



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
ÅBO YRKESHÖGSKOLA**

**Opinnäytetyö**

**Kirjaamisen muutos rakenteiseen kirjaami-  
seen sekä kirjaamisen laatu ja sairaanhoitaji-  
en kokemukset rakenteisesta kirjaamisesta**

**Sari Bergqvist  
Lauri Nordman**

**Hoitotyön koulutusohjelma  
2010**

Turun ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyön tiivistelmä

Terveysala, Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidaja

Tekijä(t): Bergqvist Sari, Nordman Lauri

Opinnäytetyön nimi: Kirjaamisen muutos rakenteiseen kirjaamiseen sekä sen laatu ja sairaanhoitajien kokemukset rakenteisesta kirjaamisesta

Sivumäärä: 35

Kesäkuu 2010

---

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kirjallisuuden perusteella, että mitä hoitotyön kirjaamisesta ja sen laadusta tiedetään. Opinnäytetyössä käytimme tutkimuksia, jotka olivat pääasiassa tehty 2000-luvulla. Tutkimuksien kautta pyrimme saamaan materiaalia opinnäytetyöhömmä. Olemme käyttäneet erilaisia lähteitä, jotta saamme mahdollisimman laajan kuvan asiasta.

Opinnäytetyömme tuloksena voimme sanoa, että kirjaamista on tutkittu, mutta sitä tulisi tutkia vielä enemmän. Kovin laajan materiaaliston löytäminen oli vaikeaa. Hoitajien mielenkiintoja saimme selville jonkin verran ja heidän joukkonsa oli selvästi jakautunut rakenteista kirjaamista vastaan ja sen puolesta. Yleisenä ongelmana koettiin hoitohenkilökunnan tietokoneiden käyttötaidot. Rakenteinen kirjaaminen koettiin vaikeaksi asiaksi, mutta hyvin opetettuna ja selvitettyinä se koettiin hyväksi asiaksi hoitotyön kannalta.

---

Asiasanat: kirjaaminen, hoitotyön kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, sähköinen dokumentointi, elektroninen dokumentointi, dokumentointi, elektroninen potilasasiakirja.

Menetelmä: Kirjallisuuskatsaus

Projektin nimi: Hoitotyön sähköinen kirjaaminen - käytäntöön implementointi

Toimeksiantaja: Turun terveystoimi

Tuotos: Kirjallinen raportti

Säilytyspaikka: Turun ammattikorkeakoulun kirjasto, Ruiskatu

Turku University of Applied Sciences: Bachelor's Thesis, Abstract of Thesis

Health Care, Degree Programme in Nursing / Nurse

Author(s): Bergqvist Sari, Nordman Lauri

Title: Documentation of change in structured documentation as well as its quality and nurses' knowledge in nursing documentation

Department of the city of Turku

Number of pages: 35 pages

June 2010

---

This thesis is the second part of a project, which began with a study in the spring of 2008. The objective of this study was to find out what was nurses knowledge about documentation. In addition this study aimed to find out what is the quality of documentation and what do we know about documentation based on studies done before.

In this study we used old studies about documentation. Firstly we were supposed to do a interview but we did not manage to get any nurses to interview.

The findings of this study showed that nursing documentation has been studied a lot. Findings showed that nurses know a lot about documentation and they would like to improve it in their everyday work. Main points in findings were that documentation with computers makes work safer for patients and nurses said that documentation is a important part of the job and everybody should learn it good. Study also showed that there should be more studies about nurse's experience in documentation and their opinion should matter when developing better documentation.

---

Key words: documentation, knowledge, nursing, electronic patient record, electronic health record/ EHR and health plan.

Research method: Literature review

Name of the project: Electronic recording of nursing - practical implementation

Employer: Turun terveystoimi

Production: Literary report

Place of storage: Library of Turku University of Applied Sciences, Ruiskatu, Turku, Finland

# SISÄLTÖ

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | JOHDANTO  | 6  |
| 2     | HANKKEEN TARKOITUS JA<br>TOTEUTTAMISMENETELMÄ SEKÄ SEN<br>LUOTETTAVUUS      | 7  |
| 3     | HOITOTYÖN KIRJAAMINEN   | 8  |
| 3.1   | Hoitotyön kirjaamisen merkitys ja sen laatuksiteerit                        | 8  |
| 3.2   | Hoitotyön kirjaamisen lainsäädäntö ja etiikka                               | 10 |
| 3.2.1 | Hoitotyön kirjaamisen lainsäädäntö  | 10 |
| 3.2.2 | Hoitotyön kirjaamisen etiikka   | 14 |
| 3.3   | Hoitotyön kirjaamisen historiaa ja sen muutos elektroniseen<br>kirjaamiseen | 17 |
| 3.3.1 | Hoitotyön kirjaamisen historia  | 17 |
| 3.3.2 | Hoitotyön elektroninen kirjaaminen ja siihen siirtyminen                    | 18 |
| 3.4   | Rakenteinen kirjaaminen   | 19 |
| 3.5   | Turun terveystoimen kirjaamishake   | 21 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 4   | HOITAJIEN KIRJAAMISTAITOJEN JA KOKEMUKSET<br>KIRJAAMISESTA SEKÄ KIRJAAMISEN LAATU<br>HOITOTYÖSSÄ TUTKIMUSTEN POHJALTA | 23 |
| 4.1 | Elektronisen sekä rakenteisen kirjaamisen haasteet ja hyödyt  | 23 |
| 4.2 | Hoitajien kokemukset hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta  | 26 |
| 4.3 | Kirjaamisen laatu hoitotyössä   | 28 |
| 5   | JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA  | 29 |

## LÄHTEET

## 1 JOHDANTO

Turun terveystoimessa alkoi hoitotyön kehittämishanke ”Hoitotyön sähköinen kirjaaminen – käytäntöön implementointi” marraskuussa 2007. Kyseisen hankkeen tarkoituksena on jalkauttaa yhtenäinen rakenteinen kirjaamismalli Turun terveystoimeen. Turun ammattikorkeakoulu tekee yhteistyötä Turun terveystoimen kanssa tässä hankkeessa ja näin ollen, tämä opinnäytetyö on osa Turun terveystoimen hanketta. Uusi kirjaamismalli perustuu hoitotyön ydintietoihin ja kirjaamismalli syntyi HoiDok-hankkeen myötä, joka on valtakunnallinen sähköisen dokumentoinnin hanke. (Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2008, 8).

Alun perin opinnäytetyön tarkoitus oli tuoda esille, Turun terveystoimessa työskentelevien kirjaamisvastaavien kokemuksia kirjaamisen muutoksesta ja uudesta kirjaamismallista. Tarkoituksena oli, että olisimme teemahaastattelun avulla haastatelleet heitä. Emme kuitenkaan saaneet ainuttakaan haastateltavaa, joten päädyimme toisenlaiseen opinnäytetyöhön. Nyt opinnäytetyömme tarkoitus on tuoda esille aikaisempien tutkimusten kautta, mitä kirjaamisesta tiedetään nykypäivänä sekä miten hoitotyön kirjaaminen on muuttunut vuosien aikana. Keskitymme siihen millaista kirjaamisen laatu on ja samalla tuomme tutkimusten kautta esiin hoitohenkilökunnan omia mielipiteitä osaamisestaan rakenteisessa kirjaamisessa ja yleisestikin kirjaamisessa. Menetelmänä on kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on käyttää aikaisempia tutkimuksia tiedon ja materiaalin saamiseksi tähän kyseiseen opinnäytetyöhön.

Kirjaamisen kautta pitäisi myös saada näkyville työntekijöiden laadukas hoitotyö, joka tulee esiin monipuolisena kirjaamisena. Turun terveystoimen hanketta opinnäytetyömme palvelee siltä osin, että kirjallisuuden perusteella saatu tieto antaa myös viitteitä siihen, mitä asioita voitaisiin Turun terveystoimessa ottaa huomioon kirjaamistakehitettäessä.

## 2 HANKKEEN TARKOITUS JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ

Opinnäytetyömme tarkoitus oli tuoda esille aikaisempien tutkimusten kautta, mitä kirjaamisesta tiedetään nykypäivänä, sekä miten hoitotyön kirjaaminen on muuttunut vuosien aikana. Teimme kirjallisuuskatsauksen, jonka tavoitteena on saada vastaukset kirjallisuuskatsausta ohjaaviin kysymyksiin. Saadaksemme vastaukset kysymyksiin käytimme opinnäytetyössämme aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia sekä muuta aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Kirjallisuuskatsauksessa käydään läpi se mitä aiheesta jo aikaisemmin tiedetään tutkimusten perusteella. Kirjallisuuskatsauksessa on myös mahdollista esitellä aikaisempia tutkimuksia ja niiden tuloksia. (Välikoski, 2009.) Kirjallisuuskatsausta ohjaavia kysymyksiä työssä oli kaksi.

1. Miten hoitajat kokevat hoitotyön kirjaamisen osana omaa työtään?
2. Mitä kirjaamisen laadusta tiedetään aikaisempien tutkimusten mukaan?

Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että löytäisimme mahdollisimman monipuolisia lähteitä aiheesta, koska tehtävänäme oli kerätä tietoa sairaanhoitajien kokemuksista. Kokemusten kautta tulevat esiin myös mielipiteet, joita on erilaisia. Lähteiden tuli olla myös mahdollisimman uusia, jotta käytössämme olisi viimeisintä tietoa.

Tähän opinnäytetyöhön on haettu tutkimustietoa erinäisten hakupalvelimien avulla. Näitä ovat cinahl, medline, medic, Pub med, google, ammattikorkeakoulujen sekä yliopistojen omien kirjastojen sivut sekä aineiston keräämiseksi on käytetty myös aikaisemmin tehtyjen opinnäytetöiden sekä pro gradu-tutkielmien lähdeluetteloita. Hakusanoina aineistoa kerätessämme olemme käyttäneet sanoja hoitotyön kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, dokumentointi, sähköinen dokumentointi, elektroninen dokumentointi, elektroninen potilas asiakirja, electronic patient record, electronic health record/ EHR, documentation sekä health

plan. Käytetyt lähteet ovat pääasiallisesti vuoden 2000 jälkeen ilmestyneitä, mutta muutamia lähteitä on myös 90-luvun puolelta.

### 3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

#### 3.1 Hoitotyön kirjaamisen merkitys ja sen laatukriteerit

Hoitotyön laadukkaan kirjaamisen perus lähtökohtia ovat juridisesti pätevä ja lakien sekä asetusten mukainen kirjaaminen, eettisesti hyväksyttävä kirjaamistekniikka, potilaan kohtaaminen yksilönä ja hänen tietojensa kirjaaminen yksilöllisesti sekä hoitotyötä kehittävä kirjaaminen (Hallila & Graeffe 2005, 13; Hallila 2005, 14, 23; Suhonen 2005, 37).

Kirjaamisen merkitys perustuu myös siihen, että terveydenhuollossa tietoa kerääntyy suuria määriä jopa yhden päivän aikana. Tämä tieto tarvitsee saada kaikkien potilasta hoitavien tahojen ulottuville ja paras tapa sen toteuttamiseen on tietojen kirjaaminen joko paperille tai tietokoneelle. Nykyään kun olemme siirtyneet elektroniseen kirjaamismalliin, niin tieto dokumentoidaan tietokoneelle. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 25.) Potilasasia-kirja on elävä todiste siitä, mitä toimenpiteitä potilaalle on tehty ja miten potilasta on informoitu häntä koskevissa asioissa (Hallila 2005, 34). Elektronisen kirjaamisen etuna on se, että kirjattu tieto on nopeasti niiden ammattihenkilöiden käytettävissä jotka sitä juuri sillä hetkellä tarvitsevat. Saman potilaan tietoja pystyy yhtäaikaaisesti tarkastelemaan useampikin terveydenhuollon ammattihenkilö. (Asikainen, Suominen, Mäenpää & Maass 2008, 60.)

Systemaattinen tiedon kirjaaminen edesauttaa myös sitä, että tietoa pystytään tutkimaan paremmin. Tällöin kun tiedon kirjaaminen on rakenteisesti samanlaista valtakunnallisella



tasolla, niin tietoja kyetään paremmin vertailemaan keskenään sekä tällöin myös tietojen kerääminen esimerkiksi tilastoihin helpottuu. Kun kirjaamisen sisältöä kyetään seuraamaan, on helpompi myös kehittää kirjaamisen laatua paremmaksi. (Saranto ym. 2007, 15, 187.)

Kirjaamista voidaan kuvata myös erilaisten laadun kriteerien kautta. Saranto ja Ikonen (2007, 190) kuvaavat teoksessaan kolme erilaista laadun kriteeriä. Näitä ovat laadun rakennekriteerit, prosessikriteerit sekä tuloskriteerit.

Rakennekriteereitä ovat esimerkiksi toimiva tietojärjestelmä, riittävä välineistö sekä osaava ja motivoitunut henkilökunta. ”Laadun rakennekriteerit voidaan määritellä hoitoympäristöstä käsin”. Rakennetekijät liittyvät suurimmaksi osaksi siihen, miten tietotekniikkaa osataan käyttää hyödyksi sähköisten potilaskertomusten muokkaamisessa. Teoksesta käy myös ilmi, että useissa tutkimuksissa korostetaan koulutuksen merkittävyyttä, myönteistä asennetta sekä laitteiston riittävyyttä työpaikoilla. Oleellisten tietojen saanti hoidon aikana ja sen jälkeen verraten tätä potilasasiakirjalainsäädäntöön on potilaskertomuksen tärkein laatuksiteeri. On hyvä keino arvioida kirjaamisen laadun sisällön tuotantomahdollisuuksia vertaamalla sitä lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. (Saranto & Ikonen 2007, 187-188.)

Prosessikriteereitä ovat vakioitunut hoitoprosessin kirjaamiskäytäntö, tietojärjestelmän hyvä käytettävyys sekä erilaisten tietojärjestelmien yhteensopivuus ja niiden toimiminen yhteen. Kuvaamalla esimerkiksi mitä tehdään hoitoa annettaessa tai sitä vastaanotettaessa voidaan hoitoprosessin vaiheiden mukaan laatia laadun prosessikriteerit. Kirjatessa tulisi miettiä miten esimerkiksi järjestelmä vastaa käyttäjän vaatimuksiin ja miten teknologiaa sovelletaan kirjaamisessa. Kirjaamisen tulisi olla helppoa ja sujuvaa. Myös tiedon saanti kirjaamisen yhteydessä on tärkeää, jotta sitä pystytään hyödyntämään tilastoinnissa. Tässä tärkeää osaa näyttelevät hoidon prosessimalli ja käsitteet, luokitukset sekä koodistot. (Saranto & Ikonen 2007, 188-189.)

Potilaan yksityisyyden suojan säilyminen, riittävä tiedon saanti sekä virheettömät, ajantasaiset hoitotiedot ja järjestelmän sujuva sekä turvallinen käyttö kuuluvat laadun tuloskriteereihin. Näiden tarkoituksena on määrittää kuinka ajallisesti tehokkaasti ja kustannuksiltaan tehokkaasti on mahdollista saavuttaa päämäärät. Jotta taataan hyvä ja turvallinen hoito, sekä hoitohenkilökunnan oikeusturva tulee taattua, niin kirjaamisen tulee olla virheetöntä, tarpeeksi kattavaa sekä asioiden tulee olla oikein kirjattuna. Luottamus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on välttämätöntä jo siksi, että saadaan toteutettua yksityisyyden suoja. Kirjattu tieto tulee kirjata ja arkistoida lain määrittämällä tavalla. (Saranto & Ikonen 2007, 189.)

Yhtenä hoitotyön kirjaamisen laatua parantavana tekijänä pidetään näyttöön perustuvaa kirjaamista. Näyttöön perustuvuudella tarkoitetaan parhaan sekä ajantasaisen tiedon tarkkaa, arvioitua ja punnittua soveltamista yksittäisen potilaan hoitoon. (Hallila 2005, 13.) Näyttöön perustuvan hoidon ja kirjaamisen käytäntöön tulo juontuu lainsäädännöstä. Potilaalla on oikeus saada hyvää hoitoa ja hänen tulee saada vaihtoehtoista tietoa hänen hoitoaan koskevista asioista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Näyttöön perustuvaa tietoa sovelletaan käytäntöön käyttäen hyväksi terveydenhuollon ammattihenkilön kliinistä asiantuntemusta ja hänen kykyään ottaa huomioon myös potilaan hoidollinen tilanne sekä mieltymykset (Hallila 2005, 13-15).

## 3.2 Hoitotyön kirjaamisen lainsäädäntö ja etiikka

### 3.2.1 Hoitotyön kirjaamisen lainsäädäntö

Hoitotyössä potilaan/asiakkaan tietojen kirjaaminen on suuri osa päivittäistä rutiinia. Kirjaamisen merkitys perustuu aivan ensisijaisesti lakiin sekä asetuksiin jotka määrittävät sen, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon

järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä on säädetty laki. Sen tarkoituksena on edistää näissä kahdessa instanssissa tapahtuvaa sähköistä kirjaamista turvallisemmaksi sekä yhtenäisemmäksi. Sähköisen kirjaamisen tulisi olla tehokasta ja potilas turvallista sekä sen tulisi edistää myös potilaan tiedonsaanti mahdollisuuksia. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/259.) Laki koskee potilasasiakirjojen sähköistä käsittelyä ja terveydenhuollossa kaikki ovatkin lähes poikkeuksetta siirtyneet sähköiseen kirjaamiseen niin terveyskeskuksissa kuin sairaanhoitopiireissäkin (Salo 2007, 13).

Siirtymiset ovat tapahtuneet porrastetusti eri sairaanhoitopiireissä. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus sekä siihen liittyvät muut tiedot ja asiakirjat. Siihen liittyvät myös kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot sekä tiedot muista hoitoyksiköistä ja hoidon järjestämiseen ja suunnitteluun liittyvät asiat. Asiakirjasta tulee käydä myös ilmi potilaan perustiedot sisältäen nimi, ikä, henkilötunnus, kotikunta ja muut asiat joista potilas voidaan tunnistaa. Asiakirjasta tulee käydä myös ilmi, että missä potilas on ollut hoidossa sekä kuka hoitoa on antanut. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.)

Potilaan hoitoon osallistuvat saavat kirjata potilaan tietoihin vain niitä tietoja, jotka oma toimivalta antaa kirjata. Toimiyksiköissä työskentelevien käyttöoikeudet tulee rajata yksilökohtaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.) Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi sairaanhoitaja ei voi kirjata tietoja, joita lääkärin tulee kirjata. Jokaisen tulee myös kirjata asiat omilla nimillään, jonka vuoksi jokainen on saanut omat henkilökohtaiset tunnukset käyttöönsä.

Kirjaamisen tulee olla tarpeeksi laajaa ja kattavaa. Potilastietoihin tulee kirjata tiedot potilaan hoidon järjestämisestä, suunnittelusta sekä toteutuksesta. Merkintöjen pitää olla selkeät sekä niitä tehtäessä tulee käyttää vain yleisessä käytössä olevia merkintöjä sekä lyhenteitä. Kyseiset lyhenteet ja merkinnät tulee olla muidenkin ymmärrettävissä. Merkinnät tulee tehdä viipymättä potilasasiakirjoihin, kuitenkin viimeistään viiden vuorokauden päästä siitä kun potilas on poistunut osastolta tai vastaanotolta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutus on osaltaan yhtenä osana sitä, että potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt ovat päteviä kirjaamaan tietoja potilaskertomukseen. Niin kuin laissakin jo sanotaan, tulee terveydenhuollon ammattihenkilöllä olla ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet toimiakseen terveyden- tai sairaanhoidon työtehtävissä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559.) Näin ollen suuriosa ammattitaidosta tulee koulutuksen kautta. Ammatillinen kasvu jatkuu kuitenkin läpi koko elämän ja osaamista täytyy ylläpitää jatkuvasti. (Hildén 2002, 33.)

Laissa on myös asetus siitä kenelle ja miten potilastietoja saadaan luovuttaa. Luovutuksen tulee perustua joko luovutuksen oikeuttavaan lain säännökseen tai vastaavasti luovutus tapahtuu potilaan luvalla. Potilastietoja voidaan luovuttaa lain määäämin ehdoin potilaan suullisella suostumuksella tai sitten kirjallisella vahvistuksella. Asiakirjojen luovutus voi tapahtua myös potilaan laillisen edustajan suostumuksella. Potilalla on myös itsellään oikeus saada tieto siitä kenellä hänen tietojaan on luovutettu, ketä niitä on käyttänyt ja mikä on ollut käytön tai luovutuksen peruste. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/259.) Potilaan asiakirjoihin tulee myös merkitä, että mihin potilaan tietoja saa luovuttaa ja koska tähän on saatu lupa sekä myös, että onko lupa kirjallinen vai suullinen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298).

Vaatimuksia laissa ovat myös tiedot asiakastietojen käytettävyydestä ja säilyttämisestä huolehtiminen, velvoite tunnistaa ja todentaa asiakastiedon käsittelyn osapuoli luotettavasti sekä velvoite varmistaa asiakirjan muuttumattomuus ja kiistämättömyys sähköisellä allekirjoituksella. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tarjoajalla on velvoite pitää rekisteriä käyttöoikeuksista, käyttötapauksista ja sen tulee myös valvoa tietojen luovutusta. (Salo 2007, 15.) Tietokoneet ovat tässä tapauksessa hyvä apu tähän, koska tiedot pysyvät koneen muistissa paremmin kuin jokaisen potilaan omassa kansiossa, jotka vuosien myötä menevät huonoon kuntoon.

Valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista vastaa kansaneläkelaitos, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus sekä terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Jokaisella näistä on oma vastuu alueensa jonka hoitamisesta ne vastaavat. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/259.) Kansaneläkelaitos huolehtii potilastietojen hävittämisestä sen jälkeen, kun potilasasiakirjoille määritelty säilytysaika on päättynyt. Kansaneläkelaitos ilmoittaa tällöin hävittämisestä potilasta hoitaneille organisaatioille. Hävittäminen tulee tapahtua luotettavasti sekä heti. On myös pidettävä huolta, että tiedot eivät pääse väärin käsiin hävittämisen aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.) Henkilötietolain mukaan henkilötietoja tulee käsitellä asiallisesti sekä laillisesti. Niitä käsitellessä tulee noudattaa huolellisuutta sekä toimia niin, että potilaan yksityisyyden suojaa ei rikota. Laki määrittelee myös vaitiolovelvollisuuden, joka tarkoittaa sitä esimerkiksi hoitaja, joka tietää potilaan asioista ei saa kertoa niistä sivullisille. (Henkilötietolaki 22.4.1999/523.)

Julkisen terveydenhuollon palvelun tarjoajalla on velvollisuus liittyä tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi mutta myös yksityisellä terveydenhuollon palvelun tarjoajalla on velvollisuus liittyä tähän tiettyjen asioiden nojalla (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/259).

Potilaan näkökulmasta kirjaamisen merkitys korostuu siinä kohtaa, kun tarkastellaan esimerkiksi potilasturvallisuuden kehittymistä sekä luottamuksellisen hoitosuhteen syntyä. Tärkeässä osassa ovat tietoturva ja tietosuojat. (Saranto ym. 2007, 187.) Terveystieteiden ammattihenkilöllä on vaitiolovelvollisuus potilasta koskevista tiedoista sekä myöskään ilman potilaan kirjallista suostumusta terveydenhuoltohenkilöstöllä ei ole lupaa antaa potilasta koskevia tietoja sivulliselle henkilölle (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

### 3.2.2 Hoitotyön kirjaamisen etiikka

Etiikka on yksi tieteenala ja sillä tarkoitetaan tutkimusta, joka kohdistuu moraalisiin kysymyksiin. Moraali ja etiikka voivat tarkoittaa samaa asiaa, mutta niiden välillä on myös eroavaisuuksia. (Karjalainen, Launis, Pietarinen & Pelkonen 2002, 42-43.) Tässä työssä tullaan kuitenkin puhumaan etiikasta ja nimenomaan hoitotyön etiikasta. Etiikka ilmentää arvoja, ihanteita ja periaatteita. Se määrittelee myös sen mikä on oikein tai väärin, hyvää tai pahaa, onko jokin teko tai toiminto yleisesti hyväksyttävää tai esimerkiksi onko jonkin asian suorittaminen sallittua. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2001; Karjalainen ym. 2002, 42.)

Sairaanhoitajaliitto on julkaissut sivuillaan sairaanhoitajan eettiset ohjeet julkaisun. Myös esimerkiksi lääkäri- ja sairaanhoitajaliitto ovat julkaisseet omat eettiset ohjeensa. Näiden ohjeiden tarkoituksena on tukea terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettistä päätöksen tekoa omassa työssään. (Sairaanhoitajaliitto 1996; Suomen lääkäri- ja sairaanhoitajaliitto 2005; Suomen lähi- ja perusterveydenhuollon ammattihenkilöiden eettiset ohjeet 2006.) Tällaisten ohjeiden laatiminen kertoo siitä, että hoitoalalla suhtaudutaan vakavasti omaan tekemiseen ja myös siihen miten potilasta kohdellaan, hoidetaan ja opastetaan.

Etiikka on tärkeä elementti terveydenhuollossa ja ennen kaikkea myös hoitajan oma sisäinen etiikka ja sen noudattaminen ovat suuressa osassa. Eettisyys on tärkeä osa hoitamista siitä syystä, että kaikille taattaisiin samanarvoinen hoito, hoito olisi inhimillistä ja potilasta kunnioittavaa sekä potilaan oikeuksia suojelevaa. Hoitajan oma etiikka pohjautuu hänen saamaansa koulutukseen, ammatilliseen kasvuun, hänen omaan persoonaansa ja arvoihinsa. Hoitotyössä on oltava selvillä siitä mikä on eettisesti oikein tai väärin ja pystyttävä pohjaamaan oma tekeminen tähän sopivaksi. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Potilaiden samanarvoinen hoito pohjautuu siihen, että jokaista potilasta kohdellaan yksilönä ja samanarvoisena kaikkien muiden potilaiden kanssa. Potilaan syntyperän, vakaumuksen, iän, sukupuolen ja uskonnollisen taustan tai minkään muunkaan ei tulisi vaikuttaa potilaan hoitoon, eikä myöskään potilaan kohteluun. Potilaalla on itsemääräämisoikeus ja hoitajan tulee kunnioittaa tätä vaikka ei aina olisikaan täysin samaa mieltä potilaan kanssa hänen päätöksistään. Tällöin hoitajan tulee pyrkiä löytämään jokin muu lääketieteellisesti hyväksytty tapa hoitaa potilasta. Hoitohenkilökunnalla on myös vaitiolo- sekä salassapitovelvollisuus potilasta koskevista asioista. Hoitajalla tulee myös olla potilaan kirjallinen lupa tietojen luovuttamiseksi esimerkiksi toiseen terveydenhuollon yksikköön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Sairaanhoitajaliitto 1996; Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Etiikan kannalta katsottuna myös terveydenhuoltohenkilöstön jatkuva kouluttautuminen on toivottavaa, se on osa hoitotyössä toimivien ammatillisuutta. Hoitotyössä työskentely pyritään pohjaamaan tutkittuun tietoon, ja tästä syystä onkin hyvin tärkeää, että hoitohenkilöstö pysyy ajan hermoilla. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.) Työskentely käytäntöihin tulee jatkuvasti muutoksia, uusia työvälineitä otetaan käyttöön ja tutkimusten seurauksena uutta faktatietoa päivitetään kokoajan.

Etiikka tulee ottaa huomioon myös kirjaamisessa. Erilaiset lait määrittelevät, että mitä kirjauksissa tulee näkyä. Potilaan tietojen kirjaaminen tulee tapahtua mahdollisimman nopeasti sekä kirjaaminen pitää tehdä yhteistyössä potilaan kanssa siinä suhteessa, että potilaalla on oikeus tietää mitä hänestä on kirjattu potilastietokantaan. (Henkilötietolaki 22.4.1999/523.) Kirjaamisessa pitää ottaa myös huomioon, että mitä kirjaa. Jokaisen hoitajan tulisi kirjata eettisesti oikein, vaikka se joidenkin mielestä tuntuisi turhalta kirjata kaikkia asioita, joita potilaalla tulee mieleen. Kuitenkin on hyvä kirjata myös potilaan omia mielipiteitä hoidosta ja sen onnistumisesta. Tätä kautta voidaan myöhemmin potilastiedoista saada selville, että mitä mieltä potilas on ollut hoidosta. Myös hoitoon suostuvuus on tärkeää kirjata, ettei aloiteta jotain tiettyä hoitoa potilaan haluamatta sitä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Myös Suhonen (2005, 43) on sitä mieltä, että kirjaessa tietoja potilaasta on tärkeää kirjata ylös, jos potilaalla on itsellään jotain kerrottavaa terveydentilastaan tai esimerkiksi, jos potilas on erimieltä tai jopa kieltäytyy hänelle tehtävistä hoidoista/toimenpiteistä.

Salassapitovelvollisuus pätee myös kirjaamisessa. Muiden ei tulisi tietää, että mitä potilaasta on kirjattu, jos he eivät kuulu potilaan hoitoryhmään. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.) Esimerkiksi toisella osastolla oleva hoitaja ei saa lukea potilaan tietoja, jos tämä ei ole hänen omalla osastollaan hoidettavana. Jos hoitaja näin tekee, niin hän toimii eettisesti väärin. Tässä tilanteessa hoitaja voi miettiä tilannetta omallekin kohdalleen. Ei kukaan haluaisi, että joku toinen lukee henkilökohtaisia tietoja ja näin saa selville esimerkiksi lääkityksen tai jonkun sairauden, joka potilaalla on ja näin voi levittää tietoa taas eteenpäin.



### 3.3 Hoitotyön kirjaamisen historiaa ja sen muutos elektroniseen kirjaamiseen

#### 3.3.1 Hoitotyön kirjaamisen historiaa

Manuaalisella kirjaamisella tarkoitetaan käsin kirjattua tietoa paperille (Saranto ym. 2007, 66). Manuaalisen kirjaamisen juuret ulottuvat 1920-1930 luvulle asti. Tältä aikakaudelta on löydetty merkintöjä potilaan hoidon kirjaamisesta. Nämä merkinnät on löydetty Turun Yliopistollisen keskussairaalan potilaspapereista. Potilaasta on ollut merkittynä nimi, ikä, kotipaikka, tauti, milloin potilas on otettu hoitoon ja koska hän on poistunut sairaalasta. Hoidon maksusta on ollut myös merkintöjä ja potilaan hoidollista tilaa on myös arvioitu. Potilaalle tehdyt toimenpiteet ovat olleet myös kirjattuna ylös. (Moisander ym. 1992, 3.)

1950 luvulla on kirjaaminen ollut jo systemaattisempaa ja tällöin onkin ollut käytössä niin sanottuja mustia vihkoja. Erona ehkä aikaisempaan on se, että vihkoon on kirjattu hoitotyön suunnitelma, jossa on ollut mainintoja potilaalle suoritettavista tarkkailuista kuten lämmön mittaamisesta. Hoitajat olivat myös tehneet merkintöjä suorittamistaan hoitotoimenpiteistä. 1960 luvulla otettiin käyttöön rengaskirjat joissa oli jokaiselle potilaalle oma hoitosuunnitelmalomake. 1960-luvun loppupuolella otettiin myös käyttöön tulohaastattelulomakkeet. (Moisander ym. 1992, 3.)

Aikaisemmin manuaalinen kirjaaminen oli yksittäisen hoitajan tai työntekijän tapa merkitä itselleen asioita muistiin. Nykyisimmässä manuaalisen kirjaamisen muodossa on kuitenkin siirrytty moniammatillisempaan yhteistyöhön, jossa useammat alalla työskentelevät tahot pystyvät seuraamaan potilaan vointia potilaskertomuksesta. (Saranto ym. 2007, 67.) Myös rakenteinen kirjaaminen tähtää moniammatilliseen yhteistyöhön ja sen sujuvuuteen.

Se miten päästiin manuaalisen kirjaamisen nykyaikaisimpaan malliin, on peräisin 1970-luvun lopulta. Tällöin sairaanhoidon tutkimuslaitoksella käynnistettiin tutkimus- ja kehittämisohjelma joka osaltaan auttoi viemään eteenpäin hoitotyön kirjallisen suunnittelun kehittämistä. Tutkimuksen työnimenä käytettiin Hoitotyön prosessimenetelmän käyttö nimeä. (Krause 1984.) Potilaan hoitotyön tarpeen määrittely, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteutus ja hoitotyön arviointi ovat hoitotyön prosessin osa-alueita ja nämä osa-alueet ovat myös nykyisen rakenteisen kirjaamisen pohjana (Mäkikä 2007, 35).

### 3.3.2 Hoitotyön elektroninen kirjaaminen ja siihen siirtyminen

Elektronisella tai sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan tietotekniikan avulla tapahtuvaa sairaskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä ja käyttämistä. Sähköinen potilasasiakirja sisältää monenlaista tietoa potilaan terveydentilasta, häntä koskevista lääkityksistä, laboratorio ja esimerkiksi kuvantamis vastauksista sekä myös tietoa jota käytetään epäsuorasti potilaan hoidossa. (Saranto ym. 2007, 97.)

Tietotekniikan käyttö sairaala ympäristössä ulottuu jopa 1960-luvulle asti. Tällöin tietokoneita käytettiin lähinnä taloushallinnon puolella. Mutta kuitenkin jo vuonna 1982 otettiin käyttöön ensimmäinen elektroninen potilaskertomus. Tämän jälkeen kehittelyä on jatkettu ja useita erilaisia ohjelmia on tuotu eri terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön. (Saranto ym. 2007, 98.)

Elektronisella kirjaamisella pyritään siihen, että tieto olisi kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla juuri silloin, kun he sitä tarvitsevat. Tietoa pyritään siirtämään nopeasti eri organisaatioiden ja ammattiryhmien välillä. Tällä kaikella pyritään luomaan entistä asiakaslähtöisempi hoito potilaalle ja saumattomampi yhteistyö potilasta hoitavien tahojen kesken. (Asikainen ym. 2008, 60.)

### 3.4 Rakenteinen kirjaaminen

Suomessa ollaan parhaillaan siirtymässä valtakunnalliseen hoitotyön rakenteiseen dokumentointiin. Turun terveystoimessa kehittämishanke on alkanut vuonna 2007 marraskuussa ja tällä hetkellä siellä jalkautetaan valtakunnallista hoitotyön ydintietoihin perustuvaa rakenteista kirjaamismallia (Salmela, 27.3.2009 sähköpostiviesti).

Hoitotietojen kirjaaminen, kirjaamisen sisältö ja hoitotyön ydintiedot ovat rakenteisen kirjaamisen sisin. Näiden kaikkien osa-alueiden työstämisessä tarvitaan rakenteista kirjaamisen mallia. Vuonna 2000 tulivat käyttöön ensimmäiset sähköisen potilas tietojärjestelmän sisältömäärittelyt.

Kaksiosaiseksi jaoteltu rakenne koostuu ydin- ja perustasonkertomuksesta. Ydinkertomuksessa käy ilmi potilaan henkilö – ja yhteystiedot, miksi potilas on tullut hoitoon tai tarkastukseen, hoidon päätavoitteet, hoitomenetelmät ja toimenpiteet niin kuin myös loppuarvio potilaasta ja jatkohoitosuunnitelma. Kun taas perustason tietoihin kirjataan potilaan hoidon suunnittelu, toteutus sekä arviointi. Perustason kertomukseen kirjataan tietoja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta ja se sisältää kaikki merkinnät potilaan hoidosta ja hänen ohjauksestaan. (Hartikainen, Kokkola & Larjomaa 2000, 15; Saranto ym. 2007, 99.)

Ydintasonkertomuksen tarkoitus on koota hoitajakson aikana saatu tieto potilaan tilasta yhteenvedoksi. Tällöin jokainen joka potilaan tietoja tarkastelee saa nopeasti yleiskuvan siitä minkä vuoksi potilas hoitoa tarvitsee. Se ohjaa terveydenhuollon ammattilaisia tavoitteiden saavuttamisessa ja näin ollen jokaisen on helpompi pidättäytyä hoitosuunnitelmassa. Ydinkertomuksessa hoitoprosessin kulku kuvataan tulotilanteesta loppuarviointiin sekä usein myös potilaalle suunnitellaan jatkohoitosuunnitelma. Ydinkertomukseen luodaan tietokokonaisuuksia jostakin terveydenhoidon osa-alueesta, kuten tulotilanteesta. Joskus saat-

taa olla myös tarpeen, että esimerkiksi kertaluontoisesta käynnistä tehdään merkintä ydinkertomukseen. Yleisesti ottaen terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa tiedon siirtämisestä ydinkertomukseen. Perustason kertomus taasen sisältää tarkempaa tietoa potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta sekä arvioinnista hoitohenkilöstön kirjoittamana. Perustason kertomukseen merkitään kaikki potilaan hoitoa ja ohjausta koskevat tiedot. (Hartikainen ym. 2000, 16-17; Saranto ym. 2007, 99.)

”Kansallisten vaatimusten mukaisesti hoidon systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan” (Tanttu, 2008). Kirjaamisessa on tietyt rakenteet, joita täydentävät tietyt termistöt. Nämä rakenteet ovat näkymä, hoitoprosessin vaihe, otsikko sekä ydintiedot. Ydintietoja ovat tarve, toteutus, tulos, yhteenveto sekä hoitoisuus. Komponenttien mukaan kirjoitettu teksti muodostaa potilaan hoitokokonaisuuden. Komponentit ovat osa FinCC-luokituskokonaisuutta. (Ensio, Kaakinen, & Liljamo, 2008) Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kirjaamisessa on tietyt otsikot joiden mukaan kirjataan. Otsikoiden alla oleva teksti on vapaamuotoista, jonka työssä oleva hoitaja on itse kirjannut. Komponentteja on 19 erilaista, jotka jokainen on oma alueensa. Komponenteilla on myös omat pääluokat sekä alaluokat, joilla kirjaamisesta saadaan vielä spesifimpää. Näiden 19 eri komponentin kirjaamisesta koostuu koko hoitotyön kuva yhden potilaan kohdalla. Yhtenäisen kirjaamismallin teossa käytettiin luokituksina hoidontarveluokitusta sekä suomalaisen hoitotyön luokitusta. Yhtenäisen kirjaamismallin odotetaan tuovan yhtenäisyyttä eri organisaatioiden välille sekä myös organisaatioiden sisäiseen toimintaan. Yhtenäinen kirjaimismalli helpottaa työskentelyä, kun kaikille on samanlainen selvä malli, jonka mukaan kirjataan. Kirjaamisen kautta pitäisi myös saada näkyville työntekijöiden laadukas hoitotyö, joka tulee esiin monipuolisena kirjaamisena. (Tanttu, 2008.)

Rakenteinen kirjaaminen käytännössä tarkoittaa siis sitä, että kirjaaminen on jaettu omiin osiinsa. Hoidon tarve tarkoittaa sitä, että hoitajat kuvaavat itse mitä hoitoa potilas tarvitsee ja mitä asioita pitää tehdä, jotta ongelmia voidaan poistaa tai lieventää. Diabetespotilaan

tapauksessa tämä voisi olla, että potilas tarvitsee insuliinihoitoa ja sitä annetaan tietty annos tiettyinä aikoina. Hoidon tavoitteessa hoitajien tulee kirjata jonkinlainen tavoite potilaan hoidolle. Tavoite voi olla pitkäaikainen tai se voi muuttua päivittäin potilaan kuntoutumisen mukaan. Esimerkkinä tavoitteeksi voisi olla diabetespotilaan tavoite lääkehoidossa oppia oikean insuliinin pistämistapa. Ravitsemuksen kannalta hänen tavoite voisi olla, että hän oppii oikeanlaisen ruokavalion diabeteksen kannalta. Tästä eteenpäin sitten hoitajat kirjaavat, että miten potilasta on ohjattu ja että miten ohjaus on onnistunut. Ravitsemuksen ohjaaminen tulee myös kirjata. Hoidon onnistumista myös arvioidaan. Tässä tapauksessa arvioidaan sitä, miten insuliinin pistäminen on onnistunut tai että miten potilas on oppinut oikean ruokavalion. Hoitotyön toiminnot sisältävät sen mitä potilaalle on tehty esimerkiksi päivän aikana. Siihen kirjataan esimerkiksi insuliinin anto. Hoidon tuloksissa kerrotaan, että missä asioissa on hoidon aikana edistytty tai missä ei ole onnistuttu. Näitä arvioidaan kolmella kriteerillä, jotka ovat parantunut, ennallaan sekä huonontunut. Hoitotyön yhteenvedossa kuvataan potilaan koko hoitojaksoa. Se toimii hyvänä apuna jatkohoitopaikalle, kun on kasattu yhteen tärkeimpiä asioita hoitojakson ajalta. Siinä voidaan käyttää jo aikaisemmin kirjattua tietoa. (Tanttu, 2008.)

### 3.5 Turun terveystoimen kirjaamishanke

Turun terveystoimessa on myös meneillään tuo HoiDok-hanke. Sen yhteydessä keväällä 2008 tehtiin kysely, jossa selvitettiin kirjaamisen nykytilannetta terveystoimessa sekä hoitohenkilökunnan muutosvalmiutta uuden kirjaamismallin jalkautuessa. Kyselylomakkeet täytettiin intranetin kautta. Vastauksia kyselyyn tuli 289 ja vastausprosentti oli 17,9. Määrällisesti eniten vastauksia saatiin kaupunginsairaalaista. Sairaanhoidajat olivat innokkaimpia vastaajia. Heitä oli 131. (Ylönen & Salmela, 2008.)

Kyselyn mukaan yli puolet oli sitä mieltä, että he tunnistivat ja tarkistivat päivittäin potilaidensa tarpeet ja ongelmat. He sanoivat tunnistavansa potilaan tarpeet. Kuitenkin vain 31

prosenttia kirjasi ylös potilaan tarpeet ja ongelmat. Alle puolet vastaajista tarkisti tarpeet ja ongelmat päivittäin. Positiivista on se, että 88 prosenttia ilmoitti kirjaavansa päivittäin potilaille tekemänsä hoidon. Psykiatriassa oli korkein prosentti sille, että jokapäiväisiä toimia ei kirjattu, kun taas kotisairaanhoidon tukevat vuodeosastot saivat prosenttikseen 100. Potilaiden tilaa seurattiin kyselyn mukaan myös hyvin. 71 prosenttia ilmoitti seuraavansa potilaan tilaa päivän aikana ja myös kirjasi siitä ylös potilastieto-ohjelmaan. Vaikka potilaille oli tehty tavoitteita, niin vain 34 prosenttia kirjasi niiden onnistumisesta. Kaupunginsairaalassa puolet ilmoitti, että tavoitteiden onnistumista ei kirjattu. Potilaiden omat näkemykset hoidosta kirjattiin hyvin. 71 prosenttia ilmoitti, että he kirjasivat päivittäin potilaiden omia näkemyksiä. Yleisesti 53 prosenttia olivat tyytyväisiä oman työyksikkönsä tapaan kirjata. 64 prosenttia oli myös tyytyväisiä omaan kirjaamistapaansa. (Ylönen & Salmela, 2008.)

Uusi kirjaamismalli tuottaa usein vaikeuksia kirjaamiseen, kun pitää oppia paljon uutta. Seuraavaksi on käyty läpi samaisen kyselyn perusteella sitä, että mitä ongelmia ja vaikeuksia kirjaamismalli on tuottanut. Positiivista on se, että yli puolet kokee että olennaisten tietojen kirjaaminen ei ole vaikeaa. Hoitotyön prosessin mukaan kirjaaminen toi molempinpuolisia mielipiteitä. Prosenttiluku oli melkein sama puolesta ja vastaan vastanneilla. Kirjaamisen loogisuus koettiin enemmän helpoksi kuin vaikeaksi. Kirjaaminen koettiin myös selkeäksi ja se täytti säädösvaatimukset. 36 prosenttia koki, että oli saanut tarpeeksi hyvän koulutuksen hoitotyön prosessin mukaan kirjaamiseen sekä 33 prosenttia koki hallitsevansa sen. Tarve- ja toimintoluokitusten osaamisessa oli selvää puutetta. Vain 9 prosenttia vastasi tuntevansa kyseiset luokitukset. Niihin annettu koulutus oli vastaajien mielestä liian vähäistä, koska vain 10 prosenttia koki, että oli saanut tarvittavan määrän koulutusta. Käytännössä vain 14 prosenttia koki hallitsevansa tarve- ja toimintoluokituksen mukaisen kirjaamisen. (Ylönen & Salmela, 2008.)

Tämän lähtökartoituksen jälkeen valtakunnallista kirjaamismallin mukaista kirjaamista on kehitetty Turun terveystoimessa seuraavilla tavoilla. Terveystoimessa on tehty yhteiset laatuvaatimukset ja –kriteerit, yhteiset hoitonäkemykset sekä arvioitu projektin onnistumista

Turun terveystoimessa. Kirjaamisesta vastaavia sairaanhoitajia on koulutettu uuden kirjaamismallin myötä, jotta he osaisivat omilla työpaikoillaan auttaa muita kirjaamisessa. (Salmela, 27.3.2009, sähköpostiviesti.)

## 4 HOITAJIEN KIRJAAMISTAITOT JA KOKEMUKSET KIRJAAMISESTA SEKÄ KIRJAAMISEN LAATU HOITOTYÖSSÄ TUTKIMUSTEN POHJALTA

### 4.1 Elektronisen kirjaamisen haasteet ja hyödyt

Nykyään edellytetään, että tieto jota hoitotyössä käytetään, perustuu tutkittuun tietoon ja sen tulee olla ajantasaista. Terveystoimien ammattilaisten tulee kuitenkin olla myös kriittisiä tutkitun tiedon suhteen ja arvioitava onko tieto luotettavaa. (Hallila 2005, 13-15.) Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa selvisi, että esimerkiksi vain 28 % kaikista vastanneista kokee taitonsa hakea tietoa cinahl:sta tai medline:sta hyväksi, oikein hyväksi tai erinomaiseksi. Tästä syystä yhdysvalloissa 2006 julkaistu tutkimus pistääkin miettimään osaavatko hoitohenkilökuntaan kuuluvat todella hakea tutkittua tietoa juuri atk:n välityksellä. (Wilbright ym. 2006, 41.)

Haasteena elektronisessa kirjaamisessa ja jopa esteenä sen kehitykselle ovat hoitohenkilökunnan puutteelliset yleiset atk taidot. Välineet ovat osiltaan vaikeakäyttöisiä sekä ohjelmat ovat paikoittain vanhentuneita sekä joissain yksiköissä ei ole tarpeeksi tietokoneita. (Sinerovo & Von Fieandt 2005, 58.) Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin myös henkilökunnan atk-aidot puutteellisiksi. Tutkimukseen osallistui 454 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää ja heidät kategorioitiin iän, koulutuksen, työyksikön sekä valmistumisvuoden perusteella. Ongelmaksi atk-taidoissa nousi esimerkiksi tietojen kopiointi ja siirtä-

minen. Kaikista vastanneista 67 % koki osaavansa tämän taidon joko kohtalaisesti tai huonosti. (Wilbright ym. 2006, 41.) Myös vuonna 1999 Työterveyslaitoksen keräämässä aineistossa tuli esille, että noin viidennes vastaajista piti atk:n käyttötaitojaan täysin riittämättöminä. Kuitenkin kattavalla peruskoulutuksella olisi mahdollista saada aikaan kehittymistä tietotekniikan taidoissa. Koulutuksissa ei tulisi kuitenkaan keskittyä liian pieniin osa-alueisiin vaan läpi tulisikin käydä suurempia kokonaisuuksia. (Suomi, Raitoharju & Wikström 2004, 2277.)

Suomen lääkärilehden artikkelissa tulee esille, että kun alkuperäinen tutkimus tietotekniikan käyttämisestä ja kokemisesta suoritettiin vuonna 1999, niin noin kolmannes sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnasta ei käyttänyt ollenkaan tietotekniikkaa työssään. Moni kuitenkin uskoi silloin, että tietotekniikan käyttö tulee lisääntymään seuraavien vuosien aikana ja vuoteen 2004 mennessä tietotekniikka oli tosiaan lisääntynyt hoitotyössä. Tutkimuksessa tuli myös esille eriäviä mielipiteitä tietotekniikan hallintaan liittyvissä asioissa. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että viiden vuoden aikana tietotekniikan hallinata helpottuisi, mutta kuitenkin osa uskoi jatkuvan järjestelmien vaihtumisen ja lisääntymisen vaikeuttavan oppimista. (Suomi ym. 2004, 2277.)

Kiireen koettiin myös lisääntyneen niillä henkilöillä jotka käyttivät tietotekniikkaa eniten. Henkilökunta kokee asian todennäköisesti niin, että tietotekniikasta ei ole itse hoitotilanteessa suurtakaan hyötyä vaan se jopa häiritsee keskittymistä. Itse hoitotilanteen kirjaaminen koneelle vie aikaa ja vaatii käyttäjältä aikaa, motivaatiota ja intensiivisyyttä. Tulee sellainen olo, että sen hetkisen potilastilanteen kirjaamisen hyödyt tulevat esille vasta myöhemmässä vaiheessa, kun potilas saapuu esimerkiksi uudestaan hoitoon. (Suomi ym. 2004, 2278.)



Kuitenkin vastustus tietokoneita kohtaan ei ole ainoastaan terveydenhuollon ongelma. Tietotekniikkaa käyttävien tulisikin muistaa, että uudistusten toteuttaminen on hidasta ja vaatii kaikilta osapuolilta kärsivällisyyttä. (Suomi ym. 2004, 2278.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa toteutettiin pitkittäistutkimus, jonka tuloksena todettiin, että tietotekniikasta on hyötyä tietojen kirjaamisessa. Tutkimuksessa vertailtiin vuodeosastopotilaan hoidon kirjaamista eri vuosien aikana. (Ensio & Häyrinen, 2007, 73.) Myös Päivi Lennon tekemässä Pro gradu-tutkielmassa tuli esille elektronisen kirjaamisen hyödyt. Tässä tutkielmassa hoitajat kokivat elektronisen potilaskertomuksen hyödylliseksi etenkin kun potilas saapui hoitoyksikköön. Tämä siitä syystä, että tällöin hoitajalla oli mahdollisuus päästä heti käsiksi potilaan aikaisempien hoitajaksojen aikana kertyneisiin potilastietoihin, miltä tahansa tietokoneelta yksikössä. Tällöin ei tarvinnut hakea vanhoja papereita arkistosta. (Lento 2006, 50-51.)

Tuija Hartikaisen tutkimuksessa tutkittiin, että miten sähköisen potilaskirjaamisen käyttö on vaikuttanut jokapäiväiseen työntekoon. Tutkimuksessa haastateltiin sairaanhoitajia, jotka työskentelivät Kuopion yliopistollisessa sairaalassa operatiivisella tulosalueella. Tutkimuksessa kävi ilmi, että sähköinen kirjaaminen koettiin vaikeaksi ja aikaa vieväksi. Sairanhoitajat tekivät usein tuplakirjaamista, kun he ensin kirjasivat paperille ja sen jälkeen vasta sähköisesti. Myös omat tietokoneen käyttötaidot koettiin huonoiksi ja näin esimerkiksi haastattelutilanteessa ei tietokonetta käytetty, koska koettiin että siihen keskitytään liikaa. Positiivisia asioita sähköisestä kirjaamisesta olivat se, että kirjaaminen oli selvää ja siihen oli oma tietty paikkansa. (Hartikainen, 2008.)

#### 4.2 Hoitajien kokemukset hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta

Päivi Lennon tutkimuksessa hoitajat arvioivat otsikoiden käyttöä rakenteisessa kirjaamisessa haastavaksi. Syitä tähän olivat otsikoiden suuri määrä, otsikoiden osittainen päällekkäisyys ja myös epävarmuutta aiheutti se mitä asioita piti kirjata minkäkin otsikon alle. Hoitajat kokivat myös, että sama tieto jouduttiin kirjaamaan useamman otsikon alle, jotta se varmasti löytyisi. Kuitenkin näistä haasteista huolimatta hoitajat eivät haluaisi palata takaisin vanhaan manuaaliseen kirjaamiskäytäntöön. Tämä siksi, että hoitajat kokivat kuitenkin potilas tietojen löytyvän nopeammin sekä käytössä olevat otsikot ohjaavat kirjaamista kuitenkin hyvin ja otsikoiden alle kirjattua tietoa on helpompi hakea. Tutkimuksessa ilmeni myös, että hoitajien keskuudessa ärtymystä aiheutti se, että kaikki potilaan hoitoon liittyvät ammattiryhmät eivät käytä rakenteisen kirjaamisen järjestelmää. (Lento 2006, 50-52.)

Anne Kuusiston tekemässä tutkimuksessa tutkittiin sairaanhoitajien kokemuksia sähköisestä yhteenvedosta kirjaamisessa. Tutkimus on tehty satakunnan sairaanhoitopiirissä. Siellä siirtyminen uuteen kirjaamismalliin oli tapahtunut yllättävän hyvin. Kirjaaminen koettiin osaksi työtä, mutta sairaanhoitajien kertomana se vei liikaa aikaa työpäivästä. Kirjaaminen vähensi hoitotyössä käytettävää aikaa. Sähköisen yhteenvedon tavoitteena oli, että se olisi mahdollisimman kattava mutta lyhyt paketti, josta olisi helppo kertoa seuraavalle työvuorolle raporttia. Sairaanhoitajat saivat koulutusta uuteen kirjaamismalliin. Otsikoiden käyttö koettiin vaikeaksi ja niiden käytössä oli selviä eriäväisyyksiä. Esimerkiksi potilaan lääkityksestä kirjattiin eri paikkoihin eikä aina tietyn lääkityksen otsikon alle. (Kuusisto, 2007.)

Sähköinen kirjaaminen koettiin hyväksi ja paremmaksi keinoksi, kuin vanha malli jossa kirjattiin paperille. Kirjaaminen koettiin myös tärkeäksi, jotta jokainen hoitaja pääsisi lukemaan potilaan tiedoista ja saisi niistä mahdollisimman hyvän kuvan. Sairaanhoitajien kokemusten mukaan myös toiminta on selvästi selkeytynyt uuden mallin ansiosta. Kun sairaanhoitajilta kysyttiin, haluaisivatko he palata vanhaan kirjaamismalliin, oli vastaus ollut

yksipuolinen. Vanhaan kirjaamismalliin ei haluttu palata, koska sähköinen kirjaaminen oli koettu osana nykypäivää terveystalalla. Myös se, että kenenkään ei tarvitsisi tulkita enää toisen käsialoja, koettiin myös hyväksi asiaksi. (Kuusisto, 2007.)

Tilanpuute kirjaamiselle oli myös ollut ongelmana ennen sähköistä kirjaamista, mutta tietokoneita käytettäessä tätä ongelmaa ei ole. Myös tässäkin tutkimuksessa sairaanhoitajien mielestä potilaan tietojen lukeminen koettiin helpommaksi. Myös virheitä pystyttiin paremmin korjaamaan kuin aikaisemmin ja potilaspaperit pysyivät siistimpänä. Raporttien antaminen on sairaanhoitajien kokemusten mukaan vaikeutunut, koska tietojen lukeminen koetaan hankalaksi. Tähän on vaikuttanut se, että sairaanhoitajat kokevat, että tiedot ovat liian monessa paikassa potilaan hoitotiedoissa. Sähköistä järjestelmää käytettiin kuitenkin, jos haluttiin saada tarkempaa tietoa potilaasta. Jotkut hoitajat käyttävät kuitenkin mielellään sähköistä järjestelmää raporttia pitäessä Tekniset ongelmat ovat myös vaikeuttaneet sairaanhoitajien mielestä sähköistä kirjaamista. Esimerkiksi langattoman verkon toimimattomuus koetaan suureksi ongelmaksi. Vaikkakin sähköistä järjestelmää käytettiin tutkimuksen mukaan vähän, niin sairaanhoitajat kuitenkin ymmärsivät tilanteen, että sitä tulisi käyttää enemmän ja he myös halusivat käyttää järjestelmää enemmän. (Hartikainen, 2008.)

Björvelin, Wredlingin ja Thorell-Ekstrandin (2002, 206-214) tutkimuksessa verrattiin kahta eri rekisteröityneiden hoitajien ryhmää toisiinsa, jotka olivat vastanneet kysymyslomakkeeseen heidän mielipiteistään hoitotyön kirjaamisesta. Tarkoituksena oli saada tietoa mitä hoitajat mieltävät edellytyksiksi ja seurauksiksi heidän hoitotyön kirjaamisessaan VIPS mallia käytettäessä. Molemmat ryhmät A ja B kävivät läpi kolme päivää kestävästä kurssista ja ryhmä A osallistui myös 2 vuotta kestäneeseen kokonaisvaltaiseen interventio ohjelmaan. Tulokseksi saatiin, että riippumatta ryhmästä, suurin osa osallistujista oli sitä mieltä, että hoitotyön dokumentoinnista VIPS mallia käyttäen on hyötyä heille heidän jokapäiväisessä työssään. Hoitajat kokivat myös, että VIPS mallin käyttö parantaa potilas turvallisuutta sekä helpottaa dokumentointia hoitotyössä.

### 4.3 Kirjaamisen laatu hoitotyössä

Kirsti Orasmaa-Kasslinin pro-gradu tutkielmassa (2000, 34,37), joka tehtiin silmäpoliklinikalla, tuli esille, että kirjaaminen oli hyvin vähäistä hoitosuunnitelman toteuttamisen ja arvioinnin osalla. Hoitosuunnitelman toteuttamista ei systemaattisesti kirjattu. Kirjattuna elektroniseen sairaskertomukseen hoitotyön suunnitelman toteutumisesta oli vain 13 %:ssa sairaskertomuksista. Kokonaisuutena tutkimuksesta selvisi, että hoitotyön kirjaaminen ei kata koko palveluketjua eikä tästä syystä takaa hoidon jatkuvuutta eikä tiedonkulku ole täysin aukotonta eri tahojen välillä.

Tukholmalaisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida niin sanottua VIPS mallia käyttäen hoitajien dokumentointia potilas asiakirjoihin. VIPS tarkoittaa hyvinvointia, oikeudenmukaisuutta, ehkäisemistä ja turvallisuutta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajien kirjaaminen ja hoidon suunnittelu paranivat kun he käyttivät strukturoitua dokumentointia. (Björvell 2002, 52.)

Anneli Ension ”tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida käytännön hoitotyön toimintoja sekä laatia Suomalaisen hoitotyön toimintojen luokituksen testiversio ja kokeilla sen toimivuutta elektronisessa hoitosuunnitelmassa.” Tutkimus toteutettiin kahdella Kuopion yliopistollisen sairaalan sisätautisella ja kahdella kirurgisella osastolla. Tutkimuksessa käytettiin viitekehystenä HHCC-luokitusta ja se säilytettiin nyt laaditussa Shtl testiversio 1.0:ssa. Tutkimuksesta käy ilmi, että hoitotyötä on mahdollista suunnitella komponentteittain, sen mukaan mitkä ovat hoidon tarpeita ja miten niitä pyritään toteuttamaan. Kun kirjaataan hoitotyön toteutumista, käytetään kuhunkin komponenttiin kuuluvia hoitotyön toimintojen pääluokkia sekä kaikkein konkreettisimman tason, alaluokan toimintoja. Kolmitasoisessa luokituksessa pystytään ilmaisemaan asioita hyvinkin konkreettisesti, mutta se antaa myös mahdollisuuden abstraktisempaan ilmaisuun. Tutkimuksessa eniten käytettyjä komponentteja yhteenlaskettuna kirurgian ja sisätautien puolella olivat lääkehoito, fyysinen tasapaino, aktiviteetti, kudoseheys, nesteytys ja itsehoito. Kirurgisilla osastoilla kirjattiin

huomattavasti enemmän esimerkiksi lääkehoito, itsehoito ja kudoseheys komponentin alle, kun taas sisätauti osastoilla hieman enemmän kirjattiin fyysinen tasapaino ja nesteytys komponenttien alle. Potilaalle tuleva hyöty luokitusten käytössä näkyy kun asioita kirjataan yhtenäisemmin eri hoitopisteissä ja näin tietoa on helpompi siirtää eri hoitoketjujen välillä. (Ensio 2001, 63,99,101-102.)

## 5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena tuoda esille mitä kirjaamisesta tiedetään kirjallisuuden perusteella. Menetelmänä oli kirjallisuuskatsaus, jonka avulla etsimme tietoa aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista liittyen hoitotyön kirjaamiseen.

Hoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta löytyi enemmän kuin muuta materiaalia. Yleisesti tulokset olivat sellaisia, että mielipiteet erosivat aika lailla sairaanhoitajien kesken. Syitä siihen, että kirjaamisesta ei pidetty, olivat otsikoiden suuri määrä, otsikoiden osittainen päällekkäisyys ja myös epävarmuutta aiheutti se mitä asioita piti kirjata minkäkin otsikon alle. Hoitajat kokivat myös, että sama tieto jouduttiin kirjaamaan useamman otsikon alle, jotta se varmasti löytyisi. Myös se, että kaikki ammattiryhmät eivät käytä samaa kirjaamismallia koettiin huonoksi. Otsikoiden käyttö koettiin vaikeaksi ja niiden käytössä oli selviä eriäväisyyksiä. Esimerkiksi potilaan lääkityksestä kirjattiin eri paikkoihin eikä aina tietyn lääkityksen otsikon alle. Kirjaaminen koettiin osaksi työtä, mutta sairaanhoitajien kertomana se vei liikaa aikaa työpäivästä. Kirjaaminen vähensi hoitotyössä käytettävää aikaa.

Positiivisia mielipiteitä saatiin myös. Sähköisen yhteenvedon tavoitteena oli, että se olisi mahdollisimman kattava mutta lyhyt paketti, josta olisi helppo kertoa seuraavalle työvuo-rolle raporttia. Sairaanhoitajat saivat koulutusta uuteen kirjaamismalliin. Sähköinen kirjaaminen koettiin hyväksi ja paremmaksi keinoksi, kuin vanha malli jossa kirjattiin paperille.

Kirjaaminen koettiin myös tärkeäksi, jotta jokainen hoitaja pääsisi lukemaan potilaan tiedoista ja saisi niistä mahdollisimman hyvän kuvan. Hoitajat kokivat myös potilastietojen löytyvän helpommin ja nopeammin koneelta potilaan tullessa osastolle. Hoitajalla oli mahdollisuus päästä heti käsiksi potilaan aikaisempien hoitajaksojen aikana kertyneisiin potilastietoihin, miltä tahansa tietokoneelta yksikössä. Tällöin ei tarvinnut hakea vanhoja pape-reita arkistosta. Hoitotyön dokumentoinnista on ollut sairaanhoitajille hyötyä heidän joka-päiväisessä työssään. Hoitajat kokivat, että rakenteisen kirjaamisen käyttö parantaa potilas-turvallisuutta sekä helpottaa dokumentointia hoitotyössä.

Kirjaamisen laadusta saimme sellaisia tuloksia, että kirjaaminen on vähäistä hoidon suunnittelun kannalta. Hoitosuunnitelman toteuttamisen ja arvioinnin osalta kirjaaminen oli myös hyvin vähäistä. Hoitosuunnitelman toteuttamista ei systemaattisesti kirjattu. Hoito-työn kirjaaminen ei kata koko palveluketjua eikä tästä syystä takaa hoidon jatkuvuutta eikä tiedonkulku ole täysin aukotonta eri tahojen välillä. Rakenteisen kirjaamisen kautta hoidon suunnittelun kirjaaminen oli parempaa. Strukturoitua dokumentointia käyttäen hoitajien kirjaaminen ja hoidon suunnittelu paranivat. Tietokoneen käyttötaitojen puute koettiin kuitenkin vaikuttavan selvästi kirjaamiseen ja sen laatuun.

Hoitajien kokemuksia kirjaamismallin muutoksesta on tutkittu paljon. Enemmän tulosten mukaan mielipiteet olivat negatiivisia. Tässä onkin tulevaisuudessa suuri työ saada hoitajat tyytyväisiksi ja kiinnostumaan uudesta kirjaamismallista. Myös heidän kokemuksiaan tulisi käyttää enemmän hyödyksi tulevaisuudessa, kun tehdään jotain yhtä mullistavaa kuin tämä kirjaamismallin muutos. Tämä asia voitaisiin ottaa huomioon Turun terveystoimessa. Tot-takai on myös tyytyväisiä hoitajia, jotka ottavat kirjaamismallin hyvillä mielin vastaan, mutta myös ne negatiivisesti ajattelevat täytyisi saada myönnytettyä. Toisaalta hoitajien näkökulma on myös se, että tietojen helppo löydettävyyys sekä otsikot ohjaavat kirjaamista parempaan ja laadukkaampaan suuntaan ja samalla myös käsiala tulkitseminen poistuu. Nämä osaltaan edesauttoivat sitä, että vanhaan kirjaamismalliin ei haluta palata ja uusi kir-jaamismalli koetaan nykypäiväiseksi.

Hoitotyössä tulisi kiinnittää huomiota hoitohenkilökunnan tietokoneen käytön osaamiseen. Tietokoneen käytön alkeet ja perusteet olisi hyvä osata ennen kuin opetellaan käyttämään uusia kirjaamisohjelmia työpaikoilla. Turun terveystoimessa voitaisiin vielä tälläkin hetkellä lisätä hoitajien koulutusta tietokoneiden käytössä. On hankalaa oppia uutta kirjaamismallia, jos jo perus atk:n käyttötaidot ovat minimaaliset.

Hoidon jatkuvuus on potilaan hoidon kannalta erittäin tärkeää ja parannettavan varaa olisi yhteistyössä eri hoitavien tahojen välillä. Yksinkertaisesti jo kommunikation lisääminen esimerkiksi hoitajien ja lääkärin välillä saattaisi parantaa tiedon kulkua eri tahojen välillä. Hoitotyössä tärkeää on kuitenkin saada yksikössä oleville potilaille mahdollisimman hyvä hoito ja käyttää aikaa konkreettisesti heidän hoitamiseensa.

Turun terveystoimen kannalta tämä opinnäytetyö tuo esiin asioita, joita he voivat hyödyntää tulevaisuudessa. Uuden kirjaamismallin implementoinnissa tulee ottaa huomioon useita eri asioita, joita tämä opinnäytetyö tuo ilmi. Esimerkkeinä voisi mainita aikaisemmin mainitut yhteistyön parantaminen, kirjaamisen kouluttaminen sekä yleisesti tietokoneiden käyttötaito. Tietotekniikkaa käyttävien tulisikin muistaa, että uudistusten toteuttaminen on hidasta ja vaatii kaikilta osapuolilta kärsivällisyyttä

## LÄHTEET

Asikainen, P., Suominen, T., Mäenpää, T. & Maass, M. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä tiedon siirto ja yhteistoiminta aluetietojärjestelmän käyttöönotto-vaiheessa. *Hoitotiede* 20(2), 59-69.

Björvell, C. 2002. Nursing documentation in clinical practice. Instrument development and evaluation of a comprehensive intervention programme. Stockholm: ReproPrint AB.

Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. 2002. Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing* 12(2), 206-214.

Ensio, A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 89, Kuopio. Väitöskirja.

Ensio, A. & Häyrinen, K. 2007. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, AL. (toim.) *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY, 67-74.

Ensio, A., Kaakinen, P. & Liljamo, P. 2008. Opas FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen [viitattu 28.11.2009]. [http://sty.stakes.fi/nr/rdonlyres/a20cd2ac-379f-4e11-8b52-2651b90c094d/13507/fincc\\_ohjekirja\\_versio\\_1\\_0\\_final\\_a.pdf](http://sty.stakes.fi/nr/rdonlyres/a20cd2ac-379f-4e11-8b52-2651b90c094d/13507/fincc_ohjekirja_versio_1_0_final_a.pdf).

Hallila, L. 2005. Hoitoyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi 23-35.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi, 13-15.

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

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. [viitattu 26.11.2009]. <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2008/3161.pdf>.

Hartikainen, K., Kokkola, A. & Larjomaa, R. 2000. Elektronisen kirjaamisen sisältömääräykset. Helsinki: Osaavien keskusten verkosto.

Henkilötietolaki, 22.4.1999/523 [Viitattu 9.3.2009]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.



Häyrinen, K. & Ensio, A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantu, K. & Sonninen, AL. (toim.) *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY, 97-111.

Karjalainen, S., Launis, V., Pietarinen, J. & Pelkonen, R. 2002. *Tutkijan eettiset valinnat*. Helsinki: Gaudeamus.

Krause, K. 1984. *Hoitotyön prosessi teoriassa ja käytännössä. Arvioiva tutkimus prosessimenetelmän toteutumisesta*. Lisensiaatintutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kuusisto, A. 2007. Kokemuksia sähköisestä yhteenvedosta Satakunnan sairaanhoitopiirissä. [viitattu 26.11.2009]. <http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8398>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [Viitattu 9.3.2009]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/259 [Viitattu 6.2.2009]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 [Viitattu 19.11.2008]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Lento, P. 2006. *Elektroninen potilaskertomus osana hoitajan arkea*. Pro Gradu-tutkielma. Turku: Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Moisander, M-L., Cederlund, M., Costiander, K., Eriksson, J., Hirvonen, A., Laakso, L., Lehti, T., Piirainen, P., Saarnivaara, R. & Salovaara, H. 1992. *Käsikirja kirjalliselle hoitotyön suunnitelmalle*. Turku: Turun yliopistollinen keskus sairaala.

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

Orasmaa-Kasslin, K. 2000. *Elektroninen hoitotyön dokumentointi saumattoman palveluketjun näkökulmasta*. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sairaanhoitajaliitto 1996. *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet* [Viitattu 6.4.2009]. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/).

Salo, P. 2007. *Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö*. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2007: hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Saranto, K. 2007. Tiedon muodostuminen hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, AL. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 19-32.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, AL. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 187-195.

Saranto, K. & Sonninen, AL. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, AL. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 11-16.

Sinervo, L. & von Fieandt, N. 2005. Tietotekniikka sosiaali- ja terveysalan osaamisen kehittämässä. Helsinki: Stakes, Euroopan sosiaalirahasto ESR [Viitattu 25.9.2009]. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita5-2005.pdf>.

Suhonen, R. 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 36.

Suomen lähi- ja perushoitaja liitto 2006. Lähihoitajan eettiset ohjeet. Helsinki: Suomen lähi- ja perushoitaja liitto [Viitattu 6.4.2009]. [http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto\\_ja\\_teksti\\_fi/510\\_eettiset\\_su\\_net.pdf](http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ja_teksti_fi/510_eettiset_su_net.pdf).

Suomen lääkäriliitto 2005. Lääkärin eettiset ohjeet [Viitattu 6.4.2009]. [http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/eettinen\\_ohje.html](http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/eettinen_ohje.html).

Suomi, R., Raitoharju, R. & Wikström, G. 2004. Uuden tietojärjestelmän käyttöönotto työstä myös terveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti 59(21-22), 2277-2279.

STM -asetus 30.3.298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. [viitattu 24.11.2009]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>.

Tantt, K. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen käyttöönotto [viitattu 24.11.2009]. [http://www.uta.fi/kesayliopisto/ehealth/materiaalit/Kaarina\\_Tantt.pdf](http://www.uta.fi/kesayliopisto/ehealth/materiaalit/Kaarina_Tantt.pdf).

Tantt, K. 2008. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto [viitattu 7.12.2008]

Tantt, K. 2008. Valtakunnallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaamismalli on valmis Helsinki: Tekes [Viitattu 5.4.2009]. <http://akseli.tekes.fi/opencms/opencms/OhjelmaPortaali/ohjelmat/FinnWell/fi/system/uutinen.html?id=3684&nav=Uutisia&arkisto=true>.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Helsinki: ETENE [Viitattu 6.4.2009]. <http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008. Valtakunnallisen hoitotyön dokumentoinnin kehittämishanke [Viitattu 5.4.2009]. <http://www.vsshp.fi/fi/4519>.

Välikoski, T-R. 2009. Ohjeita kirjoittajalle. Tampereen yliopisto. Saatavilla: [https://www.uta.fi/laitokset/puheoppi/pdf/ohjeita\\_kirjoittajalle\\_2009.pdf](https://www.uta.fi/laitokset/puheoppi/pdf/ohjeita_kirjoittajalle_2009.pdf)

Wilbright, W. A., Haun, D. E., Romano, T., Krutzfeldt, T., Fontenot, C. E. & Nolan, T. E. 2006. Computer use in an urban university hospital. Technology ahead of literacy. CIN: Computers, Informatics, Nursing 24(1), 37-43.

Ylönen, M. & Salmela, M. 2008. Hoitotyön kirjaaminen Turun terveystoimessa – kirjaamisen nykytilanne ja hoitohenkilökunnan muutosvalmiudet rakenteiseen kirjaamiseen siirtäessä. Julkaisematon käsikirjoitus. Turku: Terveystoimi.