



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Rakenteellinen sähköinen kirjaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Pitkänen, Henna

Moisio, Taru

2013 Laurea Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Rakenteellinen sähköinen kirjaus
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Henna Pitkänen
Taru Moisio
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2013

Henna Pitkänen
Taru Moisio

Rakenteellinen sähköinen kirjaus

Vuosi	2013	Sivumäärä	36
-------	------	-----------	----

Valtioneuvostossa tehtiin päätös 11.4.2002 siirtymisestä sähköiseen potilastietojärjestelmään vuoden 2007 loppuun mennessä. Tämä päätös koskettaa kaikkia Suomen sairaanhoitopiirejä. Tavoitteena on saada toteutumaan yhtenäinen kirjaamistapa, joka mahdollistaa tietojen tallentamisen yhteiseen Kansalliseen Terveysarkistoon. Näin kirjatut potilastiedot ovat alan ammattilaisten käytettävissä, edellyttäen potilaan antamaa lupaa. Kansallinen TerveysArkisto käsittää kolme peruspalvelua: sähköinen lääkemääräys (eResepti), potilastietojen arkisto (eArkisto) sekä kansalaisten omien tietojen katselumahdollisuus (eKatselu).

Siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen on ollut suuri haaste koko Suomen sairaanhoitopiirien kannalta. Uudistus on muuttanut paljon henkilöstön työnkuvaa niin terveyskeskuksissa kuin sairaaloissakin. Muutos ja sitä edeltänyt suunnittelu on vaatinut työtä, aikaa ja edellyttänyt paljon moniammatillista työskentelyä.

Siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen on ajoittain koettu myös uhaksi, koska uusien potilastietojärjestelmien kehittäminen ja niihin siirtyminen on ajallisesti tapahtunut nopeasti. Eroa on myös siinä, että terveyskeskuksissa sähköinen potilastietojärjestelmä on ollut käytössä jo 1980-luvulta lähtien, kun taas erikoissairaanhoidossa sähköiseen kirjaamiseen siirryttiin vasta 2000-luvulla. Suomessa on käytössä erilaisia potilastietojärjestelmiä esimerkiksi leikkaussalien, poliklinikoiden, päivystyksen ja synnytysosastojen kesken. Näillä kaikilla on omat tarpeensa ja siksi ohjelmat ovat erilaisia. Haasteena on saada nämä erilaiset ohjelmat keskustelemaan keskenään, jotta tieto olisi nopeammin käytettävissä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sähköisen kirjaamisen tuomaa hyötyä hoitotyölle. Tutkimuskysymyksemme oli: Mitä hyötyä hoitotyölle on sähköisestä, rakenteellisesta kirjaamisesta? Alakysymyksiksi muodostuivat seuraavat: Mitkä seikat vaikuttivat siihen, että hoitotyössä siirryttiin sähköiseen kirjaamiseen? Mitä hyötyä sähköinen kirjaaminen tuo hoitotyön päivittäiseen toimintaan?

Toteutimme opinnäytetyön systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön aineiston kokosimme suorittamalla tiedonhaun. Valitsimme eri tietokannoista sekä manuaalisella haulla, väitöskirjoja, pro gradu -tutkielmia ja hoito- ja lääketieteellisiä lehtiartikkeleita. Kävimme läpi aineistoamme ja karsimme joukosta ne aineistot jotka eivät mielestämme kattaneet valitsemaamme aihetta.

Työhön valittujen kuuden aineiston pohjalta suoritimme sisällönanalyysin. Sisällönanalyysin perusteella kokosimme löytämistämme aiheista pelkistyksiä ja alaotsikoita. Aineistomme pohjalta esille nousivat seuraavat aiheet: potilasturvallisuuden parantaminen, ajankäytön tehostaminen, moniammatillisen yhteistyön lisääminen sekä työn hallinta.

Tulevaisuudessa sähköinen potilastietojärjestelmä ja siihen liittyvä sähköinen kirjaaminen tulevat olemaan avainasemassa, kun parannetaan potilasturvallisuutta ja helpotetaan tiedonvälitymistä.

Avainsanat: sähköinen kirjaaminen, rakenteellinen kirjaaminen, potilasasiakirja, hoitotyö

Henna Pitkänen
Taru Moisio

Structured electronic registration

Year	2013	Pages	36
------	------	-------	----

On 11th April, 2002 the Finnish Government made the decision to transfer to an electronic patient data system before the end of year 2007. This decision affected each hospital district in Finland. The goal is to find a common way to register patient data, which enables saving the data to the National Archive of Health Information. Thus the registered patient data can be used by skilled professionals; with permission given by the patients. The National Archive of Health Information includes three basic services: electronic prescriptions (eResepti), Patient Record Archive (eArkisto) and My Health Information service (eKatselu).

The change to the electronic registration has been a great challenge for Finnish hospital districts and it has significantly changed the way of working both in health centers and in hospitals. The change and the preplanning period have required work, time and multi-professional cooperation.

The change to the electronic registration has also been experienced as a threat, because the development of patient archives and the changes have occurred in such a small time frame. There are also a wide variety of different registration systems already in use. For example the Finnish health centers started to use electronic registration already in the 1980s, while in special medical care the first systems were introduced in the beginning of the 21st century. In addition, there are separate patient archives already in use in operation rooms, clinics and maternity wards. All these different departments have their own special needs and thus the used programs are different. The biggest challenge is to get these different programs to communicate with each other to make information more available.

The target of this thesis was to study the benefits of electronic registration for health care and nursing. Our research question was: What are the benefits of electronic, structured, registration to nursing? Sub-research questions were: What factors contributed to the transition to electronic registration for nursing? What are the everyday benefits of electronic registration in nursing?

The study was carried out as systematic literature survey. The literature was gathered by making information search from different databases. Doctoral theses, master's theses, and other nursing and medical care journals were studied. The materials were analyzed excluding those which did not cover our topic enough well.

A more thorough content analysis was conducted for the six chosen papers. From these materials were gathered summaries and sub-topics regarding the electronic registration. Based on the materials, the following themes were discussed: improving patient security, more efficient management of time, increased multi-professional cooperation and management.

In the future, the electronic patient system and the related electronic registration will be in a key role to increase patient security and ease the exchange of information.

Keywords: electronic registration, structured registration, patient record, nursing

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen historia	7
3	Potilasasiakirja	8
3.1	Potilasasiakirjojen tehtävät	9
3.2	Potilasasiakirjojen säilytys ja hävittäminen	9
4	Siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen	9
5	Erot manuaalisessa ja sähköisessä kirjaamisessa	10
6	Sähköisen kirjaamisen rakenne	12
6.1	Systemaattinen, rakenteinen kirjaaminen	12
6.2	Hoitotyön luokitukset	13
6.3	Kirjaamisessa käytettävät hoitotyön ydintiedot	13
6.4	Kirjaamista ohjaavat kriteerit	15
7	Hoitotyön kirjaamista koskeva lainsäädäntö	16
8	Sähköisen kirjaamisen hyvät ja huonot puolet	19
8.1	Sähköisen kirjaamisen hyvät puolet	19
8.2	Sähköisen kirjaamisen haasteet	20
9	Kansainvälisyys ja sähköinen rakenteellinen kirjaaminen	20
10	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	21
11	Tutkimusmenetelmänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus	21
11.1	Aineiston keruu	23
11.2	Aineiston analyysi	24
12	Tulokset	24
13	Pohdinta	28
13.1	Tutkimuksen eettisyyden arviointi	28
13.2	Opinnäytetyön luotettavuus	29
13.3	Johtopäätökset ja tulosten hyödynnettävyys	30
13.4	Jatkotutkimushaasteet	30
	Lähteet	32
	Liitteet	35

1 Johdanto

Suomen sairaanhoitopiirit ovat siirtyneet manuaalisesta käsin kirjaamisesta sähköiseen, rakenteelliseen kirjaamiseen. Päätös siirtymisestä valtakunnalliseen, sähköiseen, potilaskertomukseen tapahtui Valtioneuvostossa 11.4.2002. Päätös oli, että sähköinen potilaskertomus otetaan käyttöön vuoden 2007 loppuun mennessä. (Honkimaa 2006.)

Tämä prosessi on kokonaisuudessaan ollut mittava ja siihen on käytetty aikaa ja resursseja. Kyseinen aihe koskettaa tällä hetkellä kaikkia Suomen sairaanhoitopiirejä ja näiden yksiköissä toimivaa henkilöstöä. Sähköisen potilasjärjestelmän kehittäminen toimivaksi sekä siihen vaiheittain siirtyminen on vaatinut paljon yhteistyötä eri ammattialojen kesken. Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto on lisännyt moniammatillisuutta sairaanhoidon toiminnassa.

Alueittain käytössä saattaa olla erilaisia sähköisiä potilastietojärjestelmiä, mutta pääasiassa niiden toiminta perustuu kuitenkin samalla ajatusmallille.

Sähköisessä potilastietojärjestelmässä kirjataan potilaan hoidon kannalta oleellimmat tiedot yhtenäisellä sovitulla tavalla. Tarkoituksena on, että tiedot ovat potilaan suostumuksella käytettävissä yli rekisterinpitäjärajojen. Sähköiseen kirjaamiseen liittyy lukuisia lakeja joita ovat esimerkiksi EU:n tietosuojadirektiivi, tietosuojalaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, henkilötietolaki, potilasasiakirja asetus sekä sähköisen viestinnän tietosuojalaki. (Honkimaa 2006.)

Tarkastelimme opinnäytetyössämme aihetta yleiseltä näkökannalta, emme siis tarkastelleet yksittäisiä sähköisiä potilastietojärjestelmiä ja niiden toimivuutta.

Saimme aiheen työhömme Jorvin sairaalan yhteyshenkilön kautta. Aluksi tarkoituksena oli tehdä tietyille osastolle ohje liittyen sähköiseen, rakenteelliseen kirjaamiseen, mutta myöhemmin aiheemme muovautui käsittelemään sähköiseen kirjaamiseen liittyviä hyötyjä hoitotyölle, yleisellä tasolla. Näin tutkimusaiheemme tulee olemaan sovellettavissa kaikille terveydenhuollon toimijoille. Työssämme olemme rajanneet aiheemme koskemaan kirjaamiseen liittyvää siirtymistä ja hyötyjä yleisesti.

2 Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen historia

Nykyinen potilastietojärjestelmä on saanut alkunsa 1980-luvulla alkaneiden kansallisten ja paikallisten kehittämishankkeiden pohjalta. Hoitotyön kirjaaminen on lähtenyt piirilääkäriin aikoina (vuosina 1749 - 1943), jolloin lääkärit käyttivät tiedon kirjaamiseen kynää ja paperia. Aluksi kirjaamisen tärkein tarkoitus oli tuottaa tilastoitavaa tietoa tartuntataudeista lääkintöhallitukselle. Lääkärit tekivät potilaspäiväkirjamerkintöjä itseään varten. Potilastietoja ei varsinaisesti käytetty avuksi hoitotyössä. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 66 - 67.)

Vuosina 1882 - 1972 toimi kunnanlääkärijärjestelmä. Tiedon keräämiseen ja hallintaan käytettiin edelleen kynää ja paperia. Uutena työvälineenä tulivat kirjoitus- ja sanelukoneet sekä ajanvarauskirjat. Potilaskortistot ja potilasluettelot otettiin käyttöön kasvaneiden potilasmäärien takia. Sairaalälähetitteitä alettiin myös laatia. Samoihin aikoihin kehittyi myös terveysisarjärjestelmä. He kirjasivat omia merkintöjään potilaskortistoihin. Joista koottiin vuositilastoja. Florence Nightingale (1820 - 1910) oli historiallisesti merkittävässä asemassa käynnistäessään hoitotieteen kirjaamisen ja tietojen hyödyntämisen toiminnan suunnittelun. Tämä käytäntö ylittyi lääketieteellisten rajojen yli koskien myös hoitotyötä. Nykypäivänä käytössä oleva hoitotyön kirjaamisen käytäntö perustuu tälle pohjalle. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 67.)

Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki muutti hoidon luonnetta, koska alettiin perustaa terveyskeskuksia. Tällöin potilaan hoito alkoi koostua useiden eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden palveluista, josta syntyi tarve potilastietojen ja kirjaamisen yhtenäistämiseksi. Käyttöön otettiin erilaisia lomakkeita, joihin potilastietoja kirjattiin. Aluksi käytössä oli laaja valikoima hyvin erilaisia lomakkeita, joten lomakkeiden käyttöön tarvittiin yhtenäisyyttä. Tästä sai alkunsa jatkuva sairauskertomusjärjestelmä (1974), joka käsitti koko terveys- ja hyvinvointipalvelut. Myöhemmin perusterveydenhuoltoon syntyi ohjekirja terveyskertomusjärjestelmästä ja erikoissairaanhoidolle ohjekirja potilaskertomuksesta. Nämä ohjekirjat antoivat hoitohenkilökunnalle suuntaa oikeanlaiseen kirjaamiseen. Jatkuva sairauskertomus on laajentunut käytössä jatkuvaksi terveyskertomukseksi. Nykyään potilastietojen tuottamiseen osallistuvat myös potilas ja hänen läheisensä. Tietoja voivat kirjata kaikki ne henkilöt, jotka ovat osallisena potilaan hoidossa. Tämä moniammatillisuus saattaa myös aiheuttaa haittaa, sillä eri ammattialojen ihmiset lukevat vain oman alansa tekstejä, jolloin tärkeitä tietoja potilaasta saattaa jäädä lukematta. Tämä moniammatillisuus aiheuttaa päällekkäistä kirjaamista, joka vie työaikaa ja samalla lisää erilaisten lomakkeiden määrää. Hoitoalalla työn lisääntyminen aiheuttaa sen, että lomakkeiden täyttäminen jää tekemättä. Sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen vaatii yhtenäisempiä kirjaamiskäytäntöjä. Tämä luo suuria paineita nykyiselle terveydenhuollon

henkilöstölle, jotta yhtenäinen kirjaaminen toteutuisi.
(Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 67 - 73.)

Vuonna 1982 otettiin käyttöön ensimmäinen sähköinen potilaskertomus Varkauden terveyskeskuksessa. Erikoissairaanhoidossa on ollut jo 1960- luvulta asti erilaisia ohjelmistoja, jotka käsittivät lähinnä palkanmaksun, potilashallinnon ja laboratorion tarpeet. Varsinaisia potilaskertomusohjelmistoja otettiin käyttöön vasta 1990-luvulla. Käyttöön otettiin erilaisia osastokohtaisia ohjelmistoja, esimerkiksi tehohoidon ja synnytysosaston ohjelmisto. Myös tiettyjen sairauksien hoitoon, esimerkiksi diabetes, luotiin suunniteltuja ohjelmistoja. Käytössä oli ja on tänä päivänäkin useita erilaisia potilaskertomusohjelmia. Eri organisaatioiden välillä ilmenee eroavaisuuksia samojen potilasohjelmistojen välillä. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 98.)

3 Potilasasiakirja

Potilasasiakirjat määritetään juridisesti laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilasasiakirjoista puhuttaessa tarkoitetaan potilaan saaman hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja. Sekä teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjat koostuvat potilaskertomuksesta ja siihen liittyvistä asiakirjoista, kuten lähetteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimukseen ja hoitoon liittyvät todistukset ja lausunnot. Potilasasiakirjoihin kuuluvat myös lääketieteellisen kuolemansyyn tutkimiseen liittyvät asiakirjat sekä kaikki muut hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvät sekä muualta saadut asiakirjat. (STM 2003, 38.)

Potilasasiakirjat muodostavat henkilötietolaissa tarkoitettuja henkilörekistereitä eli potilasrekistereitä. Rekisterinpitäjän eli johtajan on järjestettävä henkilötietojen käsittelyyn kuuluvat vastuut ja tehtävät, sekä myös tietojärjestelmien suunnittelu, toteutus ja käyttöönotto. Rekisterinpitäjiä terveydenhuollossa ovat potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa määritellyt terveydenhuollon toimintayksiköt sekä itsenäiset ammatinharjoittajat. (STM 2003, 38.) (Ensio & Saranto 2004, 23.)

Potilasasiakirjat tulee suunnitella rakenteellisesti, jotta ne ovat tarkoituksenmukaisia neuvonnan ja hoidon ja niiden jatkuvuuden kannalta. Potilasasiakirjat tulee suunnitella ja suojata erityisen huolellisesti sillä ne sisältävät potilaasta arkaluontoisia tietoja. Kaikki potilastiedot kuuluvat yksityisyyden suojan ydinalueelle. Suunniteltaessa potilasasiakirjojen rakennetta ja säilytystä on otettava huomioon tietoihin liittyvät käyttöoikeudet, sekä mahdolliset tietojen siirrot ja luovuttamiset. Potilasasiakirjojen säilytyksen tulee olla

sellaista, että se turvaa tietojen eheyden ja käytettävyyden säilytyksen aikana. (STM:n asetus 3 §)

3.1 Potilasasiakirjojen tehtävät

Potilasasiakirjojen ja -rekisterin tulee palvella neuvonnan ja hoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaa. Potilasasiakirjoilla on pyrkimys parantaa hoidon jatkuvuutta sekä tiedon välitystä potilaan terveydentilasta. Tähän kuuluvat esimerkiksi tiedot potilaan saamistaan terveyspalveluista sekä hoidoista. Potilasasiakirjojen ja -rekisterin tulee olla riittäviä, tarpeellisia ja virheettömiä. (Ensio & Saranto 2004, 24.)

3.2 Potilasasiakirjojen säilytys ja hävittäminen

Potilasasiakirjojen ja hoitoon liittyvien muiden materiaalien säilyttämisestä vastaa rekisterinpitäjä, jonka toiminnassa nämä tiedot ovat syntyneet. Jos potilaan hoidolle koituu haitaksi merkintöjen tekeminen erikseen kussakin toimintayksikössä, voidaan potilasasiakirja siirtää toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön potilaan tai tämän laillisen edustajan suostumuksella. Tässä tilanteessa myös alkuperäinen hoitovastuu siirretään.

Toimintayksikköön tulee kirjata tieto siitä, mihin alkuperäiset asiakirjat siirretään.

Potilasasiakirjojen rekisterinpitäjän tulee säilyttää tietoja sekä tutkimuksessa ja hoidossa syntyviä, biologista materiaalia sisältäviä näytteitä ja elinmalleja vähintään STM:n asetuksen liitteessä tarkoitettu aika. Säilytysajat vaihtelevat eri tietoryhmillä. (STM:n asetus 24.1. -2.§)

Rekisterinpitäjän tulee määritellä ohjeet, jotka koskevat potilasasiakirjojen säilytysaikoja sekä hävittämistä. Potilasasiakirjojen hävityksen tulee tapahtua niin, että salassa pidettävät tiedot eivät päädy ulkopuolisten käyttöön. Esimerkiksi paperiset hoitodokumentit tulee silputa tai polttaa. (Ensio & Saranto 2004, 29.)

4 Siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen

Hoitotyön kirjaamisessa ollaan siirtymässä sähköiseen ympäristöön. Tietotekniikka mahdollistaa potilastietojen keräämisen ja yhdistelyn nopeasti ja tehokkaasti. (Virolainen 2006, 87 - 88.)

Sähköisten potilaskertomusten käyttöönotto koko maassa mahdollistaa yhtenäisen perustiedon käyttämisen eri organisaatioissa sekä tietyn organisaation sisällä eri yksiköissä. (Erkko ym. 2005)

Sähköinen eli elektroninen hoitotyön kirjaaminen käsittää potilaskertomukseen kuuluvien hoitotietojen tallennuksen, säilytyksen ja uudelleen käytön tietokoneen avulla. Synonyymejä sähköiselle potilaskertomukselle ovat digitaalinen, elektroninen ja atk- ja tietokoneavusteinen kirjaaminen. (Leino 2004; Ensio 2001, 38 - 42)

Siirryttäessä sähköiseen kirjaamiseen muuttuu tapa tuottaa ja hyödyntää tietoa. Tieto tulee yhtenäistymään ja muuttumaan monipuolisemmaksi. Ammatillinen päätöksenteko, esimerkiksi hoitotyön tarpeen määrittely, hoidon toteutus tai arviointi, eivät tule prosessina muuttumaan. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 59.)

Sähköistä tietotekniikkaa hyödynnettäessä työskentelyn tulee palvella potilaan hyvää hoitoa ja hoitoprosessin eri vaiheita. Hoitohenkilöstöltä edellytetään sähköisen kirjaamiseen siirryttäessä tietoa, oikeaa asennetta ja taitoa. Tärkeää on hoitotyössä käytettävän yhteisen terminologian ymmärtäminen. Tarvitaan myös tietoa taitojen kehittymiseen, positiivista asennetta motivoitumiseen ja tietojen ja taitojen hankkimiseen. (Kokkonen 1997) (Leino 2004)

5 Erot manuaalisessa ja sähköisessä kirjaamisessa

Manuaalisen kirjaamisen käsite tuli käyttöön vasta, kun syntyi tarve erotella aikaisempaa kirjaamista uuteen sähköiseen kirjaamiseen. Sähköinen kirjaaminen tuo osaltaan parannusta hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen, ja se myös mahdollistaa uusien, kustannustehokkaampien toimintamallien käyttöönoton. Se avaa myös uusia mahdollisuuksia toiminnan seurannalle ja tilastoinnille. Sähköiset terveystietokortit ja muut tietohallinnon tuotteet ja ratkaisut edistävät asiakaskeskeisyyttä, terveystietopalvelujen saatavuutta, toiminnan tavoitteellisuutta ja taloudellisuutta, moniammatillista tiimityöskentelyä ja hoitoketjujen saumattomuutta (Haukka 2001). Kun potilasta koskeva ajantasainen tieto on saatavilla seuraavassa hoitopaikassa eikä kalliita tutkimuksia tarvitse tehdä uudelleen, toimiva sähköinen järjestelmä säästää kustannuksia. Yleisesti on arvioitu, että sähköinen kirjaaminen veisi enemmän aikaa varsinaisesta hoitotyöstä, mutta erilaisissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, ettei hoitajien ajankäyttö ole muuttunut olennaisesti sähköisen kirjaamisen käyttöönoton jälkeen. (Ensio & Saranto 2004, 31.) (Hallila 2005, 52.)

Väliviidan raportissa (2001) selvitetään vanhusten hoitotyön kirjaamista kotisairaanhoidossa ja kuvataan, kuinka Pegasos- tietojärjestelmässä potilaan tiedot ovat saatavilla reaaliaikaisena.

Esimerkiksi turhien puhelinsoittojen ja paperisten potilasasiakirjojen odottaminen on selvästi vähentänyt potilaan kotiutuessa sairaalasta tai asioidessa lääkärin vastaanotolla.

Hoitohenkilökunnan työskentelyä helpottavat mahdollisuus viestittää seuraavalle hoitavalle henkilölle potilaan yksilöllisiä hoitotietoja, päivittäisen kotikäyntilistan tulostaminen sekä aikaisimpien potilaskertomukseen tehtyjen merkintöjen lukeminen selaamalla potilaskertomusta. (Väliviita 2001)

Hoitotyön sähköinen kirjaaminen on vaikuttanut siihen, että on syntynyt uusi käsite *hoitokertomus*. Tällä tarkoitetaan perinteisen hoitosuunnitelma käsitteen sekä päivittäisen hoitotyön kirjaamisen yhdistämistä. Tietotekniikan avulla hoitosuunnitelmatiedot kulkevat yhdessä päivittäisten hoidon toteutuksen kuvausten kanssa. On osoitettu, että manuaalisessa kirjaamisessa hoitosuunnitelmaan kirjaaminen on usein satunnaista ja suunnitelmien antama tuki hoidon päivittäiselle suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille jää toteutumatta. Manuaalisessa kirjaamisessa käytettyä hoitotyön prosessimallia käytetään myös sähköisessä kirjaamisessa. Näin löydetään tiedot hoitotarpein määrittelystä sekä hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Näitä tietoja voidaan hyödyntää tarkasteltaessa potilaskohtaisten palvelujen käyttöä. Sähköisen kirjaamisen mukanaan tuomat hyödyt jäävät kuitenkin melko vähäisiksi, mikäli työskentelyssä on käytössä edelleen runsaasti kertovaa tekstiä manuaalisen kirjaamisen tapaan. (Ensio & Saranto 2004, 33.)

Siirryttäessä sähköiseen kirjaamiseen on hoitokertomuksen suunnittelussa otettu käyttöön *otsakkeet*. Käytettävät otsakkeet kokoavat yhteen sisällöllisesti samankaltaista kirjattua tietoa potilaan hoidosta. Tällaisia ovat esimerkiksi tiedot jotka liittyvät potilaan ravitsemukseen, liikkumiseen tai avun tarpeeseen. Samat otsakkeet ovat myös käytössä tehtäessä hoitoisuusluokitusta. Otsakkeiden käyttö tulisi olla potilaslähtöisesti perusteltua. Otsakkeiden käyttö ja laatiminen on yleensä ollut työyksikkö kohtaista. Tämän takia kirjattu tieto on ollut huonosti vertailtavissa ja tietotekniikka hyödynnettävissä ainoastaan osittain potilaan hoitotietojen tulosteissa ja tilastoinnissa. Potilaiden hoitotietoja on vaikea käyttää hoitotyön laadun kehittämiseen sekä hoitosuosituksen laatimiseen ja käyttöön alueellisesti tai valtakunnallisesti. Myös näyttöön perustuvan hoitotyön tutkimiseen hoitotietoja on vaikea käyttää. (Ensio & Saranto 2004, 33 - 34.)

Sähköisessä kirjaamisessa on käytössä hoitoluokituksia, joilla pyritään kuvaamaan potilaan hoitoa. Potilaan hoidossa pelkkien hoitoluokitusten käyttö ei riitä kuvaamaan tarpeeksi potilaan vointia, vaan tähän tarvitaan myös hoitajan tuottamaa vapaata tekstiä. Sähköinen kirjaaminen on vähentänyt suullista raportointia. Monissa terveydenhuollon työpaikoissa on otettu käyttöön hiljainen raportti, joka valmistaa henkilökuntaa tulevaa sähköiseen kirjaamiseen. (Ensio & Saranto 2004, 34.) (Hallila 2005, 125.)

6 Sähköisen kirjaamisen rakenne

Sähköinen kirjaaminen tulisi perustua hoidollisen päätöksenteon prosessimalliin. Hoitoyön prosessiajattelu on tullut suomeen WHO:n (Maailman terveysjärjestö) hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämissohjelman kautta. Hoitotyön kirjauksista tulee näkyä päätöksenteon eri vaiheet. Päätöksenteon prosessimalliin kuuluvat päätökset potilaan hoidosta, hoitoon liittyvät objektiiviset ja subjektiiviset tiedot, hoidon tarpeen, tavoitteiden, keinojen, toimintojen ja tulosten arviointi, sekä hoidossa tapahtuvat muutokset ja ongelmat. Ydintiedoissa täytyy näkyä myös potilaan diagnoosi, hoitokertomus ja hoidon yhteenveto. Potilaan kirjallinen hoitosuunnitelma on virallinen asiakirja päätöksentekoprosessin toteutumisesta. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 75 - 77.) (Krause 1984)(Syväoja & Äijälä 2009, 86.)

6.1 Systemaattinen, rakenteinen kirjaaminen

Systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa, että on sovittu yhdessä mitä kirjataan ja miten kirjataan. Tämä mahdollistaa sen, että kirjattuun tietoon muodostuu yhtenäinen sisältö ja rakenne. Tekstin rakenteistaminen eli järjesteleminen ja strukturoiminen lisäävät kirjatun tiedon systemaattisuutta. Tällöin osa tiedoista kirjataan valmiiden otsikkojen alle. Kirjaamisessa käytetään myös valmiita luokituksia ja koodeja. Kirjaamisessa käytettäviä luokituksia on tarkoitus täydentää vapaalla tekstillä. Tekstin kuuluu olla kuvailevaa, potilaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja hoidon toteutumiseen liittyvää tekstiä. (Syväoja & Äijälä 2009, 86.)

Kirjaamisen sisällön systematisoinnissa otetaan käyttöön rakenteinen termistö, joka tulee perinteisen, narratiivisen eli kertovan, kirjaamisen rinnalle. Rakenteisen kirjaamisen tavoitteena on kuvata mielekkäästi hoitotyötä ja mahdollistaa hoitoa koskevan tiedon jatkokäyttö. Termistö käsittää hoitotyön sanastoja, luokituksia ja nimikkeistöjä. Termistön avulla merkitään potilaan hoitodokumentteihin tapahtunut hoito. Kansainvälisesti on otettu käyttöön yhteisen sopimuksen mukaan potilaan hoitoon liittyviä termistöjä. Näihin kuuluvat esimerkiksi laboratorionimikkeistö ja radiologian tutkimusnimikkeistö. Suomessa hoitotyön termistöjen käyttö on ollut vielä melko vähäistä, termistöjen kehittäminen alkoi 1980-luvulla. Käytössä olevia termistöjä ovat Hoitotyön perussanasto, Diagnoosien ja auttamismenetelmien luokitukset, FinNMDS, Di- anoigostinen järjestelmä, suomalainen hoitotyön toimintaluokitus (SHToL) ja suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL), Tehohoitotyön malli (THM) ja Perioperatiivisen hoitotyön sanasto [PNDS@fi.02](http://pnds.fi). (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 81.)

6.2 Hoitotyön luokitukset

Hoitotyön kirjaamisessa käytettävien luokitusten tarkoituksena on antaa selkeyttä. Luokitusten käyttö on erityisen tärkeää silloin, kun hoitovastuu siirtyy organisaatiosta toiseen, jotta potilaan hoidon jatkuvuus voidaan turvata. On tärkeää, että potilastietoja kirjattaessa hoitohenkilökunta käyttää yhtenäistä ammattikieltä ja kirjaamisen tapaa, jolloin tieto on kaikkien löydettävissä ja käytettävissä. Tällöin myös helpottuu halutun tiedon löytäminen suuresta tietomäärästä. (Ensio & Saranto 2004, 45.) (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 157.)

Hoitotyön luokitukset kuvaavat hoidon tarpeen arviointia, hoidon toteutusta ja tuloksia. Hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan hoitotyön diagnoosin määrittämistä ja hoidon toteutuksella tarkoitetaan hoitotyössä tapahtuvaa toimintaa. Nämä luokitukset kokoavat kirjaamisella viitekehyksen, jonka avulla tietojen myöhempi hyödyntäminen eri tarkoituksiin on mahdollista. (Ensio & Saranto 2004, 44, 50.)

Hoitotyön luokitusten kehittäminen ja käyttöönotto on aikaa vievää. Käyttöön otettavat luokitukset voivat olla ulkomailla kehitettyjä tai sitten kehittämistyö aloitetaan itse alusta. Kehittämisprosessiin kuuluu luokitusten toimivuuden testaaminen eli pilotointi, testaaminen tapahtuu käytännön hoitotyössä. Luokitusten toimivuudesta kerätään käyttökokemusta, jonka jälkeen tarkistetaan luokitusten sisältö jotta niiden käytettävyyttä voitaisiin lisätä. (Ensio & Saranto 2004, 45.)

Hoitoisuusluokitukset eroavat hoitotyön luokituksista siten, että ne ovat potilasluokituksia. Niiden käytön tarkoituksena on ryhmitellä potilaita hoitotyön tarpeen tai toteutetun hoidon mukaan. Ne vaikuttavat myös hoitotyön resursointiin, laadun arviointiin ja kustannusten määräytymiseen. Hoitoisuusluokitusten käyttö on laajentunut myös käytännön hoitotyössä tapahtuvaan kirjaamiseen, jolloin tapahtuu molempien luokitusten rinnakkaista käyttöä. Tulevaisuudessa luokituksia pyritään kehittämään samansuuntaisiksi jotta kirjaamistapa olisi selkeämpi ja samalla vältettäisiin päällekkäistä kirjaamista. (Ensio & Saranto 2004, 45.)

6.3 Kirjaamisessa käytettävät hoitotyön ydintiedot

Hoitotyön ydintiedot ovat tärkeä osa sähköistä potilaskertomusta. Ne ovat ydintietoja joiden avulla hoitohenkilökunta luo riittävän kokonaiskuvan potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. Suomessa käytetyt ydintiedot ovat hoidon

tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. (Syväoja & Äijälä 2009, 87.)

Hoidon tarpeen kirjaus on alkanut syksystä 2008. Kirjaaminen on tapahtunut Suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen (SHTaL) version 2.01 mukaisesti. Hoidon tarve käsittää potilaan terveydentilaan liittyvät olemassa olevat sekä mahdolliset tulevat ongelmat, jotka voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimenpiteiden avulla. Hoidon tarpeen kuvaus syntyy hoitohenkilöstön laatimana. Tärkeätä olisi, että hoidon tarpeita kirjattaessa, kirjattaisiin vain niitä asioita, jotka ovat silloisen hoitosuhteen kannalta olennaisia. Hoidon tarpeisiin liittyen voidaan käyttää eräänlaisia varmuusasteita kuvaamaan potilaan tilannetta, kuten varma, todennäköinen tai epäily. (Syväoja & Äijälä 2009, 87.)

Hoitotyön toiminnot käsittävät hoidon toteutuksen eli auttamismenetelmät, joiden tulee toteutua pohjautuen hoitotyön periaatteisiin. Hoitotoimenpiteitä voivat olla hoitajan itse antamat hoidot, jotka pohjautuvat asiantuntemukseen tai ne voivat olla myös hoitoja, jotka toteutetaan lääkärin määräyksestä. Kirjaaminen tapahtuu Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) version 2.01 mukaisesti. (Syväoja & Äijälä 2009, 87.)

Hoidon tuloksia käytetään kuvaamaan potilaan tilaa sekä siinä tapahtuvia muutoksia. Näin arvioidaan hoidon tavoitteiden toteutumista, kuinka hoidon tarpeeseen on vastattu, sekä sitä kuinka valittuja hoitotyön auttamismenetelmiä on käytetty. Hoidon arvioinnissa verrataan potilaan tilannetta, hoidon tarpeen näkökulmasta, nykyiseen tilaan. Suomessa on käytössä 3-portainen tulosasteikko (SHTuL), jolla arvioidaan potilaan tilannetta hoidon jälkeen. Potilaan tilaa arvioidaan seuraavilla adjektiiveilla: parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Syväoja & Äijälä 2009, 88.) (Ensio & Saranto 2004, 43.)

Hoitoisuudella tarkoitetaan erilaisten potilasryhmien luokittelua sen mukaan, kuinka vaativaa tarvittava hoito on ja kuinka paljon hoitoa määrällisesti tarvitaan. Tämän avulla voidaan mitoittaa henkilöstön ja kustannusten tarvetta. Hoitoisuutta voidaan myös suorittaa käyttämällä hoitoisuusluokitusmittaria. Mittarin täyttäminen tapahtuu sähköisesti, eri yksiköissä voi olla käytössä eri ohjelmia. Ohjelmasta riippumatta tarkoituksena on, että kirjaava hoitohenkilö arvioi hoidon kannalta seuraavat kuusi kohtaa:

1. Hoitotyön suunnittelu ja koordinointi
2. Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet
3. Ravitsemus ja lääkehoito
4. Hygienia ja eritystoiminta
5. Aktiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo
6. Hoidon/jatkohoidon opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki

(Syväoja & Äijälä 2009, 88.)

Hoitotyön yhteenvedolla tarkoitetaan potilaan hoitajakson ajalta koottujen keskeisten tietojen yhteenvedoa. Hoidon päättyessä hoitajan tehtäviin kuuluu tehdä potilaan hoitotyön yhteenvedo. Hyvin laadittu hoitotyön yhteenvedo sisältää seuraavat kohdat: tulotilanne, potilaan perustiedot, potilaan hoitajaksolla saama hoito ja sen hetkinen vointi, lääkehoito sekä jatkohoidon suunnitelma. Potilaan jatkohoidon kannalta on tärkeitä, että hoitotyön yhteenvedosta sekä lääketieteellisestä epikriisistä syntyy selkeä kokonaisuus, josta on helposti löydettävissä oleelliset tiedot. (Syväoja, Äijälä 2009, 88.) (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2012) (Ensio & Saranto 2004, 43.)

6.4 Kirjaamista ohjaavat kriteerit

Potilastietoja kirjattaessa hoitohenkilökunnan tulisi muistaa kirjata vain hoidon ja hoitotyön kannalta tarpeelliset tiedot. Kirjaamisessa lähtökohtana pidetään ajatusta: mikä on kirjattu, on myös tehty ja mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty. Potilastietoihin ei tule kirjata mitään arkaluontoista tai leimaavaa asiaa, ellei sen hetkinen hoitosuhde sitä vaadi. Ylipäättänsä hoitajan tulee työssään kunnioittaa potilaan yksityisyyttä ja salassapitovelvollisuutta. Potilastietoihin ei tule merkitä muita henkilöitä koskevia tietoja, ellei ne ovat hoidon kannalta välttämättömiä. Jos muiden henkilöiden tietoja merkitään potilastietoihin, tietojen lähde tulee merkitä. Tärkeätä on muistaa, että tietolähteen luotettavuutta tulisi aina arvioida. Kirjatusta tiedosta tulee ilmetä, onko asia potilaan, omaisen tai hoitotyöntekijän kertomaa. Hoitotyöntekijän tehdessä päätöksiä, jotka koskevat potilaan hoitoa, tulee hänen kirjata perustelut niille. (STM 2001:3, Espoon kaupunki 2002)

Hoitotietoja kirjattaessa tulee käyttää ymmärrettävää kieltä ja sanoja, joiden merkitys on kaikille selvä. Potilastietoihin tulee kirjata potilaalle annettu suullinen ohjaus tai tiedottaminen. Potilaan päivittäisiä toimintoja kirjattaessa tulisi käyttää enemmän arvioivaa kuin toteavaa kerrontaa. Hyvään kirjaamiseen kuuluu selkeän kuvan luominen potilaan hoidollisista tarpeista, hoidon tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. (STM 2001:3, Espoon kaupunki 2002)

Kun epäillään potilas-, laite- ja lääkevahinkoja tapahtuneen, tulee potilaskertomukseen kirjata yksityiskohtaisesti tietoja joista selviää kuvaus tapahtuneesta vahingosta, hoidossa mukana olleista terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laite- ja lääkevahinkojen kannalta epäily vahingon syystä. (STM 2001:3, Espoon kaupunki 2002)

Potilasasiakirjoihin kirjatusta tiedosta tulee näkyä kirjaajan ammattinimike ja koko nimi. Jos kirjaaja on opiskelija, kuuluu ohjaajan vahvistaa tiedon virheettömyys omalla allekirjoituksellaan tai nimikirjaimillaan. (STM 2001:3, Espoon kaupunki 2002)

7 Hoitotyön kirjaamista koskeva lainsäädäntö

Hoitotyön kirjaamista määrittää lainsäädäntö, joka luo molemminpuolista oikeusturvaa potilaalle ja häntä hoitavalle henkilöstölle. Nykypäivän hoitotyö muuttuu itsenäisemmäksi ja työn vastuullisuus korostuu. Samalla myös hoitotyön kirjaaminen muuttuu merkittävämmäksi, koska kirjattu tieto toimii oikeudellisena näyttönä koskien potilaan hoitoa. Kirjausten perusteella voidaan jälkeenpäin tarkastella potilaan hoitopolkua sekä siinä ilmeneviä hoitotoimenpiteitä. (Rodden 2002, 40 - 42.)

Hoitotyön kirjaamista säätelevät seuraavat lait: Potilasvahinkolaki 585/1986, Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, Mielenterveyslaki 1116/1990; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Henkilötietolaki 523/1999, Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999 ja Hallintolaki 434/2003 ja laki sähköisistä allekirjoituksista 24.1.2003/14. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut oppaan (Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muiden hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen - Opas terveydenhuoltohenkilöstölle 2001:3) potilasasiakirjojen laatimisesta terveydenhuoltohenkilöstölle. Tämä STM:n opas on keskeisin potilasasiakirjojen käyttöön liittyvä säädös. (Leino 2004) (Päivärinta & Haverinen 2002)

Potilasvahinkolaki koskee Suomessa annetun terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä mahdollisesti aiheutuneita henkilövahinkoja ja niistä saatavaa korvausta potilasvakuutuksen kautta. Potilasvakuutuskeskus sekä potilasvahinkolautakunta ovat oikeutettuja saamaan käsiteltävän tapauksen tietoja, esimerkiksi tarpeelliset tiedot viranomaisilta ja terveydenhuollon henkilöstöltä. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että heillä on oikeus saada käyttöönsä potilasasiakirjoista tarpeelliset tiedot, jotta tapahtuneesta voidaan saada selkeä kuva. (FINLEX 2012) (Hallila 2005, 20.)

Erikoissairaanhoitolaki käsittää yleisiä säännöksiä siitä, kuinka kunnan tulee järjestää kuntalaisten terveydenhuoltopalvelut. Jokaisen kunnan tulee kuulua johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Tämän lain mukaan kunnan tulee huolehtia siitä, että sen kuntalaiset saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Vuonna 2004 voimaan tullut muutos määrää, että kuntayhtymän tulee huolehtia terveydenhuoltohenkilöstön riittävästä osallistumisesta heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. (FINLEX 2012) (Hallila 2005, 19.)

Mielenterveyslaki liittyy sähköiseen kirjaamiseen siinä määrin, että potilaan hoidon toteutuksesta on laadittava hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata tarkkaan sekä perustellusti myös hoidon aikana tapahtuneet toimenpiteet, jotka ovat rajoittaneet potilaan yksilövapautta. Nämä toimenpiteet ovat laissa erikseen määriteltyjä ja niiden kirjaamisen tulee turvata potilaan oikeudet sekä myös ammattihenkilön oikeusturvan. Tällaisia toimenpiteitä voivat olla esimerkiksi potilaan liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden

haltuunotto, potilaan omaisuuden ja lähetys tarkastaminen, henkilöntarkastus ja -katsastus, yhteydenpidon rajoittaminen ja erityiset rajoitukset kuten kiinnipito. Laki määrää merkitsemään potilaalta haltuun otetun omaisuuden sekä kirjaamaan haltuunoton syyn. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista pyritään seuraamaan ja turvaamaan pitämällä erillistä luetteloa potilaan rajoituksista. Kirjaamisessa tulee näkyä potilaan tunnistetiedot, rajoitusta koskevat tiedot, rajoituksen määränneen lääkärin nimi sekä rajoituksen suorittaneiden henkilöstön nimet. Merkinnät tulee poistaa kahden vuoden kuluttua niiden tekemisestä. (Hallila 2005, 20 - 21.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaan oikeudet hoitoon pääsyyn, hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, tiedon saantiin omasta hoidostaan. Lain mukaan potilaalla on itsemääräämisoikeus, joka tarkoittaa sitä, että häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä sekä mahdollisesti muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla mikäli hän kieltäytyy suunnitellusta hoidosta. Kirjaamisen kannalta tärkeää on huomioida potilaan tiedonsaantioikeus. Potilaalla on oikeus saada selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksesta siten, että hoitohenkilökunta antaa tämän selvityksen riittävän ymmärretysti. Potilaalla on myös oikeus tarkastaa hänen hoitoaan koskevat potilasasiakirja merkinnät. Tällöin potilaan seurassa tulisi olla hoitohenkilö, joka tarvittaessa pystyy selvittämään käytettyä hoitotyön sekä lääketieteen termistöä. (FINLEX 2012) (Hallila 2005, 20.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Laki varmistaa, että ammattihenkilöllä on ammattinimikkeeseen vaadittava koulutus ja pätevyys. Lain mukaan ammattihenkilö on saanut ammatinharjoittamisoikeuden tai ammatinharjoittamisluvan. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on lain mukaan oikeus käyttää ammattinimikettä. (FINLEX 2012)

Henkilötietolaki suojaa ihmisten yksityiselämää sekä suojaa perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä. Henkilötietoja käsiteltäessä on noudatettava tätä lakia. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikenlaiset merkinnät henkilön ominaisuuksista ja elinolosuhteista, jotka voidaan esimerkiksi potilasasiakirjoista tunnistaa tai henkilön perhe tulee tunnetuksi, tulee suojata heidän yksityisyyttä. (FINLEX 2012)

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta tarkoituksena on avoimuus ja hyvä tiedonsaantitapa viranomaisten toiminnassa. Laki antaa mahdollisuuden yksilöille ja yhteisöille valvoa julkisen vallan ja julkisten varojen käyttöä. Antaa ihmisille vapauden mielipiteisiin ja mahdollisuuden vaikuttaa julkisen vallan käyttöön sekä valvoa omia oikeuksia ja velvollisuuksia. (FINLEX 2012)

Hallintolaki käsittää kokonaisuudessaan hyvän hallinnon perusteet. Se määrittää kuinka viranomaisen tulisi toimia, jotta asiakkaat saisivat kaikki samanarvoista ja luotettavaa palvelua. Tasavertaisuus syntyy, kun viranomainen käyttää hänelle suotua valtaa vain lain mukaan hyväksyttäviin tarkoituksiin, kohtaa jokaisen asiakkaan tasavertaisena yksilönä eli toimii puolueettomasti. Hallintolaki koostuu useasta eri pykälästä, mutta keskeisimpinä voidaan nähdä 7 §, 8 §, 9 § ja 10 §.

7 § käsittelee palveluperiaatetta ja asianmukaisuutta. Asiointi ja asioiden käsittely on pyrittävä järjestämään niin, että palvelua hakeva asiakas saa asianmukaisesti hallinnon palveluita ja niin että viranomainen suorittaa työtehtävänsä tuloksellisesti.

8 § käsittelee viranomaisen antamaa neuvontaa asiakkailleen. Viranomaisen on toimivaltansa rajoissa annettava asiakkailleen tarpeen mukaista neuvontaa sekä vastattava tämän kysymyksiin. Neuvonnan tulee olla maksutonta. Mikäli asiakkaan pyytämä neuvonta ei liity kyseisen viranomaisen toimivaltaan, tulee hänen pyrkiä opastamaan asiakas oikean viranomaisen palveluiden pariin.

9 § käsittää määritelmän hyvän kielenkäytön määritelmästä. Viranomaisen tulee käyttää asiallista, selkeää ja ymmärrettävää kieltä asioidessaan asiakkaiden kanssa.

10 § määrittelee viranomaisten yhteistyötä. Jokaisen viranomaisen on pyydettyessä avustettava toista viranomaista toimivaltansa sekä asian laajuuden asettamien rajojen puitteissa. Muutoinkin tulee pyrkiä edistämään hyvää ja sujuvaa viranomaisten välistä yhteistyötä. (FINLEX 2012)

Laki sähköisestä allekirjoituksesta käsittelee laissa säädettävää vahvaa sähköistä tunnistamista, sähköistä allekirjoitusta sekä näihin liittyvien palveluiden tarjoamisesta niitä käyttäville palveluntarjoajille. Vahvalla sähköisellä tunnistamisella tarkoitetaan henkilön yksilöimistä ja tunnistettavuutta käyttäen sähköistä menetelmää. Erilaisia tunnistus tapoja on monia kuten; salasانات, sirukortit, sormenjälkien käyttö sekä erilaiset tunnistus välineet ja tunnistus menetelmät.

Potilastietojen kirjaamisessa erilaisia käytettäviä sähköisiä tunnistusvälineitä ovat lääkäreiden käyttämät sirukortit sekä hoitohenkilökunnan päivittäisiin kirjauksiin jäävät tunnisteet, joista asian kirjannut henkilö voidaan nähdä ja tunnistaa.

Sähköisten tunnistamispalveluiden tarjoajille sekä palveluiden toiminnalle on olemassa tarkat vaatimukset laissa sähköisestä allekirjoituksesta, emme kuitenkaan käsittele niitä tässä yhteydessä tarkemmin. (FINLEX 2012)

8 Sähköisen kirjaamisen hyvät ja huonot puolet

8.1 Sähköisen kirjaamisen hyvät puolet

Sähköisen kirjaamisen tavoitteena on luoda hoitotyön kirjaamisesta yhtenäinen ja rakenteinen kirjaamisen malli. Kirjaamismallin lähtökohtana ovat yhtenäiset hoitotyön ydintiedot. Potilastietojärjestelmässä käytetään rakenteista otsikkotasoa. Rakenteistettu tieto tekee tehdyt teot näkyviksi ja näin ollen mahdollistaa kirjatun tiedon hyödyntämisen myöhemmin eri tarkoituksiin. Nämä yhtenäiset kirjaamismallit sähköisessä kirjaamisessa tekevät potilaan hoidosta sujuvaa jatkuvuuden kannalta sekä mahdollistaa eri toimintaprosessien kehittämisen. (Hoitotyön Vuosikirja 2007, 113.)

Tiedon käyttö, välittäminen ja tallettaminen ovat keskeisiä osia hoitotyössä. Tämän vuoksi oikea ja tarpeellinen tieto tulee olla viiveettä ja rajoituksetta ammattihenkilöstön käytössä tarpeen tullen. Yhtenäinen, rakenteinen kirjaaminen helpottaa potilaan hoitoa siten, että potilaan kaikki tiedot ovat helposti löydettävissä potilastietojärjestelmästä. Tämä takaa yhtenäisen tiedon saatavuuden. Potilaan tietoja voidaan hakea yhtenäisten potilastietojärjestelmän luokitusten, koodistojen ja otsikoiden avulla. Kirjaamisen hyödyttävänä tekijänä onkin, että kaikki samat tiedot kirjataan vain sovittuun kohtaan oman otsikkonsa alle hoitokertomukseen. (Hoitotyön Vuosikirja 2007, 114 ja 116.)

Sähköinen, rakenteinen ja luokiteltu kirjaaminen tukee potilaan hoitotyön toteuttamista ja työn organisointia sekä kirjaaminen tuottaa uutta tietoa hoitotyön kehittämiseen ja johtamiseen. Kirjatun tiedon käyttö mahdollisesti voi sujuvoittaa palvelu- ja toimintaprosessien kehittämistä ja parantaa potilaan hyvää hoitoa ja hoidon jatkuvuutta. Yhtenäinen kirjaaminen mahdollistaa tiedon haun moniammatillisesti ja mahdollisuuden käyttää potilastietoja, esimerkiksi päätöksenteossa, laadun varmistuksessa ja tutkimuksissa. (Hoitotyön Vuosikirja 2007, 117.)

Potilaan hoidon laatua ja vaikuttavuutta voidaan arvioida sähköisessä potilaskertomuksessa käytettävien luokitusten ja arviointimittarien avulla. Hoitotyön luokitusten avulla potilaan tietovarannoista on mahdollista tehdä hakuja laadun ja resurssien käytön arvioimiseksi. Näiden hoitotyön luokitusten avulla kirjattua tallennettua tietoa voidaan hyödyntää, esimerkiksi resurssien seuraamisessa. Yhtenäinen potilastietojen kirjaaminen helpottaa ammattihenkilöitä löytämään helposti potilaan tiedot ja tarpeen tullen käyttämään tietoja sekä hyödyntämään hoitotyön tietoa päätöksentekoprosessin aikana. (Hoitotyön Vuosikirja 2007, 121.)

8.2 Sähköisen kirjaamisen haasteet

Siirtyminen manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen kirjaamiseen tuo aluksi erilaisia vaikeuksia ja mahdollisesti jonkinlaista muutosvastarintaa. Ensimmäisissä siirtymistutkimuksissa on ilmennyt, että sairaanhoitajat kokevat potilaan tietojen kirjaamisen sähköisesti vaikeana, stressaavana ja haasteellisena. Sähköisen kirjaamisen haasteena onkin tietokoneiden uusi ja vaikea ohjelma sekä tietokoneen outous. Haasteena on myös tietokonepäätteiden vähäisyys työpisteissä. Muutosvastarintaa ilmenee täydennyskoulutuksien vähäisyyden vuoksi sekä se, että sairaanhoitajat kokevat kirjaamisen vievän aikaa potilailta. (Hoitotyön Vuosikirja 2007, 208.)

Haasteena sähköiselle kirjaamiselle on se, että sairaanhoitajat saattavat kokea uuden tavan vievän liikaa aikaa ja näin lisäävän päivittäisen työn määrää. Muutosvastarinnan ilmentyessä työpaikoilla, aiheuttaa hitaan siirtymisen uuteen tietojärjestelmän käyttöönottoon. Sekä työilmapiirissä saattaa ilmentyä turhaantumista sähköisten tietojärjestelmien nopeat kehittymiset. Huonona puolena sähköiselle tietokannalla on myös hitaat ohjelmat ja ne koetaan vaikeakäyttöiseksi. (Hoitotyön Vuosikirja 2007, 209 - 210.)

9 Kansainvälisyys ja sähköinen rakenteellinen kirjaaminen

Maailman laajuisesti kehitetään jatkuvasti rakenteista kirjaamista ja siihen tarvittavaa terminologiaa eli erilaisia luokituksia ja nimikkeistöjä. Tällä pyritään siihen, että tulevaisuudessa aiemman tiedon hyödyntäminen olisi entistä helpompaa. Terminologian painottuminen sähköisessä rakenteellisessa kirjaamisessa nähdään jatkuvan vielä pitkään tulevaisuudessakin, riippumatta siitä kuinka nopeasti tietotekniikka ja sen hyödyntäminen terveydenhuollossa kehittyi. Suomessa kirjaamiseen liittyvän terminologian kehittämistä on tehty lähinnä työyksiköissä, mutta myös muutamassa julkaistussa väitöskirjassa. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 244 - 245.)

Sähköisen rakenteellisen kirjaamisen kehittämiseen liittyy vahvasti kansainvälinen yhteistyö. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen malli on kehitetty yhdessä kansallisen sähköisen potilaskertomuksen käyttöönoton yhteydessä. Edellytyksenä on ollut koota yhteen kirjaamisen kehittämistyön tulokset ja koota niistä kansainvälinen luokitusyhteisö. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 245.)

Tulosten kokoamista varten on kehitetty jo useita tietokantoja, yksi näistä on kansainvälinen iNMDS-järjestelmä (International Nursing Minimum Data Set) joka kuvaa yhdenmukaisesti

määritellyn ja luokitellun tiedon vähimmäismäärää. Nämä tiedot kerätään eri tietokannoista terveydenhuollon erilaisiin tiedon tarpeisiin. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 186.)

Jos tietokantojen kokoaminen kansallisella tasolla tapahtuu ilman selkeätä yhtenäistä rakennetta, ei sen hyödyntäminen kansainvälisiin tietokantoihin tule onnistumaan. Tämän takia on tärkeää, että tietojen kirjaaminen ymmärretään kansallisena yhteisenä tehtävänä joka edellyttää yhtenäistä vakioitua kirjaamiskäytäntöä, sekä hoitotyön ydintietojen käytön oppimista. Tarvitaan siis kansallista suunnitelmaa kirjaamisen kehittämiseen. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 245.)

10 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä ja koostaa yhteen tietoa sähköisen kirjaamisen tuomasta hyödystä hoitotyölle.

Tutkimuskysymyksemme on: Mitä hyötyä hoitotyölle on sähköisestä, rakenteellisesta kirjaamisesta?

Alakysymyksiksi muodostuivat seuraavat; Mitkä seikat vaikuttivat siihen, että hoitotyössä siirryttiin sähköiseen kirjaamiseen? Mitä hyötyä sähköinen kirjaaminen tuo hoitotyön päivittäiseen toimintaan?

11 Tutkimusmenetelmänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on usein nähty keinona löytää tutkimustuloksia, jotka ovat korkealaatuisesti tutkittuja. Se erottuu muista kirjallisuuskatsauksista siinä, että tutkimusaineiston valinnassa käytetään erityisen tarkkaa valintaa ja analysointia. Käytettävät tutkimukset valitaan riippuen niiden julkaisuaikakohdasta, joka vaikuttaa myös siihen, että valmista tutkimusta on päivitettävä tarpeen tullessa. Näin taataan se, että tulokset pysyvät relevanttina. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus toteutetaan tarkasti vaihe vaiheelta, tällöin minimoidaan mahdolliset virheet ja mahdollistetaan kirjallisuuskatsauksen toistettavuus tulevaisuudessa. (Sackret, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson 1996; Shojania, Sampson, Ansari, Doucette & Moher 2007)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet voi karkeasti jaotella kolmeen pääryhmään; katsauksen suunnittelu, katsauksen tekeminen siihen liittyvineen hakuineen ja analysointeineen ja lopullinen raportti. (Geener & Grimshaw 1996; Meade & Richardson 1997)

Katsauksen suunnitteluvaiheessa tutkija tarkastelee ja tutustuu valitsemastaan aiheesta tuotettuun aiempaan tutkimustietoon ja määrittelee tulevan katsauksen tarpeen. Näiden tietojen perusteella hahmotellaan tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelma sisältää tutkimuskysymykset, joita voi olla samaan aikaan yhdestä kolmeen kysymystä.

Tutkimuskysymysten tulee olla laadittu tarkkaan niin, että ne ovat mahdollisimman selkeitä. Sekä niin että tuotettu tieto pystyy niihin vastaamaan. (Oxman 1994; Cook, Mulrow & Haynes 1997; Meade & Richardson 1997)

Mikäli syntyy tilanne, jossa systemaattinen kirjallisuuskatsaus ei tuota uutta tietoa liittyen tutkimuskysymyksiin voidaan tulos tulkita siten, että tutkimus on ollut riittämätön tietyltä alueelta. Tällainen tulos on sinällään myös tärkeää tietoa, vaikka se ei tuotakaan systemaattista katsausta. (Petticrew 2001)

Sen jälkeen kun tutkimuskysymykset on valittu, tutkija alkaa suunnitella menetelmiä katsauksen tekoon. Tällaisia ovat muun muassa hakutermien valinta sekä tietokantojen valinta. Tietokantojen valinta on erityisen tärkeää siten, että se palvelee valittua aineistoa. Esimerkiksi lääketieteellisestä aiheesta tietoa etsittäessä tulee käyttää tietokantoja, jotka tarjoavat runsaasti hakutuloksia liittyen aiheeseen. Jotta tiedonhaku pysyisi tutkimuksen kannalta mahdollisimman kattavana, on tutkijan suositeltavaa käyttää myös manuaalista tiedon hakua. Manuaalinen tiedon haku tarkoittaa alkuperäisten tutkimusten etsimistä, muualta kuin sähköisistä tietokannoista. (Greener & Grimshaw 1996; Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2003)

Tiedon haun kautta löytyvien aineistojen valintaan vaikuttavat tutkijan valitsemat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen vaatii vähintään kahta tutkijaa, jotta valittujen aineistojen voidaan katsoa olevan pitäviä. (Oxman 1994; Cook, Mulrow & Haynes 1997; Petticrew 2001)

Katsauksen teon toinen vaihe sisältää hankittujen aineistojen läpikäymisen ja sen pohjalta tehtävän valinnan. Valitaan mitkä tutkimukset pääsevät mukaan katsaukseen ja mitkä jätetään ulkopuolelle. Saadut aineistot analysoidaan niiden sisällön kanalta, eli vastaako niiden sisältö asetettuun tutkimuskysymykseen. (Greener & Grimshaw 1996; Meade & Richardson 1997; Petticrew 2001; Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2003)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa tutkija tekee raportin saamistaan tuloksista, näiden perusteella hän tekee myös johtopäätökset sekä mahdolliset suosituksen. (Greener & Grimshaw 1996; Meade & Richardson 1997; Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2003)

11.1 Aineiston keruu

Suoritimme tiedonhaun käyttämällä sähköisiä tietokantoja sekä hakemalla tietoa manuaalisesti. Rajasimme haun niin, että se sisälsi vain hoitoalan julkaisuja. Pyrimme käyttämään mahdollisemman tuoreita julkaisuja, mutta aineiston vähyyden vuoksi emme voineet asettaa tarkkaa aikarajaa.

Sähköiset tietokannat, joita käytimme olivat Linda, Medic ja Cinahl. Medic on kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta. Tietokanta sisältää viitteitä suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista. Cinahl kattaa kansainvälisesti hoitotieteen, hoitotyön ja fysioterapian viite- ja tiivistelmä-tietokannat. Linda on kotimainen yliopistokirjastojen yhteistietokanta. Linda-palvelun tarjoajina toimivat suomalaiset yliopistot, ammattikorkeakoulukirjastot sekä yleiset kirjastot.

Aiheemme osoittautui melko tuoreeksi ja siksi materiaalin löytäminen oli haasteellista. Sähköiseen kirjaamiseen ollaan hoitoalalla vasta siirtymässä, joten aiheesta on vaikea löytää valmiiksi tutkittua tietoa. Rajasimme tiedonhaun koskemaan vain sähköiseen kirjaamiseen liittyviä hyötyjä. Tiedonhaun aikana huomasimme, että sähköiseen kirjaamiseen liittyviä haittoja löytyi selvästi enemmän kuin hyötyjä. Tähän vaikutti se, että monissa hoitoalan organisaatioissa ja työpaikoilla työntekijät kokivat muutoksen uhkaavaksi. Sähköinen kirjaamisen käyttö on vasta aluillaan ja sitä pyritään kehittämään käyttötarkoitusten mukaiseksi. Huomasimme tiedonhakua tehdessämme, että esiin nousi paljon ideoita, joilla sähköistä kirjaamista voisi tulevaisuudessa parantaa. Tiedonhaun aikana huomasimme, että useista lähteistä nousi samoja hyötyjä koskien sähköistä kirjaamista.

Tiedonhaussa käytimme suomalaisissa hakupalveluissa hakusanoja ”kirjaaminen”, ”hoitotyö”, ”sähköinen kirjaaminen” ja ”rakenteellinen kirjaaminen”. Englanninkielisessä hakupalvelussa hakusanoja olivat; ”electronic nursing health record” ja ”electronic health records with nursing”. Sähköisessä tiedonhaussa meitä auttoivat Laurea Otaniemen kirjaston henkilökunta.

Suoritimme tiedonhaun käyttämällä tiettyjä sisäänottokriteerejä. Julkaisujen tuli olla hoitotieteen ja lääketieteen tutkimuksia, lehtiartikkeleita sekä pro gradu-tutkielmat. Ja näiden kaikkien julkaisujen tuli käsitellä sähköisen hoitotyön kirjaamisen hyötyjä.

Tiedonhakua tehdessämme valitsimme eri julkaisut aluksi niiden otsikoiden perusteella. Seuraavassa vaiheessa kävimme saadut julkaisut läpi ja karsimme niistä pois ne, jotka eivät täyttäneet sisäänottokriteerejä. Lopullinen aineistomme koostui yhteensä kahdeksasta julkaisusta.

11.2 Aineiston analyysi

Aineiston analysointi menetelmät jaetaan kolmeen analyysimuotoon, jotka ovat teorialähtöinen analyysi, teoriaohjaava analyysi sekä aineistolähtöinen analyysi. Aineiston sisällönanalyysi tapahtuu kolmivaiheisesti; aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja luodaan teoreettisia käsitteitä. Analysointi lähtee liikkeelle siitä, että aineiston alkuperäisilmaukset pelkistetään. Samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistetään samaan kategoria luokkaan. Näille kategorioille annetaan samaa tarkoittava nimi, joka kuvastaa kaikkia ilmauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101 - 117.)

Aineiston analyysi voidaan myös muodostaa teorialähtöisesti. Tällöin analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen ja tällöin analyysia ohjaa jokin teema. Teorialähtöisen analyysin ensimmäinen vaihe on muodostaa analyysirunko. Analyysirungon sisälle muodostetaan aineistosta erilaisia kategorioita. Aineistosta kerätään vain ne asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

Opinnäytetyömme aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysimenetelmällä. Analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuva tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107 - 108.)

Analysoinnin aikana teimme muistiinpanoja ja kirjasimme ylös tutkimuksien oleelliset tiedot, jotka koskivat opinnäytetyötämme. Tulokset saatuamme aloimme tehdä taulukkoa, johon ryhmittelimme saadut tulokset kategorioiden mukaisesti. Samaa tarkoittavat ilmaukset liitimme samaan kategoriaan. Aineiston vähyyden vuoksi jätimme ryhmittelyn alakategorioihin ja näin ryhmittely pysyi myös selkeänä.

Aineiston analyysimalli näkyy liitekohdassa 1.

12 Tulokset

Sähköisen kirjaamisen hyötyjä kuvaaviksi alaluokiksi muodostuivat *parempi potilasturvallisuus, ajankäytön tehostaminen, moniammatillinen yhteistyö ja työnhallinta*.

Parempi potilasturvallisuus sisältää käsitteitä, jotka kaikki yhdessä luovat hoitotyössä paremman potilasturvallisuuden. Nämä sähköisen kirjaamisen hyödyt, jotka lisäävät potilasturvallisuutta ovat ajantasaiset lääkärimääräykset, potilastietojen nopea käytettävyys, tutkimukset ja tulokset heti käytössä, ei käsialaongelmaa, kirjaamiselle

enemmän tilaa, kirjaaminen yhdessä potilaan kanssa, yksilövastuinen hoitotyö paranee, lääkärit tarkastavat useimmin hoitosuunnitelmat, hoitotyön arvopohjat päivitetty, potilastietoihin jää sähköinen jalanjälki, hoitajan paneutuminen kirjaamaansa asiiasisältöön, rajatut käyttöoikeudet ja raportointi tehostuu.

Tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajien mielestä yhä useammat lääkärit ovat sähköisen potilaskertomuksen käyttöönoton jälkeen alkaneet kirjata määräyksiään itse. Tämä käytäntö koetaan sairaanhoitajien puolelta hyvänä, sillä määräykset tulevat silloin niin kuin lääkäri on ne tarkoittanut, tämä mahdollistaa myös sen että koneelta voidaan tarkastella potilaan röntgenkuvia. Lääkärit tarkastelevat potilaan tietoja suoraan järjestelmästä ja määräyksensä lääkärit kirjaavat itse sähköisen hoitokertomuksen puolelle.

Kirjaaminen on hoitajien mielestä parantunut ja asioita tulee kirjattua enemmän, kun tila ei ole enää este hyvälle kirjaamiselle. Käsialaongelma sekä parantaa potilasturvallisuutta, kun esimerkiksi hoitajien ei tarvitse enää yrittää tulkita lääkärin käsin kirjoitettuja määräyksiä (Hartikainen, 2008). Tutkimuksessa ilmeni myös, että potilasturvallisuutta parantaa se, että hoitajat tekevät yhdessä potilaan kanssa hoitosuunnitelman käyttämällä sähköistä potilastietojärjestelmää, esimerkiksi kannettavan tietokoneen avulla (Leino, 2004).

Millerin & Arguisan (1999) tutkimuksessa todettiin, että sähköiseen kirjaamiseen liittyvän toiminnan vakiinnuttua, aikaa säästyy enemmän varsinaiseen potilastyöhön ja näin hoitotyö tulee tehtyä vieläkin paremmin ja huolellisemmin ajatellen parempaa potilasturvallisuutta. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että silloin kun osastolla on käytössä sähköinen kirjaamismalli, on hoitotyön toimintamalli paremmin yhteydessä hoitotyön kirjaamisen toteutumiseen ja sähköisesti kirjatessa yksilövastuinen hoitotyö toteutui paremmin kuin manuaalisessa kirjaamisessa. Tämä voi selittyä sillä, että uuden kirjaamisjärjestelmän käyttöönoton suunnittelussa on käyty läpi kirjaamiskeskustelua ja kerrattu hoitoprosessin mallin periaatteita. Yksilövastuisuuden korostuminen sähköisessä kirjaamisessa saattaa aiheutua siitä, että sähköinen kirjaaminen rakenne korostaa enemmän esiin hoitoprosessia liittyen hoitosuunnitelmaan (Leino, 2004). Hyvin ja huolella tehdyn sähköisen hoitosuunnitelman koettiin auttavan hoitajaa toteuttamaan työtään järjestelmällisemmin ja tuovan esiin tärkeät pääkohdat hoitajan tehdessä arviota toteutuneesta hoidosta (Nykänen, Viitanen & Kuusisto, 2010).

Björvell ym. (2003) toteavat tutkimuksessaan, että sähköisesti kirjaaminen saa hoitajat ajattelemaan enemmän ja erilalla työstään ja potilaistaan, kuin jos he käyttäisivät manuaalista kirjaamistapaa. Parempaa potilasturvallisuutta ajavat seuraavat tutkimuksessa ilmenivät asiaseikat kuten se, että sähköisessä kirjaamisessa joutuu miettimään omaa kirjaamistaan ja sen sisältöä tarkemmin, sillä lukijakunta on laajempi kuin manuaalisessa

kirjaamistavassa. Potilasturvallisuutta ajaa myös se, että lääkärit lukevat sähköisen kirjaamisen ansiosta aikaisempaa enemmän potilaiden hoitosuunnitelmia. Sekä se että sähköisestä kirjaamisesta jää aina näkyville kirjanneen hoitajan nimi ja tämä saattaa auttaa siihen, että hoitaja paneutuu tarkemmin kirjaamaansa asiasisältöön (Leino, 2004). On todettu, että jäsentynyt, strukturoitu kirjaaminen kehittää sairaanhoitajan tietorakennetta ja vahvistaa hänen kykyään tehdä päätöksiä potilaan hoidossa (Lungren-Laine, Salanterä & Haapalainen-Suomi, 2007). Tiedon reaaliaikaisuus palvelee potilasta siten, että hoitava henkilökunta on ajan tasalla heidän tilanteestaan ja näin potilasturvallisuus on parhainta mahdollista. Neljännen tutkimuksen mukaan, kun dokumentointi paranee, niin tällöin myös raportointi tehostuu. Tällöin suullinen raportointi nopeutuu ja pääpaino siirtyy kirjalliseen raporttiin. Potilastiedot tulee tällöin selvemmin hoitajien tietoon ja virheilä välttyään, kun tiedot voidaan tarkistaa useamman kerran sähköisestä järjestelmästä (Honkimaa-Salmi, 2006).

Ajankäytön tehostaminen pitää sisällään seuraavat ilmaukset: Kirjaamisvirheiden korjaaminen helpompaa, otsikot ohjaavat kirjaamista, kirjaaminen selkeää, tiedon löytäminen nopeutuu, lääkärikierrolla tietokoneet mukana, ei päällekkäistä kirjaamista, tiedon siirto erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tehostuu sekä aiemman tiedon kopiointi uutta työpohjaa varten. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaan tietoja haetaan etukäteen potilaskertomusjärjestelmästä ja ne löytyvät sieltä hyvin ja nopeasti. Myös merkintöjen lukeminen järjestelmästä on nykyisin helpompaa ja nopeampaa, sillä käsialaongelmia ei enää esiinny. Kirjoitusvirheiden korjaaminen on helpompaa kuin paperiaikaan ja otsikot ohjaavat kirjaamista ja järjestelmään kirjaaminen on haastateltavien mielestä nykyään selkeämpää ja järjestelmällisempää. Myös tietojen löytyminen on helpompaa kuin paperiaikaan ja tiedot löytyvät eri osioista otsikoiden alle kirjoitettuna (Hartikainen, 2008).

Potilastietojen nopea löytyminen tarvittaessa parantaa potilaan omien tietojen saamista esimerkiksi puhelintiedusteluissa tai valitustapauksissa, koska hoitajan ei enää tarvitse etsiä potilaspapereita jotta näkisi potilaan tiedot (Nykänen, Viitanen & Kuusisto, 2010). Kolmannessa tutkimuksessa ilmeni, että potilaskertomuksen otsikointi ohjaa sekä tiedon hakua että sen kirjaamista rakenteisessa muodossa. Otsikointi koettiin kirjaamiskäytäntöä ohjaavaksi ja muistia tukevaksi. Rakenteelliseen elektroniseen tietokantaan kirjaaminen parantaa kirjaamisen laatua ja antaa paremmin tukea hoitotyön prosessille. Kirjaaminen on järjestelmällisempää, yhtenäisempää ja tarkempaa, kun kirjaamisen sisällön rakenne on etukäteen huolellisesti rakennettu ja suunniteltu. Kirjaamisessa ei tällöin ole päällekkäisyyttä. Elektroninen tietokanta helpottaa tietojen siirtoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Näin aikaa säästyy muulle hoitotyön toiminnolle enemmän. Potilaskeskeisen, rakenteellisen hoitosuunnitelman pohjan luominen elektronisen kirjaamisen pohjaksi, vähentää kirjaamiseen käytettävää aikaa sekä hoitajien työkuormaa. Elektronisella kirjaamisjärjestelmällä on positiivinen vaikutus myös työtyytyväisyyteen. Suurimman hyödyn

terveydenhuollon ammattihenkilöille kuitenkin tuo päällekkäisyyksien vähentyminen, kun kertaalleen kirjattua tietoa voidaan hyödyntää erilaisissa käyttötarkoituksissa ilman, että sitä tarvitsee kirjata uudelleen (Lungren-Laine, Salanterä & Haapalainen-Suomi, 2007). Eli tietokoneet mahdollistavat sen, että hoitajat voivat käyttää aiemmin kirjattua tekstiä uudelleen kopioimalla tieto uutta työpohjaa varten. Neljännessä tutkimuksessa hoitajien mielestä sähköistä järjestelmää on helppoa käyttää, tieto siirtyy nopeasti, tiedot ovat hyvin saatavilla, työmäärä vähenee, työ nopeutuu, tieto on reaaliaikaista ja sähköiseen tietoon on helppo luottaa. Myös potilaiden palvelu tehostuu, kun potilaan dokumentit ovat nähtävissä välittömästi, kun papereiden hankkimiseen ei enää kulu aikaa (Honkimaa-Salmi, 2006).

Moniammatilliseen yhteistyöhön löysimme vain yhden ilmauksen eli yhteneväinen kirjaamisen tapa. Tosin paremman potilasturvallisuuden alla oleva ilmaus ”ajantasaiset lääkärimääräykset”, kuvastaa myös moniammatillista yhteistyötä. Lääkärit tekevät määräykset tietokantaan, josta sitten hoitajat katsovat ja toteuttavat määräykset. Näin ollen tämä on myös moniammatillista yhteistyötä sähköisessä muodossa. Tutkimuksessa ilmeni, että sähköisessä kirjaamisessa moniammatillinen yhteistyö lisääntyy, koska pystytään seuraamaan reaaliajassa toisten kirjauksia (Leino, 2004). Kolmannessa tutkimuksessa ilmeni, että käsitteellispohjainen standardoitu terminologia parantaa hoitotyön kirjaamista ja sen laatua. On tärkeää, että terminologia on paikallisesti ja kansallisesti tunnettu. Yhtenäinen kieli tekee hoitotyöstä näkyvämpää, koska tällöin tehty hoitotyö voidaan kuvata tarkasti ja selkeästi (Lungren-Laine, Salanterä & Haapalainen-Suomi, 2007).

Työn hallinta pitää sisällään seuraavat: Esimies pystyy seuraamaan sähköisesti hoitajien kirjaamista, organisaation vaikutus korostuu, strukturoitu kirjaaminen mahdollistaa tietojen myöhemmän etsimisen sekä tilastoinnin, hoitotyön luokitukset ja otsikointi tuovat päätöksenteon ja vaikuttavuuden näkyväksi, ohjelmiston mittarit keräävät tietoa hoitotyön vaikuttavuudesta sekä työn uudelleen organisointi. Tutkimuksessa ilmeni, että sähköisesti kirjaavat hoitajat olivat sitä mieltä, että ylihoitaja seuraa tarkemmin heidän kirjaamistaan kuin jos käytössä olisi manuaalinen kirjaamisen tapa. Manuaalisessa kirjaamisessa seuranta saattaa olla enemmän rajoittunutta, johtuen potilaspapereiden vaikeasta saatavuudesta. Sähköisen kirjaamisen seuranta pystyy suorittamaan suoraan tietokoneen välityksellä. Tutkimuksen mukaan organisaation vaikutus korostuu nimenomaan juuri sähköisessä kirjaamisessa. Sähköisessä kirjaamisessa henkilöstön kehittäminen ja yhdistäminen organisaation tietojärjestelmästrategiaan on tärkeää. Organisaation oma arvostus kirjaamiseen tulee hyvin esille tavassa, jolla kirjaamista kehitetään ja suunnitellaan. Sähköiseen kirjaamiseen liittyvä koulutus on mahdollistanut arvopohdintojen toteutumisen uudelleen, joka näkyy sähköisesti kirjaavan hoitajan tavassa kirjoittaa. Tulosten mukaan, organisaation yhteys hoitotyön kirjaamisen toteutumiseen ilmenee paremmin sähköisessä kirjaamisessa (Leino, 2004).

Työn hallintaan lisää myös se, että strukturoidusti kirjattua tietoa voidaan hyödyntää jatkossa potilaan tietojen etsimisessä, yhdistelemisessä ja tilastoinnissa. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen on tärkeä ja oleellinen osa potilaan hoitotyötä ja hoitotyössä tapahtuvaa päätöksentekoa. Kirjaamisen tarkoituksena on kuvata johdonmukaisesti ja selkeästi potilaan hoitoprosessi ja varmistaa hoidon jatkuvuus, yksilöllisyys ja turvallisuus niin yksiköittäin kuin eri organisaatioiden välillä. Yhdenmukaisesti kirjattua hoitotietoja voidaan hyödyntää yksittäisen potilaan hoidon seurannassa tai potilaiden vertailussa sekä hoitotyön johtamisessa, tutkimuksessa ja koulutuksessa. Hoitotyön kirjaamisen luokituksia ja otsikoita hyödyntämällä tuo hoitotyöhön liittyvän päätöksenteon ja vaikuttavuuden näkyväksi. Sähköinen kirjaaminen tuo uuden mahdollisuuden myös kerätä tietoa hoidon vaikuttavuudesta erilaisten ohjelmistoon kehitettyjen mittareiden avulla (Lungren-Laine, Salanterä & Haapalainen-Suomi, 2007). Neljännen tutkimuksen mukaan myönteistä muutosta tuki se, että uuden sähköisen potilasjärjestelmän oppii käytännön työn kautta sekä hoitotyötä on nyt helpompaa uudelleen jakaa käyttötarkoituksen mukaisesti (Honkimaa-Salmi, 2006).

Uuden sähköisen kirjaamisen myötä käyttöön on myös tullut uutena mahdollisuutena Kopioi- ja liitä -toiminnot, joita käsinkirjatessa ei voitu hyödyntää. Nämä toiminnot mahdollistavat hoitajan oman työn tehostamisen, koska nyt hoitotiedot saadaan helposti ja nopeasti päivitettyä ja siirrettyä esimerkiksi seuraavan päivän hoitosuunnitelmaan. Tulevaisuudessa on ajatuksena myös kehittää sähköistä kirjaamista niin, että myös potilaan vitaalielintoiminnot ja niiden mittaustulokset päivittyisivät automaattisesti potilaan hoitotaulukkoon, ilman että hoitajan tarvitsee niitä erikseen sinne kirjata. Tämä mahdollistaisi hoitajan työn tehostumisen sekä estäisi mahdolliset kirjaamisvirheet (Kelley, Brandon & Sharron, 2011).

Hyvin dokumentoitu potilaan hoito, on oikeusturva myös hoitajalle, kuten myös potilaalle itselleen (Lungren-Laine, Salanterä & Haapalainen-Suomi, 2007)

13 Pohdinta

Pohdinnassa kävimme työtämme läpi arvioiden onnistuneisuutta, asettamiemme tavoitteiden toteutumista, työn luotettavuutta sekä tutkimuksen mahdollisia jatkotutkimus ehdotuksia. Tarkoituksenamme oli tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla jo tutkitusta tiedosta uutta tietoa käyttämällä sisällönanalyysiä. Tarkoituksenamme oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää terveydenhuollon eri organisaatioissa, kuitenkin enimmäkseen hoitotyössä.

13.1 Tutkimuksen eettisyyden arviointi

Toteutimme kirjallisuuskatsauksen noudattamalla hyvän tieteellisen käytännön mallia. Tähän kuuluvat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan muun muassa seuraavat vaiheet; rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus liittyen tutkimustulosten tallentamiseen, esittämiseen sekä arvioimiseen. Tutkimukseen liittyvät tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät tulevat olla toteutettuna niin, että ne ovat eettisesti kestäviä ja tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvasti avoimia. Muiden tutkijoiden työt ja suoritukset tulee ottaa huomioon ja osata antaa niille arvoa, kun niistä saatua tietoa käytetään omassa työssä. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti niin, että se täyttää tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Opinnäytetyötä tehdessämme käytimme näitä kyseisiä tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmiä.

Noudatimme koko työskentelyämme ajan rehellisyyttä sekä yleistä huolellisuutta ja tarkkaavaisuutta. Olemme myös pyrkineet työssämme käymään tarkasti läpi työskentelyämme alusta loppuun saakka. Olemme pyrkineet siihen, että tutkimukseemme tutustuva lukija saa lukiessaan selkeän käsityksen siitä kuinka olemme työämme toteuttaneet.

Koska valitsemamme tutkimusmenetelmä oli kirjallisuuskatsaus, ei tutkimuksen eettisyyttä arvioitaessa tarvinnut ottaa esille ihmisen itsemääräämisoikeutta. Tutkimuseettinen neuvottelukunta kuitenkin toteaa ohjeistuksissaan että; ” Tutkimuksen eettisyyden lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen”. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

13.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Käytimme työssämme ainoastaan luotettavia aineistoja. Julkaisut perustuivat tieteellisesti tutkittuun tietoon. Aiheestamme johtuen aineistot olivat kaikki melko tuoreita, siksi voi sanoa että tietomme on tämän hetkistä tuoretta tietoa. Rajasimme tiedonhaun koskemaan vain terveydenhuollon ammattihenkilöille suunnattuja julkaisuja. Opinnäytetyössämme käytimme vain sellaisia tutkimusartikkeleita, jotka vastasivat meidän tutkimustehtäviin. Kuvailimme selkeästi ja tarkasti opinnäytetyömme teko prosessia, jotta lukijamme ymmärtävät, kuinka ollaan tultu tutkimustuloksiimme. Työmme luotettavuutta lisää myös se, että haimme kaikki tutkimusaineistomme luotettavien tietokantojen kautta, kuten Linda, Medic ja Cinahl. Työmme on systemaattinen kirjallisuuskatsaus eli kaikki työssämme käytetyt tutkimustiedot ovat jo valmiiksi tutkittua tietoa eli näin ollen käyttämämme tieto on luotettavaa. Opinnäytetyössämme käytimme vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimusaineistoja, joten joitakin alkuperäistutkimuksia on tästä syystä voinut jäädä meiltä huomaamatta.

13.3 Johtopäätökset ja tulosten hyödynnettävyys

Siirtyminen hoitotyössä manuaalisesta kirjaamisesta sähköiseen rakenteelliseen kirjaamiseen tuo mukanaan paljon muutoksia. Muutokset koskevat henkilökuntaa sekä myös käytettäviä tietojärjestelmiä. Siirtyminen luo paineita henkilökunnalle ja etenkin niille, jotka kokevat atk-taitonsa heikoiksi. Useassa tutkimuksessa kävi ilmi, että ajan kuluessa henkilökunnan asenteet sähköistä kirjaamista kohtaan muuttuivat positiivisemmiksi. Sähköisen kirjaamismallin oppi käyttämällä sitä aktiivisesti työtä tehdessä.

Siirtyminen sähköiseen kirjaamismalliin tuo mukanaan paljon uuden opettelua, mutta se antaa myös uusia keinoja työskentelyyn ja tehostaa työskentelyä. Sähköinen kirjaamismalli mahdollistaa hoitajien ja lääkäreiden sekä muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskinäisen työskentelyn.

Kirjallisuuskatsauksen avulla saimme koottua uutta tietoa koskien sähköisen kirjaamismallin tuomaa hyötyä hoitotyölle. Esille saamiamme tietoja voidaan käyttää näin ollen hyväksi suunniteltaessa hoitotyöhön ja sähköiseen kirjaamiseen liittyviä asioita. Kirjallisuuskatsaus tuo esiin siirtymisen alkuvaiheessa havaitut tiedot.

Tutkimusten perusteella kävi ilmi, että suuri osa terveydenhuollon ammattihenkilöistä pitää omia atk-taitojaan riittämättöminä ja siksi tähän asiaan tulisikin kiinnittää lisää huomiota. Kuinka voitaisiin lisätä henkilökunnan luottamusta omiin atk-taitoihinsa.

Sähköinen kirjaaminen toi ajan kanssa lisää työaikaa, esimerkiksi silloin kun osastoilla oli käytössä hiljainen raportointi. Hoitajat kokivat, että hiljainen raportti antoi heille enemmän vastuuta ja mahdollisuuksia tiedonhakuun ja potilaan asioihin tutustumiseen. Työpaikoilla tulisi kiinnittää huomiota myös hiljaiseen ympäristöön, jotta jokaiselle suotaisiin oma rauhansa tutustua rauhassa oman potilaansa asioihin.

Koska sähköinen kirjaaminen paransi moniammatillista työskentelyä, tulisi sairaaloissa ja vuodeosastoilla sekä avoterveydenhuollossa huolehtia että hoitajilla ja lääkäreillä olisi mahdollisimman yhtenäiset tavat lukea ja merkitä potilasta koskevia asioita potilaan tietoihin. Esimerkiksi lääkäreiden olisi hyvä tutustua hoitajan tekemään hoitosuunnitelmaan päivittäin. Näin potilaan hoito olisi vielä yhtenäisempää ja siinä olevat aukot ja mahdolliset tiedon katkeamiset estyisivät.

13.4 Jatkotutkimushaasteet

Jatkotutkimushaasteeksi voi nostaa tulevaisuudessa sähköisen rakenteellisen kirjaamisen tuoman hyödyn mittaamisen ja kartoittamisen. Tämän tutkimuksen voi suorittaa sen jälkeen, kun sähköinen rakenteellinen kirjaaminen on ollut ensin käytössä ajallisesti riittävän kauan. Tällöin voisi mitata toteutuivatko ne hyödyt joita saimme työssämme nostettua esille. Toimiko sähköinen rakenteellinen kirjaaminen vaivattomasti ja mahdollistiko se tosiasiassa moniammatillisen yhteistyön sekä yhteistyön eri sairaanhoitopiirien välillä sekä kansainvälisesti. Parantuiko potilasturvallisuus sähköisen kirjaamisen myötä?

Nämä ovat kysymyksiä, joihin emme vielä nykyisellä tiedolla pysty täysin vastaamaan. Tulevaisuus näyttää miten kaikki nämä asiat tulevat toimimaan ja toteutumaan.

Jatkotutkimushaasteena voisi nähdä myös terveydenhuollon käyttämän sähköisen tiedon yhtenäistämisen kehittämisen kansainvälisesti, etenkin näiden tietojen käytön helpottamisen tulevaisuudessa. Tärkeätä olisi myös kehittää lisää ideoita erilaisten potilastietojärjestelmien yhteensopivuutta edistämään.

Lähteet

- Cook, Mulrow & Haynes. 1997. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annales of international Medicine* 126, 376 - 380.
- Ensio, A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Erkko, P., Ernvall, S., Koivuniemi, S., Riski, H-M., Saarikoski, M. & Walta, L. 2005. Potilaan hyväksi informaatioteknisellä osaamisella. Teoksessa: Sinervo, L. & von Fienadt (toim.), N. 2005. Tietekniikka sosiaali- ja terveysalan osaamisen kehittämisessä. Helsinki. Stakes. Aiheita 5/2005. Stakesin monistamo.
- FINLEX. 2012. Ajantasainen lainsäädäntö. Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. Verkkojulkaisu. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>. Luettu 29.3.2012.
- FINLEX. 2012. Ajantasainen lainsäädäntö. Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Verkkojulkaisu. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>. Luettu 29.3.2012.
- FINLEX. 2012. Ajantasainen lainsäädäntö. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Verkkojulkaisu. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 29.3.2012.
- FINLEX. 2012. Ajantasainen lainsäädäntö. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Verkkojulkaisu. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Luettu 19.9.2012.
- FINLEX. 2012. Ajantasainen lainsäädäntö. Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Verkkojulkaisu. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>. Luettu 19.9.2012.
- FINLEX. 2012. Ajantasainen lainsäädäntö. Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621. Verkkojulkaisu. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>. Luettu 19.9.2012.
- Greener, J. & Grimshaw, J. 1996. Using meta-analysis to summarise evidence within systematic reviews. *Nurse Researcher* 4, 27-38.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.
- Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksistatystoimintaan. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu-tutkielma. <http://www.kampus.uku.fi/gradu/2008/3161.pdf> luettu 18.01.2013
- Haukka, U.-M. 2001. Pegasos- terveystietojärjestelmä sairaanhoitajantyön apuvälineenä Turun perusterveydenhuollossa. Toimivat palveluketjut. Luentotiivistelmä. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki.
- Honkimaa- Salmi, A. 2006. Sähköisen potilastietojärjestelmän tulo terveydenhuoltoon hoitohenkilökunnan kokemana. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01036.pdf> luettu 18.01.2013
- Khan, KS., Kunz, R., Kleijnen, J., & Antes, G. 2003. Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine, How to review and apply findings of healthcare research. The Royal Society of Medicine Press Ltd, London.

Kokkonen, P. 1997. Hoitotyön keskeiset sisältöalueet ja niiden standardointi atk- pohjaisissa hoitotyön informaatiojärjestelmissä. Pro gradu- tutkielma. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Kuopion yliopisto.

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

Kuntalehti.fi. Verkkajulkaisu. Viitattu 1.3.2013.

<http://www.kuntalehti.fi/Kuntalehti/arkisto/2009/16/Sivut/2009-16-koivusalo.aspx>.

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Meade, Mo. & Richardson, WS. 1997. Selecting and appraising studies for a systematic review. *Annals of Internal Medicine* 127 (7) , 531 - 537.

Nykänen, P., Viitanen J. & Kuusisto A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen Yliopisto. Tietojenkäsittelytieteidenlaitos. <http://www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf> luettu 18.01.2013

Oxman, AD. 1994. Systematic reviews: Checklist for review articles. *British Medical Journal* 309 (6955), 648 - 651.

Petticrew, M. 2003. Why certain systematic reviews reach uncertain conclusions. *British Medical Journal* 326, 648 - 651.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmaopas. STM, Stakes ja Suomen kuntaliitto.

Rodden, C. & Bell, M. 2002. Record keeping: developing good practice. *Nursing Standard* 17(1).

Sackett, DL., Rosenberg, WMC., Gray, JAM., Haynes, RB. & Richardson, WS. 1996. Evidence based medicine: What it is and what it ins't. *British Medical Journal* 312, 71 - 72.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Shojania, KG., Sampson, M., Ansari, MT., Ji, J., Doucette, S. & Moher, D. 2007. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. *Annals of Internal Medicine* 147, 224 - 33.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003: 38. Verkkajulkaisu. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/1350/index.htm>. Luettu 23.3.2012.

STM, 2001 Sosiaali- ja terveysministeriö. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Moniste. 2001: 3.

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003: 38. Helsinki.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2012. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. Verkkojulkaisu. Viitattu 23.3.2012.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_08/ajankohtaiskirjoitus/hoitotyön_yhteenveto_turvaa_poti/.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Tiffany, F. Kelley, Debra, H. Brandon and Sharron L. Docherty. 2011. Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta.2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen .Verkkojulkaisu. Viitattu 8.3.2013.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

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

Volotinen, L. 2008. Hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittäminen vertaisarvioinnin avulla. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu- tutkielma.

Väliviita, T. 2001. Vanhusten hoitotyön kirjaaminen kotisairaanhoidossa. Luentotiivistelmä. Suomen sairaanhoitajaliitto.

Liitteet

PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Ajantasaiset lääkärinmääräykset</p> <p>Potilastietojen nopea käytettävyys</p> <p>Tutkimukset ja tulokset heti käytössä</p> <p>Ei käsialaongelmaa</p> <p>Kirjaamiselle enemmän tilaa</p> <p>Kirjaaminen yhdessä potilaan kanssa</p> <p>Yksilövastuinen hoitotyö paranee</p> <p>Lääkärit tarkastavat useimmin hoitosuunnitelmat</p> <p>Hoitotyön arvopohjat päivitetty</p> <p>Potilastietoihin jää sähköinen jalanjälki</p> <p>Hoitajan paneutuminen kirjaamaansa asiasisältöön</p> <p>Rajatut käyttöoikeudet</p> <p>Raportointi tehostuu</p>	<p>Parempi potilasturvallisuus</p>
<p>Kirjaamisvirheiden korjaaminen helpompaa</p> <p>Otsikot ohjaavat kirjaamista</p> <p>Kirjaaminen selkeää</p> <p>Tiedon löytäminen nopeutuu</p> <p>Lääkärinkierrolla tietokoneet mukana</p> <p>Ei päällekkäistä kirjaamista</p> <p>Tiedon siirto erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tehostuu</p> <p>Aiemman tiedon kopiointi uutta työpohjaa varten</p>	<p>Ajankäytön tehostaminen</p>

<p>Yhteneväinen kirjaamisen tapa</p>	<p>Moniammatillinen yhteistyö</p>
<p>Esimies pystyy seuraamaan sähköisesti hoitajien kirjaamista</p> <p>Organisaation vaikutus korostuu</p> <p>Strukturoitu kirjaaminen mahdollistaa tietojen myöhemmän etsimisen sekä tilastoinnin</p> <p>Hoitotyön luokitukset ja otsikointi tuovat päätöksenteon ja vaikuttavuuden näkyväksi</p> <p>Ohjelmiston mittarit keräävät tietoa hoitotyön vaikuttavuudesta</p> <p>Työn uudelleen organisointi</p>	<p>Työn hallinta</p>