisiksi. Hankkeen eri osien tuleekin olla tasapainossa toistensa suhteen; suunnitellun toiminnan tulee olla järkevässä suhteessa mahdollisuuksiin ja tavoitteiden suhteessa panoksiin. Tärkeää on tarkastella hankkeen jälkeisen ajan ylläpitokustannuksia ja resurssitarvetta sekä niiden suhdetta hankkeen jälkeiseen toteuttamismahdollisuuksiin. (Silfverberg 2007, 7-8.)

Kaiken kaikkiaan kehittämishankkeen läpiviemisessä onnistuttiin hyvin. Haluttuihin lopputuloksiin olisi vielä paremmin päästy, jos hankkeeseen panostamiseen olisi ollut molemminpuolisesti riittävästi aikaa. Kehittäminen saattoi työyhteisössä unohtua aina silloin, kun siitä ei yhteisesti puhuttu. Koulutustilanteisiin ei päässyt paikalle kaikkia työyhteisön jäseniä, mikä myöskin saattoi olla esteenä riittäväälle asioiden sisäistämiseksi. Projektiryhmän kokoontumisiin ei osallistunut myöskään läheskään kaikki. Tällaisessa tilanteessa sovittujen asioiden välittyminen poissaolevan henkilön tiimille estyi. Kokouksista laadittiin muistio kaikille jaettavaksi, mutta luettuna teksti ei vaikuta samalla tavalla kuin kuultuna.

10 Jatkokehittämisehdotukset ja tulosten hyödyntäminen

Jatkokehittämisehdotuksena on laatia Pöytyän kunnan kotihoitoon kirjalliset minimivaatimukset hoitotyön kirjaamiselle. Ohjeissa tulee olla mainittuna mitä kirjataan, kenelle asiakkaille kirjataan ja miten usein kirjataan. Nämä ohjeet työyhteisön tulee itse laatia ja hyväksyttävä sitten ylemmällä taholla. Tällöin ohjeistuksesta tulee käytännönläheistä ja työntekijät sitoutuvat ja motivoituvat aiheeseen parhaiten. Kirjallisissa ohjeissa tulee olla myös lyhyet ohjeet kirjaamisen tekniseen suorittamiseen.

Hoitosuunnitelmien laatimisesta ja rakenteisen kirjaamistavan luokituksista on tehtävä myös kirjallinen selkeä ohjeistus, jonka jokainen työntekijä ymmärtää samalla tavalla. Hoitosuunnitelmien päivittäminen on omahoitajien vastuulla ja tätä työtä tulee pitää tärkeänä, jotta suunnitelmista saataisiin vastaava hyöty.

Jokaisessa tiimissä on hyvä olla nimettynä kirjaamisvastaava, joka yhdessä lähiesimiehen kanssa pitää kirjaamisasioita yllä aktiivisesti ja säännöllisesti. Kirjaamista tulee käsitellä tiimien ns. tiimipalavereissa esimerkiksi kerran kuukaudessa jonkin tapausesimerkin avulla. Lisäksi eteen tulleita ongelmakohtia on syytä ottaa esille myöskin koko henkilöstön kuukausittaisissa palavereissa.

Rakenteisen kirjaamistavan juurruttaminen käytäntöön on tulevaisuuden haaste, sillä tämä kirjaamiskäytäntö tulee olla käytössä kaikkialla jo vuonna 2011. Asiakkaiden ja omaisten tietoisuuden lisääntyminen ja tietoteknisten mahdollisuuksien kasvaminen asettavat haasteen myös kirjaamisen sisällölliselle kehitymiselle ja kirjaamista ohjaavien lakien toteutumiselle.

Yhteistyötä eri tahojen kanssa tulee tulevaisuudessa entisestään kehittää ja kirjaaminen on olennainen osa turvallista tiedonsiirtoa paikasta toiseen sekä tae hoidon jatkuvuudelle. Näin ollen siihen tulee panostaa eikä siinä saa olla puutteita. Vieraankin työntekijän on saatava sähköisen kertomuksen perusteella tarvittavat tiedot asiakkaan tilanteesta. Työntekijän tullessa vapaalta sähköisen kertomuksen tulee olla ensisijainen kanava, josta hän löytää asiakkaiden tilassa tapahtuneet muutokset ja tiedon, jota hän tarvitsee kotikäynnille lähtiessään. Mikäli entisiä ruutuvihkoja käytetään, tulee tavalla tai toisella varmistaa, että niihin kirjattu tieto on siirretty myös sähköiseen muotoon.

Hankkeen tuloksia tullaan hyödyntämään varmasti työyhteisössä tulevaisuudessa. Kirjaamisen kehittämisessä on nyt päästy alkuun ja selvitetty kokonaiskuvaa kirjaamisen nykytilasta. Sen pohjalta on hyvä lähteä kehittämään kirjaamisen sisältöä entisestään jatkossa.

Yleisesti ottaen kirjaamisen haasteeksi tulee jatkossa nousemaan eri hoitoyksiköiden välinen tiedonsiirto. Keskussairaaloilla ja terveyskeskuksilla on hyvinkin usein eri potilastietojärjestelmät, joista ei suoraan voi nähdä toisen yksikön merkintöjä. Turvallisen hoidon takeena on ehdottomasti kehittää sellainen tietojärjestelmä, josta voi helposti löytää asiakkaista ja potilaista tarvittavat tiedot, kuten esimerkiksi lääkityksen, riippumatta siitä missä henkilö on ollut hoidettavana.

Myös tietosuoja-asiat tulevat kansallisen arkiston myötä entistä tärkeämmiksi ja niiden valvonta tulee olla asianmukaista. Hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä on erittäin runsaasti maassamme, joten väärinkäytöksiltä tuskin voidaan välttyä ja tähän tuleekin varautua mahdollisimman hyvin.

Tämä kehittämishanke tuotti odotettua tulosta yhteistyötahoilta eli vanhainkodilta ja terveyskeskuksesta. Siellä hoitohenkilökunta oli huomannut muutoksia asiakkaiden kirjauksissa ja löytänyt laaditut hoitosuunnitelmat, joita voitiin hyödyntää myös eri hoitopaikoissa asiakkaiden parhaaksi.

LÄHTEET

- Ahokas-Kukkonen I. & Pantsari J. 2000. Tietotekniikan alueellinen verkostoituminen – henkilöstön asennoituminen terveydenhuollon tietoteknologiaan Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella. Pro Gradu –tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Ahonen O., Ikonen H. & Koivukoski S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoitaja 10/2007, 6-9.
- Ala-Hiiri T. & Kettunen P. 2008. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen pilotointi Efficaan. Sairaanhoitaja 9/2008, 47.
- Arkistolaki 831/1994.
- Ekström A. 2006. Sähköinen kirjaaminen tuli taloon – kirjaamisen kehittäminen Kukonkallion vanhainkodissa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 43. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Ensio A. 1999. Potilaan hoitotyön ongelmat ja diagnoosi. Teoksessa Hallila L. (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Ensio A. & Saranto K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto.
- Gregory L., Millar R., Tasker N. & Tranter S. 2008. Nurse led initiative to improve assessment and documentation. Australian Nursing Journal 3/2008, 5.
- Hallila L. 2005a. Potilaiden opettaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallila L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hallila L. 2005b. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hallila L. & Graeffe R. 2005. Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hartikainen T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro Gradu – tutkielma. Kuopio: Kuopion Yliopisto.
- Hassinen T. & Tantu K. 2008. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. Sairaanhoitaja 3/3008, 18-19.
- Heikkilä A., Jokinen P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen – Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Henkilötietolaki 523/1999.
- Idvall E. & Ehrenberg A. 2002. A Nursing documentation of postoperative pain managemet. Journal of clinical Nursing 11/2002, 734-742.
- Keskinen E. & Ovaskainen A. 2008. Hoitotyön kirjaamisen laatuksiteerit Keljon vanhainkodin osastolle A2. Opinnäytetyö. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.
- Laaksonen-Heikkilä R. & Lauri S. 1997. Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:18 / 1997. Turku: Turun Yliopisto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Lauri S., Eriksson E. & Hupli M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY.

Leino K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro Gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Mäkilä M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia H. & Koponen L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto.

Mäkinen T. 2008. Kirjaukset kuntoon. Tehy-lehti 8/2008, 13.

Nahm R. & Poston I. 2000. Measurement of the Effects of an integrated, Point-of-care Computer system on Quality of Nursing Documentation and Patient Satisfaction. *Computers in Nursing* 18(5), 220-229.

Palomäki-Jägerroos T. 2000. Äitiyshuollon työntekijöiden kokemuksia Kotineuvola-verkkopalvelusta sen käyttöönottoaiheessa. Pro Gradu – tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Projektiryhmän palaveri 16.2.2009. Kokousmuistio. Pöytyän kotihoito.

Pöytyän kunta 2009a. Viitattu 28.3.2009. Saatavissa www.poytya.fi > pöytyän kunta > talous ja tilastot > Talousarvio 2009 ja taloussuunnitelma 2009-2011.

Pöytyän kunta 2009b. Viitattu 4.1.2009. Saatavissa www.poytya.fi > pöytyän kunta.

Pöytyän kunta 2010a. Talousarvio 2010 ja taloussuunnitelma 2010-2012. Viitattu 8.5.2010. Saatavissa: http://www.loimaanseutu.fi/_FileRoot/627598.pdf

Pöytyän kunta 2010b. Hyvinvointipoliittinen ohjelma. Viitattu 8.5.2010. Saatavissa: http://www.loimaanseutu.fi/_FileRoot/629209.doc

Ruuskanen S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen – kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytäntöjen muutoksesta. Pro Gradu – tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Saari S. 1995. Kynällä vai koneella – Sairaanhoidajien käsityksiä manuaalisesta ja tietokoneavusteisesta hoitotyön kirjaamisesta. Pro Gradu – tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Saranto K., Eriksson E., Kärkkäinen H. & Rouvala C. 2003. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä tietoteknisestä osaamisestaan. *Tutkiva hoitotyö* 1(3), 4-10.

Saranto K., & Sonninen A. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tantt K. & Sonninen A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Silfverberg P. 2007. Ideasta projektiksi – projektinvetäjän käsikirja. Helsinki: Konsulttitoimisto Planpoint Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Työryhmämuistioita 2003:38.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 289/2009.

Tanttu K. 2007. Potilas- ja asiakastietojen alueellinen ja kansallinen käyttö. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Tanttu K. 2008. Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli. Sairaanhoidaja 6-7/2008, 16.

Tanttu K. & Ora-Hyytiäinen E. 2008. Systemaattinen kirjaamismalli haltuun. Sairaanhoidaja 11/2008, 23.

TietoEnator 2008. Saumatonta kotihoidon tiimityötä. Viitattu 28.12.2008. Saatavissa www.tieto.fi/binary.asp?GUID=F0D21BDD-E3ED-470B-B5DD-494A4D93F448&field=Document-

Tuominen T. 2007. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen Malmin kotisairaалassa. Opinnäytetyö. Helsinki: Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu.

Vellonen T. 2004. Sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto ja käytettävyys erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Pro Gradu – tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Virolainen M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Pro Gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

VSSHP 2008a. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.2005-31.5.2008 (HoiDok-hanke). Viitattu 31.1.2009. Saatavissa www.vsshp.fi/fi/4519

VSSHP 2008b. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Viitattu 31.1.2009. Saatavissa www.vsshp.fi/fi > projektit > hoitotyön hanke > hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto

VSSHP 2008c. HoiData-tiedote 4.2.2008. Viitattu 2.2.2009. Saatavissa www.vsshp.fi/fi > projektit > hoitotyön hanke > HoiData-tiedote

Wilkman K., Koivukoski S., Knuutila M. & Isotalo T. 2007. Sähköinen kirjaaminen tulee – Mikä muuttuu hoitotyössä? Sairaanhoidaja 6-7/2007, 12-14.

Yura H. & Walsh M. 1988. Hoitotyön kehittäminen. Suom. Toivanen K. Helsinki: WSOY.

LIITE 1 KIRJAAMISEN TEOREETTISEN KOULUTUKSEN SISÄLTÖ

1. Koko kotihoidon henkilökunnan tapaaminen 25.3.2009
 - Hankkeen yleinen esittely
 - Taustaa hankkeelle (kansallinen kirjaamishanke, lait ja asetukset)
 - Jatkotoimenpiteistä sopiminen ja alustava selvittely (hoitosuunnitelmat, yhteenvedot)
 - Projektiryhmän esittely, tehtävät

2. Koko kotihoidon henkilökunnan tapaaminen 31.8.2009
 - Kirjaamisen taustalla olevat lait ja asetukset
 - Hoitotyön prosessi ja sen toteutuminen kirjaamisessa
 - Hoitosuunnitelma asiakkaan hoidon ja kirjaamisen pohjalla
 - Hyvän kirjaamisen kriteerit
 - Jatkotyöskentelystä sopiminen (hoitosuunnitelmat, yhteenvedot)
 - Kansallisen systemaattisen kirjaamismallin mukaiset luokitukset
 - Alkukartoitusaineiston alustava analysointi

3. Tiimien tapaamiset: 16.11.2009 Kyrön tiimi, 2.12.2009 Riihikosken tiimi ja 9.12.2009 Yläneen tiimi
 - Oman tiimin kirjaamisen tilanne
 - Sovittujen asioiden toteuttaminen omassa tiimissä
 - Aiemmin käsitellyn teoriaosuuden kertaus
 - Asiakastapauksia ja niiden pohjalta hoitosuunnitelmien pohdintaa
 - Jatkotyöskentelystä sopiminen