

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Tiina Lampinen

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN
Opas Lieksan terveystieteiden keskuslaitoksen
sairaanhoitajien henkilökunnalle

Opinnäytetyö
Lokakuu 2021



OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2021
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä(t)
Tiina Lampinen

Nimeke
Rakenteinen kirjaaminen – opas Lieksan terveyskeskussairaalan vuodeosaston henkilökunnalle
Toimeksiantaja
Siun sote, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Tiivistelmä

Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa potilastietojen järjestelmällisesti kirjaamista. Hoitotyön merkinnät kirjataan pää- ja alakomponenttien mukaisesti käytössä oleviin potilastietojärjestelmiin.

Kansallisen hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on systemaattinen kirjaaminen, koska tiedot potilaan hoitamista varten on saatava välittömästi käyttöön hoitosuhteen alkaessa. Kirjaaminen ja dokumentoiminen on osa hoitotyön prosessia potilasta tai asiakasta hoidettaessa.

Rakenteista kirjaamista kehitetään koko ajan. On tärkeää, että ammattihenkilöt saavat tukea rakenteisen kirjaamiseen oppaan avulla. On tärkeää tietää, että rakenteinen kirjaaminen tarvitsee rakenteisen tiedon lisäksi vapaata tekstiä, jolloin voidaan potilasta hoitaa kokonaisvaltaisesti hoitojakson aikana.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä toimeksiantajan Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän kanssa yhteistyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kertoa, mitä rakenteinen kirjaaminen on. Tuotoksena oli rakenteisen kirjaamisen opas Lieksan terveyskeskussairaalan vuodeosaston henkilökunnalle.

Opas toimii hyvin myös itsenäisenä tuotoksena, sitä voi myös hyödyntää jatkossa. Tämä opas ei ole sidonnainen tiettyyn potilastietojärjestelmään. Jatkokehitysmahdollisuutena sitä voisi käyttää esimerkiksi palvelukotien käyttöön, jossa rakenteista kirjaamista opetellaan käyttämään.

Kieli
suomi

Sivuja 31
Liitteet 1
Liitesivumäärä 11

Asiasanat

potilastietojärjestelmät, potilasasiakirjat, sähköinen kirjaaminen



THESIS
October 2021
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600

Author
Tiina Lampinen

Title
Structured Documentation – A Manual for the Staff of Lieksa Health Centre Hospital Ward
Commissioned by
Siun Sote- North Karelia Association Municipalities of Sosial and Health Service

Abstract

Structured documentation means the systematic documentation of patient data. Nursing entries are documented in the existing patient data systems in accordance with main and sub-components.

The aim of the national nursing documentation is systematic documentation, because the information needed in the care of the patient must be made available immediately at the beginning of the care process. Documentation is part of the nursing process when a patient is being treated.

Structured documentation is developed constantly. It is important that there is a manual available for healthcare professionals that supports them in structured documentation. It is important to know that, in addition to structured documentation, also unstructured text is needed so that the patient can be treated holistically during the care period.

This practise-based thesis was carried out in cooperation with Siun sote, the commissioning organisation. The purpose of the thesis was to describe what structured documentation is. The output is a manual on structured documentation for the staff of Lieksa Health Centre Hospital Ward.

The manual works well as an independent output. It is not tied to a specific patient data system. An opportunity for further development is to use it in service homes, where they are learning to implement structured documentation.

Language
Finnish

Pages 31
Appendices 1
Pages of Appendices 11

Keywords

patient data systems, patient documents, electronic documentation

Sisältö

Sisältö.....	4
1 Johdanto.....	5
2 Rakenteinen kirjaaminen	6
2.1 Rakenteisuuden määrittely.....	6
2.2 Kirjaamisen hoitotyön prosessi.....	8
2.3 Rakenteisen kirjaamisen auditointi ja sen mittarit	12
2.4 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	14
3. Hoitotyön kirjaamisen kehittyminen vuosien varrelta	16
3.1 Hoitotyön kirjaamisen kehittämiskohdat.....	16
3.2 Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen	19
3.3 Vapaan tekstin käyttö rakenteisessa kirjaamisessa.....	21
3.4 Hoitotyön yhteenveto ja väliarvio	23
4. Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä.....	24
5. Opinnäytetyön toteutus	24
5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	24
5.2 Toimeksiantaja ja kohderyhmä.....	25
5.3 Oppaan suunnittelu ja toteutus.....	25
5.4 Oppaan arviointi	27
6. Pohdinta	27
6.1 Tuotoksen tarkastelu	27
6.2 Luotettavuus ja eettisyys	28
6.3 Ammatillinen kasvu.....	30
6.4 Jatkokehitysmahdollisuudet	31
Lähteet	32
Liitteet	
Liite 1 Ohjeita rakenteiseen kirjaamiseen-opas	

1 Johdanto

Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa potilastietojen järjestelmällisesti ja rakentavasti kirjattua tietoa esim. hoitajakson aikana hoitotyön merkintöihin pää- ja alakomponenttien avulla potilaan tietoihin yhteisissä potilas- ja asiakastietojärjestelmissä sekä valtakunnallisissa sähköisissä tietojärjestelmissä (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 2020).

Kansallisen hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on systemaattinen kirjaaminen, koska tiedot potilaan hoitamista varten on saatava välittömästi käyttöön hoitosuhteen alkaessa. Kirjaaminen ja tietojen dokumentoiminen on osa hoitotyön prosessia potilasta/asiakasta hoidettaessa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2014, 46-47.)

Nykyiset potilastietojärjestelmät eivät ole suunniteltu tukemaan ammattilaisten välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä vaan potilastietojen dokumentointiin, kirjaamiseen ja arkistointiin. Myös lukuisat eri potilastietojärjestelmät haittaavat tehokasta työskentelyä ja tietojen vaihtoa. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 2012, 21.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kertoa mitä rakenteinen kirjaaminen on. Tuotoksena on rakenteisen kirjaamisen opas Lieksan terveyskeskussairaalan vuodeosaston henkilökunnalle. Aihe on ajankohtainen ja esillä Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän -alueella, koska kaksi vuotta sitten koulutettiin auditoijia, jotka auditoivat hoitajien kirjaamisen vuosittain.

Sain toimeksiannon Lieksan terveyskeskussairaalan vuodeosaston osastohoitajalta tehdä rakenteisesta kirjaamisesta opas, joka auttaa hoitajia kirjaamaan rakenteisesti oikein.

2 Rakenteinen kirjaaminen

2.1 Rakenteisuuden määrittely

Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa potilastietojen järjestelmällisesti ja rakentavasti kirjattua tietoa esim. hoitajakson aikana hoitotyön merkintöihin pää- ja alakomponenttien avulla potilaan tietoihin yhteisissä potilas- ja asiakastietojärjestelmissä sekä valtakunnallisissa sähköisissä tietojärjestelmissä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020.)

Potilaskertomuksen rakenteisuudella on tarkoitus yhtenäistää kirjaamista sekä parantaa potilastietojen käyttöä, hakua ja hoidon seuranta. Rakenteisen kirjaamisen hyöty tulee siitä, että kerran kirjattu tieto on uudelleen käytettävissä myöhemmin omassa potilastietojärjestelmässä tai toisessa organisaatiossa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2018,14.) Potilaskertomuksen rakenteisuus parantaa potilaan hoitoa, kun tieto on järjestelmällistä, vertailukelpoista ja helposti haettavissa ja löydettävissä potilastietojärjestelmässä. Ajantasaisen tiedon saatavuus parantaa potilasturvallisuutta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2018,15.)

Rakenteinen tieto on koostettu eri tavoin rakenteistusta potilas- ja asiakastiedosta. Esimerkiksi, terveydenhuollossa kertomusrakenteita on rakenteistettu usealla tavalla, vapaamuotoista tekstinä kirjattavaa potilastietoa voidaan jakaa rakenteistamalla eri näkymille ja otsikoiden alle. Tässä voidaan käyttää apuna yhdessä sovittuja koodeja, luokituksia ja termistöjä. Kun taas sosiaalihuollossa rakenteistaminen perustuu asiakirjoissa tarvittaviin luokituksiin sekä määriteltyyn. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020.)

Potilaan hoidossa olevat keskeiset tiedot ovat kokonaisuudessaan määritelty rakenteisina tietosisältöinä. Tämä käytännössä tarkoittaa sitä, että käytössä olevan kirjaamismallin avulla kirjataan hoidon keskeiset tiedot rakenteisesti oikeaan paikkaan, johon käytetään koodistoa tai luokitusta huomioiden tietyt

kriteerit. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020a). Rakenteinen tieto tukee ammattilaisen tehdessä hoito-ohjeita. Tämä rakenteinen tieto tukee myös ammattilaisen tehdessä muistutteen, virhe- ja vaarailmoitusten tekemisessä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2018,14.)

Systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa, että miten ja mitä potilaan hoidon tietoja kirjataan sovitulla rakenteisella mallilla. Tarkoittaa myös potilaan hoidon kirjaimista hoitoprosessin mukaisesti, johon vaikuttaa hoitoprosessin aikana hoitoon liittyvien päätösten vaihteet. Koostuu kansallisen hoitotyön systemaattisen kirjaamismallin mukaisesta luokituksesta, koodistosta ja vapaasta tekstistä. (Ahonen ym.2014, 46-47.)

Systemaattisen kirjaamisen mallissa hoitotyön kirjaaminen jäsennetään hoitoprosessin vaiheiden mukaan: tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Tämä prosessi on rakenteisen kirjaamisen perusta.

Hoitotyön vaiheet täyttyvät, kun käytetään kirjaamisessa FinCC-luokitusta apuna. Tähän kuuluvat tarveluokitus, toimintoluokitus ja tulosluokitus. (Ahonen ym.2014, 47-48).

Auditointi on järjestelmällinen, dokumentoitu ja riippumaton prosessi, jossa hankittu auditointinäyttö arvioidaan sovittujen auditointikriteerien mukaisesti. Sisäinen auditointi on tietyn ajanjakson välein riippumattomasti pidettävä laadunhallintajärjestelmään kohdistuva organisaatioon kehittämismenettely, jolla selvitetään miten viranomaisveloitteet, sovitut toimitavat toteutuvat. Auditoinnissa kiinnitetään huomioita kehittämiskohteiden tunnistamiseen ja tavoitteena on auttaa yksikköä kehittämään toimintaansa. (University of eastern finland, 11.9.2020.)

Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli on sovittu menetelmä, jonka avulla kirjaataan rakenteisesti. Osana tätä kirjaamismallia on FinCC-luokitus, joka muodostuu Suomalaisesta hoidon luokituksista. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos,2019,2.)

Hoitotyön kansallinen kirjaamismalli FinCC (Finnish Care Classification) muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (STHaL), Suomalaisesta

hoidon toimintoluokituksesta (STHoL) ja Suomalaisesta hoidon tulosluokituksista (STHuL). STHaL- ja STHoL-luokituksilla kirjaaminen käytännössä tapahtuu, näiden luokitusten alle on koottu komponentit, joiden alle on koottu pää- ja alaluokat. STHuL:n avulla arvioidaan hoidon tulosta, johon kuuluu kolme vaihtoehtoa: tulos on ennallaan, parantunut tai heikentynyt. (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012, 3.)

Tähän kuuluu myös potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, johon on koottu valtakunnallinen sähköisen potilaskertomuksen yhtenäinen rakenne, jossa kerrotaan, kuinka kirjaat rakenteisesti tarpeet, tavoitteet, hoitotyön toiminnot ja tulokset potilaskertomukseen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2018, 13.)

2.2 Kirjaamisen hoitotyön prosessi

Kansallisen hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on systemaattinen kirjaaminen, koska tiedot potilaan hoitamisesta varten on saatava välittömästi käyttöön hoitosuhteen alkaessa. Kirjaaminen ja tietojen dokumentoiminen on osa hoitotyön prosessia potilasta/asiakasta hoidettaessa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist, 2014, 46-47.)

Systemaattisen kirjaamisen mallissa hoitotyön kirjaaminen jäsennetään hoitoprosessin vaiheiden mukaan: tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Tämä prosessi on rakenteisen kirjaamisen perusta.

Hoitotyön ydintiedot taas koostuvat eri osa-alueista, kuten hoitotyön tarve, toiminnot, tulokset ja yhteenveto sekä hoitoisuus. Hoitotyön vaiheet täyttyvät, kun käytetään kirjaamisessa FinCC-luokitusta apuna. Tähän kuuluvat tarveluokitus, toimintoluokitus ja tulosluokitus. (Ahonen ym. 2014, 47-48.)

Tätä hoitotyön tarve- ja toimintaluokitusta käytetään vuodeosastoilla, poliklinikoilla ja erikoissairaanhoidossa potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen. Tarve- ja hoitotyön toimintoluokituksesta saadaan suurin hyöty irti käytäessä näitä rinnakkain kirjaamisessa. Kun luokituksia käytetään potilaan hoidon prosessissa, saadaan looginen kokonaiskuva potilaan voinnista ja muutoksista. (Kinnunen, Liljamo, Härkönen, Ukkola, Kuusisto, Hassinen, Moilanen, 2019, 19.)

Hoidon tarve (STHal) on hoitohenkilön tekemä kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, sillä hetkellä tai tulevaisuudessa ilmenevistä pitkäaikais-sairauksista johtuvista, joiden vuoksi potilas on tullut esim. vuodeosastolle hoitoon. Hoitaja yhdessä potilaan kanssa määrittelee hoidon tarpeet. Potilas kertoo omista oireistaan ja hoitaja havainnoi potilasta, tarpeiden määrittelyn aikana hoitajan on osattava ennakoida mahdollisia ja todennäköisiä potilaan ongelmia hoitojakson aikana. (Kinnunen ym. 2019,12).

Hoidon tarpeisiin tiedonlähteenä voidaan käyttää myös potilaan omaisia/läheisiä, aikaisempaa potilaskertomusta tai ensihoitajia. Potilaan tarpeet ovat aktuaalisia tai potentiaalisia. Potentiaaliset tarpeet ovat mahdollisesti uhkaavat potilaan terveydentilaa ja aktuaaliset tarpeet ovat havaittavissa, mitattavissa ja olemassa olevia. Muistettava on myös, että tarpeet voidaan myös luokitella subjektiivisiin ja objektiivisiin tarpeisiin. Subjektiiviset tarpeet ovat potilaan henkilökohtaiset kokemukset, kun taas objektiiviset tarpeet perustuvat hoitajan havaintoon. (Iivanainen, Syväoja, 2012, 16.)

Hoidon tavoitteet asetetaan heti, kun potilaan hoitojakson tarpeet on saatu määritettyä. Tavoitteet asetetaan suhteessa potilaan tarpeisiin, millaisia muutoksia tai tuloksia odotetaan potilaan tilassa tapahtuvan hoitojakson aikana. Tavoitteet eivät kuvaa hoitajan toimintaa vaan on asiakas/potilaslähtöiset ja se kuvaa, mitä potilas itse odottaa tilassaan tapahtuvan. (Iivanainen ym, 2012, 16.)

Hoidolle voidaan asettaa kokonais- tai välitavoite. Kokonaistavoite on tarkoitus asettaa hoitojakson alussa, jonka tarkoituksena on täytyä hoitojakson loppuun mennessä, kuitenkin tätä kokonaistavoitetta ei voida tehdä joka hoitojakson alussa, jolloin helpompi on tehdä yksi tai useampi välitavoite. Välitavoitteen tarkoitus on, että hoitojakson edetessä välitavoitteet saadaan täytettyä, jolloin voidaan tehdä uudet välitavoitteet tai jos potilaan tila antaa myöten voidaan asettaa kokonaistavoitteen. (Iivanainen ym,2012, 16.)

Tavoite on potilaan odotettuna käyttäytymisen muutoksena, eli on potilaslähtöinen. Miten potilas selviytyy itsenäisesti vai autettuna tai potilaan tilana

pysymistä ennallaan. Tavoite on oltava realistinen potilaan voimavarat, elämäntilanne ja persoonallisuus huomioon otettu. Tavoite ei voi olla liian matala, koska se ei kannusta potilasta toimimaan, toisaalta vaarana on, että epärealistinen tavoite luo potilaalle uskoa, että kykenee tekemään enemmän kuin mitä voimavaroja on. Tavoite alkaa verbillä, jolla ilmaistaan potilaan tekemistä. (Iivanainen ym, 2012, 16.)

Hoidon suunnitellut toiminnot (STHoL) kuvaavat hoidon suunnittelua ja toteutusta. Potilaskertomukseen kirjataan hoitajan tekemät toimenpiteet, jotka ovat hoidon kannalta merkittävät. Näiden erilaisten hoitotoimien avulla hoitajat pyrkivät vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen. Nämä hoitotoimenpiteet toteutuvat hoitajan ja potilaan välittömässä hoitokontaktissa. Suunnitelluissa toiminnoissa näkyy, miten potilasta hoidetaan. Esim. miten potilas liikkuu, kommunikoi, tarvitseeko ohjausta/apua ja missä. Kun potilaan hoidon tarpeet on kirjattu, sen mukaan myös valitaan hoitotoimia, joita toteutetaan hoitajaksolla. Esim. Hoidon tarve: Potilaalla osastolle tullessa kuumetta. Hoitotoimenpide: Mitataan kuume 2 x vuorokaudessa. (Kinnunen ym.2019,12.)

Hoitotyön toiminnoissa korostuu hoitajien tieto ja kädentaitojen hallinta. Hoitotyön toiminnot ovat hoitajien omaa asiantuntemukseen perustuvia toimia tai lääkärin määräämiä tehtäviä/toimintoja. Toimintojen toteuttajina voi olla hoitaja yhdessä potilaan ja omaisen kanssa tai hoitaja, potilas tai potilaan omainen yksin. (Iivanainen ym, 2012, 17.)

Hoitotyön tulos (STHuL) kuvaa potilaan tilassa tapahtunutta muutosta. Potilaan tilaa arvioidaan, kun tarkastellaan hoidon tarvetta, tavoitteita, suunniteltuja toimintoja sekä toteutunutta hoitoa. Tuloluokituksessa käytetään asteikkoa: parantunut, ennallaan, huonontunut ja tätä voi täydentää tarvittaessa vapaalla tekstillä. Hoidon tuloksen arviointia tehdään työvuoroittain, päivittäin, potilaan voinnin muuttuessa ja hoidon päättyessä. (Kinnunen ym.2019,13.)

Tavoitteita arvioidessa katsotaan, onko tavoitteet asetettu liian korkeaksi tai matalaksi vai olivatko hoidon tavoitteet realistiset ja saavutettavissa. Tarvittaessa tavoitteet voidaan muokata uudestaan, tämä tarkoittaa sitä, että tarvitaan uusi

tarvemääritys ja se jatkaa prosessia siihen asti, kun kaikki hoidon tavoitteet ovat täytetty. On tärkeää arvioida hoitotyön vaikuttavuutta potilaan tarpeisiin, jotta saadaan selville, kokeeko potilas, että hänen tarpeensa ja niihin tehdyt tavoitteet on poistunut tai lievittänyt hoitojakson aikana. (Iivanainen ym, 2012, 18.)

Hoitotyössä käytetään hoitoisuusluokitusmittaria arvioidessa potilaan hoitoisuuden vaatavuutta. Potilaan hoitoisuuden arvioinnin pohjana toimivat potilaan hoidon suunnittelu ja hoidon toteutus. Toteutuneen hoidon huolellinen kirjaaminen tukee hoitoisuusluokituksen luotettavuutta. Hoitoisuusluokitustieto liitetään hoitojakson päättyessä hoitotyön yhteenvetoon. (Kinnunen ym.2019,13.)

Suomen useissa sairaaloissa potilaan hoitoisuuden arviointiin käytetään OPCq-mittaria, joka kuuluu RAFAELA-järjestelmään. FinnCC 3.0-luokitusversion tarve- ja toimintoluokituksen ja RAFAELA-järjestelmä on yhteensovitettu, jolla potilaan hoitoisuus on hyvä arvioida. Tulevaisuudessa tullaan yhteensovittamaan FinCC 4.0- luokitusversio HOIq-mittariin, jolloin hoitoisuus on parempi arvioida kirjatun tiedon perusteella. Hoitoisuusluokitusta käytetään hoitojakson päätteeksi tehtävässä yhteenvedossa. (Kinnunen ym.2019,12.)

Hoitojakson loputtua tai hoitovastuun siirtyminen muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön, tehdään loppuyhteenveto. Potilaan hoitojakson loppuyhteenveto sisältää hoitotoimien lisäksi yksityiskohtaiset ja selkeät hoito-ohjeet jatkohoidon ja seurannan toteuttamiseksi. Yhteenvetoon kuvataan potilaan voinnin ja hoidon kehitys eli mikä on ollut voinnin ja hoidon lähtötilanne ja miten vointi on kehittynyt ja mihin tavoitteeseen hoidossa on päästy hoitojakson loppua kohden. Yhteenvetoon voidaan laittaa potilaan yksittäinen käynti tai tieto, joka on tärkeä jatkohoidon tai tiedonvälityksen kannalta tärkeää.

Väliarvio tehdään 3 kk. välein pitkäaikaishoidossa oleville, tai jos potilaan tilanne oleellisesti muuttuu. (Kinnunen ym.2019,14.)

Yhteenvedon tavoitteena on potilaan hoidon jatkumisen turvaaminen, potilasturvallisuus ja potilaan sitouttaminen meneillään olevaan hoitoon. Itsehoito mahdollistuu paremmin, kun potilas saa tiedon hoidostaan ja sen etenemisestä

yhteenvedosta. Hoidon jatkuessa ammattilaiset saavat yhteenvedosta nopeasti kuvan potilaan tilanteesta. (Kinnunen ym.2019,14.)

2.3 Rakenteisen kirjaamisen auditointi ja sen mittarit

Rakenteisen kirjaamisen on oltava laadultaan hyvä, jotta se etenee loogisesti vaiheittain hoitotyönprosessin mukaisesti sekä hoito jatkuu suunnitelmien mukaan ja potilasturvallisuus säilyy. Kirjaamista on ollut kautta aikojen, mutta nyt siirryttäessä rakenteiseen kirjaamiseen sähköisesti se luo haasteita tiedonkulkuun. (Kaila & Kuivalainen, 2014, 113.)

HoiData-hankkeessa kehitettiin suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus FinCC, joka sisältää hoidon tarve-, toiminto-, ja tuloksen tilaluokituksen. Hoitotyön kirjaamisen laatu ei ole hyvä lukuisten tutkimusten mukaan, tätä asiaa on tutkittu auditoimalla potilaan hoitotyön merkintöjä ja hoitosuunnitelmia jälkikäteen. (Kaila ym. 2014,113.)

Pohjoismaissa ja länsi-Euroopassa on dokumentoitu arviointimittareita mutta ei Suomessa. Yleisellä tasolla olevien mittareiden lisäksi on esim. perioperatiivisen tai psykiatrisen hoitotyön kirjaamiseen tehtyjä mittareita. Mittarit ovat käytöskelpoisia tietyillä alueilla ja perustuvat yksityiskohtaisiin kriteereihin. (Kaila ym. 2014,113.)

Auditointiin käytettävää mittaria alettiin kehittää asiantuntijatyönä hankkeessa v.2007-2009. Se rakennettiin kolmesta eri aineistosta, jotka olivat suomalaisia. Aineistoon kuului FinCC-luokituskokonaisuus, ydintieto-opas. N. 143 hoitosuunnitelman sisällön induktiivinen analyysi sekä sähköisen rakenteisen kirjaamisen tilastot (n.13969 hoitosuunnitelmaa, joista oli 28120 SHTaL ja SHToL luokituksella kirjattua hoidon tarvetta ja toimintoa). (Kaila ym. 2014,115.)

Hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto ovat hoitotyön ydintiedot, jotka muodostivat mittarissa minimikirjaamisen osion, mutta hoitoisuutta ei huomioitu mittaria kehittäessä. Mittarissa korostettiin miten,

hoidon arvioimista toteutetaan suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin sekä toteutuneeseen hoitoon, koska tämä on perusta tavoitteellisen kirjaamisen osiossa. Alkuperäistä sisältöä analysoidessa tuloksena löytyi kuusi eri kategoriaa: tarve, tavoite, toteutus, tulos, orientaatio sekä vuorovaikutus, näistä viimeiset 2 kuvasivat yksilöllistä kirjaamista. Sähköisessä kirjaamisessa nousi esiin fyysis-painotteiset komponentit ja luokitukset, joita on käytetty määrällisesti eniten ja vähiten käytetyt komponentit liittyivät potilasohjuksiin. Edellä mainituista tiedoista on koottu ensimmäinen mittariversio ja se julkaistiin HoiData-hankkeen loppuraportissa. (Kaila ym. 2014, 115-116.)

Mittarissa oli laatueroasteikko, eli vastasit mittarin mukaan Kyllä (1) ja Ei (0) ja tämän myötä positiiviseen tulokseen riitti yksi kyllä vastaus. VIPS mallista hyödynnettiin tulosta arvioidessa ei-hyväksyttävästä tasosta kiitettävälle tasolle. Mittaria kehitettiin vielä lisää vuosien 2010-2012 välisenä aikana, jolloin on siirrytty jo sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen kokonaan. Mittarista löytyi yksi epäselvä kriteeri ja sen selventämiseksi se jaettiin kahdeksi eri kriteeriksi, joka helpotti mittariston käyttöä. Myös muita kriteereitä tarkennettiin käyttäen D-Catch ja Q-DIO mittareiden kriteerejä. Mittariston kriteerit siis lisääntyivät 13–15 kriteeriin vuoden 2011 versioon, nämä kriteerit on jaettu kolmeen osa-alueeseen, jossa kaikissa on viisi kriteeriä. Osa-alueet ovat minimi-, tavoitteellinen ja yksilöllinen kirjaaminen. (Kaila ym. 2014,116.)

Kirjaamisen auditointi tarkoittaa sitä, että edellä mainitun mittarin ja sen kriteereiden mukaan arvioidaan kirjaamisen laatua. Vuoden 2010 mittariversiolla arviointiin 16 Pohjois-Karjalan keskussairaalan yksikön 42 ja seuraavana vuonna 45 ohjauskirjausta. Auditoinnissa mukana oli auditointimittarin käyttökoulutuksen omaava ulkopuolinen arvioija sekä yksikön esimies. Yksikössä otettiin ennalta määrätystä ajanjaksosta 20 ensimmäistä hoitajaksoa ja niiden hoitajaksojen yhteenvedot sekä ennalta sovitun osa päivittäistä kirjaamiset arvioitiin kriteereiden mukaan. (Kaila ym. 2014,118.)

Tulokset olivat huonot ensimmäisen auditoinnin jälkeen, jolloin kirjaamisen laatuun kiinnitettiin huomiota, seuraavana vuonna tehty auditoinnin jälkeen tulos oli noussut tyydyttävälle tasolle. (Kaila ym. 2014,119.)

Vaikka mittari on todettu olevan helppokäyttöinen sitä ei ole tutkittu systemaattisesti. Edellä mainitut auditointikerrat on tehty täsmälleen samalla mittariversiolla, mutta sen jälkeen mittaria on kehitetty, jonka mukaan myös kriteerit muuttuvat. Vaikka mittarin yksi positiivinen ilmiö riittää kyllä vastaukseen ja antaa ns. plussapisteitä auditoinnissa kirjaamisen hyvän tuloksen saamiseen, tämä ei valitettavasti kerro kirjaamisen laadusta riittävästi. Kriteerit saattavat olla helppoja ja yksiselitteisiä saattaa osa ilmiöistä jäädä arvioijilta huomaamatta. (Kaila ym. 2014,122.)

Mittarin laadun luotettavuuteen tarvitaan eri ympäristössä ja laajemmilla aineistoilla tehtyjä tutkimuksia, myös rinnakkaismittaukset isommalta otokselta voisi auttaa mittarin luotettavuuden tutkimisessa. Myös mittarin perusteellinen käyttökoulutus auttaa rinnakkaismittausten luotettavuutta. (Kaila ym. 2014,122.) Kuitenkin kirjaamisen laadunmittaria voidaan käyttää kirjaamisen laadun ja määrän yleiseen arviointiin, kirjaamisen arviointiprosessi voi auttaa hoitohenkilökunnan ajattelutavan muuttumista ja päätöksenteon helpottamista. Mittari arvioi mitä hoitajat kirjaavat eivät mitä hoitajat tekevät. (Kaila ym. 2014,122.)

2.4 Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kirjata potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seurannan tiedot. Potilasasiakirjat säilytetään asianmukaisesti hoitoon liittyvien mahdollisten tieteellisten tutkimusten tai korvausvaatimusten ennalta sovittu aika. Potilasasiakirjat on hävitettävä heti, kun asiakirjojen säilyttäminen ei ole enää perusteltua. (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 298/2009,12 §11.9.2020.)

Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa luovuttaa potilaan potilastietoja ulkopuoliselle ilman potilaan kirjallista lupaa. Jos potilas ei kykene antamaan suostumusta tietojen antamiseen, sen voi tehdä hänen laillinen edustaja kirjallisella suostumuksella. (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 298/2009,13 § 11.9.2020.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä kertovan lain tarkoitus on edistää turvallista potilastietojen käsittelyä sähköisesti.

Tässä laissa on määritelty, millaiset täytyy olla potilastietojärjestelmien ja -asiakirjojen tietorakenteet. Näillä tietorakenteilla tulee mahdollistaa sähköisten potilasasiakirjojen suojaaminen, säilyttäminen, luovuttaminen ja niiden käyttö 14 § määriteltyjen tietojärjestelmien avulla, sekä terveydenhuolto palveluiden tarjoajan on luokiteltava erityissuojatut potilasasiakirjat esim. erillisellä vahvistuspyynnöllä suojattaviin potilastietoihin. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 6 §.)

Sähköisiä potilasasiakirjoja ja potilastietoja saa luovuttaa vain toiselle terveydenhuollon palvelujen antajalle potilaan hoidon järjestämiseksi ja toteuttamiseksi potilaan antaman suostumuksen jälkeen. Potilastietojen luovuttajalla tulee olla olemassa oleva hoitosuhde potilaaseen, jonka tietoja luovutetaan toiselle terveydenhuollon palveluiden antajalle.

Potilaalla on oikeus määrätä itse potilastietojen luovuttamisesta mille tahansa valtakunnallisen tietojärjestelmäpalveluun liittyneelle terveydenhuollon palvelun antajalle. Hän voi kieltää tietojen luovuttamisen ja hän voi myöhemmässä vaiheessa myös antaa luvan tietojen luovuttamiseen. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 10 § ja 11 §, 11.9.2020.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista- laki kertoo potilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten lupaa saada käsitellä potilasasiakirjoja heidän toimenkuvansa ja vastuunsa puitteissa. Sähköisessä potilastietojärjestelmässä tulee olla hallintajärjestelmä, jonka avulla kullekin käyttäjälle määritellään tehtävän mukaiset käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin, sekä eri toimintoihin potilastietojärjestelmässä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, 298/2009, 4 § 11.9.2020.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöt saavat tehdä potilasasiakirjoihin merkintöjä heidän osallistuessa potilaan hoitoon, sama pätee muihin hoitoon osallistuvia henkilöitä. Arkistopalveluihin tallennettavien potilasasiakirjojen rakenne tulee olla valtakunnallisen koodistopalvelun hyväksymien koodistojen mukainen, eli

se sisältää rakenteita ja merkintöjä sekä tietoteknisiä määrytyksiä, joita ylläpitää Kansaneläkelaitos. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, 298/2009, 6§, 7§ 11.9.2020.)

Potilasasiakirjomerkinntä tulee tehdä viipymättä, kuitenkin viiden vuorokauden kuluttua siitä, kun potilas poistuu vastaanotolta. Yhteenveto potilaalle jatko-
hoito-ohjeineen tulee toimittaa viipymättä hänelle itselleen, jatkohoitopaikkaan tai muuhun paikkaan, josta on erikseen potilaan kanssa sovittu, kiireettömässä tilanteessa voi tehdä 5 vuorokauden sisällä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, 298/2009,8 §, 11.9.2020.)

Osastohoidossa olevasta potilaasta on tehtävä riittävän usein merkintöjä aikajärjestyksessä potilaskertomukseen, johon merkitään tilan muutoksista, tehdyistä tutkimuksesta ja saadusta hoidosta. Lääkärin tulee tehdä kolmen kuukauden välein yhteenveto hoitajakson alkamisesta riippumatta siitä, onko potilaan tila muuttunut olennaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, 298/2009,14 § 11.9.2020.)

3. Hoitotyön kirjaamisen kehittyminen vuosien varrelta

3.1 Hoitotyön kirjaamisen kehittämiskohdat

Vuonna 2012 hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän tekemän loppuraportin mukaan Suomen hoitotyön kirjaamisen yhdeksi kehittämistavoitteeksi on asetettu yhdenmukainen kirjaaminen ja viime vuosien kehitystyöstä huolimatta tavoitteeseen ei ole päästy, vaan kirjaaminen tapahtuu monella eri tavalla edelleen. Vaikka kirjaamismallissa on käytössä FinCC-luokituskokonaisuus, useampi ammattiryhmä on kokenut sen käytön haasteelliseksi tai ei palvele potilaan hoitoa, vaikka itse prosessimalli olisi käytössä. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos,2012,20.)

Tähän on vastattu pitämällä koulutus ja täydennyskoulutustilaisuuksia ammattihenkilöille ja palautteen saatua on kirjaamismallia ja FinCC-osaluokitusta kehitetty niin, että luokituksen käyttö tukee potilaan hoidon kirjaamista eri hoitotyön ympäristöissä. Kuitenkaan loppuraporttia kirjoittaessa kansallisen kirjaamismalli ei ollut levinnyt yleiseen käyttöön eikä yhtenäistä käytäntöä kirjaamisen toteutuksesta ja sen sisällöstä ei olla vielä saavutettu. Kuitenkin vuonna 2011 Häyrisen tekemässä väitöstyössä todettiin, että sähköinen kirjaaminen on tehnyt hoitotyön näkyväksi, tämä paransi hoitajien oikeusturvaa ja edisti yhtenäisten käsitteiden käyttöä. Kuitenkin luokitusten käytössä oli epäjohdonmukaisuutta ja luokitusten käyttö ei ollut yhtenäistä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos,2012,20.)

Lääkäriliiton tutkimusten mukaan Suomessa käytössä olevissa terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä on havaittu käytettävyysoongelmia, jotka ovat toimivuuden ja käytettävyyteen liittyviä puutteita, jotka mahdollisesti aiheuttivat riskitilanteita potilaan hoidossa. Potilastietojärjestelmät eivät tue hoitajien ja lääkärien yhteistyötä, joten järjestelmiä ei pystytä käyttämään tehokkaasti. Järjestelmien täytyisi olla helppokäyttöisiä ja tehokkaita, jolloin kirjaamisovellus tukee hoitajien ja lääkäreiden luontevia tapoja dokumentoida potilastietoja. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos,2012,21.)

Nykyiset potilastietojärjestelmät eivät ole suunniteltu tukemaan ammattilaisten välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä vaan potilastietojen dokumentointiin, kirjaamiseen ja arkistointiin. Myös lukuisat eri potilastietojärjestelmät haittaavat tehokasta työskentelyä ja tietojen vaihtoa. Hoitajia turhauttaa myös se, ettei potilastietojärjestelmät tue kiireellisten tietojen vaihtoa, jolloin hoitajat joutuvat turvautumaan paperilappujen tai suulliseen viestintään. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos,2012, 21-22.)

Nykänen ja kumppanit (2010) julkaisivat tutkimuksen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyydestä tutkimuksen, jossa tutkittiin kirjaamismallin onnistumiset ja ongelmat. Tutkimuksessa oli saatu negatiivisia tuloksia kansallisesta kirjaamismallista seuraavasti: luokitusmalli pilkkoo hoitotyön pieniin osiin, jonka vuoksi hoidon kokonaisuus hämärtyy. Kirjaaminen lisää hoitajan työtä ja tietokoneen ääressä joudutaan istumaan paljon. Hoitajat joutuvat miettimään mihin

kirjattava asia täytyy kirjata, minkä komponentin alle. Kirjaamismalli ja luokitus eivät ole yksiselitteisiä, eivät sellaisenaan sovellu kaikkiin toiminnallisiin ympäristöihin. Onko kirjaaminen potilaan hoidon kirjaamista vai hoitajan tekemisen kirjaaminen. (Nykänen, Viitanen, Kuusisto, 2010, 26.)

Lääkärit ovat tutkimuksen mukaan olleet varauksellisia hoitotyön kirjaamismallia kohtaan. He eivät kokeneet hyödylliseksi tätä mallia. Kirjaamismallin mukainen tarve-tavoite-toteutus-arviointi on heidän mielestään turhaa, kirjaaminen on heidän mielestään tärkeää, mutta kirjaamismallilla kirjataan paljon turhaa. Tässä taustaongelmana on potilaskertomuksen ja hoitokertomuksen erillisuus. Eli hoitajien hoitokertomus, joka on kirjattu rakenteisesti oikein ja taas lääkäreiden kirjaama potilaskertomus eivät kohtaa, jolloin lääkäreiden osalta tullut varauksellisuutta hoitotyön kirjaamismallia kohtaan. (Nykänen ym. 2010, 30.) Tämän tutkimuksen aikana jo 2010 vuonna on osoitettu ongelmia kirjaamismallissa, moniammatillisuuden mahdollisuuksissa ja hoitokertomuksissa. Lääkärit näkevät rakenteisen kirjaamisen pirstovan potilaan tietoja, koska se kirjataan monelle tasolle ja otsikon alle. Käytettävyysongelmaa on ilmennyt hoitokertomuksissa, jotka täytyisi poistaa. (Nykänen ym. 2010, 65.)

Vuonna 2015 Niiranen teki pro gradun työn ja tutki hoitotyön kirjaamisen laatua. Ongelmana nousi rakenteisen kirjaamisen kohdalla tarpeiden määrittely, niitä ei kirjattu täsmällisesti tai yksittäisiä hoitoon liittyviä tarpeita ei kirjattu ollenkaan. Tarpeet oli kirjattu niin etteivät ne helpota hoitotyön suunnittelua tai auta saavuttamaan odotettua tulosta. Hoidon tavoitteetkin oli kirjattu ympäröivästä, jolloin tavoitteiden täsmällinen kirjaaminen jäi vähälle, eikä silloin tavoite ole realistinen. Vaikka näitä haasteita löytyy rakenteisen kirjaamisen suhteen, niin tutkimukseen osallistuneiden hoitajien tekemä rakenteinen kirjaaminen on hyvää, mutta hoidon suunnitelman kirjaaminen vaatii vielä kehittämistä, sekä ammattilaisille täytyisi tuoda kirjaamisen tärkeys esille. (Niiranen, 2015,43.)

3.2 Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen

Vuonna 2014 julkaistiin raportti, jonka aiheena oli laaja kirjallisuuskatsaus sähköisten potilaskertomusten rakenteistamisesta, sen menetelmistä, arviointikäytännöistä ja niiden vaikutuksista hoitotyöhön kliinisestä potilastyöstä ja toisioikäytännön näkökulmasta.

Tiedon kattavuus ja helppo käytettävyys ihmisten ja koneiden kannalta ovat rakenteisen tiedon vahvuuksia. Tämä tieto osoittautui käyttökelpoiseksi tilanteissa, jossa tietoalkioiden olemassaolo on välttämätöntä. Narratiivista tietoa puolestaan tarvittiin vaikeasti rakenteistavissa olevien pohdintojen ja ajatusprosessien kuvaamisessa. Rakenteisen kirjaamisen käyttöastetta arvioidessa todettiin, että ammattiryhmä, esikoisala, kirjattavan tiedon luonne vaikutti käyttöasteen vaihteluun. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2014, 6.)

Raportissa kerrotaan, että Suomen näkökulmasta, jotta rakenteinen käyttö ja yhtenäiset kirjaamistavat onnistuvat ja tulevat käytäntöön tarvitaan riittävää koulutusta sekä johdon tukea, sekä terveydenhuollon toimintaprosessien ja työkäytäntöjen huomioimista, kun kehitetään rakenteita ja potilastietojärjestelmiä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2014, 7.)

Kirjallisuuskatsauksessa oli valikoitunut runsaasti artikkeleita rakenteistamisen tapojen ja menetelmien kartoittamisesta. Analyysi osoitti, että kertomustietoa voidaan rakenteistaa erilaisin tavoin esimerkiksi koodistojen, termistöjen, nimikkeistöjen, luokitusten ja lomakerakenteiden avulla. (Vuokko, Mäkelä-Bengs, Hyppönen, Doupi, 2014,117.)

Kirjallisuuskatsauksen lisäksi osana tätä katsausta järjestettiin avoin seminaari kertomusrakenteisiin kehittämiseen ja käyttöön liittyvistä kokemuksista. Mukana oli hoitoalan edustajia, tietojärjestelmälääkäreitä, THL:n jäseniä kertomustiedon ja kuntaliiton asiantuntijaryhmistä, tutkijoita ja tilasto- ja rekisteriryhmien jäseniä. (Vuokko ym. 2014,121.)

Yhteenvedossa todettiin, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on tiedossa rakenteisen tiedon tarpeita esimerkiksi potilaan lääkitystiedoissa, diagnooseissa ja toimenpiteissä, nämä tiedot tulee olla saatavissa kattavasti. Kuitenkin jatkossa vapaan tekstin kirjaamista tarvitaan rakenteisen tiedon tarkentamiseen, yhteenvetoihin ja erityisalojen näkymissä. Hyödyistä mainittiin tarkastuslistat, rakenteisen kirjaamisen tuki päätöksen tekoon ja tiedon haku. Ongelmiksi on koettu valtakunnallisten otsikoiden ja luokitusten käyttöönottojen erilaiset toteutukset eri järjestelmissä. Potilastietojen pirstaloituminen ja tiedon vaikea löydettävyyttä, jos rakenteista tietoa on jätetty kirjaamatta. Ammattihenkilön sitoutumista rakenteiseen kirjaamiseen vähensi tunne, ettei kokenut saavansa hyötyä kirjaamisesta omassa työssään tai kertakirjaamisen periaate ei toteudu järjestelmäratkaisussa. (Vuokko ym. 2014, 121.)

Katsaus tuotti havaintoja, joiden avulla voidaan jatkaa rakenteista arviointia ja seuranta. Luotiin myös suosituksia, joiden avulla voidaan tulevaisuudessa kehittää rakenteista kirjaamista. Esiin nousi rakenteisen kirjaamisen yhdenmukaisuuden käyttö, joka edellyttää koulutusta ja johdon tukea. Seminaarissa tuli esille, että koulutuksen puute ja johdon puutteellinen tuki toiminnan muutoksessa koettiin suureksi esteeksi rakenteisen kirjaamisen hallitsemisessa, suosituksena on, että kirjaamiseen liittyvää koulutusta tulisi toteuttaa jo ammattikoulutuksen yhteydessä. (Vuokko ym. 2014, 123-125.)

Toisena suosituksena nousi esiin rakenteiden ja potilastietojärjestelmien vuorovaikutus keskenään hyödyntäen rakenteista tietoa ja huomioiden terveydenhuollon toimintaprosessi. Potilastietojärjestelmän peruseriaatteena tulisi olla, että se tukee käyttäjää työssään eikä monimutkaista sitä. Rakenteisen tiedon tuottamisen ja syöttämisen mielekkyys riippuu mikä potilastietojärjestelmä on käytössä ja miten siihen on rakenteet kehitetty. Huomioidaan eri käyttäjien tarpeet rakenteiden kehitystyössä, eri ammattihenkilöillä on kokemusta erilaisista rakenteistamisesta omassa päivittäisessä työssään. Tulisi panostaa keinoihin, joilla eri toiminnan tasoja seurataan ja tutkittu tieto antaisi lisäarvoa kirjaamiseen. (Vuokko ym. 2014, 123-125.)

Valtakunnallisesti tarkasteltuna eri ammattiryhmien kirjaamiseen käytettävien rakenteiden tulee olla yhteen sopivia ja toimivia. Tarkoittaa sitä, että päällekkäisyyksiä vähennetään. Kertomustietoon kirjataan rakenteisesti ja vapaana tekstinä. Rakenteistamisesta saatavia hyötyjä kirjaajan työn tukena ja toisiokäytössä tulisi arvioida laajemmin. Jatkossa tallennettu tieto on oltava paremmin hyödynnettävissä, vaikka tieto olisi kirjattu rakenteisesti, vapaana tekstinä tai mittalaitteen mittaamana tuloksena. (Vuokko ym. 2014, 123-125.)

3.3 Vapaan tekstin käyttö rakenteisessa kirjaamisessa

Ukkonen (2016) teki kirjallisuuskatsauksen narratiivisen eli vapaan tekstin käytöstä rakenteisessa kirjaamisessa. Rakenteisen kirjaamisen oppaassa todetaan, että rakenteisen kirjaaminen helpottaa potilastietojen kirjaamisen, tietojen hakua sekä hoidon seurantaa. Todettu on, että vapaamuotoisena tekstinä kirjatun tiedon hyödynnettävyys on rajallisempaa, kun halutaan saada tietoa nopeasti ja tarkasti, tai kun tätä potilastietoa on tarkoitus yhdistellä. Vapaan tekstin ongelma on se, että se ei ole samalla tavalla yhdisteltävää tai analysoitavissa kuin rakenteinen tieto. Ongelmana nähdään myös se, että vapaan tekstin kirjaamiseen menee enemmän aikaa sekä vapaan tekstin tieto on vaikeammin saatavissa. (Ukkonen,2016,121.)

Joillakin erikoisaloilla koetaan vapaa teksti mielekkäämpänä kirjaamismuotona, koska silloin voit yksityiskohtaisesti kirjata raportin, pystyt paremmin kuvailemaan esim. potilaan olotilan, liikkumisen ym. Kirjaaminen myös koetaan potilaslähtöisempänä, kun kirjaamiseen käytetään vapaata tekstiä. Vapaasti kirjattava teksti saattaa palvella paremmin myös vaikeasti rakenteistavat pohdinnat tai kuvattavat ajatusprosessit. Vapaan tekstin käyttöä voidaan suosia silloinkin, kun ei hallita täysin järjestelmän käyttöä. (Ukkonen,2016,121.)

Sähköisten potilastietojärjestelmien tulon myötä rakenteinen kirjaaminen on lisääntynyt ja samalla vapaan tekstin kirjaaminen potilastietoihin on vähentynyt. Tätä artikkelia tehdessä, todetaan että Suomessa rakenteisen kirjaamisen vaikutuksia on tutkittu melko vähän ja systemaattista laadunseurantaa ei ole tehty.

Terveystieteiden henkilöstön suosimia tilanteita, jossa käytetään vapaata tekstiä, on sellaiset tilanteet, jossa hoitajat haluavat välittää tietoa huolestumisesta, epävarmuudesta, kerrotaan potilaan omaa kertomaa tietoa. On myös todettu, että hyvin kirjoitetun vapaalla tekstillä ilmaistu todettiin olevan toisinaan vakuuttavampaa ja helpommin ymmärrettävää. (Ukkonen,2016,123).

Vapaalla tekstillä ilmaisun rajoittaminen saattaa aiheuttaa tiedon kirjaamista vääriin kohtiin, jos ei ole valmiiksi tarjolla olevaa määriteltyä muotoa tai mahdollisuutta kirjata vapaasti. Myös liika rakenteisuus kirjaamisessa koettiin tietoa sirpaloivaksi ja tiedon saantia rajoittavaksi, joka koettiin vaikuttavan potilasturvallisuuteen. (Ukkonen,2016,121.)

Siis toisinaan vapaan tekstin käyttö voi olla varsin perusteltua kirjaamisessa, mutta hyödynnettävyys on haaste. Potilastietojärjestelmän luomiseen ja käyttöönottoon vaikuttaa käyttäjien huomioon ottaminen. Järjestelmän on palveltava potilaan etua ja hoitohenkilökunnan tarpeita. Kirjaaminen on tärkeä ja keskeinen toiminto potilastyössä, jolloin sen toteuttaminen kaikkien tarpeita ajatellen on tärkeää. Useissa tutkimuksissa on käynyt ilmi hoitohenkilökunnan toive siitä, että potilastietojärjestelmässä olisi mahdollista kirjoittaa myös vapaan tekstin muodossa raporttia. (Ukkonen,2016, 123-124.)

Suosittelua on kertomustietojen kirjaamisesta jatkossakin rakenteisesti, että vapaalla tekstillä. Vapaata tekstiä tarvitaan hoitotyön yhteenvetojen kirjoittamisessa. Onko kyse lopulta siitä, että etsinnässä on sopiva rakenteisuuden asteen löytäminen eikä ehdottomassa rakenteisessa kirjaamisessa. Vapaan tekstin kirjaamista tarvitaan tulevaisuudessakin ja sen hyödynnettävyyttä on kehitettävä. Muistettava on myös, ettei pelkkä rakenteisuuskaan takaa tiedon hyödynnettävyyttä. Rakenteisen kirjaamisen tiedon hyödynnettävyys ei saa olla ainut huomioitava asia kirjaamiskäytännöissä vaan on huomioitava potilasnäkökulma ja tiedon oikeellisuus. (Ukkonen,2016,124.)

3.4 Hoitotyön yhteenveto ja väliarvio

Mykkänen, Miettinen ja Saranto (2018) tutkivat, miten hoitotyöyhteenvedoissa tietorakenteiden käyttö näkyy ja miten kirjaamisohjeen sisältöjä noudatetaan. Tulosten yhteenvedon mukaan kansallisesti määritellyjä tietorakenteita käytetään hyvin, mutta sisältö ei ole järjestelmällistä. Hoitotyön kirjaukset ovat usein vapaamuotoisia ja niiden kirjaamisen laatu ei ole hyvä. Ne eivät etene tavoitteellisesti hoitotyön prosessin mukaisesti. Useimmin kirjataan hoitotyön toteutusta, kuin hoitotyön arviointia.

Hoitotyön yhteenveto koostetaan jokaisen osasto- ja/tai polikliinisen hoitajakson loputtua tai hoitovastuu siirtyy toisen terveydenhuollon yksikölle. Yhteenveto on lyhyt ja ytimekäs ja sen tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus. (Mykkänen ym.2018,253.)

On todettu, että tiedonkulussa on havaittu ongelmia, kun potilaan hoitovastuu siirtyy toiseen hoitolaitokseen. Yhteenvedon tiedon sisältö on puutteellista eikä yhteenvedon käyttö ole vakiintunut. Epikriisien ja yhteenvetojen tiedoissa on todettu olevan ristiriitaisuuksia sekä päällekkäisyyksiä. On kuitenkin todettu, että yhdenmukaisen rakenteen käyttö ja olennainen tieto potilaan tilanteesta on parantanut dokumentoinnin laatu ja yhteenvedon luettavuutta. (Mykkänen ym.2018, 253-254.)

Mykkäsen ja kumppaneiden tekemän tutkimustulosten mukaan yhteenvedon rakenteita käytettiin pääosin hyvin. Kirjaamisessa näkyi, että rakenteisen hoitotyön prosessin vaiheista eniten kirjauksia oli tehty hoitotyön tarpeeseen ja hoitotoimiin, hoidon tulosta ei kirjattu tarpeeksi. (Mykkänen ym.2018,255.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että yhteenvedon kaikkia tietorakenteita ei systemaattisesti käytetä, vaan niitä käytetään myös osittain. Aikaisemmissa tutkimuksissa on huomattu puutteita yhteenvetojen sisällöstä ja se näkyy myös tässä tutkimuksessa. Esimerkiksi potilasohjausta ja potilaan nestehoitoon liittyviä tietoja on kirjattu harvemmin. On myös käytetty yhteenvetoon kuulumattomia tietorakenteita. (Mykkänen ym.2018, 259- 260.)

Loppuyhteenvedon tietorakenteita osataan käyttää yhteenvedon tehdessä, mutta se ei ole järjestelmällistä. Terveystieteiden tietojärjestelmiä pitää kehittää niin, että se ohjaa henkilöstöä tuottamaan yhteenvedoja tietorakenteiden mukaisesti. Ammattihenkilöstölle tulisi opettaa edelleen, kuinka näitä määriteltyjä tietorakenteita käytetään. (Mykkänen ym.2018,260.)

4. Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on kertoa mitä rakenteinen kirjaaminen on. Tavoitteena on, että hoitajat oppivat hoitoprosessin rakenteisen kirjaamisen. Tuotoksena on rakenteisen kirjaamisen opas Lieksan terveystieteiden sairaalan vuodeosaston henkilökunnalle.

5. Opinnäytetyön toteutus

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyöni on toiminnallinen. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapa voi olla kohderyhmälle suunnattu kirja, kansio, tapahtuma tai kotisivut tai opas. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9). Toiminnallisen opinnäytetyön lopullinen tuotos on aina konkreettinen tuotos. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51).

Toiminnallisena osuutenani oli tuottaa työpaikalleni Lieksan terveystieteiden sairaalan vuodeosastolle opas rakenteisesta kirjaamisesta. Kun kerran tuotos on opas, täytyy muistaa, että oppaan teksti on toisen tyylistä kuin tutkimustekstin keinoin kirjoittamassa raportissa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.)

Oppaan teksti on muotoiltu siihen muotoon, että se kiinnostaa lukijaa, oppaassa on tieteellistä tekstiä, joka on muotoiltu helppolukuisiksi ja ymmärrettäväksi.

Oppaassa olevat esimerkit ovat myös käytännönläheisiä, jolloin ohjeista tulee helposti ymmärrettävät.

Raportointi on toiminnallisessa opinnäytetyössä tärkeää, siinä selviää ensin mitä, miten ja miksi se on tehty. Millainen työprosessi on ollut ja millaisiin johtopäätöksiin ja tuloksiin on päätytty. Raportissa ilmenee miten omaa prosessia, tuotostasi ja oppimistasi arvioit. (Vilkka & Airaksinen 2003, 65.)

5.2 Toimeksiantaja ja kohderyhmä

Toimeksiantajanani toimi Siun sote-Pohjois-karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä ja sieltä Lieksan terveyskeskussairaala vuodeosaston osastohoitaja. Tämän oppaan tarkoitus on sisältää ohjeistus, joka on helppolukuinen ja helposti ymmärrettävä, joka kertoo, miten kirjataan hoitotyön merkintöihin rakenteisesti oikein.

Tämän rakenteisen kirjaamisen opas on tarkoitettu Lieksan terveyskeskussairaalan vuodeosastolla oleville hoitajille, jotka haluavat ohjeistusta rakenteiseen kirjaamiseen oikein. Jos vuodeosastolle tulee uusia työntekijöitä, heidän on helppo sieltä katsoa mitä tarpeella, tavoitteella, toiminnoilla, tuloksilla tarkoitetaan, sekä miten kirjataan rakenteisesti oikein, sekä miten väliarvio ja yhteenvedo tehdään. Tämä opas ei ole sidonnainen tiettyyn potilastietojärjestelmään, esimerkiksi Mediatriin, vaan se on kehitetty rakenteisen kirjaamisen ohjeiden mukaisesti, myös muut yksiköt voisivat hyötyä tästä oppaasta.

5.3 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Oppaan tekemistä aloitellessa ja hahmotellessa keskustelimme yhdessä osastonhoitajan kanssa myös yleisesti mitä haasteita kirjaaminen teettää hoitajille ja yhdessä kirjasimme asioita ylös.

Yleisimpiä haasteita kirjaamisen suhteen on, ettei hahmoteta mitä rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa, eli kirjaamisen rakenteisuus ei ole hallussa, jolloin

kirjaaminen ei ole johdonmukaista. Mikä taas vaikuttaa kirjaamisen laatuun ja sen myötä hoidon jatkuvuus vaarantuu. On myös havaittu, ettei potilastietojärjestelmät välttämättä tue rakenteista kirjaamista parhaalla tavalla.

Kotimaisen kielten keskuksen -sivuilla painotetaan ohjeita tehdessä, että selkeä kokonaisrakenne väliotsikoineen palvelee opasta. Lukijan täytyy hahmottaa, mitä hänen itsensä on tehtävä tai jonkun muu. Selkein tapa antaa ohje on tehdä siitä käskymuotoinen, jos ohjeen mukainen toiminto on oman edun mukaista käskymuoto ei vaikuta tylyltä (Kotimaisten kielten keskus,2021.)

Tätä tietoa käytettäessä oppaaseen avattiin kaikki käsitteet kuten tarve-, hoidon suunnitellut toiminnot- ja tulokset-luokitukset, sekä miten näitä käytetään kirjaamisessa. Oppaassa käy ilmi, että miten tulee käytännössä kirjata, ohjeet ovat täsmälliset eikä siinä ole vaihtoehtoja lainkaan. Jos ohjeista lipsutaan rakenteinen kirjaaminen ei toteudu säädösten mukaisesti.

Oppaan toteutuksessa apuna käytin FinCC-luokitusta, josta sain apuja ja tutkittua tietoa oppaaseen hoitajille luettavaksi. Tämä tieto on muutettu helposti ymmärrettäväksi, jotta jokainen oppaan lukija ymmärtää mistä on kysymys. Kun oppaan suunnitelma oli valmis ja tiesin mitä oppaaseen tulee, aloin työstämään sitä omaan tahtiin. FinCC-luokituksessa on määritelty kirjaamiseen käytettävät pää- ja alakomponentit eli otsikot, joiden alle kirjataan raportti.

Ohjeita laatiessa on hyvä miettiä toimintaa lukijan ja tekijän mukaan. Ohjeiden tekijälle on selvää ohjeita lukiessa mitä täytyy tehdä, mutta ohjeen käyttäjälle taas ohjeet täytyy kirjoittaa selkeästi vaihe vaiheelta, että ohjeen käyttäjä ymmärtää miten täytyy ohjeen mukaan tehdä. (Kotimaisten kielten keskus,2021) Annoin osastonhoitajalle oppaan luettavaksi tietyin väliajoin, jotta hän pystyi seuraamaan oppaan edistymistä ja antamaan ehdotuksia, miten muokata opasta. Hänen roolinsa on ollut merkittävä, jotta oppaasta tulee helposti ymmärrettävä ja luettava.

5.4 Oppaan arviointi

Lähetin lopullisen oppaan toimeksiantajalleni viimeiseen arvioon ja pyysin siitä arviointia, miten hänen mielestään opas onnistui. Toimeksiantaja kertoi, että haasteita tuotti tämä aiheen laajuus ja sisällön tiivistäminen oppaaksi. Termistön aukaiseminen ymmärrettävään muotoon oli aluksi ongelmallista, mutta yhdessä keskustelemalla ongelmiin löydettiin ratkaisu. Opas tulee käytännön hoitotyöhön Lieksan terveyskeskussairaalan vuodeosastolle ja sitä tarvittaessa on helppo muokata tarpeen mukaan.

6. Pohdinta

6.1 Tuotoksen tarkastelu

Halusin tutkia opinnäytetyössä, miten rakenteinen kirjaaminen on kehitetty, miksi se on tärkeä osa hoitotyötä ja mikä on ongelmallista rakenteisen kirjaamisen toteuttamisessa. Olen opinnäytetyöhön avannut käsitteitä, jotka auttavat ymmärtämään mitä rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa ja mitä se sisältää.

Opinnäytetyöni tarkoitus on ymmärtää mitä rakenteinen kirjaaminen on. Kiinnostavaksi työstä teki sen, että olen omalla työpaikallani kirjaamisenvastaava ja tiedän, ettei rakenteisesti kirjaaminen ole helppoa. Tutkiessani tutkimuksia ja tehdessäni opinnäytetyötä huomasin, että ympäri Suomea vuosien ajan on ollut ongelmia rakenteisen kirjaamisen kanssa ja vie aikaa, että kirjaaminen tulee olemaan helppoa ja rakenteista.

On kuitenkin tärkeää kirjata tarkasti ja oikein, jolloin juridisesti pystyt todistamaan kirjaamisten perusteella mitä hoitotoimenpiteitä on tehty ja mitä on jätetty tekemättä.

Löysin tutkimuksia, joissa oli tutkittu potilastietojärjestelmien ja rakenteisen kirjaamisen yhteen toimivuutta, tutkimuksissa kävi ilmi, että usea potilastietojärjestelmä hidastaa kirjaamista sekä tiedon kulkua. Myös esille nousi vuonna 2011 julkaistussa raportissa, miten on tiedostettu, että komponentteja on liikaa, tai niitä on hankala käyttää, koska yksi asia voidaan kirjata monen komponentin alle. Tutkimus, jossa tehtiin kirjallisuuskatsaus vapaan tekstin käytettävyydestä kirjaamisessa, avasi paljon silmiä. Tässä ongelmana koettiin se, ettei vapaasti kirjoitettu tieto siirry jouhevasti eteenpäin verrattuna rakenteiseen kirjaamiseen. Kuitenkin vapaan tekstin käyttö koetaan hoitotyössä tarpeellisena, koska vapaalla tekstillä voi kertoa paremmin asioita, kuin pelkästään rakenteisella tiedolla.

Koska rakenteinen kirjaaminen koostuu tarve-tavoite-hoitotyön toiminnot-tulokset-osioista monilla, on hankaluuksia tehdä hoitosuunnitelmaa rakenteisesti oikein, jolloin toiminnallisena osuutena tehtävä opas auttaa hoitajia oppimaan rakenteinen kirjaaminen oikein. Selkeästi, yksinkertaisesti kerrotut asiat, mitä mihinkin kohtaan tulee ja esimerkit auttavat ymmärtämään kirjaamisen rakenteisuutta.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Valitsin aiheen sen ajankohtaisuuden ja oman kiinnostukseni vuoksi. Miksi tämä rakenteinen kirjaaminen on hankalaa ja vaikeaa työelämässä ja onko sitä asiaa tutkittu minkä verran, kuinka usein ja onko niihin tehty muutoksia tutkimustulosten perusteella. Tein toiminnallisen opinnäytetyön ja sen luotettavuutta voidaan laadullisen tutkimuksen kriteerein arvioida ja nämä kriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisuus ja siirrettävyys kriteerein. (Juvakka & Kylmä,2007,126.)

Uskottavuutta voidaan vahvistaa tutkimuksen eri vaiheissa keskustelemalla tutkimukseen osallistujien kanssa. Tutkija voi vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta olemalla riittävän pitkään tekemisissä tutkimuksen kanssa. (Juvakka & Kylmä,2007,126.)

Uskottavuus edellyttää myös sitä, että tulokset on selkeästi kuvattu, jotta lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat vahvuudet ja rajoitukset tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen,2013,198).

Toimeksiantaja on tämän prosessin aikana saanut oppaan luettavaksi ja yhdessä olemme muokanneet siitä toimeksiantajan tarpeen mukaiseksi. Etsin useista eri lähteistä tutkimuksia työhöni liittyen. Lähdekriittisyys tuli ilmi tutkimuksia lukiessa, sekä missä ja kuka on tutkimukset julkaissut ja kirjoittanut. Eettisyys hieman kärsii siitä, ettei englanninkielentaitoni ole hyvä, jolloin englanninkielinen aineisto jäi hyödyntämättä tutkimusmateriaalia tutkiessa ja valitessa opinnäytetyöhön. Olen tarkastanut opinnäytetyötä säännöllisin väliajoin ja saanut siihen ohjausta, mitä muutoksia siihen tarvitaan ja tehnyt ne ohjeiden mukaan.

Eettisyys on tieteellisen tutkimustoiminnan ydin. Eettisyyttä tarkastellessa tutkijalla on oltava aito kiinnostus uuden informaation hankkimisessa. On paneuduttava alaansa tunnollisesti, jotta hankittu ja välitetty informaatio olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. Tärkeintä on, että tutkija ei syyllisty vilpin harjoittamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen,2013, 211-212.)

Vahvistettavuus liittyy tutkimusprosessiin kokonaisuudessaan ja vaatii tutkijalta tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija pystyy seuraamaan tutkimusprosessin kulkua. Tutkijoiden tekemät erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta eivät merkitse luotettavuusongelmaa, koska erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä tutkimuskohteesta. (Juvakka & Kylmä,2007,129.)

Jokainen ihminen tulkitsee tähän aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja asioita omalla tavallaan, jolloin toisen opiskelijan tekemä opinnäytetyö tästä aiheesta ei tule olemaan samanlainen kuin minulla.

Reflektiivisyys tarkoittaa, että tutkimuksen tekijän on tiedettävä omat lähtökohdat tutkimuksen tekijänä. Tekijän on arvioitava, kuinka on vaikuttanut aineistoon ja tutkimusprosessiin ja kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. (Juvakka & Kylmä,2007,129.)

Oman työni kautta myös kirjaamisvastaavana tiedän mitä rakenteinen kirjaaminen on ja miten se voi olla vaikeaa oppia. Kokemukseni ja toimeksiantajan kanssa tiiviisti tehty yhteistyö rakenteisen kirjaamisen oppaan tekovaiheessa, jotta saadaan sellainen, joka palvelee sen käyttäjiä.

Siirrettävyys tarkoittaa, että missä määrin tulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään huolellista tutkimusympäristön kuvausta, aineiston keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta sekä osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 198.)

Vaikka tämä rakenteisen kirjaamisen- opas tulee terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnan käyttöön, uskon siitä olevan muillekin yksiköille ja hoitajille olevan apuna rakenteisen kirjaamisen opettelemiseen sekä kertaamiseen. Opasta voi muokata oman työyksikön tarpeiden mukaisesti, muistaen rakenteisen kirjaamisen ohjeistus.

6.3 Ammatillinen kasvu

Valitsin tämän rakenteisen kirjaamisen opinnäytetyön aiheeksi, koska aihe kiinnostaa minua. Työelämässäni ja työpaikalla olen päivittäin kirjaamisen kanssa tekemisissä ja oma vastuualueeni on kirjaaminen. Olen nähnyt käytännössä, miten kirjaaminen ei ole rakenteisen ohjeistuksen mukaista ja miten se on vaikeaa myös hahmottaa.

Toimeksiantajan kanssa työskentely onnistui hyvin ja jotta opas toimisi tarkoituksen mukaisesti, tässä oppaassa on käytetty siihen tarkoitettua tietoutta ja sitä on muokattu niin selkeäksi ja yksinkertaiseksi, että siitä on hoitajalle apua hahmottaa ja oppia rakenteinen kirjaaminen.

Opinnäytetyötä tehdessä aikataulun suunnitteleminen ja sen noudattaminen on ollut tärkeää, että saa ajallaan tehtyä. Opinnäytetyölle oli todella tiukka aikataulu varsinkin yksi tehdessä, mutta hieman armoa itselleen antaessa työ tuli tehtyä loppuun asti, kun suunnitteli aikataulun uudelleen. Tutkimustiedon etsiminen on ollut iso urakka ja hankaluuksia ensiksi aiheutti se, että mitkä ovat luotettavia

tutkimuksia ja lähteitä. Työtä tehdessä ja työn edetessä oppi katsomaan lähteitä kriittisesti ja osasi valita sieltä, ne luotettavimmat lähteet. Kirjaamisen auditoinnista etsiessäni tietoa sitä oli valitettavasti vain Kailan ja Kuivalaisen kirjoittama kertomus, miten auditointimittari on tehty. Tämä mittari on käytössä esimerkiksi Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä -alueella auditointeja tehdessä. Kaila ja Kuivalaisen raportissa myös todetaan, ettei mittarin käytöstä ole tehty laajaa tutkimusta, jossa olisi tutkittu mittarin toimivuutta laajemmalla alueella. Siksi kirjaamisen auditoinnista ei löytynyt muita tutkimuksia.

Tämä matka opinnäytetyötä tehdessä on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen. Tämä on opettanut paljon uusia asioita varsinkin rakenteisesta kirjaamisesta ja toivon, että tästä on hyötyä muillekin tulevaisuudessa. Tulen hyötymään näistä tiedoista, joita tutkimuksissa kävi ilmi, niin työelämässäniakin rakenteista kirjaamisesta käyttäessä ja ohjatessani muita oikeanlaisessa rakenteisessa kirjaamisessa.

6.4 Jatkokehitysmahdollisuudet

Rakenteisen kirjaamiseen tehty opas on kehityskelpoinen työ. Opas on tehty niin, että se antaa ohjeita yleisesti rakenteiseen kirjaamiseen, jolloin tämä ei ole sidoksissa tiettyyn potilastietojärjestelmään. Jolloin opasta voi esimerkiksi muokata oman potilastietojärjestelmän mukaiseksi ja työpaikkakohtaiseksi.

Tämä mahdollistaa myös jatkokehitysmahdollisuuksia esimerkiksi palvelukotien puolelle, jos siellä rakenteista kirjaamista ei käytetä ja kirjaamista halutaan kehittää rakenteiseen suuntaan.

Lähteet

- Ahonen,O, Blek-Vehkaluoto,M, Ekola,S, Partamies,S, Sulosaari,V & Uski-Tallqvist,T. 2014.Kliininen hoitotyö, sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hyppönen.H,Vuokko.R,Doupi,P.2014, Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät,arviointikäytännöt ja vaikutukset.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y, 3.1.2021
- Iivanainen,A.Syväoja,P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki, Sanoma Pro Oy.
- Juvakka, T & Kylmä, J.2007. Laadullinen terveystutkimus.Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kaila,A. Kuivalainen, L.2014 Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kehittäminen ja tulokset. Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013.
https://www.siunsote.fi/documents/393252/5552615/PKSSK_julkaisu_20/3d5afc7d-15cb-4147-848f-71a98311259c 13.10.2020.
- Kankkunen,P & Vehviläinen-Julkunen,K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä.Helsinki. Sanoma Pro oy.
- Kotimaisen kielten keskus. 2021, Vinkkejä ohjetekstin tekijöille. https://www.kotus.fi/ohjeet/virkakielihojeita/ohjeita_ohjeiden_tekijoille#Esitohjeethelpostihahmottuvassamuodossa, 3.1.2021
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 298/2009.<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=298%2F2009#L3P11>, 11.9.2020
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=s%C3%A4hk%C3%B6iset%20asiakirjat> ,11.9.2020
- Martikainen. T, 2020. vs.osastonhoitaja, Lieksan terveyskeskussairaala,Siun sote Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Kirjoitettu haastattelu. 22.10.2020.
- Mykkänen. M, Miettinen.M, Saranto.K.2018, Tietorakenteet potilaan hoitotietojen kirjaamisessa -Case hoitotyön yhteenveto. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. <https://journal.fi/finjehew/article/view/68899>, 25.12.2020
- Niiranen. H, 2015. Hoitotyön kirjaamisen laatu, kirjaamisen merkitys hoitoisuusluokituksessa. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali ja terveysjohtamisen laitos. Sosiaali ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro-gradu-tutkielma. 25.12.2020.
- Nykänen.P & Junnila K, Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf , 11.9.2020
- Nykänen. P,Viitanen.J, Kuusisto.A,2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/65782/D2010-7.pdf?sequence=1> 6.11.2020

- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista.<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaali%20ja%20terveysministeri%C3%B6n%20asetus%20potilasasiakirjoista>, 11.9.2020
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2020. Kirjaaminen.<https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>, 7.9.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2019. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0.https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf, 13.9.2020, 27.9.2020
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1. versio 2018. https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77, 13.9.2020, 13.10.2020
- Ukkonen.A-E,2016, Sana on vapaa- narratiivisen tekstin rooli sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. <https://journal.fi/finjehew/article/view/58107>, 5.11.2020
- University of eastern finland, 2020. Auditointi.<http://www3.uef.fi/web/guest/auditointi>, 7.9.2020.
- Vilka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi

OHJEITA RAKENTEISEEN KIRJAAMISEEN



Tekijä: Tiina Lampinen

Opas tehty osana opinnäytetyötä: Rakenteinen kirjaaminen -opas Lieksan terveyskeskussairaalan vuodeosastolle

Karelia Ammattikorkeakoulu, Sairaanhoidajakoulutus

Sisältö

Mitä rakenteinen kirjaaminen on?.....	3
Hoidon tarve (SHTal suomalaisen hoidon tarveluokitus)	4
Hoidon tavoite	5
Hoitotoimi (SHToL suomalaisen hoidon toimintoluokitus)	6
Hoitotyön toteutus:	7
Hoitotyön tulos (SHTuL, suomalaisen hoidon tuloluokitus)	8
Hoitotyön yhteenveto/väliarvio	9
Lähdeluettelo	11

Mitä rakenteinen kirjaaminen on?

Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa potilastietojen kirjaamista järjestelmällisesti ja rakentavasti esim. hoitajakson aikana hoitotyön merkintöihin pää- ja alakomponenttien avulla potilaan tietoihin. Kirjaamisessa ei käytetä lyhenteitä, koska se voi johtaa väärään tulkintaan kirjauksia lukiessa.

Potilaskertomuksen rakenteisuudella on tarkoitus parantaa potilaan hoitoa, kun tieto on helposti haettavissa ja löydettävissä potilastietojärjestelmästä.

Tavoitteena yhtenäisellä kirjaamisella on helpottaa potilastietojen hakemista, niiden käyttöä ja hoidon seuranta.

Hyöty tulee siitä, että potilaasta kerran kirjattu tieto on käytettävissä uudelleen myöhemmin omassa potilastietojärjestelmässä.

Ajantasainen tieto parantaa potilasturvallisuutta.

Rakenteinen tieto:

Tarkoittaa että käytössä olevan kirjaamismallin avulla kirjataan hoidon keskeiset tiedot rakenteisesti oikein oikeaan paikkaan. Rakenteinen tieto tukee ammattilaista hänen vastatessaan esim. virhe- ja vaarailmoituksiin sekä muistutusten laatimisessa. Sekä tukee ammattilaisen tehdessä hoito-ohjeita.

Kansallisen hoitotyön kirjaamismalli on sovittu menetelmä, jonka avulla kirjataan rakenteisesti. Tähän kirjaamismalliin osana kuuluu FinCC-luokitus, joka muodostuu Suomalaisesta hoidon luokitusten pää- ja alakomponenteista. Siihen kuuluu potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, johon on koottu valtakunnallinen sähköisen potilaskertomuksen yhtenäinen rakenne ja oppaassa kerrotaan miten rakenteisesti kirjaat tarpeet, tavoitteet, hoitotyön toiminnot ja tulokset potilaskertomuksiin.

Hoidon tarve (SHTal suomalaisen hoidon tarveluokitus)

Potilaan tullessa vuodeosastolle hoitaja kirjaa yhdessä potilaan kanssa hoidon tarpeet. Miksi potilas on tullut osastolle, onko osastojakson aikana seurattavia perussairauksia ja millainen on vointi verrattuna kotitilanteeseen. (Esimerkiksi potilaalla on Diabetes, hoitojakson aikana seuraat verensokereita, odotetaanko verensokereiden muuttuvan, vaivan takia miksi potilas on tullut osastolle.) Jos potilas ei pysty sairauksien vuoksi hoitajan kanssa kirjaamaan hoidon tarpeita voi hoitaja käyttää tulotekstiä apuna. Hoidon tarpeisiin EI tule lääkärin asettamia diagnooseja. Kaikkia sairauksia EI avata tarpeisiin, jos sillä ei ole välitöntä vaikutusta potilaan hoitoon kyseisellä hoitojaksolla.

ESIMERKIT:

Verenkierto: Potilas sairastaa sydänsairautta, jonka vuoksi verenpaineen ja pulssin mittaaminen on tarpeellista osastohoidon aikana.

Hoidon ja jatkohoidon koordinointi: Potilas asuu yksin kotona, kotihoito käy 2 x päivässä. Selvinnyt tähän asti näillä kotihoidon avuilla, nyt avuntarve lisääntynyt.

Aktiviteetti: Ennen osastolle joutumista, kotona liikkuminen onnistunut rollaattori apuvälineenä. Tällä hetkellä selkäkipujen vuoksi ei kykene liikkumaan ilman hoitajan apuja.

Aisti- ja neurologiset toiminnot: Potilaalla ennen osastolle tullessa kovat kivut. Kipuja arvioidaan osastolla mittaamalla VAS < mittarilla.

Lääkehoito: Lääkäri määrännyt kipulääkkeitä kipuihin. Seurataan kipulääkkeiden vaikutusta.

Hoidon tavoite

Hoidon tavoitteet suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa. Tavoitteet ovat potilaslähtöisiä EI hoitajalähtöisiä. Tavoitteiden on oltava konkreettisia, hoitojakson alussa voidaan asettaa ns. päätavoite, joka tullaan hoitojakson loppuun mennessä täytetyksi. Voidaan myös asettaa lyhyen ajan tavoite, joka saavutettuaan voidaan muuttaa. Tavoitteet on kirjattava tarkasti, koska esim. kotikuntoisuus ei kerro tarkasti mihin kyseisellä tavoitteella pyritään pääsemään potilaan kohdalla.

ESIMERKIT:

Verenkierto: Potilas tietää verenpaineiden mittaamisen tarpeellisuuden sydänsairauden vuoksi. Verenpaine tavoitetaso on 130/80.

Hoidon ja jatkohoidon koordinointi: Kuntoutuu osastolla kotihoidon turvin kotona pärjääväksi.

Aktiviteetti: Potilas tiedostaa kipujen vaikeuttaneen liikkumista, ensin tavoitteena päästä liikkeelle kivun sallimissa rajoissa. Se jälkeen tavoitteena kuntoutua rollaattorin avulla käveleväksi.

Aisti- ja neurologiset toiminnot: Potilaan tiedostaa, että kipulääkityksellä saadaan kivut hallintaan, tietää myös lääkkeettömät vaihtoehdot kivun hoitoon.

Lääkehoito: Potilas tiedostaa kipulääkkeiden tarpeellisuuden ja haluaa ohjausta lääkkeettömään kivun hoitoon.

Hoitotoimi (SHToL suomalaisen hoidon toimintoluokitus)

Hoitotoimi kuvaa hoidon suunnittelua, toteutusta ja ne tapahtuvat potilaan sekä hoitajan välittömässä hoitotilanteessa. Hoitotyönmerkintöihin tulee kirjata merkittävät hoitotoimet hoidon kannalta. Hoitotoiminnoissa perustana on hoitajan tietämys ja erilaiset taidot, sekä oleellista on myös potilaan ja omaisten tiedot ja näkemykset tilanteesta. Hoitotoiminen avulla pyritään vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen.

Lyhyesti: miten potilas liikkuu, kommunikoi, tarvitseeko ohjausta/apua ja missä. Hoitotoimen toteuttajina voi olla hoitaja, potilas tai jopa potilaan omainen joko yksin tai yhdessä.

ESIMERKIT:

Verenkierto: Verenpaineen ja pulssin mittaaminen: Verenpaine ja pulssi mitataan 1 x päivässä. Tarvittaessa useammin.

Hoidon ja jatkohoidon koordinointi: Jatkohoidon suunnittelu: 20.1 soitettu kotihoitoon ja keskusteltu mahdollisesti kotiutumisesta 22.1. Sovittu, että kotihoito lisää käyn-
tejä kotiin kotiutumisvaiheessa. He katsovat, mitä apuja potilas tarvitsee kotiin. Kotiutu-
mispäivänä ovat potilasta vastassa kotona, kunhan kotiutuu.

Aktiviteetti: Rollaattorin turvin liikkumiset kivun sallimissa rajoissa hoitajan avustamana osastolla.

Aisti- ja neurologiset toiminnot: Kivun seuranta: Kysytään kivuista, käytetään apuna VAS-mittaria. Seurataan kivuliaisuuden ilmaantumista liikkumisen yhteydessä.

Lääkehoito: Lääkkeen antaminen: Annetaan kipulääkettä tarvittaessa kipuihin.

Lääke suun kautta: Parasetamol 1 g x3 menee säännöllisenä kipuihin.

Lääke injektiona: Oxanest 5 mg s.c tarvittaessa kipuihin.

Hoitotyön toteutus:

Hoitotyön toteutuksiin kirjataan mitä hoitaja tekee.

ESIMERKIT:

Verenkierto: Verenpaineen ja pulssin mittaaminen: Verenpaine ja pulssi mitattu klo. 11.00.

Hoidon ja jatkohoidon koordinointi: Jatkohoidon suunnittelu: Soitettu kotihoitoon ja keskusteltu kotiutumisen.

Asiantuntijanpalveluiden koordinointi: Lääkärinkierto: Keskusteltu ja suunniteltu kotiutumista.

Aktiviteetti: Aktiviteetin seuranta: Seurattu onnistuuko liikkuminen rollaattorin kanssa.

Aisti- ja neurologiset toiminnot: Kivun hoito: Kysytty kivuista, seurattu ilmaantuuko kipuilua liikkeessa.

Lääkehoito: Lääkkeen antaminen: Saanut Oxanest 10 mg/ml 0,5 ml s.c. klo.12.00 ki-puihin.

Hoitotyön tulos (SHTuL, suomalaisen hoidon tulosluokitus)

Hoitotyön tulos kuvaa potilaan tilassa tapahtunutta muutosta. Tuloluokituksessa voidaan käyttää asteikkoa: parantunut, ennallaan, huonontunut. Täydennetään vapaalla tekstillä. Hoidon tuloksen arviointia tehdään osastolla päivittäin, jotta tiedetään, onko muutosta tapahtunut voitiin.

Potilaan tilaa arvioidaan niin, että tarkastellaan hoidon tarvetta, niiden tavoitteita, suunniteltuja toimintoja sekä toteutettua hoitoa. Tavoitteita arvioidessa katsotaan, onko tavoitteet liian korkealla tai matalalla vai oliko peräti realistiset ja saavutettavissa. Tarvittaessa tavoitteita muokataan, jos tavoitteisiin ei olla päästy.

ESIMERKIT:

Verenkierto: Verenpaine ja pulssi normaali. 130/80.

Hoidon ja jatkohoidon koordinointi: Kotihoito tietoinen mahdollisesta kotiutumisesta lähipäivinä. Sovittu, että vielä soitetaan, kun kotiutuspäivä on tiedossa.

Aktiviteetti: Liikkuminen rollaattorin turvin onnistuu itsenäisesti. Askellus on varmaa eikä tarvitse hoitajaa vierellä varmistamaan liikkumista.

Aisti- ja neurologiset toiminnot: Potilas kertoo, että kivut ovat hyvin hallinnassa, liikkeelle lähtiessä hieman selkä kipuilee. Tällä hetkellä VAS on 1.

Lääkehoito: Kertoo kipulääke pistoksen auttaneen kipuihin.

Hoitotyön yhteenveto/väliarvio

Jokaisesta loppuneesta hoitajaksesta (myös exitus) tai kun hoitovastuu siirtyy toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle, on tehtävä yhteenveto. Yhteenvedossa kuvataan potilaan voinnin ja hoidossa tapahtunut kehitys hoidon aikana. Yhteenvetoon sisällytetään yksityiskohtaiset ja selkeät ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi.

Lyhyesti: miksi potilas tuli osastolle, mitä on tehty tavoitteiden saavuttamiseksi ja saavutettiin tavoitteet hoitajakson lopussa.

Hoitotyön yhteen veto koostuu päivittäismerkinnöistä ja tämän tavoitteena on erityisesti hoidon jatkuvuuden turvaaminen, potilaan sitouttaminen hoitoon ja potilasturvallisuus. Potilaan hoidon jatkuessa esim. toisessa yksikössä hoitohenkilökunnan on saatava nopeasti kuva potilaan tilasta. Potilaiden itsehoidon toteutuminen mahdollistetaan hoitotyön yhteenvedolla, koska potilas voi itse lukea yhteenvedon omasta kannasta.

Väliarviossa erona on se, että tehdään pitkäaikaispotilaille 3 kk. välein ja siihen kirjataan hoidon, kuntoutuksen aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneet oleelliset kehitykset tai voinnin muutokset hoitajakson alussa saatuihin esitietoihin.

FinCC -luokituskokonaisuuden komponentit (17) ja komponentin sisällön kuvaus.

Aktiveetti Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät

Erittäminen Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät

Selviytyminen Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista

Nestetasapaino Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät

Terveyskäyttäytyminen Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät

Hoidon ja jatkohoidonkoordinointi

Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointi

Lääkehoito Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät

Ravitsemus Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät

Hengitys Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät

Verenkierto Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät

Aineenvaihdunta Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät

Turvallisuus Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit

Päivittäiset toiminnot Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät

Psyykkinen tasapaino Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät

Aisti- ja neurologiset toiminnot Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät

Kudoseheys Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät

Elämäntapa Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät

Lähdeluettelo

FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0,

<https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/FLKJ1?pre->

[view=/56886406/58588499/FinCC%20opas%20ver%204_0%20FINAL_20200428.pdf](https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/FLKJ1?pre-view=/56886406/58588499/FinCC%20opas%20ver%204_0%20FINAL_20200428.pdf),
24.10.20

Iivanainen,A.Syväoja,P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki, Sanoma Pro Oy.

Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1, versio 2018.

<https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1+++fi->

[nal+2018__.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77](https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1+++fi-nal+2018__.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77), 25.10.20.

Etusivun kuvan lähteet:

<https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>, https://www.pincart.com/pindetail/ibmhbTR_nurse-with-computer-clipart-png-download/

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>, <http://www3.uef.fi/web/guest/auditointi>,

https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1+++fi-nal+2018__.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77