

POTILASKIRJAAMINEN
Yhteinen kirjaamiskäytäntö vanhainkoti
Pääskyrinteelle

Ari Vuorisalo
Opinnäytetyö, kevät2011
Diakonia- ammattikorkeakoulu, Diak Länsi
Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja(AMK)

TIIVISTELMÄ

Ari Vuorisalo. Hoitotyön koulutusohjelma. Pori, kevät 2011, 25 s., 2 liitettä.

Diakonia ammattikorkeakoulu, Diak Länsi, Pori. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja (AMK).

Opinnäytetyössä paneudutaan sähköiseen potilaskirjaamiseen ja potilaskirjaamiseen yleensä sekä siihen, miten tärkeä osa hoitajan työtä ja koko hoitotyötä kunnollinen ja oikein tehty potilaskirjaaminen on. Opinnäytetyö on tehty erityisesti helpottamaan ja selventämään kirjauskäytäntöä Vanhainkoti Pääskyrinteellä.

Tieto hoitotyöstä yleisesti, potilastietojen kirjaamisesta ja laista sen takana, perustuvat alan kirjallisuuteen, internet- lähteisiin sekä lakiin ja kirjoittajan omiin havaintoihin hänen tehdessään potilaskirjauksia omassa työssään.

Opinnäytetyössä selvitetään lyhyesti, mitä hoitotyöllä yleisesti tarkoitetaan, mitä tarkoittaa potilaskirjaaminen ja mitä asioita potilaskirjaamista ohjaava laki vaatii kirjaamisen sisältävän. Työssä myös esitellään tietokoneohjelma, jota Vanhainkoti Pääskyrinteessä käytetään kirjaamisen apuna. Ohjelman käyttämiseen liittyvä ohjeistus on erillisenä liitteenä. Työ sisältää siis kaksi liitettä, jotka ovat muutaman sivun mittaisia ohjeistuksia.

Opinnäytetyön tuloksena on, että potilaskirjaaminen on syytä tehdä huolellisesti ja lain kirjaimen mukaan. Näin siitä on hyötyä kaikille hoitoon osallistuville. Oikein tehtynä potilaskirjaukset ovat myös työntekijän oikeudellinen suoja.

Asiasanat: hoitotyö, potilaskirjaaminen, toiminnallinen opinnäytetyö

ABSTRACT

Vuorisalo, Ari. Medical reports. 25 p. , appendix. Language: Finnish. Pori, Spring 2011. Diaconia University of Applied Sciences. Nurse.(AMK).

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Nursing. Degree: Nurse.

This thesis attended to the importance of writing medical data. The study aimed at helping especially the staff's everyday work when writing medical data in an old people's home called Pääskyrinne in Pomarkku. This study was made to help staff to understand the importance of writing medical data and there it also includes instructions how to use the computer program which they use in Pääskyrinne when writing medical reporting.

The study was based on information about nursing in general, writing medical reports and on the law behind the medical data. Information was found from other studies and previous literature survey and Internet sources. The study there is also includes information based on the researcher's own conclusions when doing medical data.

The study explains the importance of medical reports. Why it is so importance to write them and write them right.

This study shows there are plenty of reasons why medical data is meant to do properly. It makes nurse's work easier and it is also almost the only legal protection.

Keywords: nursing, medical data, functional thesis

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	7
2.1 Kirjaaminen tällä hetkellä Pääskyrinteen vanhainkodilla	7
2.2 Opinnäytetyön tarkoitus	8
3 HOITOTYÖN PROSESSI.....	8
3.1 Hoitotyön tarpeen ja suunnittelun määrittely	9
3.2 Hoitotyön toteutus	10
3.3 Hoitotyön arviointi	11
4 KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ	12
4.1 Potilasasiakirjat	12
4.2 Kirjaamisen tarkoitus hoitotyössä	13
4.3 Kriteereitä hyvälle kirjaamiselle	14
5 POTILASKIRJAAMISTA OHJAAVA LAKI	16
5.1 Kuka voi tehdä merkintöjä potilaspapereihin	17
5.2 Kirjaamista koskevat periaatteet ja vaatimukset	17
5.3 Sairautta ja hoitoa koskevat merkinnät	17
5.4 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen.....	18
5.5 Tehtyjen merkintöjen korjaaminen	18
5.6 Tietojen luovuttamisesta tehtävät merkinnät	19
6 SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN	19
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
8 POHDINTA	23
LÄHTEET.....	25

Liite 1: Yhtenäiset kirjaamisohjeet Pomarkun vanhainkodille.

Liite 2: Perus ohjeistus potilastietojärjestelmä Effican käytön aloituksesta.

1 JOHDANTO

Käsissäsi oleva teos on tekemäni opinnäytetyö, jonka olen tehnyt sairaanhoitajaopintojeni yhteydessä loppuvaiheessa opintoja. Lähtökohtana työn tekemiseen oli luoda ohjeistus kirjaamisen selkeyttämiseksi ja yhtenäistämiseksi. Työ on toiminnallinen opinnäytetyö.

Opinnäytetyössä käsitellään asioita, jotka liittyvät potilaskirjaamiseen. Työ on suunnattu Vanhainkoti Pääskyrinteen henkilökunnan käyttöön, ja sen tarkoitus on helpottaa aina hankalammaksi käyvää kirjaamista hoitotyöstä. Kirjaamista ohjaa potilaslaki, joka määrittelee, mitä ja miten hoidosta tulee kirjata. Itse olen monesti työssäni joutunut miettimään, mitä hoidosta kirjoitan ja ennen kaikkea miten saan asian ymmärrettävään muotoon. Sanonta, mitä et ole kirjannut et ole myöskään tehnyt, on varmasti monella tapaa pätevä. Mielestäni ei ole kuitenkaan tarkoitus kirjoittaa hoidosta mitään romaania. Tärkeää olisinkin asioiden kirjaaminen selkeästi ja ytimekkäästi. Tässä työssä pyrin tuomaan esille asioita, joiden tarkoitus on helpottaa kirjaamista.

Hoitotyön laadukkaalla kirjaamisella voidaan merkittävästi lisätä asiakasturvallisuutta, sillä turvataan myös oikean tiedon välitys, hoidon jatkuvuus sekä sillä voidaan parantaa hoidon tavoitteellisuutta. Huolellisesti laadituilla ja tehdyillä potilasasiakirjoilla on suuri merkitys myös hoitajien oman oikeusturvan kannalta.

Seuraavat asiat asettavat entistä suurempia vaatimuksia hoidon dokumentoinnille. Potilaiden terveysongelmien monimutkaistuminen, hoitoaikojen lyheneminen, käytettävissä olevan tiedon määrän kasvaminen sekä potilaiden vaatimus saada osallistua päätöksentekoon, joka koskee heidän hoitonsa suunnittelua ja itse hoitoa. Haastetta lisää merkittävästi myös siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen. Monet lait ja asetukset ohjaavat omalta osaltaan kirjaamista. Myös potilaiden ja omaisten lisääntynyt tietämys sairauksista ja potilaiden oikeuksista lisää omalta osaltaan odotuksia hoitohenkilöstöä kohtaan, ja entistä tärkeämpään rooliin nousee se, että mitä ja miten potilaista ja heidän hoidoistaan kirjataan. (Hopia, Koponen 2007, 90.)

Hoitoalalla työskentelee monen eritason koulutuksen omaavia henkilöitä. Monissa paikoissa työskentelee myös runsaasti henkilöitä, joilla ei ole varsinaisesti minkäänlaista terveydenhuoltoalan koulutusta. Tästä syystä kirjaaminen potilaspapereihin on monen kirjavaa. Tämän työn tarkoituksena on helpottaa kirjaamista ohjaavaa lakia ja erilaisia tapoja kirjata oikein eri asioita.

Hoitajat tekevät päivittäin useita potilaiden ja asukkaiden hoitoon liittyviä päätöksiä hoitoprosessin eri vaiheissa. Tukena päätöksenteolle käytetään useista eri lähteistä ja erilaisissa muodoissa olevaa koottua tietoa, mm. numeerista ja visuaalista dataa sekä suullista, opittua ja muistiin perustuvaa tietoa. Näiden lisäksi päätöksiä tehdään kirjattuun tekstiin perustuen. Erityisesti kirjatun tekstin hyödyntäminen ja sen yhdistäminen muuhun päätöksenteon tukena käytettyyn informaatioon ja oleellisen tiedon löytäminen suuresta tekstimäärästä on hoitotyön päätöksenteossa haasteellista. (Hahtela, Lehtomäki 2009, 23.) Kaikessa kirjaamisessa tulee myös huomioida asiat, joita kirjaamista ohjaava laki vaatii, että siinä tulee näkyä. Vahingon sattuessa on oman oikeusturvan kannaltakin hyvä tietää, mitä asioita kirjaamisessa tulee näkyä. Vahinkotilanteissa on kirjaaminen syytä tehdä erityistä huolellisuutta noudattaen ja lakipykälää noudattaen.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Toimintaympäristönä on Porin perusturvakeskuksen yhteistoiminta-alueen vanhainkoti Pääskyrinne. Vanhainkoti Pääskyrinne tarjoaa ikääntyneille asukkaille ympärivuorokautista, pitkäaikaista ja lyhytaikaista laitoshoidtoa. Lisäksi vanhainkodin yhteydessä toimii tehostetun palveluasumisen yksikkö. Asukaspaikkoja on yhteensä 37. Lisäksi lyhytaikaishoidossa on 1- 3 paikkaa. Vanhainkodin asukkaat tarvitsevat ympärivuorokautista valvontaa, ja heidän toimintakykynsä on alentunut fyysisellä, psyykkisellä, sosiaalisella ja/ tai kognitiivisella alueella. Henkilökuntaan vanhainkodissa kuuluu sairaanhoitajia, lähi/ perushoitajia ja hoitoapulaisia.

2.1 Kirjaaminen tällä hetkellä Pääskyrinteen vanhainkodilla

Tällä hetkellä kirjaaminen on melkoisen sekavaa vanhainkodilla. Sekavuus johtuu suurelta osin siirtymävaiheesta, jossa kirjaamista ollaan siirtämässä tietokoneille. Itse kirjaaminen on varmasti laadukasta ja lain täyttävää, mutta tiedon kulussa on vaikeuksia, johtuen juuri siirtymävaiheen luomista haasteista. Kaikki ihmiset omaksuvat ja oppivat asioita eri tavalla, joten osalle henkilökunnasta kirjaaminen tietokoneille on vielä hankalaa. Tärkeää olisi löytää ainakin yhteinen käytäntö esim. verensokereiden merkitsemiseen. Osa haluaa merkitä ne vielä papereihin ja osa kirjaa ne pelkästään tietokoneelle Efficaan. Tästä johtuen tiedot molemmissa ovat puutteellisia ja se johtaa epäselvyyksiin sekä tiedonkulun katkoksiin arvoja tulkittaessa. Tulevaisuudessa kaikki kirjaaminen tulee tapahtumaan tietokoneen välityksellä.

Potilasasiakirjat säilytetään tällä hetkellä kansioissa vanhainkodin arkistoissa. Niiden arkistointi on työlästä ja jossain määrin jopa hankalaakin järjestyksen ja siisteyden ylläpitämiseksi. Vanhojen merkintöjen etsiminen arkistoista on myös työlästä ja melkoisen aikaa vievää työtä. Sähköinen kirjaaminen helpottaa kaikkea edellä mainittua työtä huomattavasti ja erityisesti vanhojen merkintöjen tarkistaminen helpottuu huomattavasti.

2.2 Opinnäytetyön tarkoitus

Tavoitteena opinnäytetyöllä on luoda yhdenmukaiset ja selkeät ohjeet oikean potilaskirjaamisen onnistumiseksi, eli opinnäytetyön tarkoituksena on toimia tietopakettina vanhainkodin henkilökunnalle. Lisäksi tavoitteena on, että opin itse kirjaamisesta mahdollisimman paljon.

Nykypäivänä on tärkeää, että kaikki hoitoon liittyvä kirjaaminen on oikein tehtyä. Kirjaamisen tulee olla myös selkeää ja siinä tulee olla kaikki oleellinen potilaan hoitoon ja vointiin liittyvä. Tällä on suuri merkitys erilaisten vahinkojen ehkäisyssä. Tärkeää on myös, että kirjaaminen on oikein tehtyä mahdollisten vahinkojen sattuessa, jolloin aletaan tutkia syytä vahingon syntyyn.

3 HOITOTYÖN PROSESSI

Hoitotyöllä tarkoitetaan hoitotyössä mukana olevien hoitoalan ammattilaisten tekemää työtä, joka perustuu käytännön mukanaan tuomaan kokemukseen sekä hoitotieteelliseen tietoon. Ammatillinen perustehtävä ja sen tunnistaminen on lähtökohtana hoitotyön kirjaamiselle. Perustehtävä hoitotyössä on asukkaan auttaminen yksilöllisesti hoitotyön keinoin. Potilasasiakirjoihin tapahtuva kirjaaminen perustuu hoitotyön tekijöiden tietoihin ja taitoihin sekä päätöksentekoon. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 9.)

Hoitotyön prosessi on suunnitelmallinen toimintaprosessi, jonka tavoitteena on hoitotyön tarkoituksen toteuttaminen eli asukkaan parhaan mahdollisen terveydentilan mahdollistaminen ja tämän tilan muuttuessa sellaisen hoidon tarjoaminen, jota asukkaan hyvinvoinnin palauttaminen edellyttää. Jollei parempaa terveyttä voida saavuttaa, hoitotyön prosessin tulee parantaa asukkaan elämän laatua ja maksimoida asukkaan voimavarat, jotta hän voisi elää mahdollisimman hyvin niin pitkään kuin mahdollista. Vaikka prosessin eri vaiheet esitetäänkin tietyssä järjestyksessä, voidaan jokaiseen vaiheeseen palata montakin kertaa asukkaan hoidon aikana. (Nurminen, Santala 2007,

10- 11.) Hoitotyön prosessi liittyy läheisesti hoitotyön kirjallisen suunnitelman kehittämiseen. Hoitotyön prosessiin kuuluvat hoitotyön tarpeen määrittely, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteuttaminen ja hoitotyön arviointi. Hoitotyön arviointia tulee tehdä hoitotyön kaikissa vaiheissa. Hoitotyön prosessin tulee edetä dynaamisena ja jatkuvana ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa sisältävänä toimintana. (Anttila ym. 2008, 51.)

Hoitotyön prosessin ensimmäinen vaihe on hoitotyön tarpeen määrittäminen. Siihen kuuluvat tarpeellisten tietojen keruu asukkaasta, tietojen analysointi sekä asukkaan tarpeiden tunnistaminen ja tarvittaessa täsmentäminen. Iäkkäiden ihmisten kohdalla pyritään keräämään tietoja melko pitkältä ajalta. Hoitotyöhön liittyviä tietoja kerätään luonnollisesti koko hoitojakson ajan. Asukkaan tarpeita määriteltäessä tulee kiinnittää erityistä huomiota hänen voimavaroihinsa ja omiin näkemyksiinsä toimintakyvystään. (Anttila ym. 2008, 54.)

3.1 Hoitotyön tarpeen ja suunnittelun määrittely

Hoitotyön suunnitelma on osa asukkaan hoitosuunnitelmaa. Henkilökunta vastaa asukkaan kirjallisen hoitotyön suunnitelman toteutumisesta.(Anttila ym., 51). Hoitotyön suunnitteluvaiheessa kirjataan asukkaan hoidon tarpeet, tarpeisiin pohjautuvat tavoitteet sekä määritellään hoitotyössä tarvittavat toiminnot (Hopia, Koponen 2007, 187). Suunnitteluvaiheessa laaditaan toimintasuunnitelma, jonka avulla pyritään ratkaisemaan asukkaan ongelmat. Lääkinnälliset hoitomenetelmät ja varsinainen hoitotyö eivät saa olla ristiriidassa keskenään, siksi hyvä yhteistyö omaisten ja hoitajien sekä lääkäreiden välillä on tärkeää. Mahdollisuuksien mukaan tulee myös hyödyntää asukkaan omaa asiantuntijuuttaan sairauksiaan kohtaan, kun hän vielä pystyy tekemään päätöksiä hoitoonsa liittyen. Asukkaan omia päätöksiä tulee aina mahdollisuuksien mukaan kunnioittaa. (Iivanainen, Jauhiainen, Korkiakoski 1996, 45-46.)

Keskeisessä osassa hoitotyön suunnittelua on myös asukkaan ongelmien asettaminen tärkeysjärjestykseen eli priorisointi. Tärkeysjärjestykseen asettamisessa tulee huomioida asukkaan omat kokemukset ongelmistaan. (Iivanainen ym. 1996, 46.)

3.2 Hoitotyön toteutus

Hoitotyön toteutus on asukkaan ja hoitajan yhteistoimintaa, se pyrkii etenemään asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Siinä keskeisiä tuloksia ovat tavoitteiden saavuttaminen ja asukkaan kokema hyvä olo. (Anttila ym. 2008, 55.)

Hoitotyön toteutusvaiheessa kirjataan toiminnot ja arvioidaan hoidon tuomia tuloksia (Hopia, Koponen 2007, 187). Kirjaamisen ei toteutumisvaiheessa tarvitse olla kovin laajaa, jotta itse kirjaamisesta ei tulisi vain tehtyjen töiden luettelemista. Toteutusvaiheessa kirjaaminen voisi olla ennemminkin arvioivaa, kuin pelkästään tehtyjen töiden luetteloimista. Kirjauksesta on hyvä käydä ilmi myös potilaan omia ajatuksia hoidon toteutuksesta. (Loikkanen 2003, 14.) Monissa hoitosuhteissa omaiset ovat myös aktiivisesti mukana asukkaan tukena. Suuri haaste onkin saada omaiset oikealla tavalla mukaan hoitotyöhön. Oikealla tavalla hyödynnettyinä omaiset ovat arvokas lisä asukkaan onnistunutta hoitokokonaisuutta. Heiltä on mahdollisuus saada arvokasta taustatietoa asukkaan elämän vaiheista ennen hoitolaitokseen tuloa ja niitä tietoja hyödyntämällä voidaan hoitosuhdetta tukea ja syventää. Monissa tilanteissa omaiset pystyvät myös saamaan asukkaaseen eri tavalla kontaktin ja pystyvät täten tuomaan esille asioita joita asukas ei esimerkiksi hoitajilta suostu ottamaan vastaan.

Tärkeinä periaatteina kirjaamisessa voidaan pitää, että asukkaan hoidon kannalta oleelliset muutokset kirjataan. Näitä ovat esimerkiksi häiriöt ja ongelmat perustilanteissa. Hoitaja voi myös kuvailla asukkaan vointia, mielialaa, toimintakykyä, voimavaroja ja omatoimisuutta sekä vuorovaikutuksen onnistumista. Omaisten kanssa käydyt keskustelut tulee myös kirjata huolellisesti. Erilaiset tapaturmat, kaatumiset, putoamiset ja väärin lääkkeiden antaminen tulee kirjata erityistä huolellisuutta noudattaen. Uusien lääkkeiden vaikutukset tulee myös kirjata huolellisesti, myös vaikutukset asukkaan voinnissa ennen ja jälkeen lääkkeen annon on hyvä kuvailla. Tarvittavia lääkkeitä annettaessa on hyvä kirjata syy lääkkeen antoon ja lääkkeen vaikutuksen seuraaminen on myös tärkeää. Jos asukas joudutaan ns. sitomaan, on siihen annettu lupa kirjattava. Saattohoito tilanteissa kirjataan asukkaan vointi ja annetut hoidot kaikissa työvuoroissa. Kuoleman kohdatessa kirjataan kuvaus kyseisestä tilanteesta ja kuolinaika.

3.3 Hoitotyön arviointi

Hoitotyön kirjaamisen arvioinnilla saadaan tietoa käytännön toiminnasta moneen tarkoitukseen. Arvioinnin tuloksena saadaan tuotua esiin tietoa asioiden esiintyvyydestä. Saadusta tiedosta voidaan tehdä raportteja ja tilastoja, joita voidaan käyttää hyödyksi sekä operatiivisessa, että hallinnollisessa päätöksenteossa. Henkilöstön kirjaamat rakenteiset potilaskertomuksen hoitotiedot tuovat tietoa hoitotyön tarpeesta ja toteutuksesta. (Hopia, Koponen 2007, 136.) Hoitaja arvioi sekä laaditussa hoitotyön suunnitelmassa näkyviä että sen jälkeen ilmaantuneita asukkaan hoitotyön tarpeita, tavoitteita sekä auttamismenetelmien oikeaan osuvuutta ja vaikuttavuutta hoitotyön kaikissa vaiheissa. Arvioinnin pohjalta hoitaja kirjaa hoitotyön suunnitelmaan laadittavat muutokset. Tarkoitus on kirjata asukkaan tilasta, hänen kokemuksistaan ja hoitotyön kokonaisuudesta olennaisin kuvailevasti, tiiviisti ja ytimekkäästi. Hoitajan tulee selvittää asukkaan ja hänen läheistensä kokemukset, mielipiteet sekä arviot hoitotyöstä. Nämä huomiot tulee kirjata heidän omilla sanoillaan lainausmerkeissä. Päivittäin tapahtuva arviointi on hoitotyön auttamismenetelmien vaikuttavuuden kuvaamista. (Anttila ym. 2008, 56.)

Kirjaamisen arviointi ei saa olla itsetarkoitus, vaan sen tavoitteena on tuottaa tietoa hoidosta, sen laadusta, sujuvuudesta, resursoinnista tai tuloksista. Kirjaamisen arviointi on hoitoprosessin arviointia eli asukkaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksen arviointia. Se on myös toiminnan arviointia siitä, miten hoidolle asetetut tavoitteet on saavutettu ja miten ne ovat vaikuttaneet asukkaan terveydentilaan. Kirjaamisen arviointi tuottaa täten aina tietoa hoitotyön kehittämiseen ja perusteita toiminnan muutokseen. (Hopia, Koponen 2007, 123). Hoitotyön arviointi ei ole myöskään erillinen tapahtuma, vaan se liittyy kaikkeen hoitotyön toimintaan (Anttila ym. 2008, 56).

Asukkaan hyvään hoitoon vaikuttaa olennaisesti saatavilla olevan tiedon laatu. Hoitajat arvioivat moniammatillisesti asukkaan hoitoa 24 tuntia vuorokaudessa, ja tämä onkin oleellinen osa hoitotyötä. (Hopia, Koponen 2007, 124.)

4 KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Hoitotietojen kirjaamisen tulee aina ja kaikissa tilanteissa noudattaa lakeja ja asetuksia. Lainmukainen tiedonhallinta tarkoittaa sitä, että tietoa saavat oikeat henkilöt, riittävässä laajuudessa, oikealla hetkellä ja tiedon tulee olla ajankohtaista tietoa. Lainsäädäntö varmistaa, että tosiasiallisessa toiminnassa ja päätöksenteossa käytetään vain sellaista tietoa, joka on tarpeellista ja virheetöntä. (Saranto, Ensio, Tantt, Sonninen 2007, 18.)

Kirjaamisen rakenteen lähtökohtana on humanistinen kokonaisnäkemys ihmisestä sekä potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Kirjaamisen tulee tapahtua yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen läheisensä kanssa aina, kun se vain on mahdollista. Potilaalla on oikeus siihen, että hoito ja kirjaaminen perustuvat hänen yksilölliseen tilanteeseensa. Tilanteessa, jolloin hoitajalla ei ole selkeää käsitystä hoitamisesta ja siitä miten hoidosta kerätty tieto tulee välittää eteenpäin, vaarana on, että kirjaaminen hoitamisesta palvelee muita kuin potilaan hoitamiseksi asetettuja tavoitteita. Keskeistä laadukkaassa hoitamisessa ja hoidon kirjaamisessa on hoitajan eettinen vastuu potilaastaan, syvällinen toisen ihmisen ymmärtäminen, potilaan kohtaaminen tässä ja nyt sekä aito halu auttaa toista. (Hopia, Koponen 2007, 92.)

4.1 Potilasasiakirjat

Potilasasiakirjoilla on keskeinen asema terveydenhuollon henkilöstön sekä potilaan oikeusturvan toteutumisessa. Tietosuojan ja tietoturvan toteutuminen korostuu erityisesti kun potilasasiakirjat ovat sähköisessä muodossa. (Saranto ym. 2007, 33.)

Potilasasiakirjalla tarkoitetaan asukkaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai muualta saapuneita asiakirjoja tai tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia merkintöjä. Potilasasiakirjat sisältävät potilaskertomuksen sekä siihen liittyvät läheteet, laboratorio-, röntgen- ja

muut tutkimusasiakirjat ja lausunnot. Potilasasiakirjoihin kuuluu myös lääketieteelliseen kuolemansyyntä selvittämiseen liittyvät asiakirjat. Asiakirjoja ovat myös muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (Hopia ym. 2007, 12) Potilaskertomukseen kuuluvat myös tiedot asukkaan avohoito- ja kotihoitokäynneistä sekä osastojaksoista tehtävät eri ammattiryhmien merkinnät, joista rakentuu jatkuva ja aikajärjestyksessä etenevä asiakirja (Hopia ym. 2007 12.)

Hoitokertomus taas on hoitohenkilökunnan ja myös muiden eri ammattiryhmien yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa. Se käsittää asukkaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. (Hopia ym. 2007, 12-13.) Hoitokertomus on tarkoitettu moniammatilliseksi työvälineeksi. Moniammatillisuudella tarkoitetaan kaikkien asukkaan hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden yhteistä pyrkimystä hyvään hoitoon ja yhteistä vastuuta hyvän hoidon toteutumisesta yhteistyössä asukkaan ja hänen omaistensa kanssa. (Nykänen ym. 2010, 9.)

4.2 Kirjaamisen tarkoitus hoitotyössä

Hoitovastuussa olevalle terveydenhuollon ammattihenkilölle riittävä tiedon saanti on tärkeää. Riittävällä tiedon saannilla voidaan turvata laadullisesti hyvä hoito ja potilasturvallisuus. (Saranto ym. 2007, 33.) Kirjaamisen tarkoituksena on luoda edellytykset joustavalle hoidon etenemiselle, turvata hoitoon liittyvä riittävä tiedon saanti, varmistaa hoidon toteutus ja seuranta sekä turvata jatkuvuus valitussa hoitomuodossa (Rajala, Vironen 2000, 7). Koska vanhainkodillakin työskentelee paljon sijaisia, on kirjattu tieto asukkaiden hoidon tarpeista, tavoitteista ja auttamiskeinoista heille ensiarvoisen tärkeää (Nurminen, Santala 2007, 9). Laadukas asioiden kirjaaminen helpottaa eri töiden suorittamista (Anttila ym. 2008, 67). Lähtökohtana kirjaamiselle tulee olla, että kirjaamatonta hoitoa ei ole annettu. Hoitajien tulee merkitä potilasasiakirjoihin asukkaan hoidon järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Myös asukkaan voinnista tulee tehdä merkinnät riittävän usein. (Kuusisto, Susilahti, Hautaoja 2005, 9.) Potilasasiakirjoihin tekevät merkintöjä kaikki asukkaan hoitoon osallistuvat henkilöt. Kirjaajan nimet ja

hoitomääräyksen antajan nimi sekä ammattinimikkeet tulee olla aina nähtävissä kirjaamisesta (Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.).

Kirjaamisen kautta voidaan muodostaa kuva asukkaan hoidosta ja sen etenemisestä. Kirjaamista suorittavat kaikki asukkaan hoitoon osallistuvat. Eri ammattiryhmien kirjaamisella saadaan asukkaan hoidosta erilaisia näkökulmia. Tästä syntyvää kokonaisuutta kutsutaan hoitosuunnitelmaksi. (Anttila ym. 2008, 51.) Hoitoon osallistuvien kouluttamattomien hoitajien kirjaamista ohjaa ja valvoo vuorossa oleva terveydenhuollon ammattihenkilö. Kaikki papereihin tehtävä kirjaaminen tulee tehdä mustekynällä.

Koska on tärkeää, että kaikki työyhteisön jäsenet saavat hoidon kannalta tarpeelliset tiedot asukkaista, pidetään vuorojen vaihtuessa raportti. Raportin muotoa on aina syytä yhdessä miettiä, jotta se palvelisi hyvää hoitotyötä parhaiten. Raportissa tärkeitä asioita mainittavaksi ovat esim. muutokset asukkaiden voinnissa, päivän ohjelmat ja mahdollisten uusien asukkaiden esittely. (Anttila ym. 2008, 67.)

4.3 Kriteereitä hyvälle kirjaamiselle

Hyvän kirjaamisen keskeisempiin kriteereihin kuuluu, että ihmistä koskevat tiedot kerätään rehellisin keinoin ja avoimesti. Tärkeää on myös, että ihminen arvioidaan oikeiden ja olennaisten tietojen perusteella. Hyvässä hoitosuhteessa hyvä henkilötietojen käsittely ja hyvä hoitokäytäntö toimivat vuorovaikutteisesti. (Ensio, Saranto 2004, 20.) Jotta kirjaaminen on laadukasta, siinä tulee näkyä asukkaan voinnissa tapahtuvien muutosten arviointia ja hoidon vaikutusten seuranta. Tärkeää on myös kirjaamisen loogisuus, selkeys ja asukkaan kokonaishoidon etenemisen kannalta oleellisten asioiden esiintuominen sekä hoidon laadun ja vaikuttavuuden arviointi. Laadukkaalla kirjaamisella voidaan lisätä myös hoitoisuusluokitusten luotettavuutta. (Nykänen ym. 2010, 9.)

Asukkaan yksilöllisten tarpeiden ja kulttuurin sekä arkaluontoisten henkilötietojen käsittely aiheuttaa monesti ristiriitatilanteita asukkaan hoidossa. Onkin tärkeää huomioida, että mitä ja miten näissä tilanteissa kirjataan asiat. (Spanow, Tirranen 2002,

4.) Mikä sitten on arkaluontoista tietoa? Oikeaa vastausta on vaikea antaa, koska kaikki ihmiset ovat omanlaisiaan persoonia ja jonkun ihmisen kohdalla asia saattaa olla arkaluontoisempaa kuin jonkun toisen ihmisen kohdalla. Aina kannattaa miettiä onko kyseinen asia oleellista tietoa potilaan hoidon kannalta. Huomion arvoista on myös, että hoitolaitos on nyt siellä asuvien koti ja heillä pitää olla oikeuksia olla ja elää kuten omassa kodissaan haluavat. Kannattaa myös miettiä, että mitä toinen hoitaja hyötyy kirjoitetusta asiasta, eli onko tieto tarpeellinen jatkohoidon kannalta. Jos asukas on esimerkiksi innokas ns. kourimaan hoitajia, on tällaisesta syytä kirjata. Kyseinen tapa saattaa nosto- ym. tilanteissa vaarantaa jo potilasturvallisuuden, joten siitä on hyvä olla tieto olemassa, jotta hoitaja osaa tilanteeseen varautua ja jopa omalla toiminnallaan estää kyseisen tilanteen mahdollisuuden.

Asukasta koskevien tietojen tulee olla virheettömiä ja rajoittua vain hoidossa tarvittaviin tietoihin sekä niiden tulee olla myös asiallisia. Kaikkien asiakirjoissa olevien merkintöjen tulee olla ajantasaisia. Asiakirjojen tulee olla ymmärrettäviä ja johdonmukaisia. Kirjaamiset on syytä tehdä välittömästi palvelutapahtumien jälkeen. Virheelliset ja puutteelliset sekä vanhentuneet tiedot tulee välittömästi korjata. (Päivärinta, Haverinen 2002, 44.)

Koska hoitotyössä ei ole yhtenäistä sanastoa tulisi jokaisessa hoitopaikassa määritellä hoitotyön kirjaamisessa käytettävät käsitteet. Tällä voitaisiin välttää mahdollisia väärinkäsityksiä. Päivittäisten asioiden kirjaaminen eroaa suuresti toimipaikoittain. Se mikä on tarkoituksenmukaista yhdessä paikassa, ei ole sitä välttämättä toisessa paikassa. (Anttila ym. 2008, 68.)

Kirjaamisen tulee olla koordinoitua. Kaikilla tulisi olla yhteinen tapa kirjata tietoja asukkaista, näin voidaan välttää päällekkäisyyksiä, kirjaamista samoista havainnoista ja tuloksista. Päällekkäisten merkintöjen tekeminen on vain ajan hukkaa ja saman tiedon kirjaaminen useaan otteeseen voi aiheuttaa tulkintaongelmia. (Saranto ym. 2007, 72.)

Asukaslähtöisen hyvän hoidon turvaamiseen tarvitaan tietoa siitä, mitä asukkaat arvostavat, pitävät hyvänä ja tavoiteltavana (Päivärinta, Haverinen 2002, 35). Pelkästään hoitotyön etenemisen kaikkien osa- alueiden kirjaamista ei voida pitää kriteerinä laadukkaalle kirjaamiselle. Tärkeää laadukkaassa kirjaamisessa on kirjaamisen loogisuus, selkeys ja systemaattisuus sekä asukkaan hoidon kannalta

oleellisten asioiden esille tuominen, myös hoidon vaikuttavuuden seuranta on tärkeää kirjaamisessa. (Rajala, Vironen 2000, 6.) Kirjaamisen tulee antaa selkeä kuva asukkaan hoidollisista ongelmista, hoitotyön tavoitteista ja jo saavutetuista tuloksista. Työryhmissä tulisi miettiä, miksi eri asioita kirjataan. Kirjaamisen tulisi palvella hoidon turvallisuutta, jatkuvuutta ja laatua sekä tehokkuutta. (Anttila ym. 2008, 68.)

Aina ei ole helppoa muotoilla vaikeita asioita sellaiseen muotoon, joka ei loukkaa asukasta, mutta josta itse asia kävisi selkeästi ja ymmärrettävästi selville. Näissä tilanteissa on usein hyvä käyttää asukkaan omia lausahduksia. (Anttila ym. 2008, 68.)

5 POTILASKIRJAAMISTA OHJAAVA LAKI

Terveydenhuollon toimintayksikön tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilaskertomusta tai joitain osia siitä ei saa kirjoittaa uudelleen eikä alkuperäistä sivua korvata kopiolla tai muulla vastaavalla tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 9 §.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus, siihen liittyvät tiedot ja asiakirjat sekä lääketieteellisen kuolinsyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat. Samoin siihen kuuluvat muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 2 §.)

Potilasasiakirjoja saavat käsitellä vain potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt vain siinä laajuudessa kuin heidän työ tehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 4 §).

Potilaalla itsellään on tarkastusoikeus itseään koskeviin potilasasiakirjoihin. tarkastuspyyntö osoitetaan henkilölle, jonka tehtävänä on toteuttaa tarkastusoikeus. Potilaan pyytäessä jäljennöksiä potilasasiakirjoistaan on ne hänelle annettava maksutta. Tarkastusoikeuden käyttämisestä tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin.

Tarkastusoikeus on aina henkilökohtainen. On olemassa vain kaksi syytä jolloin tiedot voidaan tarkistaa toisen puolesta. Kun kyseessä on sellainen alaikäinen henkilö, jonka ikä ja kehitystaso eivät ole vielä riittävät oman edun ymmärtämiseksi voi tarkastusoikeutta käyttää hänen huoltajansa. Toisessa tapauksessa, jos henkilölle on määrätty edunvalvoja, joka toimii potilaan puolesta kaikissa hänen henkilökohtaisia asioitaan koskevissa asioissa. Tällöin edunvalvoja voi käyttää potilaan puolesta tarkastusoikeutta. (Saranto ym. 2007, 38- 39.)

5.1 Kuka voi tehdä merkintöjä potilaspapereihin

Potilasasiakirjoihin voivat tehdä merkintöjä kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän antamien ohjeidensa mukaisesti myös muut potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt. Terveydenhuollon opiskelijan tekemät merkinnät hyväksyy allekirjoituksellaan hänen esimiehensä, ohjaajansa tai tämän valtuuttama henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 6 §.)

5.2 Kirjaamista koskevat periaatteet ja vaatimukset

Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla laajuudeltaan riittäviä, jotta potilaalle voidaan turvata ja järjestää sekä suunnitella hyvä hoito. Kirjausten tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä, ja niissä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja käsitteitä ja hyväksytyjä lyhenteitä. Tehtävistä merkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 8 §.) Papereihin tehtävät merkinnät tulee tehdä aina mustekynällä.

5.3 Sairautta ja hoitoa koskevat merkinnät

Potilasasiakirjoihin tehtävistä kirjauksista tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet. Merkinnöistä

tulee ilmetä myös perusteet, miksi valittuun hoitomenetelmään on päädytty ja merkinnöistä tulee selvitä lisäksi hoidon toteutustapa. Kaikki annetut lääkemääräykset ja lääkärinlausunnot tulee merkitä potilaskertomukseen niiden antamisajankohdan mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 12 §.)

Mahdollisista lääkevirheistä tulee potilaspapereihin tehdä yksityiskohtaiset merkinnät joista käy ilmi kuvaus vahingosta, selvitys hoidossa mukana olleista terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä kuvaus vahingon epäilyistä syystä. Merkinnät tulee tehdä välittömästi sen jälkeen, kun vahinkoepäily on syntynyt. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 13 §.)

Potilaskertomukseen tulee tehdä riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät potilaan tilan muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Lisäksi potilaasta tehdään osana potilaskertomusta hoitajaksokohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 14 §.)

5.4 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Tilanteissa, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan mielenterveyslain, päihdehuoltolain, tartuntatautilain tai jonkin muun lain nojalla tulee siitä tehdä potilasasiakirjoihin erillinen merkintä. Merkinnästä tulee käydä ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto sekä arvio sen vaikutuksesta potilaan hoitoon. Merkittävä on myös toimenpiteen määränneen lääkärin sekä suorittajien nimet. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 12§.)

5.5 Tehtyjen merkintöjen korjaaminen

Potilasasiakirjoihin tehtyjen merkintöjen korjaaminen tulee aina tehdä siten, että alkuperäinen ja korjattu merkintä ovat myöhemmin luettavissa. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä korjauksen tekijän nimi, virka- asema, korjauksentekopäivä ja korjauksen peruste. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 20§).

Poistettaessa potilasasiakirjoihin tehty potilaan hoidon kannalta tarpeeton tieto, tulee asiakirjoihin merkitä poistajan nimi ja poistamisajankohta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 20§).

Virheellinen tieto on korjattava välittömästi, kun se huomataan. Myös potilaalla on oikeus vaatia asiakirjoissa olevan tiedon korjausta. Ensisijaisesti korjauksen tekee alkuperäisen merkinnän tehnyt henkilö. Tilanteessa jossa merkinnän tehnyt henkilö ei ole enää kyseisen organisaation palveluksessa tai hän ei hyväksy korjausvaatimusta korjauksen suorittaa vastaava johtaja tai henkilö jonka hän on valtuuttanut vastaamaan potilasasiakirjoista. (Saranto ym. 2007, 37.)

5.6 Tietojen luovuttamisesta tehtävät merkinnät

Potilasasiakirjoihin tehtyjen merkintöjen luovuttamisesta tulee aina tehdä merkintä asiakirjoihin. Merkinnästä tulee käydä ilmi milloin ja mitä tietoja on luovutettu, kenelle annetut tiedot on luovutettu, kuka tiedot on luovuttanut ja onko luovutus perustunut potilaan kirjalliseen, suulliseen tai asiayhteydestä ilmenevään suostumukseen tai lakiin. Potilaan kieltäessä tietojen luovuttamisen, tulee siitäkin tehdä merkintä potilasasiakirjoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 21§.)

Ilman potilaan suostumusta ei terveydenhuollon ammattihenkilöllä ole oikeutta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Sivulliseksi katsotaan myös samassa yksikössä työskentelevä terveydenhuollon ammattihenkilö, joka ei ole hoitosuhteessa kyseiseen potilaaseen. Myöskään potilaan omaisille ei voida tietoja luovuttaa ilman potilaan kirjallista suostumusta. (Rajala, Vironen 2000, 4.)

6 SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN

Tietotekniikka on monessa tehtävässä syrjäyttänyt perinteiset työvälineet, kynän ja paperin. Myös terveydenhuollossa yhä useammin potilastiedot kirjataan näppäimistön ja hiiren avulla tietokoneen muistiin ja luetaan tietokoneen näytöltä. Hoitotiedot muodostavat elektronisen kertomusjärjestelmän, joka tukee ja turvaa asiakas- ja potilaslähtöistä hoitoa sekä moniammatillista yhteistyötä ja turvaa myös hoidon jatkuvuutta. (Ensio, Saranto 2004, 13.)

Paperille kirjaaminen koostuu useimmiten kahdesta kokonaisuudesta, potilaan hoitosuunnitelmasta ja päivittäin kirjatuihin hoitotoimista. Näiden kahden dokumentin ylläpito on usein työlästä, ja siksi hoitosuunnitelmat elävätkin usein omaa elämäänsä. Sähköiset järjestelmät tekevät kirjaamisen ja niiden seuraamisen helpommaksi. Eri tiedot asukkaiden hoidosta voidaan koota tietokoneen näytölle samaan aikaan ja täten niitä voidaan lukea ja käsitellä samanaikaisesti. (Ensio, Saranto 2004, 9.)

Terveydenhuollossa tietojärjestelmä koostuu useasta eri osajärjestelmästä, jotka tukevat toimintaa. Sisään eri järjestelmiin voivat kirjautua vain järjestelmän tunnistamat käyttäjät ja järjestelmästä avautuvat käyttäjälle vain osat, joihin hänellä on käyttöoikeus. Elektronisessa järjestelmässä potilaan yksityisyyden suojaamiseksi käyttäjän käyttöoikeudet on rajattu. Käyttöoikeuksia rajataan työtehtävien ja toimintayksiköiden mukaan. (Ensio, Saranto 2004, 13- 14.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön nimi on: Potilaskirjaaminen, yhtenäisten kirjaamisohjeiden luominen vanhainkoti Pääskyrinteelle. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää koko perusturvassa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tarkoituksena saada aikaan tuotos (Vilka 2010, 3). Koko opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjaamista vanhustyössä. Toiminnallinen opinnäytetyö yhdistää toiminnallisuuden, teoreettisuuden, tutkimuksellisuuden ja raportoinnin. Työn toiminnallinen osuus tuotetaan teoreettisen tiedon avulla. (Vilka 2010, 4-8.). Tämän opinnäytetyön tuloksena syntyi opas kirjaamisesta vanhainkoti Pääskyrinteelle sekä opas potilastietojärjestelmä Effican käytön aloittamisesta.

Minua pyydettiin luomaan Pomarkun vanhainkodille yhtenäiset ohjeet potilaskirjaamiseen, erityisesti siellä tehtävään potilastyöhön sopivat. Siellä hoitotyöhön osallistuvilla on monia eritasoisia koulutuksia, joten on hyvä olla selkeät ja yhdenmukaiset ohjeet, jotta kirjaaminen onnistuu lain edellyttämällä tavalla. Oikea kirjaaminen on tärkeää kokonaishoidon onnistumisen kannalta.

Työn tekeminen on ollut mielekästä ja melkoisen kiinnostavaakin. Työtä tehdessä on tullut monissa kohdissa mietittyä omaa kirjaamista työssä ja sieltä on ollut helppo löytää ainakin parannuksia, mutta toisinaan joitakin hyviäkin näkökulmia. Kirjallisuutta aiheesta löytyy hyvin, mutta osa siitä on jo sen verran vanhentunutta, että sitä ei enää voi käyttää. Lakimuutokset ja sähköisen kirjaamisen astuminen mukaan yhä voimakkaammin on muokannut kirjaamista melkoisesti. Ehkä suurin ongelma työtä aloittaessani ja sitä tehdessäkin on ollut aiheen rajaus. Mitä haluan kirjoittaa aiheesta ja miten sen kirjoittaa, jotta jokainen lukija voisi sen ymmärtää. Tästä syystä olen pyrkinyt tuomaan asiat esille melko käytännönläheisesti.

Opas, joka opinnäytetyön tuloksena syntyi, on A4 -kokoiselle paperille tulostettu ja sille tuli mittaa neljä sivua ja tämä sisältää kansilehden ja lähdeluettelon. Aluksi oli tarkoitus koota tieto vain yhdelle A4 -kokoiselle paperille, mutta lopulta opas muodostui neljän sivun mittaiseksi. Oppaassa asiat on laitettu pääotsakkeiden alle ja ne on laitettu lyhyesti ja selkeästi. Tarkoitus on, että lisätietoa voi tarvittaessa hakea itse opinnäytetyöstä.

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi jo opintojen alkuvaiheessa, kun keskustelin opinnoista silloisen vanhainkodin johtajan kanssa. Hänen kanssaan mietittiin, että miten myös vanhainkoti hyötyisi opinnoistani. Aluksi oli ajatuksena tehdä kirjalliset ohjeet saattohoitovaiheen työstä vanhainkodilla, mutta lopulta tuli ajatus tehdä ohjeistus kirjaamisesta vanhainkodilla. Lopullisesti työhön tartuin keväällä 2010 ja siitä alkoi vähitellen muodostua työlle runko ja lopullinen muotokin hahmottui pikku hiljaa sekä paperilla, että päässä. Alusta asti oli selvää, että varsinainen ohjeistus olisi lyhyt ja sisältäisi tärkeimpiä asioita lyhyesti esitettynä. Varsinaisen opinnäytetyön oli heti alusta ollen sellainen, josta jokainen voi halutessaan hakea lisätietoa niin halutessaan. Mainitut suuntaviivat olivat esimieheni ajatus siitä miten työ parhaiten palvelisi sitä käyttäviä. Keskeisin asia oli omasta mielestäni kirjaamista ohjaavan lain esille ottaminen.

Kirjaamista ohjaava laki on mielestäni suurin yksittäinen tekijä joka muokkaa kaikkea kirjaamista tietynlaiseksi. Siksi työssä on laki tekstiä paljon.

Ensimmäinen verstaas päivä oli koululla 4.3.2010 ja siitä lähti liikkeelle varsinainen kirjoitus työ. Tässä vaiheessa opinnäytetyö oli hahmotelma, joka sisälsi lähinnä otsakkeet ja sisällysluettelon. Työn edetessä keskustelin esimieheni kanssa sisällöstä ja niistä ajatuksista, joita hän koki tarpeellisena saada lisää työhön tai asioita joita ei hänen mielestään ollut tarpeellista työssä käsitellä. Osastonhoitajille näytin työn vasta syksyn 2010 aikana ja heiltä sain lisää vinkkejä joita työhön on hyvä ottaa. Halusin tehdä työn suurelta osin teorian pohjalta, joten muilta työntekijöiltä en juurikaan asiasta kysellyt. Lisäksi opettajat ja opponetti antoivat työn etenemisestä koulussa palautetta verstaaspäivinä . Verstaaspäiviä oli keväällä ja syksyllä 2010 molempina kolme sekä 2011 heti tammikuussa yksi. Tammikuun aikana työ alkoi saamaan lopullisen muotonsa ja lopulta myös tuli selväksi, että työn tuloksena syntyy toinenkin ohjeistus, joka sai nimen Opas potilastietojärjestelmä Effican käytön aloittamiseksi. Pitkään oli tarkoituksena sisällyttää Effican käsittely itse työhön, mutta selkiyttämisen vuoksi päätin tehdä sen erillisenä liitteenä.

Hankalin vaihe opinnäytetyössä oli sähköisen kirjaamisen esille ottaminen. Oli hetkiä jolloin ajattelin jättää aiheen kokonaan pois, mutta sen ajankohtaisuuden vuoksi oli se kuitenkin tarpeellista ottaa mukaan. Lopulta aihe muotoutui siten, että käsittelen siinä suurimmalta osin Effican käytön aloittamista. Eli siitä muodostui pieni oma oppaansa muun työn yhteyteen. Muuten opinnäytetyön tekeminen on ollut mielestäni melko selkeää ja olen sitä saanut tehdä pitkälti omien ajatusteni mukaisesti. Monissa kohdissa olen ajatellut omia tarpeitani ja asioita, jotka omasta mielestäni ovat epäselviä ja hankalia kirjaamista suorittaessani.

8 POHDINTA

Olen itse pitänyt kirjaamista hoitotyössä paljolti välttämättömänä pahana ja joskus jopa hoitajien kiusaamisena. Vasta viime vuosien aikana olen oppinut ymmärtämään kirjaamisen tärkeyden osana hyvää ja laadukasta hoitotyötä. Laadukas kirjaaminen helpottaa muiden hoitajien työtä ja tukee asukkaan saamaa hyvää hoitoa kaikissa työvuoroissa. Myös oman oikeusturvan kannalta on tärkeää, että suorittaa kirjaamisen huolella ja pyrkii kirjoittamaan asiat selkeästi.

Opinnäytetyön aihe tuntui aluksi melkoisen vieraalta ja jopa tylsältä. Työtä tehdessä ja erilaiseen kirjallisuuteen perehtyessä aihe alkoi kiinnostaa yhä enemmän, eikä se tuntunut edes tylsältä enää. Työtä tehdessä oli helppo löytää aiheeseen liittyvää tietoa, mutta haastavaa oli tiedon kirjoittaminen selkeään ja etenevään muotoon sekä sen liittäminen itse opinnäytetyöhön. Opinnäytetyö haki pitkään lopullista muotoaan, mutta monien muokkausten ja keskustelujen jälkeen se alkoi saada lopullisen muotonsa. Alun perin piti tulla vain yksi ohjeistus kirjaamisesta, mutta lopulta sain aikaan kaksi erillistä ohjeistusta. Niistä toinen on yleisempi ohjeistus potilaskirjaamisesta ja toinen on ohjeistus, jonka on tarkoitus helpottaa potilastietojärjestelmä Effican käytön aloittamista.

Työ vanhainkodilla on hyvin kiireistä, ja aikaa kirjaamiselle on toisinaan vaikea saada. Ajanpuutteen vuoksi kirjaaminen jääkin usein melko suppeaksi ja jossain määrin ylimalkaiseksi, ainakin omaa kirjaamistani ajatellessa. Mistä sitä aikaa kirjaamiseen sitten tulisi ottaa? Vaikea kysymys, johon en osaa vastausta antaa. Toisinaan kirjaamista

jatketaan työvuoron jälkeen, mutta ei ylitöiden tekeminen ole kovinkaan hauskaa eikä toisinaan mitenkään edes mahdollista. Jotenkin on vain pystyttävä työt siten järjestämään, että aikaa kirjaamiseen jää. Aamuvuoroissa on siihen aikaa parhaiten iltapäivisin ja iltavuoroissa vuoron lopussa iltatöiden jälkeen. Tosin poikkeus vahvistaa säännön, eikä aikaa ei todellakaan jää. Jollain tapaa vuorossa olleet asiat tulee kuitenkin pystyä kirjaamaan, ja jokaisen hoitajan on syytä tuntea vastuunsa toteuttaa kirjaaminen lain edellyttämällä tavalla.

Mielenkiintoista on ollut huomata opintojen aikana olleiden työharjoittelujen kautta kirjaamisen monimuotoisuus. Kirjaaminen vaihtelee suuresti eri hoitopaikkojen mukaan. Pidemmässä hoitosuhteissa pyritään kirjaamaan tarkasti kaikki vointiin liittyvät muutokset ja pyritään huomioimaan potilaan/ asukkaan kokonaistilanne peilaamalla sitä edellisiin kirjaamisiin. Ensihoitotyössä ja lyhyemmissä hoitosuhteissa huomio kiinnitetään juuri sen hetkiseen tilanteeseen ja muutoksiin voinnissa juuri sillä hetkellä. Aikaisemmasta voinnista otetaan vain sellaisia kohti, jotka liittyvät juuri vallalla olevaan vointiin.

On vaikeaa arvioida erilaisia kirjaamistapoja keskenään. Kaikki hoitajat ovat omia persooniaan ja jokainen tekee ja kirjaa asiat omalla tavallaan. Tapoja kirjata on lähes yhtä paljon kuin on hoitajiakin. Toiset kirjoittavat laajasti ja vahvasti kirjaamiseen paneutuen, toisten hoitajien kirjaaminen on taas suppeampaa ja vähemmän aikaa vievää. Tärkeää kirjaamisessa on kuitenkin se, että lopputulos on sama ja siitä voidaan löytää tarvittavat tiedot hyvän hoidon kannalta. Eli tärkeintä hyvässä kirjaamisessa ja hoidossa on se, että voimme olla siihen itse tyytyväisiä ja todeta yrittäneemme ainakin parhaamme

LÄHTEET

Anttila, Kyllikki; Kaila- Mattila, Tuulikki; Kan, Suvi; Puska, Eeva- Liisa; Vihunen, Riitta. 2008. Hoitamalla Hyvää Oloa. Helsinki 11- 12. painos. WSOY,

Ensio, Anneli; Saranto, Kaija. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto.

Hopia, Hanna; Koponen, Leena. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki. Sairaanhoitajaliitto.

Iivanainen, Ansa. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki. Tammi.

Kuusisto, Anne; Susilahti, Helena; Hautaoja, Päivi. 2005. Arvioiden Paremmaks. Satakunnan sairaanhoitopiiri

Lehtomäki, Susanna; Hahtela, Nina. 2009. Sairaanhoitajapäivät 2009, Kohtaamisia ajassa. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto.

Loikkanen; Riikka. 2003.

http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pieksamaki2003/loikkanenriikka.pdf

Viitattu 21.7.2010.

- Nurminen; Teija, Santala; Mari. 2007. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen ikääntyneiden laitoshoidossa. Rauma. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaali ja terveystieteiden laitos.
- Nykänen, Pirkko; Viitanen, Johanna; Kuusisto, Anne. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampere.
<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=4253&GUID={9259F616-4630-4BE2-8091-8433DBA04018}>
Viitattu 7.12.2010.
- Päivärinta, Eeva; Haverinen, Riitta. 2002. Ikäihmistien hoito- ja palvelusuunnitelma. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Perehdytysopas Effican käyttäjälle. 2010. Porin kaupunki.
- Rajala; Riitta, Vironen; Riitta. 2000
http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2000/RajalaRiittaVironenRiitta2000.pdf
Viitattu 21.7.2010.
- Saarinen, Seija; Haapasalo, Anna- Liisa. 2009. Effica osastonhallinta. Porin kaupunki, perusturvakeskus.
- Spanow; Irmeli, Tirranen; Anne. 2002.
<http://kirjastot.diak.fi/opinnayte?id=1024228>
Viitattu 21.7.2010.
- Saranto, Kaija; Ensio, Anneli; Tanttu, Kaarina; Sonninen, Anna Liisa. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo. WSOY.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilas>
Viitattu 21.7.2010.

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

<http://www.salpanet.fi/Public/Default.aspx>

Viitattu 24.8.2010

Vilkkä, Hanna. 2010.

http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf

Viitattu 28.1.2011.

Liite 2

***YHTENÄISET
KIRJAAMISOHJEET
VANHAINKOTI
PÄÄSKYRINTEELLÄ***

Ari Vuorisalo

MIKSI JA MITEN KIRJATAAN?

- Hyvä kirjaaminen helpottaa asukkaan ohjauksen ja hoidon suunnittelua, toteutusta sekä seurantaa.
- Hyvä kirjaaminen parantaa hoidon jatkuvuutta ja tiedonvälitystä asukkaan terveydentilasta.
- Kirjaamisessa tapahtuneet virheet kirjataan yliviivaamalla, ei peittämällä tai siirtämällä taustatiedostoon.
- Kirjaamisesta tulee käydä selväksi, onko asia asukkaan omaa vai omaisen kertomaa vai hoitajan päättelemää.
- Ylimääräisenä annetut lääkkeet kirjataan punaisella, samoin lääkäriasiat.
 - Yölliset tapahtumat kirjataan mustalla.
 - Laboratorioasiat tulee kirjata vihreällä.
- Kaikki paperille tehtävä kirjaaminen tapahtuu mustekynällä.

MITÄ KIRJATAAN?

- Kirjataan asukkaan hoidon ja ohjauksen kannalta tärkeät / tarpeelliset tiedot.
- Arkaluontoisia tietoja kirjataan vain, mikäli ne ovat asukkaan hoidon kannalta merkityksellisiä ja välttämättömiä.
- Kirjaamisen tulee olla aina asianmukaista.
- Kirjataan vain asukasta itseään koskevia tietoja potilaspapereihin; jos kirjataan muuta tietoa, pitää näkyä tiedon lähde.

- Potilas-, laite- tai lääkevahingon satuttua tehdään potilaskertomukseen yksityiskohtaiset merkinnät tapahtuneesta sekä siinä mukana olleista henkilöistä. Myös vahingon oletettu syy tulee näkyä.

KUKA KIRJAA?

- Oikeus kirjaamiseen on asukkaan välittömään hoitoon osallistuvalla terveydenhuoltoalan ammattihenkilöllä.
- Muu hoitoon osallistuva henkilökunta kirjaa terveydenhuoltoalan ammattihenkilön valvonnassa.
- Opiskelijoiden kirjaukset hyväksyy/vahvistaa opiskelijan ohjaaja tai tämän valtuuttama henkilö.
- Asiakirjoihin kirjatusta merkinnöistä täytyy löytyä kirjaajan koko nimi ja ammattinimike.
- Ilman asukkaan antamaa kirjallista lupaa ei hoitotietoja saa luovuttaa ulkopuolisille
(koskee myös omaisia).
- Jos hoitotietoja luovutetaan ulkopuoliselle, tulee siitä tehdä tarvittavat merkinnät potilaspapereihin (ks. ohjeet potilaskirjaamisesta).
- Virheellisen tiedon korjaa ensisijaisesti sen tehnyt henkilö.

LAATUKRITEEREJÄ HYVÄLLE KIRJAAMISELLE

- Kirjaamisen tulee aina noudattaa lakeja ja asetuksia.
- Käsialan tulee aina olla selkeää ja tekstin helposti ymmärrettävää ja luettavaa.
- Kirjaamisen tulee olla arvioivaa, se ei saa koostua pelkistä toteamuksista.
- Kirjaamisen tulee olla lyhyttä ja ytimekästä.
- Perustellaan muutokset hoitolinjauksissa.
- Kirjaamisessa käytetään kieltä ja sanoja, joka on kaikille selvää.
- Hyvä kirjaaminen antaa selkeän kuvan asukkaan hoidollisista tarpeista, hoidon tavoitteista ja saavutetuista tuloksista.
- Ei tule tallentaa tekstiä, jonka oikeellisuudesta et ole varma.

MINNE KIRJATAAN?

- Verensokeri-, verenpaine- ym. seurannat kirjataan niille varatuille seurantakaavakkeille.
- Päivittäinen kirjaus tehdään raporttilehdelle tai sähköiselle vanhainkodin päivittäislehdelle.
- Yleisesti on tärkeää, että tieto kirjataan oikeaan paikkaan. Se helpottaa tiedon löytämistä ja estää päällekkäisyyksiä.

KÄYTETYT LÄHTEET

Ensio, Anneli; Saranto, Kaija. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto, Helsinki. 2004.

Hopia, Hanna; Koponen, Leena. Hoitotyön kirjaaminen. Sairaanhoitajaliitto, Helsinki. 2007.

Iivanainen, Ansa. Hoida ja kirjaa. Tammi, Helsinki. 2008

Kuusisto, Anne; Susilahti, Helena; Hautaoja, Päivi. Arvioiden Paremmaks. Satakunnan sairaanhoitopiiri 2005.

Päivärinta, Eeva; Haverinen, Riitta. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2002.

Perehdytysopas Effican käyttäjälle. Porin kaupunki. 2010.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilas>

Viitattu 21.7.2010.

Saranto, Kaija; Ensio, Anneli; Tantu, Kaarina; Sonninen, Anna Liisa.. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY Porvoo. 2008.

Liite 2

OPAS POTILASTIETOJÄRJESTELMÄ EFFICAN KÄYTÖN ALOITTAMISEKSI

Ari Vuorisalo

1 POTILASTIETOJÄRJESTELMÄ EFFICAN KÄYTTÖ

Vanhainkoti Pääskyrinteellä on käytössä potilastietojärjestelmä Effica. Tässä kappaleessa käsitellään Effican käyttöperiaatteita pääpiirteittäin. Tarkoitus on, että tämän luvun luettuasi tiedät järjestelmän käytöstä asioita, joilla pääset aloittamaan käytön ja tekemään sinne joitain kirjauksiakin. Yksityiskohtaisemmat tiedot ja ohjeet löydät Effica terveystietojärjestelmän käyttäjän oppaasta, joka löytyy valitsemalla Effica navigaattori- yleinen kansio- käyttäjän oppaat. Ensimmäisiä kertoja Efficaa käyttäessäsi on kuitenkin hyvä olla tukena henkilö, joka osaa jo järjestelmää käyttää.

Järjestelmään kirjaututaan tietokoneen näyttöpäätteellä olevan Effica pikakuvakkeen kautta. Tämän jälkeen avautuu valikko, josta löytyy Effican käyttöön liittyviä linkkejä. Valitsemalla kohta Navigaattori saadaan avautumaan kaikki ne Effican ohjelmat, joihin sinulla käyttäjänä on käyttöoikeus. (Pehdytysopas Effican käyttäjälle.)

Seuraavaksi ohjelma kysyy käyttäjätietoja. Sinulle on työnantajan kautta annettu tunnus ja salasana, joilla pääset sisään varsinaiseen ohjelmaan. Ensimmäisellä käyttökerralla kannattaa salasana vaihtaa sinulle tutumpaan sanaan. Tämän jälkeen painat OK ja ohjelma avautuu sinulle.(Pehdytysopas effican käyttäjälle.) Muista, että aina kun ohjelman avaat, jää sinusta ns. käyntijälki ohjelman tiedostoon. Kirjautumisia seurataan perusturvakeskuksen toimesta, joten turhia kirjautumisia ei kannata tehdä.

Nyt olet saanut ohjelman avattua ja pääset avaamaan eri Effica ohjelmia. Ohjelmat, joita eniten tulet tarvitsemaan ovat kertomus ja osastohallinta. Muitakin ohjelmia voi avata ja niihin tutustua. Ohjelman saat avattua kaksoisklikkaamalla hiiren vasenta painiketta ohjelman päällä. Tärkeää on muistaa, että ei tallenna ohjelmaan mitään sellaista minkä ei tiedä varmasti sinne kuuluvan.

Asukkaan tiedot voi hakea napsauttamalla näytön yläreunassa olevaa asiakas painiketta ja sieltä ottaa kohta valinta. Nyt sivulle aukeaa asiakkaan valinta laatikko. Voit hakea

asukkaan tietoja kirjoittamalla laatikkoon hänen nimensä tai henkilötunnuksensa. Painamalla laatikossa olevaa OK painiketta saat laatikossa olevaan taulukkoon luettelon henkilöistä, joihin antamasi hakuehdot sopivat. Siirtämällä hiiren oikean nimen kohdalle ja kaksoisklikkaamalla hiiren vasenta näppäintä pääset kyseisen henkilön tietoihin. (Saarinen, Haapasalo 2009, 2.)

1.1 Osastohallinta valikko

Osastohallinta tiedosto on vuodeosastojen ja vanhainkotien käyttöön suunniteltu järjestelmä, jolla voidaan hoitaa yksiköiden/ laitosten toimintaan liittyviä hallinnollisia ja operatiivisia asioita. Osastohallinnan tärkeimpiä toimintoja ovat asukastietojen hallinta, asukkaiden sisään - ja uloskirjaukset, hoitoilmoitusten käsittely, laskutus, asiakastilanteen hallinta ja tilastointi. (Saarinen, Haapasalo 2009, 1.) Osastohallinnassa keskeisimpiä asioita on osata kirjata asukas sisään taloon ja talosta ulos, hänen lähtiessään mm. sairaalaan. Myös osastojen paikkakartta on hyvä hallita, osastolla tehtäviä siirtoja varten.

1.2 Kertomus/ uusi kertomus valikko

Asiakkaan valittuasi, saat näytön vasempaan reunaan valikkopuun eli luettelon niistä lomakkeista, jotka asiakkaalle on jo aikaisemmin talletettu ja joihin sinulla on vähintään näkemis- / kirjoitusoikeus. Jos samanlaisia lomakkeita on jo enemmän kuin yksi, näkyy lomakkeen kohdalle keltainen kansio. Kansiot ja lomakkeet saat avattua napsauttamalla hiiren vasemmalla näppäimellä pientä merkkiä (+). (-) merkistä saat suljettua kansion. Lomakkeen saat avattua napsauttamalla hiirellä lomakkeen nimen tai kuvakkeen päällä. Ohjelma antaa lomakkeille numerot siten, että suurin numero on lomakkeista viimeisin (Perehdytysopas Effican käyttäjälle.)

1.3 Käytettävät lomakkeet

Lääkelehdeltä löytyvät kaikki asukkaan käytössä olevat lääkitykset: sekä säännöllisesti menevät lääkkeet ja tarvittaessa otettavat lääkkeet. Lääkelehdelle voivat merkintöjä tehdä sairaanhoitajat.

Vanhainkotilehdelle päivitetään asukkaan voinnin muutoksia tarvittaessa. Hyvä olisi tiedot tarkistaa ainakin 1 kk:n välein. Kyseisellä lehdellä seurataan asukkaan vointia pidemmällä aikavälillä. Merkintöjä vanhainkotilehdelle voivat tehdä sairaanhoitajat.

Vanhainkotilehti/ siirtotilanne on tarkoitettu täytettäväksi, kun asukas joutuu sairaalaan tai vaihtaa hoitopaikkaa. Tälle lehdelle tulee laittaa tiedot, joita jatkohoitopaikassa tarvitaan. Kyseiselle lehdelle merkintöjä voivat tehdä sairaanhoitajat sekä perus-/ lähihoitajat.

Vanhainkotipäivittäislehdelle merkitään aina päivittäin tapahtuvat asiat. Päivittäislehti on ns. raporttilehti, jonne jokainen vuoro merkitsee tarpeelliset työvuorossa olleet asiat, jotka liittyvät asukkaan. Merkintöjä voivat tehdä sairaanhoitajat, perus-/ lähihoitajat sekä hoitajat, joiden käyttö oikeudet sen mahdollistavat.

Seurantalehdille merkitään RR, paino, vs ym. tiedot. Merkintöjä voivat tehdä sairaanhoitajat ja perus-/ lähihoitajat.

Elämisen toiminnot -lehti sisältää tietoja asukkaan aikaisemmista voinneista ja kunnosta. Lyhyesti sanottuna lehdeltä löytyvät esitiedot asukkaasta. Merkintöjä voivat tehdä sairaanhoitajat, perus-/ lähihoitajat sekä hoitajat, joilla on käyttö oikeus valikkoon.

Elämänkulku -lehti sisältää tietoja asukkaan aikaisemmasta elämästä. Sieltä löytyy mm. tietoja perhesuhteista, tärkeistä ja läheisistä henkilöistä sekä asioita, joista asukas ei esimerkiksi pidä. Lehdelle voivat merkintöjä tehdä sairaanhoitajat ja perus-/ lähihoitajat.

Antikoagulantti -lehti sisältää tiedot mahdollisesta Marevan-hoidosta ja hoidon annostuksista. Merkintöjä voivat tehdä lääkärit ja sairaanhoitajat.

1.4 Tiedonvienti lomakkeelle

Ns. määrämuotoisille lomakkeille on valmiiksi määrätty tietyt ja tietynkokoiset tekstikentät, rastikentät, kuvat ja kaaviot. Esimerkiksi perustietolomake on määrämuotoinen lomake. Siihen kohdalle lomaketta, jonne haluat jotain merkitä, pääset napsauttamalla hiiren vasenta painiketta kyseisen kentän kohdalla. Päivämäärä ja kellonaika tulee aina automaattisesti, kun viet hiiren kyseisen kentän kohdalle ja napsautat hiiren vasenta näppäintä ja tämän jälkeen painat tietokoneen näppäimistöä enter painiketta. (Perehdytysopas Effican käyttäjälle.)

Vapaamuotoinen lomake on tyhjä paperi näytöllä, jonka yläosassa lukee laitoksen nimi, lomakkeen otsikko sekä asukkaan henkilötunnus ja nimi. Napsauta hiiren vasemmalla näppäimellä sitä kohtaa, mistä haluat aloittaa kirjaamisen. Vapaamuotoiselle lomakkeelle kirjatessa pitää ottaa valmis käyntirivi (päivämäärä, paikka ja kirjaaja) sekä otsikko. Käyntirivin löydät napsauttamalla hiiren oikeaa näppäintä lomakkeen päällä, sinulle aukeaa lomakkeen valikko, valitse sieltä käyntirivi ja vie se lomakkeelle. Jos käytät otsikkoa, löydät sen samoin kuten käyntirivin. Otsikon jälkeen tulee aina laittaa joko kaksoispiste, välilyönti, sisennys tai rivinvaihto. (Perehdytysopas Effican käyttäjälle.)

1.5 Tallennus ja hyväksyminen

Tietojen hyväksymis- ja tallentamisvalikko aukeaa näytölle, kun valitset uuden asukkaan, perut asukkaan valinnan, suljet kertomuksen, valitset käyttäjän vaihdon tai valitset saapuneet laboratoriovastaukset. Voit valita tallennuksen joko yksittäiselle lomakkeelle tai voit tallentaa ne kaikki samalla kertaa. Hyväksytyt tiedot näkyvät näytöllä mustina ja hyväksymättömät sinisenä. Hyväksytyä eli mustaa tekstiä et voi enää muuttaa. Pitkiä tekstejä kirjoittaessasi kannattaa tehdä välitallennuksia. Välitallennuksen löydät kohteesta asiakas ja sieltä hoitotietojen välitallennus. (Perehdytysopas Effican käyttäjälle.)

