

Sonja Packalén

RAKENTEISEN KIRJAAMISEN OHJEISTUS
UUDENKAUPUNGIN KOTIHOITON

Hoitotyön koulutusohjelma
2014

RAKENTEISEN KIRJAAMISEN OHJEISTUS UUDENKAUPUNGIN KOTIHOITON

Packalén, Sonja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Helmikuu 2014
Ohjaaja: Santamäki, Kirsti
Sivumäärä:30
Liitteitä:3

Asiasanat: Kotihoito, hoitotyön prosessi, kirjaaminen

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Uudenkaupungin kotihoidolle ohjeistus rakenteisesta kirjaamisesta. Uudenkaupungin terveystalveissa on käytössä Mediatri-potilastietojärjestelmä. Mediatri ei ole vielä tuonut rakenteisen kirjaamisen komponentteja ja otsikointeja Uudenkaupungin terveystalvelujen käyttöön. Joten opinnäytetyön tekijän tehtävänä oli viedä kotihoitoon tietoutta rakenteisesta kirjaamisesta ja sen mukana tulevista muutoksista kirjaamiseen.

Kotihoidolla tarkoitetaan iäkkään kotona tapahtuvaa hoitoa. Se voi olla joko ennalta ehkäisevää, kuntouttavaa tai saattohoitoa. Uudenkaupungin kotihoito hoitaa yli 65-vuotiata. Hoito voi olla päivittäisissä toiminnoissa auttamista tai sairaanhoidollista hoitoa.

Hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Kirjaamisen tulisi tapahtua hoitotyön prosessin mukaan, prosessi jaetaan neljään eri osa-alueeseen. Hoidon määrittämisessä kartoitetaan potilaan ongelmat ja voimavarat ja näiden pohjalta suunnitellaan hoito. Hoidon suunnittelussa asetetaan hoidolle myös tavoitteet. Hoidon toteutus vaiheessa toteutetaan suunniteltua hoitoa. Hoidon arviointi tulee suorittaa potilaan hoidosta riippuen joko päivittäin tai viikoittain, kuitenkin vähintään muutaman kuukauden välein. Hoidon loputtua tehdään lyhyt yhteenveto hoidosta, missä kerrotaan mitä on hoidettu ja miten sekä se onko hoito vaikuttanut toivotulla tavalla.

Kirjaamisessa tulee aina myös muistaa kirjata potilaan omat tuntemukset hoidosta. Se ei saa olla pelkästään luettelo hoitohenkilökunnan tekemistä toimenpiteistä. Tärkeää on myös kirjata hoidon vaikuttavuus potilaaseen.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena oli Power Point- ohjeistus rakenteiseen kirjaamiseen. Ohjeistus esiteltiin kahdessa samansisältöisessä koulutuksessa. Koulutustilaisuuksissa käytiin läpi rakenteinen kirjaaminen komponenttien ja otsikointien avulla. Tilaisuudet antoivat kotihoidon henkilökunnalle kuvan siitä mihin kirjaaminen on muuttumassa ja mitä muutoksia se tuo tullessaan. Ohjeistus oli kotihoidon henkilökunnan mielestä toimiva ja selkeä, he kokivat siitä olevan apua myöhemmin. Henkilökunta sai Power Point- ohjeistukset itselleen, näin ollen ohjeistus on heidän käytössä siinä kohtaa kun Mediatri tuo komponentit ja otsikoinnit käyttöön. Lisäprojektin tarpeena nousi esille komponenttien otsikoiden lyhyt ohjeistus jokaisen tietokoneen viereen.

STRUCTURAL DOCUMENTATION GUIDELINES FOR UUSIKAUPUNKI HOME CARE

Packalén, Sonja
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in nurse training
February 2014
Supervisor: Santamäki, Kirsti
Number of pages: 30
Appendices:3

Keywords: home care, the nursing process, dokumentatio

The functional purpose of this thesis was to provide guidelines for structural documentation in Uusikaupunki home care. Uusikaupunki health services uses Mediatri patient information system. However, Mediatri has not yet brought structural documentation components and headlining for Uusikaupunki health services to use. So the task of this thesis author was to bring Uusikaupunki home care unit knowledge of structural documentation and the changes that it will bring to the documentation.

Home care means elderly citizens caring that takes place in their home. It can be either preventive, rehabilitative or terminal care. Uusikaupunki home care offers caring over 65 year old citizens. Home care can be for example helping out with daily operations or nursing at home.

Documentation of the nursing is an important part of it. Documentation should take place according to the nursing process, the process is divided into four sub-areas. Specifying the treatment, identifying the patient's problems and resources and based on these, planning the treatment. During the planning it is necessary to set targets for the treatment. The treatment phase, planned treatment is carried out. Evaluation of the treatment needs to be carried out, depending on the patient's condition and treatment, either daily, weekly or at least every few months. At the end of the treatment, a brief summary is carried out about it, explaining what has been treated and how, and whether the treatment had the desired effect.

Always should remember to document also patient's own feelings and observations of the treatment. It should not be just a list of actions about what the nursing staff has carried out. It is also important to document the effectiveness of the treatment to the patient.

As a result of this functional thesis were PowerPoint-based instructions for structured documentation. The instructions were presented, with the same content, in two training sessions. In these two training sessions, structural documenting was held through using components and headlines. These sessions gave the home care staff a picture of which direction documenting is about to change, and what changes it will bring. Instructions were, according to the homecare staff, well functional and clear, homecare staff experienced that it would be very helpful later. The staff was given these PowerPoint instructions, so that staff has guidelines available when Mediatri brings components and headlining to homecare. As an additional project, came up that there should be a brief guideline of component headlines next to every computer.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KOTIHOITO.....	7
3	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN.....	8
3.1	Hoitotyön prosessi.....	8
3.1.1	Hoidon tarpeen määrittäminen.....	9
3.1.2	Hoidon suunnittelu.....	10
3.1.3	Hoidon toteutus.....	10
3.1.4	Hoidon arviointi.....	11
3.2	Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen.....	11
3.3	FINCC-luokitus.....	14
3.4	Uudenkaupungin kotihoidossa käytössä oleva kirjaamisohjelma.....	16
4	POTILASASIAKIRJA.....	16
4.1	Potilasasiakirjojen laatiminen ja säilyttäminen.....	17
4.2	Potilasasiakirjojen rakenne.....	18
5	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	20
5.1	Projektin tarkoitus.....	20
5.2	Projektin tavoitteet.....	20
6	PROJEKTIN TOTEUTUSSUUNNITELMA.....	21
7	PROJEKTIN TUOTOS.....	22
8	PROJEKTIN ARVIOINTI.....	24
9	POHDINTA.....	26
	LÄHTEET.....	28
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tekijä valitsi opinnäytetyön aiheeksi sähköisen kirjaamisen Uudenkaupungin kotihoidossa. Opinnäytetyön aihe nousi esille kun kotihoidossa käytiin keskustelua kirjaamisen tärkeydestä ja siitä mitä laki edellyttää tällä hetkellä ja mitä muutoksia niin lakiin kuin kirjaamiseenkin on tulossa. Kotihoidon lähiesimies ehdotti opinnäytetyön tekijälle opinnäytetyön aiheeksi rakenteista kirjaamista. Opinnäytetyön tekijä koki aiheen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi, joten aihe valittiin. Uudenkaupungin terveystalveissa on käytössä Mediatri-ohjelma.

Kirjaaminen on Uudenkaupungin kotihoidossa tällä hetkellä monimutkaista ja kirjaavaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda kotihoidon henkilökunnalle valmius rakenteiseen kirjaamistyylisiin. Mediatri tuo rakenteisen kirjaamisen komponentit ja otsikoinnit vasta myöhemmin, joten opinnäytetyönä tehty Power Point ohjeistus on siinä kohtaa tukena, kun nämä otsikoinnit tulevat kotihoidon käyttöön.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan projektiluontoisesti tehtyä opinnäytetyötä, se on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö on useimmiten työelämälähtöistä. Tuotoksena on yleisimmin joko jokin ohjeistus, ohje taikka opastus. (Vilka & Airaksinen, 2003, 9.) Sosiaali- ja terveysalalla toiminnallinen opinnäytetyö on usein tehty jonkin sairauden hoidon, ennalta ehkäisyyn tai haittojen ehkäisyyn. Aiheena voi olla myös perehdytyskansio, jokin muu ohjeistus tai jokin tietylle ryhmälle suunniteltu tapahtuma. Oli toteutustapa mikä tahansa tärkeintä on että käytännön toteutus ja teoretieto yhdistyvät. (Vilka & Airaksinen, 2003, 10).

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämästä lähtöisin ja sillä on toimeksiantajana jokin yritys tai työyhteisö. Se tukee ammatillista kasvua, ja väite että koulutus laahaa työelämän perässä saadaan näin kumottua. Opiskelijan on helppo peilata tietojään ja taitojään työelämässä vaadittaviin tietoihin ja taitoihin. (Vilka & Airaksinen, 2003, 17-18.)

Kansaneläkelaitos hoitaa potilasasiakirjojen säilytystä ja käyttöä varten olevaa arkistointipalvelua (KanTa). Osana tätä palvelua on myös hakemistopalvelu potilasasiakirjojen luovutusta varten sekä potilaan tiedonhallintapalvelu. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen edellyttämien tietosisältöjen, toimintaprosessien ja käsitemallien tukemat tietorakenteet määrittää terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. (Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159 14§.) Valtakunnallisesti on sovittu potilasasiakirjojen ydintiedoista, näitä käyttäen potilaan tiedot voidaan hakea Kanta-palvelusta, riippumatta organisaatiosta ja siellä käytössä olevasta potilastietojärjestelmästä (Lehtovirta & Vuokko, 2014). Kansallisesti sovitut ydintiedot ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedot (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012, 10). Kansaneläkelaitoksen ylläpitämästä rekisteristä saa terveydenhuollon palveluja tuottava yritys käydä hakemassa ja katsomassa tietoja, kun järjestetään potilaan terveyden- ja sairaudenhoitoa. (Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 14a§.) Julkisella terveydenhuollon palveluja tuottavalla yrityksellä on velvollisuus liittyä näihin tietojärjestelmäpalveluihin ennen 1. syyskuuta 2014. (Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159 25§.) Valtakunnalliseen arkistoon on tallennettava kaikki potilasasiakirjojen alkuperäiset kappaleet. Potilasasiakirjojen luovutusta koskevat suostumus- ja kieltosiakirjat tallennetaan potilaan tiedonhallintapalveluun. (Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159 15§)

2 KOTIHOITO

Kotipalvelulla tarkoitetaan kotona tapahtuvaa hoitoa. Kotipalvelua asiakkaan on mahdollista saada alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi, jos hän ei selviä päivittäisistä toiminnoista. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut, 2013.) Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan kotona tapahtuvia lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimenpiteitä. Tällaisia toimenpiteitä ovat mm. näytteiden otot ja lääkehoidon valvonta. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut, 2013.) Useissa kunnissa nämä palvelut on yhdistetty kotihoidoksi. Näin ollen vanhus saa avun päivittäisiin toimiin sekä sairaanhoidollisiin tarpeisiin yhdestä paikasta. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon voivat yhdistää ne kunnat jotka tuottavat itse sekä perusterveydenhuollon palvelut että sosiaalihuollon palvelut (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut, 2013).

Uudenkaupungin kotihoito tuottaa sairaanhoidollisia palveluja yli 65-vuotiaille uusi-kaupunkilaisille. Kotihoidon tarkoituksena on turvata sekä mahdollistaa vanhuksen kotona asuminen. Asiakkaaksi tullaan useimmiten sairaalan tai vuodeosaston kautta, mutta myös omaiset ottavat yhteyttä. Kun vanhuksen omat voimavarat eivät riitä auttaa kotihoito selviämään arjen askareista. Avun tarve voi olla tilapäistä tai jatkuvaa, kun tarve on jatkuvaa, tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. (Uudenkaupungin kaupungin www-sivut, 2012.) Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen osallistuvat asiakas, hänen omaisensa, kotihoidon työntekijä, kotihoidon esimies sekä kotihoidon ohjaaja. Suunnitelmassa huomioidaan asiakkaan nykytilanne, avuntarve (asiakkaan, omaisten ja työryhmän näkökulmasta) sekä kartoitetaan kattavasti mitä kotihoito tulee tekemään asiakkaan luona esim.. apteekkiasioinnit, kauppakäynnit, kylvyt yms. Kotihoito on jaettu kolmeen eri alueeseen, Itä-alue, Länsi/kaupunkialue sekä Kalanti-Lokalahti- Pyhämaa. Kotihoidossa työskentelee 2 erikoissairaanhoitajaa/ esimiestä, 5 sairaanhoitajaa, 35 lähihoitajaa, 11 kodinhoitajaa sekä 1 kotiavustaja. (Uudenkaupungin kotihoidon esite.)

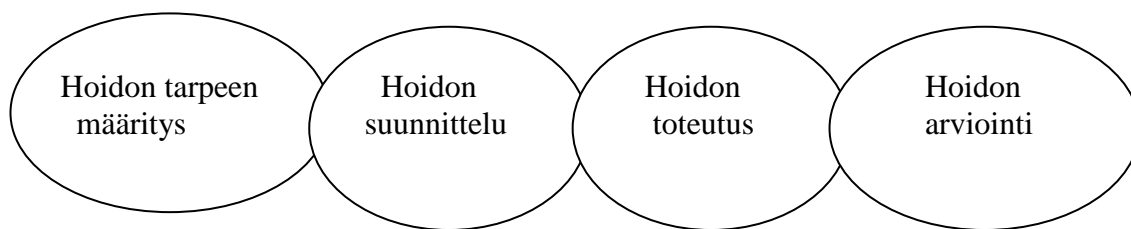
WHO määrittää kotihoidon tapahtuvan asiakkaan kotona joka voi olla asiakkaan oma koti, palvelu asunto tai asiakas voi asua läheisen luona. Kotihoidolla pyritään ehkäisemään ja hidastamaan pitkäaikaista laitoshuoltoa. Kotihoitoa voidaan tarvittaessa tuottaa myös muuallakin kuin asiakkaan kotona esim. päiväsairaalassa tai päivätoimintakeskuksissa. (Hammar 2008, 21.)

Suomessa valtakunnalliset linjaukset tukevat toiminnan kautta määriteltävää kotihoitoa. Tällä tarkoitetaan vanhuksien asumista pidempään kotona kotihoidon turvin. Näin ollen vanhuksen elämänlaatukin paranee, koska kotona mahdollisimman pitkään asuminen on monen toive, eikä tämä useimmiten onnistu ilman kotihoidon apua. Vanhuksen avun tarve määrittää kotihoidon sisällön. Kotihoidon palvelut vaihtelevat eri asiakkailta suuresti, niitä on ennalta ehkäisevistä käynneistä aina kotona tapahtuvaan saattohoitoon asti. (Hammar 2008, 22.)

3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

3.1 Hoitotyön prosessi

Hoidon ja kirjaamisen tulisi toteuta hoitotyön prosessin mukaisesti, prosessi ei ole pelkästään potilaan fyysisistä ongelmista huolehtimista, vaan siinä tulee ottaa huomioon myös potilaan sosiaalinen ja emotionaalinen puoli. Prosessi koostuu neljästä eri osasta; hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi (kuviot 1), näissä eri vaiheissa joudutaan tekemään erilaisia ratkaisuja ja päätöksiä, jotta päästään haluttuun lopputulokseen. Nämä neljä osa-aluetta sisältävät vielä pienempiä osa-alueita, jotka helpottavat prosessinomaista ajattelua ja kirjaamista. Sairaanhoitajien ja muiden hoitotyötä tekevien tulisi omaksua prosessinomainen kirjaamistyyli, se on ensiaskeleksi rakenteista kirjaamista Hoitotyön prosessi ja Suomalainen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintaluokitus luovat rungon rakenteiselle kirjaamiselle. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, Rautava-Nurmi ym. 2013, 45-47.)



Kuvio 1 Hoitotyön prosessin vaiheet

Hoidon arviointia on helppo tehdä, kun hoito ja kirjaaminen ovat tapahtuneet prosessin mukaan. Näin on myös helppo selvittää vastuuta potilaan hoidosta. Hoitotyön prosessi tulee suunnitella potilaslähtöisesti, kaikki prosessin aikana syntynyt tieto tulee olla kaikkien hoitoon liittyvien saatavissa. Onnistuneen ja hyvän hoito prosessin yksi kulmakivistä on prosessin mukainen, ajantasainen ja tarkka kirjaus. Prosessin alkuvaiheessa luodaan hoitosopimus/-suunnitelma, tässä kerrotaan mihin potilaan hoidossa pyritään ja millä aikataululla. Hoitosuunnitelmaa ovat luomassa kaikki potilaan hoitoon liittyvät, potilas itse ja sovittaessa myös hänen omaisensa. Prosessi päättyy, kun asetetut tavoitteet ovat saavutettu. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 45-47.)

3.1.1 Hoidon tarpeen määrittäminen

Hoidon tarpeen määrittämisellä tarkoitetaan hoidon suunnittelua. Siinä moniammatillinen työryhmä kerää tietoa potilaan terveyteen liittyvistä ongelmista, jo tiedossa olevista sekä niistä mitä mahdollisesti voi ilmetä myöhemmin. Hoidon tarpeen määrittämisessä käytetään apuna havainnointia, haastattelua ja erilaisia mittareita, tarpeet tulee laittaa tärkeysjärjestykseen. Hoidon tarpeen määrittämisessä käytetään apuna FinCC:n luokituksista tarveluokkien pää- ja alaluokkia, tarpeelle voidaan määrittää myös varmuusaste. Tarpeen määrittämisessä tulee ottaa huomioon fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat. Fyysiset ongelmat ovat useimmiten helpoiten havaittavissa, niitä voivat olla esim. kipu, sydänoireet, hengitykseen liittyvät oireet ja pahoinvointi. Potilaalla voi olla kahdenlaisia ongelmia, objektiivisia ja subjektiivisia. Objektiivisella ongelmalla tarkoitetaan sellaista ongelmaa minkä hoitaja havaitsee, subjektiivinen ongelmalla tarkoitetaan sellaista ongelmaa minkä potilas kokee tai tuntee. Hoitokertomukseen kirjataan vain hoidon kannalta tärkeät tarpeet. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 47-48, Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 14.)

3.1.2 Hoidon suunnittelu

Hoidon suunnittelu sisältää tavoitteet ja suunnitellut toiminnot. Hoitotyön tavoitteita suunniteltaessa on tärkeää muistaa, etteivät tavoitteet ole hoitotyön toimintoja vaan niiden tulee olla potilaslähtöisiä. Tavoitteet tulee asettaa potilaan ongelmiin nähden, niiden poistamiseksi tai vähentämiseksi hoitotyön toiminnoin, potilaan tila ja se millaisia muutoksia siinä halutaan huomioon ottaen. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, jotta niitä voidaan arvioida myöhemmin. Hoitotyön suunnitellut toiminnot kuvaavat tavoitteita hoitajan näkökulmasta. Toimintoja kirjattaessa on otettava huomioon potilaan fyysinen ja psyykinen tila sekä elinympäristö. Suunnitellut toiminnot ovat keino auttaa potilasta edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa kanssa sekä auttaa potilasta kuoleman lähestyessä. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 48-49, Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.) Suunniteltujen toimintojen asettelussa on hyvä ottaa huomioon potilas itse sekä hänen omaisensa, näin potilas on itse motivoituneempi saavuttamaan tavoitteet. Hoidon tavoitteille asetetaan myös ajallinen tavoite, sen tulee olla realistinen, se auttaa myös koko hoitotiimiä potilaan hoidossa, tiedetään kuka tekee mitäkin ja millä aikataululla asia toteutetaan. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

3.1.3 Hoidon toteutus

Hoidon toteutus on suoraan johdannainen suunnitelluista toiminnoista. Hoidon toteutuksessa tulee noudattaa hoitotyön periaatteita, potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti kuntouttavaa työtä käyttäen unohtamatta kunnioitusta ja itsemääräämisoikeutta. Kirjatessa hoidon toteutusta kirjaukset tehdään menneessä aikamuodossa, koska hoito on toteutunut ennen kirjaamista. Potilaan omat tuntemukset ja kokemukset hoidosta ja sen vaikuttavuudesta tulisi myös kirjata, tämä helpottaa hoidon arviointia. Vaikka hoitaja on hoidon toteuttaja, kirjauksen tulee kuitenkin olla potilaslähtöinen. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 49, Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

3.1.4 Hoidon arviointi

Prosessin viimeinen vaihe on hoidon arviointi. Tässä vaiheessa arvioidaan koko potilaan hoitoa peilaten sitä asetettuihin tavoitteisiin. Arvioinnissa otetaan huomioon potilaan kokemus siitä miten hoito hänen mielestään on toteutunut, ollaanko päästy tavoitteisiin. Tässä kohtaa voidaan asettaa uusia tarpeita ja suunniteltuja toimintoja, prosessi voidaan aloittaa alusta uusien tavoitteiden kanssa. Arviointia voidaan tehdä lyhyin aikaväleihin kun on kyse nopeasti muuttuvasta ja lyhyestä hoidosta, pidempi aikaisessa hoidossa arviointi väli voi olla pidempi, jopa kuukausia. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 4.)

Hoidon päätyttyä, potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen, kotiutuessa tai potilaan kuollessa tehdään hoidon yhteenveto. Yhteenveto on lyhyt ja ytimekäs. Siinä verrataan potilaan nykyistä tilaa siihen mitä se oli kun potilas tuli hoitoon. Yhteenvedosta näkee helposti tärkeimmät hoitotyön toiminnot ja niiden vaikutukset potilaaseen. . (Rautava-Nurmi ym. 2013, 49-50, Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

3.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Hoitohenkilökunta on aina tehnyt kirjauksia toimistaan. Alkuun ne olivat vain yksittäisen hoitajan tai lääkärin itseään varten tekemiä muistiinpanoja. Vuosia kirjaamisvälineinä olivat vain kynä ja paperi, vuosien saatossa mukaan tulivat kirjoitus- ja sanelukoneet sekä ajanvarauskirja. Vasta vuosia myöhemmin on siirrytty moniammatilliseen kirjaukseen, jossa kaikki potilaan hoitoon osallistuvat kirjaavat samalla tavalla samoihin asiakirjoihin. (Ensio, Häyrinen, 2008, 67.) Hoitotyön rakenteista kirjaamista on kehitetty jo useamman vuosikymmenen ajan, se on alkanut Yhdysvalloista jo 1970-luvulla. Rakenteisen kirjaamisen perusteena on aina ollut hoitotyön prosessin eri vaiheet; hoidon tarpeen arviointi, hoitotyön diagnoosi, oletetut tulokset, hoidon suunnittelu, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulosten arviointi. Vuosien varrella on ollut erilaisia luokituksia käytössä, kaikissa kuitenkin on sama periaate. (Kinnunen 2013, 29-32.) Rakenteinen kirjaaminen lähtee potilaan ydintietojen määrittämisestä. Ydintiedoilla tarkoitetaan keskeisiä tietoja koskien potilaan terveyden- ja sai-

raanhoidon tietoja, näillä kuvataan jo tapahtunutta hoitoa sekä suunniteltua hoitoa. (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012, 14.)

Suomessakin on rakenteista kirjaamista kehitetty jo muutaman vuosikymmenen ajan. Aluksi kehittäminen keskittyi paremmin hoitotyön diagnostiikkaan sekä toimintoihin, myöhemmin mukaan on tullut myös koko hoitoprosessi. Vuosina 2005-2008 Suomessa valtakunnallinen HoiDok-hanke. Hanke perustui STM:n antamaan edellytykseen, että vuoden 2007 loppuun mennessä kaikissa sähköisissä potilasasiakirjoissa tulee olla kansalliset ydintiedot. Ydintiedot tarkoittavat potilaan keskeisiä tietoja hoitoon ja sairauteen liittyen, jotka ovat nopeasti haettavissa potilasasiakirjoista. Kansallisesti määritellyt ydintiedot ovat; Hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto sekä hoitoisuus. Hankkeen tavoitteena oli kehittää yhtenäisen tapa kirjata hoitotyötä rakenteisesti hoitotyön prosessin ydintietojen mukaan. Hankkeen toisena tavoitteena oli tehdä kansalliset määrittelyt sähköisen potilasasiakirjan sisällöstä. Lähtökohtana tähän on potilastietojen yhdenmukainen kirjaaminen. Hankkeen päätyttyä asiantuntija ryhmä oli sitä mieltä, että tulosten perusteella voidaan kehittää rakenteista kirjaamista sekä parantaa komponenttien toimivuutta. (Varsinais-Suomen kuntayhtymä 2008, 7-8, 29.)

Vuosina 2007-2009 oli HoiData-hanke. Tämän hankkeen päätavoitteena oli juurruttaa HoiDok-hankkeen myötä kehitelty ja paranneltu hoitotyön kirjaamismalli, joka perustuu hoitotyön ydintietoihin. (Varsinais-Suomen kuntayhtymä 2009, 5.) Hankkeen lopuksi kaikkiin hankkeeseen osallistuneisiin organisaatioihin lähetettiin kysely rakenteisen kirjaamisen heikkouksista, vahvuuksista, hoitotietojen luotettavuudesta, päällekkäisestä kirjaamisesta, kirjaamiseen kuluneesta ajasta sekä hoitotietojen hyödynnettävyydestä. Vahvuuksiksi koettiin mm. kirjaamisen olevan potilaslähtöisempää, tiedot löytyvät helpommin sekä hoitotyön kirjaamisen selkeytyminen. Heikkouksena nousi pinnalle pitkän koulutuksen vaatiminen, jotta kirjaaminen olisi luontevaa ja nopeaa. Kohde organisaatioiden hoitohenkilökunta oli sitä mieltä, että kirjaaminen vie enemmän aikaa kuin aikaisemmin, vaikka koulutusta on saatu tarpeeksi. He kuitenkin kokivat kirjaamisen olevan nyt johdonmukaisempaa ja potilaslähtöisempää kuin aiemmin. (Varsinais-Suomen kuntayhtymä 2009, 12.)

Lappeenrannan ammattikorkeakoulussa on tutkittu hoitotyön kirjaamisen muutosta kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli rakenteisen kirjaamisen tuomien muutosten kuvaaminen työntekijän näkökulmasta sekä organisaation tuen merkityksestä muutoksessa. (Salo & Tikka 2010, 2.) Tutkimus suoritettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimuksen tekijät lähettivät kahdelle eri kotihoidon tiimille Lappeenrannassa kyselylomakkeen, minkä avulla tutkimus tehtiin. Kyselylomakkeessa oli yhteensä seitsemän (7) kysymystä ja ne oli lajiteltu tutkimusongelmien perusteella; hyödyt, haasteet ja tuki. Kyselyyn osallistujat edustivat kaikkia kotihoidon ammattiryhmiä. Kysely tehtiin yhteensä 17 työntekijälle, joista 14 vastasi kyselyyn. (Salo & Tikka 2010, 24-29.) Tutkimuksessa kävi ilmi, että kaikilta kyselyyn vastanneilta oli kulunut vähintään puoli vuotta perehtyä rakenteiseen kirjaamiseen. Rakenteisen kirjaamisen hyötynä oli koettu mm. tiedot potilaasta löytyvän helpommin komponenttien avulla, ei tarvitse enää lukea koko pitkää tekstiä vaan luokitusten avulla ne löytyvät yksityiskohtaisemmin. Oli myös koettu, että tieto siirtyy yhteistyötahoille helpommin ja selkeämmin. Rakenteinen kirjaaminen toi yhteiset säännöt kirjaamiseen. (Salo & Tikka 2010, 30-31.)

Vuosina 2008-2012 Suomessa oli valtakunnallinen eNNi-hanke. eNNi-hanke on valtakunnallinen lakisääteisen sähköisen potilastietojen kirjaamisen opetuksen kehittämiseksi. Hankkeen taustalla on Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä, laki tuli voimaan heinäkuussa 2007. Tämän lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 1 §). eNNin taustallakin on myös hoitotietojen kirjaaminen hoidon ydintietoja hyödyntäen. (Turun ammattikorkeakoulu 2010.) Hanke on jatkoa HoiDok- ja HoiData-hankkeille. Aikaisemmissa hankkeissa luotiin käytännöt hoidon ydintiedoille sekä juurrutettiin ne käytäntöön. Ammattikorkeakoulut tekivät hankkeen aikana tiivistä yhteistyötä valtakunnallisen kehittämishankkeen nimeämien yhdyshenkilöiden kanssa. Nämä muodostivat työskentelypareja, jotka kävivät kouluttamassa hoitotyön kirjaamista eri sektoreilla. (Turun ammattikorkeakoulu.) Kaikki hankkeet ovat perustuneet FinCC-luokitukseen. Näiden hankkeiden avulla on kehitetty FinCC-luokitusta käytännön läheisemmäksi. (Kinnunen 2013, 34-36.)

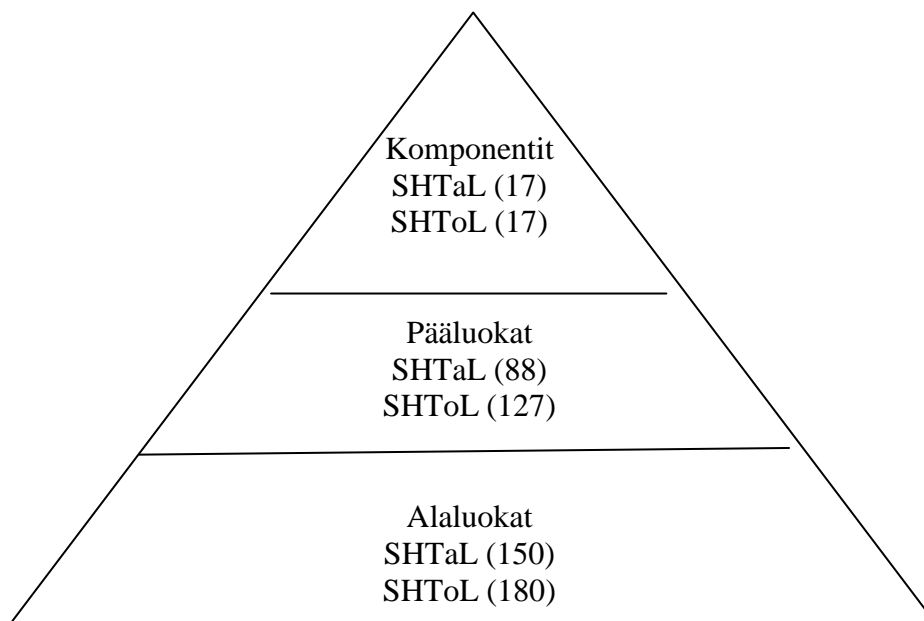
3.3 FINCC-luokitus

FinCC-luokitus perustuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTuL), Suomalaisesta hoitotyön toimintaluokituksesta (SHToL) sekä Suomalaisen hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). Näillä kaikilla luokituksilla on yhtenevä rakenne joka koostuu komponenteista joita on 17 (taulukko 1), sekä pää- ja alaluokkatasoista. (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012, 8.) Näitä käyttäen hoitotyönkirjaaminen selkeytyy ja tarvittavat asiat ovat helposti löydettävissä.

Taulukko 1 FinCC-luokituksen komponentit (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012, 8.)

1. Aktiviteetti	10. Verenkierto
2. Erittäminen	11. Aineenvaihdunta
3. Selviytyminen	12. Turvallisuus
4. Nestetasapaino	13. Päivittäiset toiminnot
5. Terveyskäyttäytyminen	14. Psyykkinen tasapaino
6. Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio	15. Aisti- ja neurologiset toiminnot
7. Lääkehoito	16. Kudoseheys
8. Ravitsemus	17. Elämänkaari
9. Hengitys	

Komponenttitaso on korkein taso, joka kokoo alleen pää- ja alaluokkatasot. Kirjaaminen tapahtuu pää- ja alaluokkatasolla, komponentit antavat viitteitä mitä otsikointeja löytyy mistäkin. Kuviossa 2 esitellään komponenttien ja pää- ja alaluokkatasojen jakautuminen. (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012, 12.)



Kuvio2 komponenttien ja pää- ja alaluokkatasojen jakautuminen (Liljamo, Kinnunen & Ensio, 2012, 12.)

Suomessa FinCC:n luokituksen kehittäminen on alkanut Anneli Ension (2001) tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa analysoitiin, ryhmiteltiin ja luokiteltiin perushoitajien ja sairaanhoitajien kirjaamat hoitotyön toiminnot. Apuna käytettiin Yhdysvaltalaisista HHCC (Home Health Care Classification)-luokitusta, tämä luokitus käännettiin suomeksi Ension tutkimusta varten. Tutkimuksen ollessa valmis, käännettiin se taas englanniksi alkuperäisen luokituksen tekijän Virginia Saban tarkasteltavaksi. Kun Saban ehdottamat muutokset oli luokitukseen tehty, käännettiin se taas suomeksi, näin syntyi Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHTol) versio 1.0, joka otettiin koekäyttöön MD-Miranda järjestelmään. 2000-luvun aikana on ollut useampi versio FinCC:n luokituksesta ja sen osa-alueista käytössä. Vuoden 2012 alussa on otettu käyttöön luokituksesta versio 3.0, tämä on edelleen käytössä. (Kinnunen 2013 35-36.)

HHCC-luokitus tunnetaan nykyään paremmin nimellä CCC (Clinical Care Classification)-luokitus (Kinnunen 2013, 34). FinCC-luokitus on hyvin pitkälti samanlainen kuin CCC-luokitus. CCC-luokitus koostuu kahdesta toisiinsa liittyvästä termistöä; hoidon diagnoosit ja lopputulos sekä hoidon intervention ja toiminnot. Nämä kaksi termistöä on organisoitu yhteen systeemiin joka sisältää 21 komponenttia. Komponentit sisältävät toimintaan, fysiologiaan, psykologiaan sekä toimintaan liittyvät

otsikot. CCC yhdistää diagnoosit, väliarvion ja tulokset yhteen ja mahdollistaa niiden käytön eri terveydenhuollon luokituksien kanssa yhdessä. (Sabacare 2011.)

3.4 Uudenkaupungin kotihoidossa käytössä oleva kirjaamisohjelma

Uudenkaupungin terveystalveissa on käytössä Mediatri-ohjelma, sen tuottaa Mediconsult oy. Mediconsult Oy:llä on lähes 40-vuoden kokemus sosiaali- ja terveystalveista, se tuottaa tietojärjestelmiä niin julkiselle terveydenhuollolle kuin yksityiselle sektorille. Mediatri- ohjelma on potilaslähtöinen, mutta se ottaa myös käyttäjän hyvin huomioon helppokäyttöisyydellään. (Mediconsult oy:n www-sivut, 2013.)

Ohjelma on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön asiakastietojen jokapäiväiseen käsittelyyn sekä toiminnanohjaukseen. Ohjelma on helposti muokattavissa toimintaympäristöönsä, tällöin jokainen organisaatio saa parhaan mahdollisen hyödyn ohjelmasta. Ohjelma sisältää niin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon toiminta-alueita, mikä helpottaa moniammatillista toimintaa. (Mediconsult oy:n www-sivut, 2013.)

Mediatrista löytyy myös oma osa-alueensa kotihoidolle ja asumispalveluille. Nämä voivat olla yksittäisiä käyttöjärjestelmiä, tai ne voidaan liittää joko terveystalveksen tietojärjestelmään taikka osaksi alueellista tietojärjestelmää. Kotihoidon tietojärjestelmässä voidaan helposti seurata ja kirjata mm. kotikäynnit, hoito- ja palvelusuunnitelmat, hoitotyön kirjaaminen sekä palvelupäätökset. Mobiilitoiminto voidaan myös liittää Mediatri-tietojärjestelmään. (Mediconsult oy:n www-sivut, 2013.)

4 POTILASASIAKIRJA

Potilasasiakirjat sisältävät tietoa potilaan terveydentilasta sekä muita henkilökohtaisia tietoja, ne on laadittu takaamaan potilaan hyvä hoito riippumatta siitä missä häntä hoidetaan. Sana ”potilasasiakirja” käsittää kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiakirjat, olivat ne sitten hoitopaikassa laadittuja tai sinne saapuneita dokumentteja. Potilas-

asiakirjat ovat tärkeitä niin potilaan kuin hoitohenkilökunnankin oikeusturvan vuoksi. Jos potilaan hoidossa tapahtuu jotain mikä johtaa kanteluun asti, näkee asiakirjoista helposti ketkä ovat osallistuneet potilaan hoitoon, sekä kaikki hoitoon liittyvät seikat. (Valviran www-sivut, 2012)

Sähköinen potilasasiakirja on ollut jo vuosikymmeniä käytössä. Perusterveydenhuollossa se on ollut käytössä jo 1980-luvun alkupuolelta lähtien. Perusterveydenhuollossa potilasasiakirjat kattavat kaikki perusterveydenhuollon palvelut aina ajanvarauksesta hammashuoltoon asti. Erikoissairaanhoidossa otettiin sähköinen potilasasiakirja käyttöön vasta 1990-luvulla, kuitenkin siellä on jo aikaisemmin ollut erilaisia sähköisiä ohjelmia käytössä, mitkä sisälsivät alkuun hallinnollisia tietoja ja myöhemmin laboratoriotuloksia sekä potilashallinnon asioita. Nykyään potilasasiakirjat ovat sähköisessä muodossa, ne voivat sisältää myös skannattua tietoa, eli paperille kirjoitetut merkinnät potilaasta ladataan tietoverkkoon, niin että ne ovat koneelta luettavissa. Lyhyesti sanottuna sähköinen potilasasiakirja on kertomus potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Sähköisen potilasasiakirjan käyttöön otto on tapahtunut eri aikaan eri paikoissa, näin ollen on olemassa monia erilaisia potilaskertomusohjelmia, joissakin tapauksissa samasta ohjelmasta on olemassa monia eri versioita. (Häyrynen & Ensio, 2008, 97-98.)

4.1 Potilasasiakirjojen laatiminen ja säilyttäminen

Vuonna 2007 on säädetty lait koskien sähköisiä reseptejä sekä sähköistä potilasasiakirjaa, vuonna 2009 sosiaali- ja terveysministeriö antoi uuden asetuksen koskien niin sähköisiä kuin perinteisiäkin potilasasiakirjoja (sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut, 2014).

Jotta voidaan turvata potilaan hoidon järjestämisen suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta, tulee hoitohenkilökunnan tehdä tarpeelliset merkinnät potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjoja tulee säilyttää niin kauan kun potilaan hoitaminen jatkuu, tai potilaan hoitoon liittyvät korvausvaatimukset sekä tieteellinen tutkimus edellyttää. Asiakirjat tulee hävittää heti, kun niiden säilyttämiselle ei ole enää tarvetta. (Ensio & Saranto 2004, 22.)

Asiakirjoihin pääsääntöisesti saa tehdä merkintöjä terveydenhuollon ammattihenkilöt, mutta myös ne jotka osallistuvat potilaan hoitoon voivat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin, kunhan terveydenhuollon ammattilainen on ohjeistamassa heitä. Terveydenhuollon opiskelijat saavat tehdä merkintöjä asiakirjoihin jos he toimivat laillistetun ammattihenkilön sijaisena. Muussa tapauksessa heidän kirjauksensa tulee hyväksyttävä joko esimiehellä tai opiskelijan ohjaajalla. Lisäksi potilasasiakirjat voivat sisältää merkintöjä terveydenhuollossa käytettyjen laitteiden tuottamina. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, 298/2009 6§.) Salon ja Tikan tutkimukseen osallistujat olivat kokeneet rakenteisen kirjaamisen haasteena mm. ajan puutteen. He kokivat, että kirjaaminen vei enemmän aikaa kuin ennen ja se aika on pois hoitotyöstä. Oikeiden komponenttien löytäminen myös koettiin haasteellisenä, vastaajat olivat pohtineet laittavatko oikeat asiat oikeiden komponenttien alle. (Salo & Tikka 2010, 32-33.)

4.2 Potilasasiakirjojen rakenne

Potilasasiakirjat muodostavat potilaskertomuksen, tästä tulee löytyä kaikki potilaan hoitoon liittyvä tieto. Potilastietojärjestelmät voivat tarjota kirjaamisen rakenteisuuteen valmiiksi esimerkiksi hoitoprosessin eri vaiheet. Hoitoprosessin mukaan kirjatessa potilasasiakirjoista tulee selkeitä ja niistä on helpompi hakea tietoa myöhemmin. Yhtenäisesti sovittujen tietorakenteiden (FinCC) käyttäminen on edellytys Kantapalvelun hyödyntämiseen. Kuitenkin kirjauksessa on mahdollisuus valita käyttääkö komponenttien alla otsikoita vai pelkkää vapaata tekstiä. Sähköiset potilaskertomukset muodostuvat erilaisista tietokokonaisuuksista. (Lehtovirta & Vuokko, 2014, 11-26.)

Potilasasiakirjojen rakenteessa on hyvä ottaa ainakin seuraavat asiat huomioon; Tilanteen arviointi, hoidon suunnitelma, toteutus, arviointi sekä arviointi ja jatkohoidon suunnittelu. Otsikot mukailevat hoitoprosessin etenemistä. (Kärkkäinen 2007, 93.) Tulotilanteesta kirjoittaessa tulisi huomioida potilaan oma kokemus terveyden tilastaan sekä avuntarpeesta, hoitajan näkemys terveydestä, avuntarpeesta sekä sosiaalisesta verkosta. Omaisten näkemys voidaan ottaa tässä kohtaa huomioon. Hoitosuun-

nitelma kirjataan joko koko hoitajaksoa koskevaksi tai sitä voidaan päivittää jopa päivittäin. Tässä vaiheessa kirjataan myös hoitajakson tavoitteet. Anne-Mari Ahlfons tutki hoitotyön rakenteista kirjaamista. Tutkimus on tehty perustuen aikaisempiin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin. Tässä tutkimuksessa tultiin siihen tulokseen, että potilasasiakirja merkinnät eivät olleet tarpeeksi tarkkoja, eivätkä ne vastanneet yksilöllistä hoitotyötä. (Ahlfons 2010, 20-22.) Toisessa tutkimuksessa oli tutkittu kotihoidon kirjauksia; olivatko ne asiakaslähtöisiä vai hoitohenkilökunnan näkemyksiä. Tässä tutkimuksessa oli noin puolet kirjauksista hoitajan näkemyksiä ja vain noin kolmasosa asiakaslähtöisiä. (Lehtimäki & Mäkinen 2012, 18.) Ahlfonsin tutkimuksen lopputuloksena oli, ettei kirjaamisen arviointiin ole olemassa yleistä arviointimenetelmää, sekä rakenteisen kirjaamisen kehittämisen olevan yksi isoista haasteista tulevaisuudessa. (Ahlfons 2010, 20-22.)

Potilasasiakirjoista tulisi käydä ilmi potilaan vointi ja hoitotyön tulokset, eikä hoitajien tekemät asiat. Jämsän kotihoidolle tehdyn tutkimuksen mukaan usein jää potilaan mietteet sekä hoidon tulokset kirjaamatta, kirjaaminen on vain lista hoitajien tekemistä toimenpiteistä. Tutkimus oli toteutettu laadullisena tutkimuksena. Tutkimukseen oli valittu seitsemän kotihoidon asiakkaan hoitokertomukset, joista tutkittiin sairaan- ja lähihoitajien kirjauksia. Samassa tutkimuksessa todetaan, että hyvä ja yhdenmukainen kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta. Tätä helpottaa työyhteisössä yhdessä sovitut kirjaamiskäytännöt. (Lehtimäki & Mäkinen 2012, 23.) Hoidon toteutusta kirjattaessa tulee kiinnittää huomiota potilaan elämäntilanteeseen sekä kärsimysten lievittämiseen ja voimavarojen ylläpitämiseen. Hoitoa arvioidessa otetaan huomioon potilaan ja omaisten näkemys, niin kuin myös hoitohenkilökunnan näkemys hoidosta. Jatkohoitoa suunniteltaessa tulee kirjata potilaan vointi sillä hetkellä, lääkitys, voimavarat sekä potilaan oma käsitys asiasta. (Kärkkäinen 2007, 93.)

5 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

5.1 Projektin tarkoitus

Projektin tarkoituksena oli luoda Power Point (liite 1) esitys rakenteisesta kirjaamisesta ja lisätä kotihoidon työntekijöiden valmiutta siirtyä rakenteiseen kirjaamiseen. Ohjeistus toteutettiin FINCC:n ohjeen mukaan. Kotihoidossa on ohjeistus sähköisestä kirjaamisesta. Ohjeistuksessa kerrotaan, mitä kuuluu kirjoittaa tiivistelmähdelle, sairaskertomukseen sekä vanhustyön avohoitolehdelle. Tämä aiheuttaa päällekkäisiä kirjaamisia, koska ohjeistuksessa mainitaan selvästi, että sairaskertomukseen on käytävä laittamassa merkintä jos on jotain kirjannut vanhustyön avohoitolehdelle. Kotihoidon henkilökunta on tämän kokenut hankalaksi myös sen vuoksi, etteivät lääkärit noudata tätä ohjeistusta. Henkilökunnalla on sellainen kokemus, etteivät kaikki lääkärit osaa käydä katsomassa kirjauksia vanhustyön avohoitolehdellä, vaikka sairaskertomuksessa olisi viittaus tästä kirjauksesta. Kirjaamisen selkeytyessä pyritään myös siihen, ettei tarvitse useaan paikkaan kirjata samoja asioita ja kaikki löytäisivät tiedon yhdestä paikkaa selkeästi.

5.2 Projektin tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena oli selkeyttää sähköisen kirjaamisen periaatteita Uudenkaupungin kotihoidossa, sekä vähentää päällekkäiskirjaamista. Tarkoituksena oli yhtenäistää kirjaamistyyliä sekä tehdä yhteinen ohjeistus koko kotihoidolle. Projektin tuotoksena oli Power Point-ohjelmalla tehty ohjeistus rakenteisen kirjaamisen komponenteista ja otsikoinneista. Opinnäytetyön valmistuttua kotihoidon henkilökunnalla on paremmat valmiudet siirtyä rakenteiseen kirjaamiseen. Kirjaaminen tulee selkeytymään.

6 PROJEKTIN TOTEUTUSSUUNNITELMA

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö tulee ainoastaan Uudenkaupungin kotihoidon käyttöön. Vaikka Mediatri-potilastietojärjestelmä on käytössä koko Uudenkaupungin terveystalveissa, rajataan opinnäytetyö koskemaan ainoastaan kotihoitoa. Opinnäytetyön tekijä koki kotihoidon hyötyvä projektista eniten. Kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia sekä kotiavustajia, projektin tuotos suunnitellaan niin, että kaikki ammattiryhmät hyötyvät siitä. Tällä hetkellä kotihoidossa työskentelee muutamana sellainen työntekijä ketä ei ole juurikaan kirjannut sähköisesti mitään. Projektin tuotosta tehdessä tuli heidät ottaa huomioon, jotta hekin hyötyisivät opinnäytetyöstä. Projekti ryhmään kuului opinnäytetyön tekijän lisäksi Uudenkaupungin vanhuspalveluiden Mediatriin pääkäyttäjää Anneli Suvanto sekä kotihoidon yksi sairaanhoitaja Kati Pirinen. Kotihoidon kaupunkialueen lähiesimies Jaana Aitta oli myös alussa mukana suunnittelemassa projektia.

Opinnäytetyön tuotoksena oli Power Point-ohjeistus FinCC:n luokituksesta. Ohjeistuksen pääpaino on niissä komponenteissa mitkä ovat kotihoidon näkökulmasta olennaisimmat. Projektin tuotosta hyödynnetään siinä kohtaa, kun rakenteisen kirjaamisen otsikoinnit on saatavissa Mediatri-ohjelmassa.

Projektin oli tarkoitus valmistua tammikuun 2014 loppuun mennessä. Projekti alkoi teorian keräämisellä aiheesta sekä tutustumalla FINCC:n ohjeistukseen. Teoria aineistoa opinnäytetyön tekijä keräsi runsaasti vuoden 2013 aikana. Opinnäytetyön kirjoittaminen alkoi alkuvuodesta 2013. Opinnäytetyön tekijä tapasi Anneli Suvannon, Mediatriin pääkäyttäjää Uudenkaupungin vanhuspalveluissa, toukokuussa 2013. Tällöin sovittiin ohjeistuksen raameista. Tapaamisessa kävi myös ilmi, ettei käytössä olevasta potilastietojärjestelmästä löydy vielä FinCC:n mukaisia komponentteja ja otsikointeja. Tapaamisen jälkeen opinnäytetyön tekijä tutustui paremmin Mediatriin jo oleviin otsikointeihin, niiden pohjalta alkoi työstämään FinCC ohjeistusta. Mediatriin oli käytössä jo muutamia otsikointeja, lähinnä vuodeosastojen käytössä. Näiden pohjalta opinnäytetyön tekijä aloitti ohjeistuksen tekemisen. Kuitenkin kesäaikana käydyissä keskusteluissa lähiesimiehen ja kotihoidon henkilökunnan kanssa päädyttiin siihen, ettei ohjeistusta tehdä jo olemassa olevien otsikointien pohjalta. Mediatri

oli kuitenkin tuomassa FinCC:n komponentit ja otsikoinnit myös Uudenkaupungin terveystalvelujen käyttöön, tämä oli aivan uusi asia kotihoidon henkilökunnalle, joten he kokivat saavansa enemmän hyötyä ohjeistuksesta joka perustuu FinCC:n otsikointeihin.

Elo-syyskuussa 2013 opinnäytetyön tekijä kävi useita puhelini ohjauksia opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Ohjauksien jälkeen opinnäytetyön tekijä alkoi taas enemmän kirjoittamaan ja suunnittelemaan opinnäytetyötä, sekä sen tuotoksena tehtävää Power Point-ohjeistusta. Marras-joulukuussa laadittiin Power Point-esitys ohjeistuksesta. Koulutustilaisuudet oli ensin tarkoitus pitää joulukuussa 2013, mutta opinnäytetyön tekijä ei saanut sitä valmiiksi ajallaan, joten koulutustilaisuudet siirtyivät tammikuulle 2014. Opinnäytetyöntekijä kävi sopimassa kotihoidon lähiesimiehen kanssa koulutuksen ajankohdat. Molemmat koulutustilaisuudet oli tarkoitus pitää samana päivänä, mutta ajankohta oli huono kotihoidolle. Näin ollen toinen koulutustilaisuus päätettiin siirtää muutamalla päivällä. Tammikuun lopussa varattiin Vakka-Suomen sairaalan kokoushuone Koistisen kabinetti koulutustilaisuutta varten.

Projektin arvioinnissa käytetään tammikuussa pidetyistä koulutustilaisuuksista kerättyä palautetta. Palautetta päädyttiin pyytämään ohjeistuksen selvydestä, käytännöllisyydestä sekä siitä kokeeko kotihoidon henkilökunta ohjeistuksesta olevan hyötyä heille. Palautetta kerätään kyselykaavakkeella jossa on kolme avointa kysymystä (Liite 2). Projekti päättyi kun Power Point-ohjeistus on esitelty kotihoidon henkilökunnalle. Ohjeistus on olemassa kotihoidon lähiesimiehien tietokoneilla, joten sitä voidaan tarpeen vaatiessa muokata ja tulostaa kotihoidon henkilökunnalle.

7 PROJEKTIN TUOTOS

Projektin tuotoksena on Power Point- ohjeistus (liite 1) Uudenkaupungin kotihoidon henkilöstölle. Ohjeistuksessa on kerrottu tiiviissä paketissa mitä rakenteinen kirjaiminen on ja miten se toteutuu. Ohjeistus alkoi hoitotyön prosessin vaiheista. Opinnäytetyön tekijä kertoi prosessin eri vaiheita koulutuksiin osallistujille. Hoitotyön prosessin eri vaiheita toteutetaan jo ennestään kotihoidossa, mutta opinnäytetyön

tekijä toi esille prosessin vaikutuksen kirjaamiseen. Rakenteisen kirjaamisen pohjana kuitenkin on hoitotyön prosessin eri vaiheet. Prosessin jälkeen käytiin lyhyesti läpi mikä on FinCC ja mitä se pitää sisällään. FinCC:n komponenttien ja otsikoiden opetukseen opinnäytetyön tekijä käytti suurimman osan koulutustilaisuuksien ajasta. Power Point esitykseen oli koottuna tiiviisti kaikki komponentit ja lyhyt esimerkki siitä mitä niiden alle kirjataan. Opinnäytetyön tekijällä oli itsellään tehtynä laajemat esimerkit kustakin komponentista (liite 3), painottuen kotihoidon näkökulmaan, kaikista komponenteista kuitenkin oli jokin esimerkki. Loppuun opinnäytetyön tekijä oli tehnyt kaksi mallipotilaan kirjausta, mallipotilaiden nimet ja ongelmat olivat keksittyjä. Näihin kahteen mallipotilaaseen opinnäytetyön tekijä oli ottanut yleisimpiä kotihoidossa ilmeneviä potilaan ongelmia. Näiden mallipotilaiden kohdalla opinnäytetyön tekijä oli tehnyt ensimmäiseen diaan kirjaukset niin kuin ne tällä hetkellä kotihoidossa tehdään. Toiseen diaan opinnäytetyön tekijä oli saman kirjauksen kirjoittanut käyttäen rakenteisen kirjaamisen otsikoiteja. Molemmista potilaista oli vielä tehty lyhyt yhteenveto, jotta tämäkin selkeytyisi kotihoidon henkilökunnalle. Näin tuotiin esimerkin kautta esille, minkälaista kirjaaminen tulee olemaan sen jälkeen kun käytössä on rakenteisen kirjaamisen komponentit sekä otsikoinnit.

Opinnäytetyön tekijä piti kaksi samansisältöistä koulutustilaisuutta kotihoidon henkilöstölle. Ensimmäinen koulutustilaisuus pidettiin 21.1.2014. Tilaisuus oli Vakka-Suomen sairaalan koulutiloissa. Opinnäytetyön tekijä oli varannut sen 1,5 tunniksi, mikä oli juuri sopiva aika, aikaa riitti hyvin myös vapaalle keskustelulle aiheesta. Toinen koulutustilaisuus pidettiin 24.1.2014, paikkana oli tällöin vanhainkoti Merituulikodin pianosali. Aikaa oli varattuna saman verran kuin ensimmäiseen koulutustilaisuuteen. Ensimmäiseen koulutustilaisuuteen osallistujia tuli vain noin 10, toisessa oli 17. Koulutustilaisuuksissa käytiin läpi ohjeistus. Opinnäytetyön tekijällä oli esimerkit kaikista komponenteista, miten ja minkä komponentin alle kuuluu kirjata mitään. Ohjeistuksessa opinnäytetyön tekijä käytti esimerkkinä lääkehoitoa. Tämä komponentti tulee varmasti olemaan paljon kotihoidon käytössä, joten esimerkin valinta oli oikea.

Koulutustilaisuuksissa kerrottiin myös miten rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto tulee muuttamaan kirjaamiskäytäntöjä. Opinnäytetyön tekijä kysyi Anneli Suvannolta vielä ennen koulutustilaisuuksia koska Mediatriin olisi tarkoitus tuoda komponentit

ja otsikoinnit Uudenkaupungin terveystalujen käyttöön. Nämä ovat tulossa kevään 2014 aikana ja earkistoon olisi tarkoitus liittyä alku syksyn aikana. Koulutustilaisuuksissa opinnäytetyön tekijä kertoi nämä asiat osallistujille ja painotti harjoittelun tärkeyttä. Ohjeistukseen oli kerätty myös eri tutkimuksista nousseita rakenteisen kirjaamisen hyviä ja huonoja puolia. Yhtenä huonoa puolena useasti nousi esille opettelu vievän aikaa paljon. Tätä opinnäytetyön tekijä painotti useasti ja kehotti kotihoidon henkilökuntaa aloittamaan otsikointien käytön ja harjoittelun heti kun ne tulevat käyttöön, ettei sitten syksyllä kaikki ole kaikille ihan uutta ja vierasta. Hyväänä puolena monesta tutkimuksesta nousi esille kirjaamisen selkeytyminen. Tätä opinnäytetyön tekijä myös painotti. Koulutustilaisuuksissa pohdittiin osallistujien kanssa yhdessä joitakin komponenttien ja otsikoiden alle kirjattavia asioita. Näin asiat jäävät paremmin osallistujien mieleen. Samalla opinnäytetyön tekijäkin joutui enemmän miettimään komponentteja.

Koulutustilaisuuksissa kaikille osallistujille jaettiin Power Point esityksistä tulostetut versiot, joihin he saivat tehdä muistiin panoja. Esitys oli tiivispaketti mihin oli koottu pääpiirteittäin tärkeimmät asiat ja opinnäytetyöntekijä kertoi ja selvensi omin sanoin vielä aiheita lisää.

8 PROJEKTIN ARVIOINTI

Opinnäytetyön tekijä keräsi palautetta ohjeistuksen toimivuudesta sekä hyödyllisyydestä koulutustilaisuuksiin osallistujilta. Kysymykset olivat erillisellä paperilla (LIITE 2), mihin pyydettiin muutamalla sanalla palautetta koulutuksesta. Kotihoidon henkilökunnan osallistuminen koulutustilaisuuksiin oli aika heikkoa, vain noin 41% henkilökunnasta osallistui. Osallistujia oli kuitenkin jokaisesta ammattiryhmästä, joten palaute ja arviointi ovat luotettavia. Koulutukseen osallistui myös ne kotihoidon henkilökunnasta, jotka ovat tähän mennessä käyttäneet tietokonetta vähemmän. Tämä lisää palautteen ja arvioinnin luotettavuutta.

Palaute oli pääsääntöisesti positiivista. Suurimmalle osalle kotihoidon henkilökunnasta e-arkiston liittyminen sekä rakenteisen kirjaamisen otsikoinnit olivat aivan uusi asia. Heille oli kerrottu, että kirjaaminen tulee muuttumaan syksyyn mennessä, mutta muuta he eivät tienneet. Palautteista käy selvästi ilmi, että ohjeistus oli hyvä ja varmasti siitä koettiin olevan apua kun Mediatri tuo otsikoinnit käyttöön. Kuitenkin useasta (10kpl) palautteesta käy ilmi, että koulutustilaisuudet olivat liian aikaisin, koska asiat unohtuvat helposti siihen mennessä kun pääsevät kokeilemaan kirjaamista komponenttien ja otsikointien kanssa. Negatiivisena asiana koettiin, ettei kirjaamista päästy nyt harjoittelemaan käytännössä. Kaikista palautteista kävi ilmi, että olisi ollut hyvä saada mahdollisuus itse päästä harjoittelemaan, vaikka komponenteista oli hyvät esimerkit, niin itse harjoiteltuna ne olisivat jääneet paremmin mieleen. Yhtenä isona asiana palautteista nousi myös esille tarve lyhyelle ja ytimekkäälle malliohjeelle jokaisen työpisteen viereen, missä kerrotaisiin mitä kirjataan kunkin komponentin alle ja mitkä otsikot löytyvät mistäkin. Tämä on jatkoprojektina mahdollisuus toteuttaa.

Useimpien mielestä ohjeistus oli toimiva ja selkeä. Lähes kaikissa palautteista kävi ilmi toivomus lisäkoulutukselle. Tätä opinnäytetyön tekijä ei pysty opinnäytetyön puitteissa täyttämään, mutta asia on kerrottu kotihoidon esimiehille. Samoin lähes kaikista palautteista käy ilmi huoli työajan riittävydestä ja miten aikaa riittää asiakkailla, kun kirjaaminen todennäköisesti tulee lisääntymään. Näistä asioista keskusteltiin molemmissa koulutustilaisuuksissa. Kotihoidossa on muutama työntekijä, joka on aikaisemmin käyttänyt jo rakenteisen kirjaamisen mallia. He olivat opinnäytetyön tekijän kanssa samaa mieltä, että kirjaaminen helpottuu ja nopeutuu vähitellen, kunhan ohjelmaa on käyttänyt jonkin aikaa. Heistä on suuri apu muulle henkilökunnalle siinä vaiheessa, kun komponentit ja otsikoinnit tulevat käyttöön.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Vaikka Varsinais-Suomessa on tehty useita hankkeita koskien rakenteista kirjaamista, ei Uudenkaupungin terveystalveissa ole osallistuttu näihin. Rakenteisesta kirjaamisesta ei kotihoidossa tiedetty juurikaan mitään ennen koulutustilaisuuksia.

Kirjaaminen kotihoidossa on ollut värikästä ja kirjaaminen on tapahtunut pääsääntöisesti vain asiakkaiden viestivihoissa. Näin ollen opinnäytetyölle kirjaamisesta oli tarvetta. Opinnäytetyön tekijä koki isoksi haasteeksi saada rakenteisen kirjaamisen edut tuotua tarpeeksi hyvin kotihoidon henkilökunnan tietouteen. Koulutustilaisuuksissakin tuli vastarinta hyvin esille, vaikka ymmärrystäkin asialle löytyi. Opinnäytetyön tekijä sai paljon kiitosta selkeästä esityksestä.

Opinnäytetyön kirjoittaminen on tekijälle ollut haastavaa. Lähteitä löytyy paljon, mutta tekijä ei ole aina osannut hyödyntää niitä. Aikaa on ollut runsaasti kirjoittamiseen, mutta kuitenkin lopussa tuli kiire saada työ valmiiksi. Opinnäytetyön tekijälle tuotti vaikeuksia saada opinnäytetyön teoria osuus kulkemaan loogisesti eteenpäin. Hankaluuksia tuotti mihin järjestykseen asiat kuuluisi laittaa ja mikä on olennaista kokonaisuutta ajatellen. Tässä kohtaa olikin opinnäytetyön ohjaajalta saadut neuvot tärkeitä. Power Point esitystä tehtäessä diojen aiheet olivat selkeät, mutta niidenkin järjestys tuotti hankaluutta. Opinnäytetyön tekijä halusi saada esityksen kulkemaan loogisesti asiasta toiseen, tämä tuotti alkuun vaikeuksia. Vaikka asia olikin opinnäytetyön tekijälle selkeä ja hän tiesi missä järjestyksessä asiat kuuluisi mennä, jotta se olisi loogista, ei diojen järjestäminen ollutkaan niin helppoa. Tässäkin kohtaa opinnäytetyön ohjaajan hyvällä ohjeistuksella kuitenkin diat saatiin loogiseen järjestykseen. Lopputuloksena oli selkeä, loogisesti asiasta toiseen etenevä esitys. Power Point esityksen pohjalta oli sitten helppo pitää koulutustilaisuudet. Opinnäytetyön tekijälle ei itse koulutustilaisuuksien pitäminen ollut haastavaa. Opinnäytetyön kirjoitusprosessi on ollut paljon haastavampaa ja vaikeampaa kuin koulutustilaisuuksien pitäminen. Vielä viimeisinä päivinä ennen työn valmistumista opinnäytetyön tekijä pohti onko työ nyt valmis ja mitä siihen tarvitsisi vielä lisätä. Koko kirjoitusprosessin ajan opinnäytetyön tekijällä on ollut tuntemus, että jotain puuttuu. Opinnäytetyön

tekijä olikin sitä mieltä, että pitää aiheesta mieluummin koulutuksia jatkossa, kuin lähtee uudelleen kirjoittamaan aiheesta.

Opinnäytetyön tekijä on kuitenkin tyytyväinen lopputulokseen. Kirjallisesta työstä tuli loogisesti etenevä kokonaisuus ja koulutustilaisuudet sujuivat hyvin, osallistujat olivat kiinnostuneita asiasta. Keskustelua syntyi runsaasti, opinnäytetyön tekijä oli koulutustilaisuuksiin mennessä perehtynyt aiheeseen jo niin hyvin, ettei haitannut vaikka kysymyksiä tuli muustakin kuin siitä mitä dioissa oli esitetty. Negatiivista palautetta tuli yllättävän vähän, verraten siihen että asia oli suurimmalle osalle osallistujista täysin vieras. Opinnäytetyön tekijä oli varautunut, että joutuu paljon enemmän vakuuttamaan kotihoidon henkilökuntaa rakenteisen kirjaamisen hyödyistä. Rakenteisen kirjaamisen hyödyistä kertomiseen vaikutti varmasti se, että opinnäytetyön tekijä oli itse kirjannut jo jonkin aikaa hyödyntäen FinCC:n otsikoiteja. Näin ollen rakenteinen kirjaaminen oli opinnäytetyön tekijälle entuudestaan tuttua ja käytännössä koettu/opittua. Tästä johtuen opinnäytetyön tekijä osasi myös hyvin kertoa alun hankaluuksista, niin kuin myös siitä miten kirjaaminen tulee helpottumaan ja nopeutumaan. Osittain tästä johtuen työntekijät osasivat suhtautua asiaan hyvin, heistä oli tarpeen kuulla miten käytännössä oikeasti asiat oppii ja miten ne toimii, eikä vain teoria tiedon pohjalta. Paljon tuli kuitenkin sellaisia kysymyksiä ja toiveita mihin opinnäytetyön tekijä ei pysty vaikuttamaan. Nämä asiat viedään kuitenkin tiedoksi kotihoidon lähiesimiehille. Jatkoprojektina nousi palautteista esille ohjeistuksen tarve jokaisen työpisteen viereen. Tämä olisi varmasti hyvä asia, jotta muutosvastarintaa voitaisiin hieman pienentää siinä kohtaa kun Mediatriissa siirrytään kirjaamaan rakenteisesti.

LÄHTEET

Ahlfors, A. 2010. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen kotihoidossa. AMK-opinnäytetyö Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.1.2013 http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29221/Ahlfors_AnneMari.pdf?sequence=1

Ahonen O., Ikonen H. & Koivukoski S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidaja lehti 10.

Ensio, A. & Häyrinen K. 2008. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa K.Saranto, A.Ensio, K.Tanttu & A-L. Sonninen (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaali,67-74. 2.painos

Ensio, A. & Saranto, K. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen, 2004. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto oy

Hallila L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen, 2005. Helsinki: Tammi

Hammar T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa - kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä Palko-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 179. Viitattu 25.1.2014 <http://uta17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1>

Henkilötietolaki 1999. L 22.4.1999/523 muutoksineen.

Häyrinen, K. & Ensio, A. 2008. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa K.Saranto, A.Ensio, K.Tanttu & A-L. Sonninen (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaali, 97-111. 2.painos

Kinnunen U. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 2.1.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1209-1>

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto oy 89-96

Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007. L 9.2.2007/159 muutoksineen

Lehtimäki, A. & Mäkinen, H. 2012. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen asiakasläh- töisyyden toteutuminen hoitotyönkirjaamisessa Jämsän kotihoidossa. AMK- opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.1.2014. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/51602/Lehtimaki_Arja_Makinen_Hel_i.pdf?sequence=2

Lehtovirta, J. & Vuokko R. (toim.). Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen – Osa I. Terveystden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2013. 26-27. Viitattu 10.2.2014 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveystden ja hyvinvoinnin laitos Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet sarja 2/2012. Helsinki 2012.

Mediaconsult www-sivut. Viitattu 12.6.2013. <http://www.mediconsult.fi/index.html>

Rautava-Nurmi H., Westergård A., Henttonen T., Ojala M. & Vuorinen S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro oy

Sabacare 2011. Clinical Care Classification System. Viitattu 2.1.2014. http://www.sabacare.com/Assets/CCCbrochure_2-10-07.pdf

Salo, S. & Tikka, K.2010. Hoitotyön kirjaamisen muutos kotihoidossa. AMK- opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.1.2013 https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/15656/salo_sari_tikka_kati2.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009. A 289/2009

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut a. Viitattu 27.3.2013, http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut b. Viitattu 24.1.2014.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1816832

Turun ammattikorkeakoulu 2010. eNNI - Valtakunnallinen hanke lakisääteisen sähköisen potilastietojen kirjaamisen opetuksen kehittämiseksi Viitattu 22.1.2014. projektori.turkuamk.fi/projektit/2274/eni2_Loppuraportti_2011.docx

Uudenkaupungin kaupungin www-sivut. Viitattu 26.9.2012. www.uusikaupunki.fi

Uudenkaupungin kotihoidon esite 2013

Valviran www-sivut. Viitattu 26.9.2012. www.valvira.fi

Varsinais-Suomen kuntaytymä, 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 2008. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntaytymä, Hallintokeskus. Viitattu 20.1.2014 www.vsshp.fi/fi/dokumentit/.../HoiDok-Loppuraportti-osa-I-090908.pdf

Varsinais-Suomen kuntayhtymä, 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot – hanke, 2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Hallintokeskus. Viitattu 20.1.2014. www.vsshp.fi/fi/.../22617/HoiData-loppuraportti-2007-2009-301109.pdf

Vilka H., Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

Rakenteinen kirjaaminen

Sonja Packalén
Satakunnan Ammattikorkeakoulu
2013

Hoitotyön prosessi

- Hoitotyön prosessi on ”apuväline” hoitoon
- Kirjaaminen (hoito) alkaa tarpeen määrittämisestä kulkien aina arviointiin asti
- Hoitotyön prosessin kulku; **Hoidon tarpeen määrittäminen -> hoidon suunnittelu -> hoidon toteutus -> hoidon arviointi.**

Hoitotyön prosessi

Hoidon tarve

- Hoidon tarpeen määrittäminen tapahtuu asiakasta koskevien tietojen keruulla, PALHO.
- Tarve on hoitohenkilökunnan tekemä kuvaus asiakkaan tilasta.
- Tarpeen tulee kuvata asiakkaan tilaa/vointia johon voidaan vaikuttaa hoidolla

Hoidon suunnittelu

- Hoidolle asetetaan tavoitteita, joita pystytään arvioimaan.
- Hoitohenkilökunta suunnittelee eri hoitotoiminnot joilla pystytään hoitamaan asetettuja tavoitteita

Hoitotyön prosessi

Hoidon toteutus

- Suunnitelmavaiheessa asetettujen tavoitteiden toteuttamista.
- Kirjatessa huomioidaan mitkä toiminnot toteutuivat ja miten se vaikutti asiakkaaseen. Asiakkaan vointi kuvataan tarkasti

Hoidon arviointi

- Tasaisin väliajoin tapahtuva arviointi. Miten hoito on toteutunut, onko päästy asetettuihin tavoitteisiin?
- Uusien tavoitteiden asettaminen, jos asiakkaan kunto sitä vaatii.
- Asiakkaan siirtyessä esim. vanhainkotiin arvioidaan kotihoidon onnistuminen koko asiakkuuden ajalta.

FinCC-luokitus

- FinCC-luokitus perustuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintaluokituksesta (SHToL) sekä Suomalaisen hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). Näillä kaikilla luokituksilla on yhtenevä rakenne joka koostuu komponentti-, pääluokka- sekä alaluokkatasoista. Näitä käyttäen hoitotyön kirjaaminen selkeytyy ja tarvittavat asiat ovat helposti löydettävissä.

Kirjaaminen

- Komponenttien alta löytyvät pääluokka ja alaluokka, joiden avulla pystytään täsmällisesti valitsemaan oikea kirjaamiskohta.
- Aina ei tarvitse valita pää- ja alaluokkaa, joskus pääluokastakin löytyy jo oikea otsikko.
- Kaikissa pää- ja alaotsikoissa on mahdollisuus vapaaseen tekstiin, jolla pystytään paremmin kuvaamaan tapahtunutta. Esim. **Lääkehoito -> Lääkkeen antaminen -> Lääkeinjektion antaminen -> Cohemin iml inj. Vasempaan pakaraan. Seuraava 20.1.14.**

KOMPONENTIT

1. Aktiviteetti
 - Fyysinen toiminta, uni- ja valvetila
2. Erittäminen
 - Virtsaaminen, verenvuodot ja muu erittäminen
3. Selviytyminen
 - terveyteen ja sen muuttumiseen, kanssa käymiseen liittyvät asiat. Asiakas ja perhe
4. Nestetasapaino
 - elimistön nestetasapaino

Komponentit jatkuu...

5. Terveyskäyttäytyminen
 - terveyden edistäminen
6. Hoidon ja jatkohoidon koordinointi
 - hoidon ja jatkohoidon, tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointi
7. Lääkehoito
8. Ravitsemus
 - ravintoaineiden ja ravitsemuksen turvaaminen

Komponentit jatkuu...

9. Hengitys
 - keuhkojen toiminta
10. Verenkierto
 - elinten verenkiertoon liittyvät tekijät
11. Aineenvaihdunta
 - verensokeri, ihon väri yms...
12. Turvallisuus
 - hoitoympäristön tai sairauden aiheuttamat turvallisuusriskit

Komponentit jatkuu...

13. Päivittäiset toiminnot

- omatoimisuus

14. Psykkinen tasapaino

- eristäminen, rauhattomuus, tahdosta riippumattomat toimet

15. Aisti- ja neurologiset toiminnot

- kuulo, näkö, kipu

16. Kudoseheys

- haavan hoito, ihon kunto

17. Elämänkaari

- eri elämänvaiheisiin liittyvät asiat

Rakenteisen kirjaamisen hyvät ja huonot puolet

Hyvät

- ❖ Kirjaaminen selkeytyy
- ❖ Ajan myötä kirjaaminen myös nopeutuu
- ❖ Asiat löytyvät helposti myöhemmin
- ❖ Kaikilla terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksilla samat pelisäännöt kirjaamiseen

Huonot

- ❖ Harjoittelu vie aikaa
- ❖ Koneella työskentely lisääntyy
- ❖ Otsikoinnit eivät aina ole niin loogisia
- ❖ Muutosvastarinta

Martta

Asiakkaalla on jo jonkin aikaa ollut ruokahaluttomuutta ja hän on ollut masentuneen oloinen. Virtsanpidätyskyvyn kanssa on myös ilmennyt ongelmia. Ruokahaluttomuuden myötä painokin on pudonnut, asiakas painoi ennen 77kg nyt painoa on enää 72kg. Nukkuu kuitenkin omien sanojensa mukaan hyvin, n.7h/yö. Virtsa stiksattu, siinä ei ollut mitään. GDS-15 testi myös tehty jo, pisteet siinä 8. Ei ole halukas tulemaan vastaanotolle.

MARTTA

(Hoidon tarpeen määrittäminen ja hoidon suunnittelu)

HOIDON TARVE	HOIDON TAVOITE	HOIDON SUUNNITELLUT TOIMINNOT
1. Erittäminen: virtsa karkailee	1. Tilanteen normalisoituminen	1. Virtsan pidätyskyvyttömyys: Tulehduksen pois sulkeminen U-inf kokeella, tarv. Vaippojen käyttö.
2. Ravitseminen: ruoka ei maistu, paino putoaa	2. Ruokahalun parantuminen, painon nousu ruokailun lisäämisen myötä	Ruokahaluttomuus: Ruokailujen tarkempi seuranta, monipuolisempi ruokavalio, tarv. Nutridrinkkien käyttö. MNA-testi,
3. Psykkinen tasapaino: asiakas masentuneen oloinen	3. Mielialan kohoaminen	3. Mielialan seuranta: Tehdään GDS-15 testi, aloitetaan mahdollinen lääkitys.

MARTTA

(Hoidon toteutus ja arviointi)

Hoidon toteutus	Hoidon arviointi
1. Virtsan pidätyskyvyttömyys: Otettiin virtsanäyte ja vietiin se laboratorioon. Bakt. vilj. Näkyi tulehdus, aloitetaan ab. kuuri	1. Karkailu loppunut ab-kuurin jälkeen.
2. Ruokahaluttomuus: MNA-testi, riski aliravitsemukselle kasvanut. Asiakas menee ravitsemusterapeutille. Ruokailut tapahtui pääsääntöisesti kotihoidon ollessa paikalla. Nutridrinkit otettiin käyttöön.	3. Ruokahalu alkoi parantua ravitsemusterapeutilla käynnin jälkeen. Paino on pikkuhiljaa noussut.
3. Mielialan seuranta: Testistä asiakas sai 10 pistettä, yritetään saada vo:lle hänet.	3. Lääkärin vastaanoton jälkeen aloitettiin lääke, tämän myötä myös mieliala on kohentunut huomattavasti.

MARTTA

(yhteenveto)

Asiakkaalla esiintyi ruokahaluttomuutta, masentuneisuutta sekä virtsan karkailua. Ruokahaluttomuuden hoidon tueksi tehtiin MNA-testi, jossa tulokseksi tuli ”riski aliravitsemukselle kasvanut”, hänelle varattiin aika ravitsemusterapeutille, sekä hankittiin nutridrinkkejä täydentämään ruokavaliota. Näillä keinoilla saatiin paino taas nousemaan.

MARTTA

(yhteenvedo jatkuu...)

Virtsan karkailun taustalla oli virtsatulehdus, joka hoidettiin antibiootti kuurilla, karkailu loppui. Masennuksen selvittämiseksi tehtiin GDS-15 testi, tässä tulokseksi tuli 8 pistettä, joka viittaa lievään masennukseen. Tähän aloitettiin lääkitys. Jonkin ajan kuluttua asiakkaan mieliala alkoi kohentua. Lääkitystä jatketaan edelleen

Veikko

Veikon sokerit vaihtelevat koko ajan. Aamuisin voi olla 4-10 ja päivisin jopa yli 12. Häntä myös huimaa aina ylös noustessa. RR ollut tasoa 140/90 p. 89. Veikolle on yritetty selittää ruuan merkitystä diabeteksen hoidossa. Ruoka tulee keskuskeittiöstä ma,ke,pe,2, mutta kotihoito joutuu usein heittämään ruokia pois. Veikko syö mielellään vain herkkuja ja ruokailu painottuu iltaan/yöhön.

VEIKKO

(hoidon tarpeen ja tavoitteen arviointi)

Hoidon tarve	Hoidon tavoite
1. Aineenvaihdunta, aineenvaihdunnan muutos, verensokerien muutos: Verensokeriarvot vaihtelee päivän mittaa, aamulla 4-10 päivällä voi olla jopa yli 12.	1. Verensokerien tasoittuminen
2. Verenkierto, verenkierron häiriö, verenpaineen muutos: RR noussut ylös 140/90 p. 89, huimausta useimmiten ylös noustessa	2. Verenpaineen tasoittuminen, huimauksen loppuminen

VEIKKO

(hoidon toteutus ja arviointi)

Hoidon toteutus	Hoidon arviointi
1. Verensokerien seuranta ja hoito: VS-arvot aivan liian korkeita päivällä, mitataan sokerit joka ruokailun yhteydessä. Herkut mahdollisimman vähälle. Lääkityksen muutos.	1. VS-arvoja on mitattu useita kertoja päivässä, herkut saatu vähemmälle, sekä ruoka-aikoja muutettua. Näin myös sokeriarvot ovat pysyneet kurissa.
2. Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta: 4:n päivän tuplamittaukset verenpaineeseen. Mittaukset tehtiin, RR niissä korkea keskiarvo on 178/89 p. 87. Lääkityksen muutos.	2. Lääkitystä on muutettu ja näin ollen on saatu RR-arvot alhaisemmiksi ja huimaus on vähentynyt.

VEIKKO

(yhteenvedo)

Veikon verensokeriarvot vaihtelivat paljon päivän aikaan. Hänen ruokailu oli epäsäännöllistä ja herkkuja hän söi paljon. Verenpaine arvot olivat korkeat ja tästä syystä häntä huimasi.

Verensokeriarvot saatiin tasapainoon, kun Veikon ruokailutottumuksia muutettiin ja herkkujen määrää/saatavuutta vähennettiin. Hänen sokerilääkitystään myös muutettiin.

Verenpaine saatiin laskemaan lääkitymisen muutoksella.

Vastaa muutamalla sanalla oheisiin kysymyksiin. Vastauksia käytetään ohjeistuksen muokkaamiseen toimivammaksi.

1. Onko rakenteisen kirjaamisen ohjeistus mielestäsi toimiva? Perustele

2. Mitä olisit kaivannut lisää ohjeistukseen? Perustele

3. Koetko ohjeistuksesta olevan hyötyä, kun FINCC:n otsikoinnit tulevat käyttöön kotihoitoon? Perustele

Kiitos vastauksesta!

Sonja Packalén
Satakunnan Ammattikorkeakoulu

Komponenttien esimerkit

1. **Aktiviteetti:** Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito: Lonkka- tai polvileikkauksesta toipuvan asentohoito.
Uni- tai valvetilan seuranta: Nukkuuko asiakas tarpeeksi, millainen päivärytmi hänellä on?
2. **Erittäminen:** Suoliston toiminnan hoito: Ummetuksen ja ripulin hoito, peräruiskeen antaminen.
Suolistoavanteen hoito kuuluu myös tämän komponentin alle.
Virtsan määrän ja värin seuranta, kotihoidossa lähinnä katetripotilailla.
3. **Selviytyminen:** Sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen: Päivätoiminnassa käynti, kaikki muu ystävien kanssa pidettävä yhteistyö.
4. **Nestetasapaino:** Nesteytykseen liittyvä ohjaus: esim. kesällä helteellä juomisesta muistuttaminen/ huolehtiminen.
Nesteenpoiston edistäminen: Kuureina annettu nesteenpoistolääkitys
5. **Terveyskäyttäytyminen:** Hoitoon sitoutumisen edistäminen: Hoitosopimuksen tekeminen, hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistuminen: Osallistuminen Palhon tekoon ja sen päivittämiseen.
6. **Hoidon ja jatkohoidon koordinointi:** Tutkimuksen, toimenpiteen tai näytteenoton suorittaminen: Verikokeiden otto. Tutkimukseen, toimenpiteeseen tai näytteenottoon liittyvä valmistaminen ja ohjaus: Asiakkaan ohjaus ennen lääkäriin tai sairaalaan menoa, verikokeisiin valmistautuminen.
7. **Lääkehoito:** Lääkehoidon ohjaus: Miksi lääkettä syödään ja mitä pitää huomioida. Lääkkeen antaminen: Mitä kautta lääke on annettu ja milloin esim. kipulaastari on vaihdettu.
8. **Ravitseminen:** Painon kontrolli: kirjataan aina kun asiakas on punnittu. Lisäravinteiden tarjoaminen: jos ostetaan asiakkaalle esim. nutridrinkkejä kirjataan se tähän.
9. **Hengitys:** Hengityksen seuranta: Kun asiakkaalle tehdään pef-mittaukset, kirjataan se tähän. Positiiviseen paineeseen puhalluttaminen: esim. pulloon puhallukset, kaikki hengitystä helpottavat puhallus harjoitukset
10. **Verenkierto:** Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta: Verenpaineet ja pulssit kirjataan tähän aina kun ne on mitattu. Jos rytmissä huomataan jotain erikoista se myös kirjataan tähän. Lämmön seuranta: Jos asiakkaalla on kuumetta tai alilämpöä kirjataan se tähän.
11. **Aineenvaihdunta:** Aineenvaihdunnan muutosten seuranta ja hoito: Verensokerien mittaaminen kirjataan tämän otsikon alle. Sekä se jos sokereiden korjaamiseksi on tehty jotain.
12. **Turvallisuus:** Ei niinkään koske kotihoitoa. Kirjataan rajoittamiset, vierihoidot yms.

- 13. Päivittäiset toiminnot:** Omatoimisuuden tukeminen: Peseytymisessä, syömisessä, liikkumisessa sekä wc toiminnoissa avustaminen sekä niissä itsenäisesti pärjääminen. Apuvälineiden järjestäminen päivittäisten toimintojen tueksi: Jos asiakkaalle toimitetaan esim. rollaattori tai wc-istuimen korottaja kirjataan se tähän. Sekä niiden käytössä avustaminen.
- 14. Psykkinen tasapaino:** Käyttäytymisen häiriöiden tunnistaminen: Jos asiakas muuttuu aggressiiviseksi kirjaus kuuluu tämän otsikon alle. Mielialan seurannalle on myös oma alaotsikkonsa tämän komponentin alla, siihen kirjataan kaikki muutokset asiakkaan mielialassa.
- 15. Aisti- neurologiset toiminnot:** Kuuloaistin muutokset, kuulokojeeseen liittyvät asiat, sekä esim. korvien huuhtelu. Myös näköaistiin liittyvät asiat, esim. näön heikkeneminen. Kivun seuranta löytyy myös tämän otsikon alta, kirjataan myös kivun hoito ja autoiko hoito vai ei.
- 16. Kudoseheys:** Haavan hoidot kirjataan tänne. Myöskin ihottuman toteaminen sekä sen hoito ja ohjaus.
- 17. Elämänkaari:** Kotihoitoa ehkä lähinnä koskevat asiat tässä komponentissa ovat saattohoito, kuolevan potilaan/asiakkaan hoito sekä hänen läheistensä tukeminen. Kirjataan läheisten kanssa käydyt keskustelut, sekä kuolevan asiakkaan hoito ja hänen toiveet.