

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta  
Terveysten edistämisen koulutusohjelma  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Välimäki Merja

# **SÄHKÖISEN RAKENTEISEN HOITOKERTOMUK- SEN KÄYTTÖÖNOTTOKOKEMUKSIA ETELÄ- KARJALAN SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRIN KO- TIHOIDOSSA**

Opinnäytetyö 2011

## TIIVISTELMÄ

Välimäki Merja

Sähköisen rakenteisen hoitokertomuksen käyttökokemuksia Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin kotihoidossa, 51 sivua, 7 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Opinnäytetyö 2011

Ohjaajat: yliopettaja Pirjo Vaittinen, Saimaan ammattikorkeakoulu; kotihoidon päällikkö Raili Paajanen, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) kotihoidon hoitokertomuksen tukikäyttäjien kokemuksia sähköisen rakenteisen kirjaamisen koulutuksista ja käytöstä. Tarkoituksena oli myös selvittää sähköisen rakenteisen kirjaamisen aiheuttamia muutoksia kotihoidon kirjaamiskäytännöissä. Tutkimuksen lähestymistapa oli kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin kotihoidon tukikäyttäjiltä täsmäryhmähaastatteluilla. Haastatteluihin osallistui 20 henkilöä. Haastattelut tehtiin tammi- ja helmikuussa 2011. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan liian aikaisin järjestetyt ryhmäkoulutukset olivat vaikeuttaneet rakenteisen kirjaamisen käytön oppimista. Hoitotyön prosessi oli ollut vielä useille epäselvä, ja hoitokertomusten aloittamista pidettiin vaikeana. Ennen käyttöönottoa ei ollut ollut riittävästi aikaa opetella uuden kirjaamismallin käyttöä, ja sen käyttäminen oli vienyt aiempaa enemmän aikaa. Eniten apua ja tukea rakenteisen kirjaamisen opettelussa oli saatu työtovereilta. Kotihoidolle sopivien komponenttien puute oli vaikeuttanut vielä kirjaamista. Kirjaamismallia moitittiin ongelmakeskeiseksi ja positiivisten asioiden kirjaamista vaikeaksi. Kertauskoulutusta pidettiin tarpeellisena. Vaikka kirjaukset olivat vähentyneet käyttöönoton alussa, oli kirjattu teksti vähitellen alkanut lisääntyä. Kirjattu teksti oli myös aiempaa asiallisempaa ja suunnitelmallisempaa. Asennoituminen rakenteiseen kirjaamiseen oli vaikuttanut paljon sen oppimiseen ja käyttämiseen. Tiedon hakua ja toteutusten kirjaamista useimmat pitivät helppona, ja päivittäisen käytön myötä tapahtuva rutinoituminen auttoi kirjaamisessa.

Johtopäätöksinä voidaan esittää, että kirjaamiskoulutusta järjestetään pienissä ryhmissä mahdollisimman lähellä käyttöönottoa. Se helpottaa varsinkin sellaisia kirjaajia, joille tietokoneen käyttö ei ole ennestään kovin tuttua. Ennen käyttöönottoa ja sen alussa tarvitaan aikaa uuden kirjaamismallin käytön opetteluun. Hoitotyön prosessin tunteminen helpottaa suunnitelmien tekoa, eikä hoitokertomusten aloittaminen tunnu niin vaikealta. Käyttöönoton alussa tuen tarve on suurin, ja silloin täytyy tukikäyttäjien olla tavoitettavissa. Kotihoidolle sopivien komponenttien luominen helpottaa kirjaamista. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää tulevia kirjaamiskoulutuksia suunniteltaessa.

Jatkossa olisi ajankohtaista tutkia kirjaamisen laatua sekä uuden kirjaamismallin juurtumista Eksoten kotihoidon kirjaamiskäytäntöihin.

Asiasanat: rakenteisuus, hoitotyön kirjaamismalli, kotihoito, käyttöönotto

## ABSTRACT

Merja Välimäki

Experiences of electronically structured health records for home care in the South Karelia District of Social and Health Services, 51 pages, 7 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Master's Degree Program in Health Promotion

Master's Thesis 2011

Instructors: Principal Lecturer Pirjo Vaittinen, Saimaa University of Applied Sciences, Home Care Manager Raili Paajanen, South Karelia District of Social and Health Services

The purpose of the study was to describe what kinds of experiences support persons had with the education and use of electronic structured documentation for home care in the South Karelia District of Social and Health Services(EKSOTE). The purpose was also to find out how the structured documentation changed standards of documentation in home care. The research method was qualitative and data was collected with focus group interviews. Twenty persons took part in the interviews which were done in January and February of 2011. The material was analyzed by inductive content analysis.

The results showed that teaching in groups made it difficult to learn structured documentation. The nursing process had been unclear to many of them and starting to keep nursing records was thought to be difficult. There was not enough time before the introduction to learn a new way to document, and using it took more time than before. Colleagues were of the most help and support in learning structured documentation. A shortage of suitable components for home care made documentation more difficult. The documentation was criticized for being problem-oriented, and positive documentation was difficult. Refresher courses on structured documentation were considered necessary. Although the amount of documenting decreased at the beginning of the introduction, it started to gradually increase. Documenting became more planned and also more appropriate. The attitude to structured documentation had a lot of influence on its learning and use. The majority considered information retrieval and documentation of implementations easy, and using the system every day made it routine which helped in documentation.

The conclusions of this study include that teaching documentation should be organized in small groups as close to practice as possible. This especially helps those who don't have a very good grasp of computers in their backgrounds. Before, and in the beginning of the introduction to practice, time to learn the new way of documentation is needed. Knowledge of the nursing process makes it easier to create nursing care plans, and then starting to keep of patient records isn't so difficult. The most support was needed in the beginning of the introduction to practice, and support users must be available at that time. Components which are suitable for home care make it easier to document. These results might be used in planning future documentation training.

In the future, it will be necessary to research the quality of documentation and how the new sort of documentation will establish itself in practice in EKSOTE's home care services.

Keywords: Structured Documentation, Nursing Care Plan, Home Care, Application to Practice

# SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	6
2	HOITOTYÖN SÄHKÖINEN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN .....	7
2.1	Sähköisen rakenteisen kirjaamisen edut .....	10
2.2	Sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton oteutuminen kansallisesti .....	11
2.3	Sähköistä kirjaamista säätelevää lainsäädäntöä.....	12
2.4	Sähköisen kirjaamisen käyttöönottoon ja käyttöön liittyviä utkimuksia Suomessa .....	13
3	SÄHKÖINEN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN ETELÄ-KARJALASSA...	15
3.1	Hoitokertomuksen käyttöönoton toteutus Lappeenrannassa .....	16
3.2	Sähköinen rakenteinen kirjaaminen kotihoidossa .....	19
3.2.1	Kirjaaminen kotihoidossa.....	19
3.2.2	Eksoten kotihoidon Whoike-koulutusten toteutus .....	20
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	22
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	23
5.1	Tutkimusympäristö .....	23
5.2	Tutkimukseen osallistujat .....	26
5.3	Aineiston keruu ja analyysi.....	26
5.4	Eettiset ja luotettavuus näkökohdat.....	28
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	31
6.1	Eksoten kotihoidon tukikäyttäjien kokemuksia sähköisen rakenteisen kirjaamisen käytöstä .....	31
6.1.1	Myönteiset kokemukset rakenteisen kirjaamisen käytöstä	31
6.1.2	Kielteiset kokemukset rakenteisesta kirjaamisesta.....	32
6.2	Eksoten kotihoidon loppukäyttäjien saama tuki ja ohjaus sähköisen rakenteisen kirjaamisen käytössä .....	34
6.3	Rakenteisen kirjaamisen käyttöä edistävät tekijät .....	36
6.4	Rakenteisen kirjaamisen käyttöä vaikeuttavat tekijät .....	36
6.5	Sähköisen rakenteisen kirjaamisen vaikutukset Eksoten kotihoiton kirjaamiskäytäntöihin.....	38
7	POHDINTA .....	40
7.1	Tutkimuksen keskeisimmät tulokset.....	40
7.2	Tulosten luotettavuus ja eettisyys .....	44
8	JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA JATKOTUTKIMUSAIHEITA.....	45
	TAULUKOT .....	47
	KUVAT .....	47
	LÄHTEET .....	48

## LIITTEET

Liite 1 Tutkimustiedote

Liite 2 Suostumus haastatteluun

Liite 3 Ryhmähaastattelun teemat ja kysymykset

Liite 4 Taustatiedot

Liite 5 Whoike pikaopas

Liite 6 Eksoten kotihoidon komponenttiohjeistusta

Liite 7 Esimerkki aineiston analyysistä

*Kun lääkärinapua on haettava ilman että lääkäri voi nähdä sairasta, on aina annettava mieluummin kirjallinen sairauskertomus, sisältävä seuraavat kohdat, sikäli kuin niitä kuhunkin taudintapaukseen voidaan sovittaa, ja täydellinen selonsaanti vaatii, koska lääkäri muutoin kenties **ei voi antaa mitään neuvoa.** (Wistrand 1898, 14)*

# 1 JOHDANTO

Terveystieteiden sähköinen kirjaaminen on käytössä lähes koko maassa ja rakenteinen kirjaaminenkin jo lähes yhtä kattavasti. Rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoon liittyvä valtakunnallinen hanke alkoi toukokuussa 2005, ja se on vähitellen laajentunut Suomen alueella. Hankkeen tavoitteena on saada aikaan hoitotyön prosessin mukaisiin ydintietoihin perustuva valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteistettu hoitotyön kirjaamisen perusmalli. Tavoitteina on myös, että tieto yhdistyy moniammatillisiin potilastietoihin, että se on alueellisesti käytettävissä ja että saadaan aikaan myös johtamisen avuksi perustietoa. (Tanttu 2008b.)

Hoitotyön kirjaamisessa muutos käsin paperille kirjoittamisesta systemaattiseen elektroniseen kirjaamiseen on ollut suuri. Hoitajien tietoteknisissä valmiuksissa on esiintynyt suurta vaihtelua riippuen esimerkiksi koulutuksesta tai iästä. Kirjaamisen näkyvin muutos on ollut tietokoneen käyttö, mutta eniten on kuitenkin muuttunut tiedon jäsentäminen ja ilmaisu. Kun tietokoneen käytöstä on tullut tutumpaa, on työskentelystä tullut sujuvaa.

Sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa hoitotyön asioiden kirjaamiseen käytetään standardoituja otsikoita, luokituksia ja termejä, joita täydennetään vapaamuotoisella tekstillä. Kirjaamisen muutos on ollut suuri niin henkilökunnalle, työyhteisöille, organisaatioille kuin tietojärjestelmillekin. Tämä uudenlainen kirjaaminen tulee muuttamaan todennäköisesti työyhteisöjen toimintakulttuureja ja rakenteita, sillä prosessimallin mukainen rakenteistettu kirjaaminen tekee hoitotyön tulokset paremmin näkyviksi ja helpommin arvioitaviksi. Rakenteistaminen myös mahdollistaa tiedon paremman hyödyntämisen. Hoitotiedon yhtenäistäminen tekee hoidosta sujuvampaa ja toimintamallien kehittäminen mahdollistuu. (Hopia & Koponen 2007, 5 - 9; Saranto & Sonninen 2007, 11 - 16; Tanttu & Rusi 2007.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (käytetään jatkossa lyhennettä Eksote) kotihoidon hoitokertomuksen

tukikäyttäjien kokemuksia sähköisen rakenteisen kirjaamisen käytöstä. Tarkoituksena on selvittää tekijöitä, jotka edistävät tai vaikeuttavat rakenteisen kirjaamisen käyttöä. Tavoitteena on myös selvittää sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton aiheuttamia vaikutuksia kirjaamiskäytäntöihin kotihoidossa. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää rakenteiseen kirjaamiseen liittyvässä koulutussuunnittelussa ja täten vaikuttaa kirjaamisen laadun kehittämiseen.

## **2 HOITOTYÖN SÄHKÖINEN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN**

Sähköinen rakenteinen kirjaaminen liittyy vuonna 2007 käynnistyneeseen Kansallinen terveystietojärjestelmä -hankkeeseen. Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän uudistuksen tavoitteena on tehostaa hoitoa ja parantaa potilasturvaa. Kansalliseen arkistoon kootaan tiettyjä sovittuja tietoja potilastiedoista, jolloin hoitohenkilökunta voi potilaan luvalla saada tarvitsemansa potilastiedot ja apteekit lääketiedot kaikkialla Suomessa. Yhtenäisesti arkistoidut ja kansalliseen potilasasiakirja-arkistoon tallennetut potilastiedot voidaan potilaan luvalla palauttaa mihin tahansa muuhun potilashoitokertomusjärjestelmään. Potilaan luvalla organisaatorajat poistuvat myös yksityisen ja kunnallisen terveydenhuollon väliltä. Kansallinen terveystietojärjestelmä huolehtii tietosuojasta, mutta jokaisella on mahdollisuus saada suojattu katseluyhteys omiin tietoihinsa sähköisellä allekirjoituksella. Tietokone tarvitsee kansalliseen arkistoon talletettävien potilasasiakirjojen merkintöihin vakiintunutta kieltä voidakseen käsitellä tallennettua tietoa. Tätä edellytetään kaikkien ammattiryhmien kirjaamiselta. Jos hoidon suunnittelu kirjataan kertovalla tekstillä, kuten manuaalisesti on totuttu, ei tietotekniikasta ole juurikaan hyötyä. (Ensio & Saranto 2004; Saranto & Ensio 2008, 13 - 14; Kansallinen terveystietojärjestelmä.)

Kansallista terveystietojärjestelmä-hanketta on edeltänyt useita sitä valmistelevia hankkeita. Toukokuussa 2005 käynnistyi osana kansallista terveystietojärjestelmä-hanketta valtakunnallinen sähköisten potilaskertomusten kehittämishanke (HoiDok-hanke). Hankkeen tavoitteena oli kehittää kansallisesti yhtenäinen, rakenteinen tapa kirjata hoitotyötä. Kirjaaminen perustui kansallisesti määriteltyihin ydintietoihin, jotka ovat potilaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, joiden on olta-

va kaikissa kertomusjärjestelmissä samalla tavalla merkittynä. Kirjattaessa käytetään rakenteisia ydintietoja sekä ydintietoja täydentäviä kuvailevia tekstejä. Hankkeen tavoitteena oli myös yhdistää hoitotyön tiedot moniammatilliseen potilaskertomukseen ja määrittellä hoitotyön johtamisen perustiedosto. HoiDok-hankkeen jälkeen alkanut Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hankkeen (HoiData 2007 - 2009) tarkoituksena oli esittää HoiDok-hankkeessa kehitettyä hoitotyön systemaattista kirjaamismallia standardoitavaksi ja juurruttaa se käyttöön. (Tanttu & Rusi 2007, 113 - 122; Tanttu 2008b.)

Kun hoitotietoja kirjataan systemaattisesti sähköisiin potilaskertomusjärjestelmiin, kuvataan ne hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Vaiheet ovat hoidon tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Tiedot kirjataan rakenteisesti kansallisesti määriteltyjen ydintietojen perusteella. Ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvehto. Hoitoprosessien kirjaamisessa käytetään FinCC-luokitusta, joka perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification-luokitukseen. FinCC-luokitus on muodostettu tutkimus- ja kehittämishankkeiden, pilotointien, käyttäjäpalautteiden ja asiantuntijoiden avulla. (Saranto & Sonninen 2007, 11 - 16; Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008.)

Kansainvälistä CCC-luokitusta on käytetty apuna esimerkiksi Saksassa, Norjassa, Turkissa ja Koreassa, kun on kehitetty omia kansallisia luokituksia. Useilla mailla kehitystyö on vielä kesken. CCC-luokituksessa on käytössä hoitotyön diagnoosit ja toiminnot. Molemmissa on 21 hoidon komponenttia, joiden avulla hoitotyöntekijät voivat kirjata, arvioida ja luokitella rakenteisesti. (Sabacare 2004.)

Suomalaisen hoitotyön luokitus, eli FinCC-luokitus, pitää sisällään tarveluokituksen (SHTaL) ja toimintoluokituksen (SHToL), joita käytetään päivittäisen hoidon kirjaamiseen poliklinikoilla, vuodeosastoilla ja avohoidossa. Niitä voidaan käyttää erikseen, mutta suurin hyöty saadaan yhteiskäytöllä. (Liljamo ym. 2008.) Tarve- ja toimintoluokitukset koostuvat 19 samannimisestä komponentista (Taulukko 1), ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. Luokitusten avulla kirjaamisen sisältö rakenteistetaan, jolloin kompo-



nentti kuvaa kirjattavaa aihealuetta. Pää- ja alaluokkien avulla täsmennetään kirjattavaa asiaa. Varsinainen kirjaaminen tapahtuu vapaalla tekstillä mahdollisimman kuvaavalle pää- tai alaluokalle. Suunnitelmien tavoitteita kirjattaessa käytetään tarveluokitusta ja toteutuksen kirjaamisessa toimintoluokitusta. (Liljamo ym. 2008; HoiData-hanke 2009.)

Taulukko 1. Tarve- ja toimintoluokitukset versio 2.0.1(Liljamo ym. 2008,5)

Aktiviteetti	Aineenvaihdunta
Erittäminen	Kanssakäyminen
Selviytyminen	Turvallisuus
Nestetasapaino	Päivittäiset toiminnot
Terveyskäyttäytyminen	Psyykinen tasapaino
Terveyspalvelujen käyttö	Aistitoiminnot
Lääkehoito	Kudoseheys
Ravitsemus	Jatkohoito
Hengitys	Elämänkaari
Verenkierto	

Taulukossa 1 luetellaan kaikki version 2.0.1 tarve- ja toimintoluokitusten 19 komponenttia siinä järjestyksessä, kuin ne ovat komponenttivalikosta valittavissa.

HoiDok-hankkeeseen osallistui pilottiyksiköitä 12 eri sairaanhoitopiiristä, neljä yliopistosairaala, 10 keskussairaala, Kuusankosken aluesairaala ja 18 terveyskeskusta, Invalidisäätiön Sairaala Orton ja Stakesin Hoitotyön benchmarkingryhmä (Lehtikari 2005, 4). HoiData-hankkeessa oli mukana 32 terveydenhuollon organisaatiota eri puolilla Suomea. Aiemmista pilottiyksiköistä vain Etelä-Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit eivät jatkaneet käyttöä. Organisaatioiden nimeämät yhdyshenkilöt ovat toimineet omalla alueellaan käyttöönoton suunnittelijoina, kouluttajina ja koordinoijina. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin yhdyshenkilönä toimi Sini-Kirsi Kurvi Etelä-Karjalan keskussai-

raalasta. Hankkeen päättyessä käyttöönotot olivat vielä kesken. Hankkeen johdoryhmän tavoitteena oli, että hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli olisi ollut vuoden 2010 loppuun mennessä käytössä koko maassa. (HoiData-hanke 2009.)

Edellä mainittujen keskeisten hankkeiden lisäksi terveydenhuollon organisaatiot ja ammattikorkeakoulut jatkavat vuosina 2008 - 2012 yhteistyötä eNNI-hankkeessa, jonka tavoitteena on yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen mallin osaaminen ja käyttöön juurruttaminen. Hankkeeseen kuuluu myös uuden tiedon rakentaminen hiljaisen tiedon ja tutkimustiedon vertailulla ja yhdistämisellä. Tavoitteena on luoda uusia toimintatapoja ja saada työtään kehittävää työvoimaa. (eNNI-hanke 2008.)

## **2.1 Sähköisen rakenteisen kirjaamisen edut**

Sähköisen potilaskertomuksen avulla on mahdollista välittää tietoja eri ammattiryhmien välillä, ja se toimii samalla apuna päätöksenteossa. Se nopeuttaa tietojen ja vastausten saamista sekä hoidon seuranta. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä säädetyn lain (159/2007) mukaisesti potilasasiakirjajärjestelmien ja potilasasiakirjojen tietorakenteiden tulee mahdollistaa sähköisten potilasasiakirjojen käyttö, luovuttaminen, säilyttäminen ja suojaaminen. (Jylhä & Kinnunen 2008.)

Kun sähköisessä potilaskertomuksessa käytetään hoitotyön ydintietoja, on mahdollista saada aiempaa enemmän tietoja terveydenhuollon palvelujen käyttäjistä, henkilöstöstä ja toiminnasta. Tiedon rakenteisuus helpottaa sen käsitteilyä ja lisää mahdollisuuksia käyttää tietoa uudelleen. Pitkällä aikavälillä syntyy tietoa, jonka avulla näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä voidaan kehittää ja osoittaa henkilöstön koulutustarpeita. (Hopia & Koponen 2007; Häyrinen & Ensio 2007, 139 - 154; Saranto & Sonninen 2007, 11 - 16.)

Tiedon rakenteisuuden lisääntyminen helpottaa tiedon käsitteilyä tietokoneella, mutta samalla lisääntyvä rakenteisuus vaikeuttaa ja hidastaa tiedon syöttämistä. Jos potilastiedot eivät ole riittävän rakenteisessa muodossa, eri potilastietojärjestelmät eivät siirrettäessä ymmärrä niitä. On löydettävä tasapaino tiedon

rakenteistamisen hyötyjen ja käytettävyysohjelmien välillä. Terveysthuoltoalan peruskoulutukseen ei ole kuulunut tietotekniikka kuin vasta viime vuosina, ja haasteena ovat olleet varsinkin vanhemmat hoitajat, jotka eivät ole saaneet koulutuksessaan tietotekniikan perusopetusta. Myös nuorten hoitajien kohdalla tiedon syöttämisessä on haasteita. Vaikka nuoret tuntevat paremmin tietokoneiden käyttöä, niin heiltä puuttuu vielä valmiudet sovellutusten itsenäiseen käyttöön. (Mäkelä 2006; Karsten & Vuokko 2008, 68 - 80.) Jos henkilöstöltä puuttuu sähköisen kirjaamisen vaatimia taitoja, on työnantajan velvollisuus järjestää tarvittava koulutus myös tietotekniikasta (STM 2004:18; Heiskanen & Niemi 2009).

## **2.2 Sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton toteutuminen kansallisesti**

Sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto on käynnistynyt valtakunnallisesti hyvin, vaikka paikallisesti on ollut suuriakin eroja. Ongelmia on ollut potilastietojärjestelmien käytettävyydessä ja kirjaamiskäytännöissä. Käyttöönotot on pyritty vaiheistamaan kunkin potilastietojärjestelmän hoitokertomusten versioiden mukaan. Jokainen hoitokertomuksen versio vaatii työntekijöiden uuden koulutuksen, ja samaan yhteyteen suositellaan yhdistettävän myös hoitotyön systemaattisen kirjaamisen koulutusta. (HoiData-hanke 2009.)

FinCC-luokitukset ovat olleet syksystä 2008 alkaen saatavilla Koodistopalvelun testipalvelimelta. Koodistopalvelinta ylläpitää THL, ja koodistot ovat olleet haettavissa maksutta kansallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisiin asiakirjajärjestelmiin. FinCC-luokitukselle on tehty käyttäjäopas, jonka tarkoituksena on auttaa kirjaamaan hoitotyötä systemaattisesti luokitusten mukaisesti. Luokitusten ylläpidosta ja kehittämisestä on vuoden 2009 alusta huolehtinut Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja talouden laitos. (HoiData-hanke 2009.)

HoiDok-hankkeessa yhdyshenkilöt saivat hoitotyön kirjaamiseen syventävää koulutusta, ja yksikötason kirjaamisvastuuhenkilöt ovat kouluttaneet oman henkilökuntansa. He ovat myös toimineet tukihenkilöinä käyttöönottoaiheessa. Puoli päivää kestäneen teoriakoulutuksen on saanut koko hankkeeseen osallistuneiden yksiköiden henkilökunta, ja case-koulutusta ovat saaneet kirjaamisen vastuuhenkilöt. Sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä hankkeessa kehitettiin

verkkokoulutusympäristö. Näin hoitajat saivat mahdollisuuden suorittaa hoitotyön kirjaamisen teoriaosuuden verkko-opintoina. (HoiData-hanke 2009.)

### **2.3 Sähköistä kirjaamista säätelevää lainsäädäntöä**

Terveydenhuollon kirjaamista ohjaavat useat lait ja asetukset. Jokaisen terveydenhuollon yksikön tulee laatia ja säilyttää jokaisesta asiakkaastaan aikajärjestyksessä etenevään muotoon laadittua potilaskertomusta. Sähköinen kirjaaminen on aiheuttanut uudenlaisia haasteita tiedon säilyttämiselle, arkistoinnille ja siirtämiselle. Yhä useammalla on mahdollisuus lukea potilastietoja, mikä omalta osaltaan vaatii uudenlaisia rajoituksia, valvontaa ja lukuoikeuksien rajaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä laaditun lain (159/2007) tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä. Tavoitteena on myös edistää tiedonsaantia omista asiakastiedoista ja käsittelyyn liittyvistä lokitiedoista. Lokitiedoilla pyritään estämään tietojen väärinkäyttö, sillä jokaisesta käyttötilanteesta jää lokimerkintä, joka voidaan jäljittää. (Salo 2007, 13 - 24.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut oppaan nimeltä Potilasasiakirjojen laatiminen ja niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen (STM 2001:3), jossa ohjataan terveydenhuollon henkilöstöä lait huomioiden laatimaan ja käsittelemään potilasasiakirjoja. Opas pohjautuu sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen potilasasiakirjojen laatimisesta ja niiden ja muun materiaalin säilyttämisestä (99/2001). Muita tärkeimpiä lakeja ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), henkilötietolaki (523/1999), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja terveydenhuollon tietosuojaan liittyviä erityislakeja, kuten kansanterveyslaki (66/1972).

Toukokuussa 2011 voimaan tuleva Terveydenhuoltolaki vaikuttaa esimerkiksi sairaanhoitopiireissä terveydenhuollon yksiköiden yhteisiin potilasrekistereihin ja antaa potilaille mahdollisuuden valita itse hoitopaikkansa. Näin tiedon viiveetön siirtyminen tulee entistä tärkeämmäksi. Tavoitteena ovat edelleen asiakaskeskeiset, saumattomat palvelut, eri toimijoiden välinen yhteistyö, potilasturvallisuus, laatu sekä kustannusten hillitseminen. Yhteisesti nähtävät asiakastiedot vähentävät päällekkäisiä hoitotoimia. Asiakkaiden odotetaan sitoutuvan oman

hoitonsa suunnitteluun, ja tiedon saanti omasta terveydestä ja hoitomahdollisuuksista tulee entistä tärkeämmäksi. (STM 2008.)

Valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut koskevat tällä hetkellä vain terveydenhuoltoa. Potilastietojen määrittely ja tietojärjestelmien kehittäminen on ollut tarpeen alueellisen yhteensopivuuden turvaamiseksi. Näin tietoja on voinut luovuttaa alueellisesti. Sosiaalihuollossa kehittämistyö on vielä kesken. Tulevaisuuden tavoitteena voisi olla sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäiset tietojärjestelmäpalvelut, joita voisi käyttää tietoturvallisesti. (Salo 2007, 13 - 24.)

## **2.4 Sähköisen kirjaamisen käyttöönottoon ja käyttöön liittyviä tutkimuksia Suomessa**

Terveydenhuollossa kirjataan lähes kaikki potilaskertomukset sähköisesti. Sähköiseen kirjaamiseen siirtymisestä on tehty lukuisia tutkimuksia eri näkökulmista. Eräänä näkökulmana on ollut hoitohenkilökunnan tietotekninen ja kirjaamiseen liittyvä osaaminen sekä koulutuksen merkitys hoitotyön prosessin kirjaamisessa. Ikonen (2007) tutkimuksen tulosten mukaan yli puolet vastaajista piti tietoteknistä osaamistaan hyvänä tai kohtalaisena ja viidennes huonona. Ikonen suosittelee, että työntekijöiden tietotekninen koulutustarve tulisi kartoittaa ennen sähköisen kirjaamisen koulutuksia. Hartikaisen (2008) mukaan tietokoneen käyttöön liittyi yhä epävarmuutta. Hoitotyön sähköisen kertomuksen kehittämistä tutkinut Volotinen (2008) huomasi tutkimuksessaan, että kirjaamisen tarkkuudessa ja tarpeiden määrittelyssä koettiin puutteita. Kehittämistyöhön kuuluneen vertaisarvioinnin koettiin parantaneen hoitajien ja potilaiden välistä vuorovaikutusta ja hoitotyön palautteet tehtiin harkitummin.

Toisena näkökulmana on ollut henkilökunnan kokemukset rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta. Laineen (2008) tutkimuksessa myönteisenä nähtiin kirjaamisen tarkentuminen. Samoin myönteisenä koettiin se, että potilaan hoidon tarpeita voitiin tarkistaa. Kirjaamisen koettiin vievän enemmän aikaa ja tiedon lokeroiminen vaikeutti kokonaisuuksien hallintaa. Varsinkin lääkäreiden kriittiset asenteet sähköistä kirjaamista kohtaan vaikeuttivat moniammatillista yhteistyötä.

Sähköistä kirjaamista on tutkittu myös kansallisen hoitotyön kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyyden näkökulmista. Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010) mukaan kirjaamismalli on liian yksityiskohtainen ja tietojen hyödynnettävyys ja saatavuus on vaikeaa. He esittävät, että kirjaamismallin käyttö vaatii paljon muistamista ja runsaasti työaikaa. Heidän mukaansa sen pitäisi myös tukea paremmin käytännön hoitotyötä. Tuloksissa suositellaan käytettävyyden parantamista ja yhteenvetomaisen näkymän tuottamista lääkäreille.

HoiData-loppuraportin mukaan systemaattisen kirjaamisen vahvuus on, että kirjaamissisällöt tulevat potilaslähtöisemmäksi, suunnitelmallisemmaksi ja loogisemmaksi. Vahvuuksina nähdään myös tiedon erilaiset hakumahdollisuudet ja tiedon helppo löytyminen. Kirjaamiskäytännöt yhtenäistyvät ja hoitotyön kirjaaminen selkiytyy. Loppuraportissa todetaan, että toteutettu koulutus on ollut hyvä ja käyttöönoton tuki vahva. Yhteisen kirjaamisalustan myötä moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt. (HoiData-hanke 2009.)

Systemaattisen kirjaamisen heikkouksina nähdään HoiData-loppuraportin mukaan luokitusten keskeneräisyys. Ne eivät vastaa nykypäivän hoitamista. Tiedon pirstaleisuus vaikeuttaa tiedon löytämistä ja kokonaiskuvan muodostamista. Potilasjärjestelmissä on vielä puutteita, jotka vaativat päällekkäiskirjaamista ja siirtymisiä eri sivuille. Käyttö vaatii pitkän koulutuksen ja perehdytyksen eivätkä kaikki hallitse hoitotyön prosessiajattelua. (HoiData-hanke 2009.)

Mahdollisuuksina systemaattisessa kirjaamisessa HoiData-loppuraportti näkee hoitotyön laadun arvioinnin ja tilastojen hyödyntämisen toiminnan kehittämisessä. Aikaa säästyy, kun kirjaamisesta tulee rutiinia ja kirjaamisen yhtenäistymisen myötä hoitotyön kirjaamisen laatu paranee. Hoitotyö ja moniammatillinen yhteistyö tulee näkyväksi. (HoiData-hanke 2009.)

Uhkina HoiData-loppuraportissa nähdään se, etteivät järjestelmätoimittajat kehittä hoitokertomusosion moniammatillista käytettävyyttä riittävän nopeasti. Kirjaamista voidaan myös ajanpuutteen vuoksi vähentää, jolloin yhtenäinen kirjaamiskäytäntö katoaa. Resurssipulan vuoksi voi koulutus ja perehdytys jäädä riittämättömäksi. Moniammatillinen muutosvastarinta hidastaa ja heikentää käyt-

töönottoa. (HoiData-hanke 2009.) Ongelmana voi olla sekin, että rakenteisen kirjaamisen oppiminen voi viedä puoli vuottakin, vaikka sitä käyttäisi päivittäin. Suuri osa hoitohenkilökunnasta ei kuitenkaan kirjaa päivittäin. (Tanttu 2008a.)

### **3 SÄHKÖINEN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN ETELÄ-KARJALASSA**

Kaakkois-Suomen alueellisen potilastietojärjestelmän suunnittelu ja toteutus, eli KAAPPO-hanke, oli alueelle suuri haaste. KAAPPO-hankkeen tarkoituksena oli luoda Kaakkois-Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollolle alueellista yhteistyötä. Hanke alkoi 2002 Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien, Imatran, Kotkan ja Lappeenrannan yhteishankkeena. Hankkeeseen liittyi myöhemmin muut Kymenlaakson kunnat ja Etelä-Karjalasta Lemi ja Luumäki. Tässä yhteishankkeessa julkisen terveydenhuollon palvelutuottajat sopivat yhteiset toimintamallit, luokitukset, koodistot ja kirjaamiset, jotka asiakkaan luvalla olivat yhteisesti käytössä. Hanke toteutettiin vuosina 2003 - 2007. (Korhonen 2005.)

Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri osallistui myös kansalliseen HoiDok-hankkeeseen ja jatkoi HoiData-hankkeessa kirjaamismallin pilotointia. Hanke toteutettiin yhteistyössä Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kanssa. Eksote päätti keväällä 2009, ettei kirjaamismallin käyttöönottoja laajenneta ennen kuin kaikki piiriin liittyneet kunnat ovat ottaneet hoitokertomuksen käyttöön. (HoiData-hanke 2009.)

Sähköisen rakenteisen kirjaamisen kehittymiseen on suuresti vaikuttanut Etelä-Karjalassa laajan sosiaali- ja terveystieteiden, eli Eksoten, muodostaminen. Sosiaali- ja terveystieteiden muodostettiin 1.1.2010 alkaen tuottamaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon sekä vanhusten- ja sosiaalihuollon palveluita eteläkarjalaisille. Lappeenrannan lisäksi Lemmin, Luumäen, Parikkalan, Ruokolahden, Rautjärven, Savitaipaleen ja Taipalsaaren kunnat ovat antaneet sosiaali- ja terveyspalveluidensa järjestelyvastuun Eksotelle. Eksote järjestää myös Imatran erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden.) Sosiaali- ja terveystieteiden muodostamisen lisäksi Etelä-

Karjalassa on tapahtunut kuntaliitoksia Joutsenon liittyessä Lappeenrantaan 1.1.2009 ja Ylämaan 1.1.2010.

### **3.1 Hoitokertomuksen käyttöönoton toteutus Lappeenrannassa**

Hoitokertomuksen käyttö Eksoten alueella alkoi keväällä 2007 kirjaamismallin pilotoinneilla Etelä-Karjalan keskussairaalan pilottiyksiköissä. Imatralla Honkaharjun sairaalassa hoitokertomuksen pilotointi alkoi yhdellä osastolla keväällä 2008 ja laajentui kesän aikana kaikille osastoille. Lappeenrannan perusterveydenhuollon pilotoinnit alkoivat vuoden 2008 lokakuussa. Pilottiyksikköinä toimivat Armilan sairaalasta osasto 3 ja kotihoidosta Alakylän tiimi. Pilottiyksiköiden henkilökunnasta jokainen kävi kahdesti puolen päivän koulutuksissa ennen pilottin alkua ja harjoitteli itsenäisesti tietokoneella kirjaamisalustan käyttöä.

Kuntaliitos Lappeenrannan ja Joutsenon välillä liitti samalla kuntien terveydenhuollot yhteen. Kuntaliitoksen yhteydessä Joutsenossakin siirryttiin käyttämään Effica-potilastietojärjestelmää aiemman Pegasoksen sijaan. Käyttäjäkoulutukset olivat syksyllä 2008. Hoitokertomuskoulutukset alkoivat tukikäyttäjien koulutuksilla lokakuussa, ja muu kotihoidon henkilökunta koulutettiin marras-joulukuussa 2008 Effica-koulutusten yhteydessä. Efficaan liitetty hoitokertomus-sivusto on nimeltään Whoike, ja sen Hoitotietojen ylläpito -sivu toimii hoitohenkilökunnan päivittäisen kirjaamisen alustana (Kuva 1). Käyttöönotto oli vuodenvaihteessa 2009. Kevään aikana järjestettiin kolmena iltapäivänä terveyskeskuksen lääkäreille ja vastaanottojen hoitajille mahdollisuus osallistua koulutukseen, jossa he oppisivat lukemaan tietoja Whoike-sivuilta. Osallistuminen koulutuksiin oli hyvin niukkaa.



**HOIDON SUUNNITTELU**

Komponentti ▼ Pääluokka ▼ Alaluokka ▼

Hoidon tarve: Tavoitteet ja keinot:

Vapaa teksti Vapaa teksti

**HOIDON TOTEUTUS**

Komponentti ▼ Pääluokka ▼ Alaluokka ▼

Hoidon toteutus ja arviointi:

Vapaa teksti

**HOIDON ARVIOINTI**

Hoidon tulos ▼ Arvioinnin kohde ▼

Arviointi:

Vapaa teksti

Kuva 1. Mukailtu näkymä Effic-potilastietojärjestelmän hoitokertomuksen päivittämisen kirjaamisen sivusta

Kirjattaessa kuvassa 4 näkyvään Hoitotietojen ylläpito -sivulle valitaan ensin valikosta hoidon suunnitteluun tai toteutukseen kirjattavaan tietoon sopivin komponentti. Komponentin valinnan jälkeen valikosta valitaan kuvaavin pääluokka ja sen jälkeen tarvittaessa alaluokka. Valintojen jälkeen selittävä teksti kirjataan alla oleviin vapaan tekstin alueille. Hoidon arvioinnissa valikosta valitaan sekä hoidon tulos että arvioinnin kohde vapaan tekstin lisäksi, muuten kirjausta ei tallennu.

Lappeenrannan käyttäjäkoulutukset alkoivat tammikuussa 2009 tukikäyttäjien koulutuksilla ja jatkuivat loppukäyttäjäkoulutuksilla helmi- ja huhtikuun aikana. Käyttöönottopäiväksi oli sovittu 15.4.2009. Aikaa tietojen siirtämiseen uudelle kirjaamisalustalle oli annettu 31.5.2009 saakka. Koulutuksissa tukikäyttäjät toimivat kouluttajan apuna ja olivat käyttöönoton jälkeen kirjaamisen apuna omissa työyksiköissään.

Varsinkin lääkärikunta on suhtautunut sängen varauksellisesti hoitokertomuksen käyttöönottoon. Etelä-Karjalan keskussairaalassa keskeytettiin Whoiketietojärjestelmän käyttöönotto 2008 pääosin lääkäreiden suuren vastustuksen vuoksi. Pilotointi alkoi keväällä 2007 keuhko- ja psykiatrisella osastolla, ja syyslokakuussa 2008 toteutettiin käyttöönoton pilotointi sisätauti- ja kirurgisella osastolla. Tarkoituksena oli käyttöönoton laajentaminen koko sairaalaa koskevaksi vuoden 2008 loppuun mennessä. Käyttöönotosta tehdyn tutkimuksen tulosten perusteella käyttöönotto keskeytettiin. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen oli aikomus ottaa käyttöön vuoden 2010 loppuun mennessä, kun ohjelma soveltuisi paremmin kirjaamiseen. Käyttöönotto ei kuitenkaan ole vielä laajentunut. (Härmä, Juvonen & Ovaska 2008, 1679 - 1682.)

Pilotoinnin ja käyttöönoton vaiheessa oli käytössä hoitokertomuksen varhaisempi versio, jonka komponentit ja pää- sekä alaluokat poikkesivat jonkin verran nykyisen version vastaavista. Itse kirjaamisalustaan ei tullut muutoksia. Hoitokertomus päivitettiin lokakuussa 2009 Eksoten koulutusten jo alettua. Päivitetty hoitokertomus aiheutti hämmennystä Lappeenrannan kirjaajien keskuudessa. Tukea ja ohjausta ei ollut välittömästi saatavilla, kun pääkäyttäjä oli kouluttamassa henkilöstöä muissa kunnissa.

Rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto laajemmin koko Etelä-Karjalassa ajoittui vuoden 2008 syksyn ja 1.1.2010 välille. Koska käyttöönotot eroavat ajallisesti, ovat myös kirjaamiskäytännöt kunnissa vielä eri vaiheissa. Eksoteen kuuluvien kuntien työntekijöillä on ollut sähköisen rakenteisen kirjaamisen yhteisen käyttöönoton tapahtuessa hyvin vaihtelevasti kokemusta tietokoneiden käytöstä ja sähköisestä kirjaamisesta. Osa henkilöstöstä ei ollut aiemmin juurikaan käyttänyt tietokoneita, kun taas toisille sähköinen viestintä oli luontevaa jo ennestään.

Lappeenrannan potilastietojärjestelmän yhdistäminen sosiaali- ja terveystietojärjestelmään aiheutti Lappeenrannassakin hoitohenkilökunnalle runsaasti lisätöitä. Ennakkoon oli jo tiedossa, että yhdistymisen yhteydessä lääkelistat tyhjennetään, ja jokaisen asiakkaan lääkitystiedot kirjataan uudestaan manuaalisesti yhdistymisen jälkeen. Joulukuun lopussa selvisi, etteivät Whoikekirjaamisalustalle kirjatut tiedot siirrykään uuteen järjestelmään, vaan että nekin

täytyy kirjata ja tallentaa uudelleen yhteiseen potilastietojärjestelmään. Kaikki aikaisempaan järjestelmään kirjatut pysyvät suunnitelmat ja Perustiedot -sivun tiedot tulostettiin etukäteen ja kirjattiin uudelleen vuodenvaihteen jälkeen.

### **3.2 Sähköinen rakenteinen kirjaaminen kotihoidossa**

Suomen yli 75-vuotiaista valtaosa asuu yhä kotona ja nykyisin pyritäänkin lisäämään palveluita kotiin ja vähentämään laitoshoidtoa. Kotihoidossa on yhdistetty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhdistämällä kotipalvelu ja kotisairaanhoidto. Lappeenrannassa kotipalvelu ja kotisairaanhoidto yhdistyivät vuonna 1992 ensin osana sosiaalihuoltoa, ja vuonna 1998 ne siirtyivät terveydenhuollon alaisuuteen. Muissa Eksoteen kuuluvissa kunnissa yhdistyminen on tapahtunut myöhemmin, viimeisenä Ylämaalla Lappeenrantaan liittymisen yhteydessä. Eksoten kotihoito kuuluu vanhuspalveluihin ja asiakkaina ovat pääsääntöisesti paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevat vanhukset.

Kotihoidon tavoitteena on auttaa asiakkaitaan selviytymään kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidon työlle on tyypillistä moniammatillisuus. Kotihoidon tiimeissä työskentelee sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. Joissain tilanteissa tiimeihin kuuluu myös erityistyöntekijöitä tai esimerkiksi hoitoapulaisia. Joitakin asiakkaita hoidetaan yhteistyössä yksityisten palveluntuottajien kanssa. (Ikonen & Julkunen 2007)

#### **3.2.1 Kirjaaminen kotihoidossa**

Joissakin kunnissa on yhteisesti sovittu, ettei hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattuja käyntejä kirjata, ellei asiakkaan voinnissa ole tapahtunut oleellisia muutoksia. Voinnissa tapahtuneet muutokset ja tarpeelliset tiedot on helpompi löytää, kun kirjattuna on vain olennaiset asiat. Kotihoidossa jokainen käynti tilastoidaan erikseen, jolloin sen toteutuminen voidaan tarvittaessa todistaa. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan asiakkaan ja omaisten kanssa, ja siinä määritetään asiakkaan hoitoon ja avustamiseen liittyvät tavoitteet ja keinot. (Liikainen & Niemi 2006.)

Kirjaaminen rakenteisesti ja hoitotyön prosessin mukaisesti auttaa saamaan kotihoidossa tehdyn työn ja yhteiskunnallisen merkityksen näkyväksi. Näin oi-

keat työprosessit tunnistetaan ja epätarkoituksenmukaiset käytännöt löytyvät. Samalla kirjatut hoitoprosessit toimivat työntekijöiden perehdytyksen ja koulutuksen välineinä. Selkeät kotihoidon prosessikuvaukset osoittavat kotihoidon toiminnan tavoitteen ja perustelevat toiminnan taloudellisia vaateita. (Heinola & Paasivaara 2007, 52 - 60.)

Kotihoidon hyvällä kirjaamisella voidaan seurata ja arvioida palvelujen laatua. Kotihoidon palvelut perustuvat asiakkaan kirjattuihin palvelutarpeiden arviointiin. Arviointia tekevät sekä asiakas että ammattilainen erilaisin mittarein, havainnoimalla ja keskusteluilla. Neuvoteltu palvelukokonaisuus kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asiakkaan saama palvelu kirjataan potilastietojärjestelmään, joka parhaimmillaan tukee hoitotyön suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (Heinola 2007, 26 - 29.)

Sähköinen kirjaaminen asettaa työntekijöille uusia haasteita. Kirjaaminen vaatii systemaattisuutta, selkeää kieltä ja yhteisiä termejä. Jotta kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuus olisi turvattu, tarvitaan yhtenäistä hoitotyön kieltä. Rakenteellinen kirjaaminen tekee tämän mahdolliseksi. (Ikonen & Julkunen 2007.)

### **3.2.2 Eksoten kotihoidon Whoike-koulutusten toteutus**

Whoike-kirjaamisalustan käyttöönottoa koko Eksoten kotihoidon alueella 1.1.2010 edelsi tukikäyttäjien koulutukset touko- ja kesäkuussa 2009. Tukikäyttäjille järjestettiin kahtena päivänä case-koulutusta, jossa he pääsivät tutustumaan ohjelmaan ja käyttämään sitä itse koulukannassa. Jokaisella oli käytössä koulutusopas ja luokitukset monisteina harjoittelun apuna. Kouluttaja esitteli ohjelman ja sen toiminnan tukikäyttäjille sivu sivulta videotykin avulla. Jokainen sai tämän jälkeen harjoitella itsenäisesti ohjelman käyttöä ja sai tarvittaessa apua kouluttajalta. Ohjelma oli käytettävissä Effican koulukannassa myös koulutusten jälkeen harjoittelua varten.

Jokaisesta kunnasta oli valittu yksi tai useampia tukikäyttäjiä, jotka toimivat loppukäyttäjien koulutuksissa kouluttajan ja koulutettavien apuna. He olivat jo aiemmassa koulutuksessa tutustuneet ohjelmaan ja olivat suureksi avuksi, koska tunsivat koulutettavat. Koulutuksen ja käyttöönoton yhteydessä he toimivat on-

gelmatilanteissa kirjaajien apuna ja tukena. Kotihoidon henkilökuntaan kuuluvi-  
na he olivat myös käyttäneet Whoike-kirjaamisalustaa päivittäiseen kirjaami-  
seen ja pysyneet samalla ajan tasalla ongelmista.

Varsinaiset Eksoten loppukäyttäjäkoulutukset alkoivat syksyllä 2009 ja tavoit-  
teena oli, että kaikki ohjelmaa käyttävät osallistuisivat kahdesti puolen päivän  
koulutukseen kahtena eri päivänä. Joissain kunnissa koulutuskertoja oli kuiten-  
kin vain yksi. Kunnat saivat itse suunnitella koulutusmääränsä ja aikataulunsa,  
kuitenkin niin, että yksi kouluttaja pystyi ne toteuttamaan. Koska koulutettavia oli  
laajalla alueella ja oli vain yksi kouluttaja, koulutus järjestettiin aina koko päivä-  
ksi samaan paikkaan. Päivittäiset koulutusmatkat suuntaansa olivat pisimmillään  
yli sata kilometriä. Koulutukset alkoivat aamulla useimmiten kello 8 ja jatkuivat  
aina 11.30 saakka. Seuraavan ryhmän koulutus alkoi kello 12 ja päättyi 15.30.  
Tarvittaessa palattiin epäselväksi jääneisiin asioihin ja koulutettavia kannustet-  
tiin kyselemään. Ryhmissä oli noin kymmenen koulutettavaa, eri ammattiryh-  
mistä sekaisin. Useassa kunnassa koulutuksiin osallistuivat myös kotihoidon  
asiakkaita hoitavat fysioterapeutit ja yhdessä kunnassa myös terveyskeskuksen  
lääkärit.

Koulutustilat olivat väliaikaisia kaikkialla muualla paitsi Lappeenrannan alueella,  
ja niiden laatu vaihteli suuresti. Osa tiloista oli kellaritiloja, jopa pommisuoja,  
osa taas oli neuvotteluhuoneita, joissa oli yhteinen pöytätila ja nojatuolit. Pää-  
sääntöisesti jokaisella oli koulutuksessa käytössä oma tietokone, mutta joskus  
ryhmässä oli enemmän jäseniä kuin mitä tietokoneita oli. Kaikilla oli käytössä  
tukikäyttäjille etukäteen sähköisesti lähetetyt monisteet tarve- ja toimintoluoki-  
tuksista. Kouluttaja esitteli ohjelman koulutusryhmän edessä videotykin avulla ja  
apuna toimi aina kussakin kunnassa toimiva tukikäyttäjä. Tarvittaessa tukikäyt-  
tjä pystyi opastamaan koulutettavia tai hidastamaan koulutuksen etenemistä.  
Koulutusten tempoa pyrittiin säätelemään koulutettavien tarpeiden mukaisesti.  
Koulutusten yhteydessä mainittiin useaan kertaan hyvänä se seikka, että kou-  
luttaja itsekin kotihoidon työntekijänä tunsii kotihoidon arkipäivää.

Koulutettavien erilaiset koulutustaustat aiheuttivat runsaasti haasteita. Joissain  
kunnissa koulutettavina saattoi olla samalla kertaa sairaanhoitaja, fysioterapeut-

ti ja laitosapulainen. Kaikki tulisivat kirjaamaan samaan kirjaamisalustaan, mutta perustiedot ja -taidot hoitotyöstä, kirjaamisesta ja tietokoneiden käytöstä vaihtelivat suuresti. Joillain koulutettavista myös asenne koulutusta kohtaan oli jo valmiiksi negatiivinen, mikä vaikeutti uusien asioiden vastaanottamista. Sosiaali- ja terveystieteisiin liittyminen ja muiden uusien ohjelmien opettelu samanaikaisesti koettiin lisähankaluutena.

Yhteisen käyttöönoton jälkeen muodostettiin kuntien kotihoidon tukikäyttäjistä ja pääkäyttäjistä työryhmä, joka pohti yhdessä esiin tulleita kirjaamisongelmia. Työryhmä tuotti suunnitelmien kirjaamisen avuksi ohjeen (Liite 6), joka jaettiin kaikille käyttäjille tukikäyttäjien kautta. Työryhmässä tuli myös esille, että henkilöstöllä oli vielä paljon ongelmia kirjaamisen ja Whoike-kirjaamisalustan käytön kanssa.

Jotta kirjaamisen määrä ja laatu paranisi ja jotta kaikki osallistuisivat kirjaamiseen, järjestettiin maaliskuusta 2010 alkaen vierikoulutusta yksiköittäin. Kouluttaja kiersi koko Eksoten alueen kotihoidon yksiköt ja ohjasi yksittäisten henkilöiden kirjaamista reaaliajassa heidän omissa työyksiköissään. Ohjaustilanteet kestivät tunnista kahteen tuntiin, ja päivän aikana ohjattavia oli neljästä jopa seitsemään. Ajoittain ohjausta seurasi useampi työntekijä.

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena selvittää Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteisiin (Eksote) kotihoidon hoitokertomuksen tukikäyttäjien käyttökokeimuksia sähköisen rakenteisen kirjaamisen käytöstä, hoitokertomuksen loppukäyttäjien ohjaus- ja tukitarpeista sekä muuttuneen kirjaamisen vaikutuksista hoidon kirjaamiskäytäntöihin kotihoidossa. Tarkoituksena on myös selvittää tekijöitä, jotka edistävät tai vaikeuttavat sähköisen rakenteisen kirjaamisen käyttöä.

Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa koulutusta kirjaamisen laadun parantamiseksi, jotta tulevaisuudessa haluttujen tietojen poiminta on mahdollista esimerkiksi Kansalliseen arkistoon.

Tutkimustehtävään haetaan vastauksia seuraavilla kysymyksillä:

- 1) Millaisia kokemuksia kotihoidon Whoiken tukikäyttäjillä on sähköisen rakenteisen kirjaamisen käytöstä?
- 2) Keneltä Whoiken loppukäyttäjät ovat saaneet ohjausta ja tukea kotihoidon sähköisen rakenteisen kirjaamisen toteutuksessa?
- 3) Minkälaiset tekijät ovat kotihoidon tukikäyttäjien mielestä edistäneet Whoiken käyttöä?
- 4) Minkälaiset tekijät ovat kotihoidon tukikäyttäjien mielestä vaikeuttaneet Whoiken käyttöä?
- 5) Millaisia vaikutuksia sähköisellä rakenteisella kirjaamisella on ollut kirjaamiskäytäntöihin kotihoidossa?

## **5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### **5.1 Tutkimusympäristö**

Effica-potilastietojärjestelmä oli käytössä suurella osalla kunnista jo ennen Eksoteen liittymistä, vaikka osa kunnista käytti Pegasosta tai Mediatría. Kaikissa Eksoteen liittyneissä kunnissa otettiin 1.1.2010 käyttöön Effica-potilastietojärjestelmä, johon liitetty hoitokertomus on nimeltään Whoike. Kotihoidon sairaan- tai terveydenhoitajat huolehtivat aiemmin useimmissa kunnissa sähköisestä kirjaamisesta, kun taas perus-, lähi- ja kodinhoitajat sekä kotiavustajat kirjasivat käsin paperille. Kotisairaanhoito on aiemmin ollut terveystoimen ja kotipalvelu sosiaalitoimen alaisuudessa, mutta useimmissa Eksoten kunnissa ne olivat jo ennen sosiaali- ja terveystoimen perustamista yhdistyneet kotihoidoksi. Vuoden 2010 alusta lähtien kotisairaanhoito ja kotipalvelu yhdistyivät kaikissa kunnissa kotihoidoksi, ja ne kuuluvat nyt vanhuspalvelujen tulosalueeseen.

Hoitokertomuksen käyttöönotot alkoivat Etelä-Karjalassa keväällä 2007 ja jatkuivat siihen saakka, kunnes kunnat olivat liittyneet Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimeen 1.1.2010. (Taulukko 2). Whoike-kirjaamisalustaa käyttää koko kotihoidon ja vuodeosastojen hoitohenkilöstö Etelä-Karjalan keskussairaalaan lu-

kuun ottamatta. Erikoissairaanhoidossa Whoike on käytössä vain psykiatrisilla osastoilla.



Taulukko 2. Koulutus- ja käyttöönottoaikataulu Eksoten alueella

<b>AIKA</b>	<b>RYHMÄ</b>	<b>TAPAHTUMA</b>	<b>NYKYTILA</b>
Kevät 2007	Etelä-Karjalan keskussairaala pilottiyksiköt	Pilotointi sovituilla osastoilla	Käytössä vain psykiatrisilla osastoilla
Syksy 2008	Lappeenrannan Alakylän kotihoitotiimi ja Armilan os. A3	Hoitokertomuskoulutus syyskuussa ja pilotointi alkaen 6.10.09	Käytössä pilotoinnista alkaen
Lokakuu 2008	Joutsenon kotihoidon tukikäyttäjät	Hoitokertomuskoulutus	
Marras- ja joulukuu 2008	Joutsenon kotihoidon loppukäyttäjät	Hoitokertomuskoulutus Efficakoulutusten yhteydessä tukikäyttäjän kanssa	Käyttöönotto 1.1.2009 kunta-liitoksen yhteydessä
Tammikuu 2009	Lappeenrannan kotihoidon tukikäyttäjät	Hoitokertomuskoulutus	
Helmi-, maaliskuu ja huhtikuu 2009	Lappeenrannan kotihoidon loppukäyttäjät	Hoitokertomuskoulutus tukikäyttäjien kanssa	Käyttöönotto 15.4.2009
Touko- ja kesäkuu 2009	Eksoteen liittyvien kuntien kotihoidon tukikäyttäjät	Hoitokertomuskoulutus	
Syys-, loka- ja marraskuu 2009	Eksoteen liittyvien kuntien kotihoidon loppukäyttäjät	Hoitokertomuskoulutus tukikäyttäjien kanssa kussakin kunnassa	Käyttöönotto 1.1.2010
Maalis-, huhtikuu ja toukokuu 2010	Eksoten kotihoidon loppukäyttäjät	Hoitokertomuksen kertauskoulutukset kunnissa	

Taulukossa 2 näkyvät rakenteisen hoitokertomuksen koulutukset ja käyttöönotot Etelä- Karjalan keskussairaalassa, pilottiyksiköissä ja Eksoten kotihoidossa kevästä 2007 vuoden 2010 kevääseen.

## **5.2 Tutkimukseen osallistujat**

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Eksoten kotihoidon hoitokertomuksen pää- ja tukikäyttäjät, joita alun perin ilmoitettiin olevan yhteensä 35. Heistä kaksi ilmoitti, ettei enää toimi työtehtävissä, joissa käyttäisi Whoikea ja yksi oli tutkimusta tehtäessä äitiyslomalla. Tutkimukseen osallistumista heikensivät samanaikaiset sairast- ja vuosilomat sekä henkilöstön koulutukset. Tutkimukseen osallistui yhteensä 20 tuki- ja pääkäyttäjää kaikista Eksoteen kuuluvista kunnista. Kuntien pää- ja tukikäyttäjät ovat saaneet eniten koulutusta Whoiken käyttöön, ja he ovat myös ohjanneet alueensa loppukäyttäjää kirjaamisessa, varsinkin käyttöönottoaiheessa. He ovat samalla itse käyttäneet Whoikea päivittäiseen kirjaamiseen. Kohderyhmän valintaa ohjasi oletus, että pää- ja tukikäyttäjät tietävät parhaiten oman alueensa loppukäyttäjien osaamisen ja käytön ongelmat. Koulutukseltaan haastatellut tukikäyttäjät olivat lähi-, perus-, sairaan- tai terveydenhoitajia.

Tukikäyttäjien tehtävään on valittu kokeneita työntekijöitä, jolloin heidän ikäjakautensa ei välttämättä noudata koko kotihoidon henkilöstön ikäjakautamaa. Haastatteluun osallistuneista kaksi kolmasosaa oli 40 - 59-vuotiaita ja yli 60-vuotiaita ei ollut lainkaan. Haasteltujen työkokemus terveydenhuollon alalla on vankka. Kahdella oli yli 30 vuoden työkokemus, ja vain viidellä oli alle 10 vuoden työkokemus terveydenhuollossa. Kotihoidon työtehtävissä kaksi oli toiminut yli 30 vuotta, mutta suurin osa haastatelluista oli ollut kotihoidon palveluksessa alle 10 vuotta. Haastelluista yli puolet oli käyttänyt tietokonetta yli kymmenen vuotta ennen Whoike-kirjaamisalustan käyttöönottoa ja kaikki kuitenkin useita vuosia. Vain kolme ilmoitti saaneensa käyttöön jonkinlaista koulutusta. Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta kaikki ilmoittivat kirjanneensa sähköisesti jo ennen Whoike-kirjaamisalustan käyttöönottoa.

## **5.3 Aineiston keruu ja analyysi**

Tämä tutkimus tehtiin laadullisella, eli kvalitatiivisella menetelmällä. Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan, kun tutkimuksen kohteesta ei vielä ole tietoa tai tietoa on vähän, on perusteltua tehdä tutkimus laadullisena. Laadullisen tutkimuksen aineisto kerätään yleisimmin haastattelulla, kyselyllä, havainnoimalla tai

keräämällä tieto erilaisista dokumenteista. Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluilla, sillä kun Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2008) mukaan halutaan tietoa siitä, mitä ajatellaan tai miksi toimitaan tietyllä tavalla, on järkevintä kysyä sitä. Haastattelun etuna on joustavuus ja siinä ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Haastattelija voi toistaa kysymyksen, tarkentaa ja selventää sanamuotoja, oikaista väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Joustavuutta on myös se, että kysymykset voi esittää haastateltaville eri järjestyksessä. Tärkeintä haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Haastattelussa voidaanakin valita haastateltaviksi asiasta jo jotain tietäviä.

Tässä työssä haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina. Hirsjärven & Hurmeen (2000) mukaan täsmäryhmähaastatteluksi (focus group) suomennettua haastattelumenetelmää on käytetty paljon. Keskusteluun kutsutut ryhmän jäsenet valitaan huolellisesti. He ovat henkilöitä, joiden mielipiteet ja asenteet vaikuttavat tutkittavaan asiaan. Haastattelija selvittää ryhmäistunnon tarkoituksen ja pyrkii saamaan mukaan kaikki ryhmän jäsenet. Haastattelija ehdottaa siirtymistä toiseen keskusteluteemaan, muttei osallistu varsinaiseen keskusteluun. Ryhmähaastattelua voidaan pitää melko vapaamuotoisena keskusteluna, jossa osanottajat kommentoivat, tekevät huomioita ja tuottavat monipuolista tietoa. Haastattelu etenee aiemmin rakennettujen teemojen mukaan. Teemahaastattelussa kysymykset eivät ole tarkkoja, mutta eivät myöskään yhtä vapaita kuin syvähaastattelussa. Haastateltavien tulkinnat ja asioille antamat merkitykset ovat keskeisiä ja merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa.

Tallennettu laadullinen aineisto kirjoitettiin puhtaaksi, muttei aivan sanatarkasti. Ryhmähaastatteluissa tallentui paljon myös aiheeseen liittymätöntä materiaalia, jota ei ollut syytä tallentaa kirjoittamalla. Litterointi tehtiin teemoittain valikoiden aineistosta. Tämän tutkimuksen aineiston analyysissä ei ole käytetty erillistä tietokoneohjelmaa, vaan analyysi on tuotettu käsin pelkistämällä ja abstrahoidulla. Tässä tutkimuksessa käytetään aineistolähtöistä, eli induktiivista sisällönanalyysiä. Aineiston analyysin etenemisestä ja tuloksista on esimerkki liitteessä 7. Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat jollain tavoin sisällönanalyysiin.

Tutkimuslupa myönnettiin vähän ennen joulua, jolloin kotihoidon työntekijöillä on vähäisten arkipäivien ja runsaiden lomien vuoksi kiire, eikä haastatteluille jäänyt aikaa. Vuodenvaihteen jälkeen alkoivat useat koulutukset, jotka osaltaan vähensivät haastatteluihin osallistumista. Pitkät välimatkat estivät myös osaltaan osallistumisen myöhempiin haastatteluihin, eikä tutkija kustannussyistä halunnut järjestää enempää haastatteluja. Tutkittavien tukikäyttäjien määrä oli 32. Lappeenrannassa järjestettyihin haastatteluihin osoitettiin useampia päiviä eri viikoilla, mutta siitä huolimatta kaikki ilmoittautuneet eivät saapuneet paikalle. Haastatteluihin osallistuneita oli yhteensä 20, joka on 62,5 % Eksoten kotihoidon pää- ja tukikäyttäjistä ja haastatteluihin kutsutuista.

Haastattelut tehtiin välillä 12.1.2011 ja 9.2.2011. Ne tallennettiin digitaalisella tavalla ja siirrettiin tietokoneelle, josta niitä oli helpompi kuunnella. Ensimmäisen haastattelun alussa oli haastattelijasta johtuvia teknisiä ongelmia, koska tallennin ei ollut vielä haastattelijalle riittävän tuttu. Haastattelun alku ei tallentunut, mutta tehdyt muistiinpanot ja tallentunut aineisto oli mukana tutkimuksessa. Haastattelija teki kaikkien haastattelujen yhteydessä keskusteluista muistiinpanoja. Haastattelujen tallentaminen aiheutti alussa keskusteluissa varovaisuutta, mutta melko pian keskustelut vapautuivat. Haastattelujen kestot vaihtelivat hiukan vajaasta tunnista reiluun kahteen tuntiin. Aikaa jokaista haastattelukertaa varten oli varattu kaksi tuntia. Haastatteluryhmissä oli osallistujia kahdesta kuuteen. Yhteen ryhmistä oli ilmoittautunut yhdeksän osallistujaa, mutta paikalle saapui vain kolme.

#### **5.4 Eettiset ja luotettavuus näkökohdat**

Tutkimuksen eettisyys alkaa jo aiheen ja näkökulman valinnalla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127 - 129). Eksoten työntekijät toimivat useassa kunnassa, ja heillä on erimittaisia kokemuksia sähköisten potilastietojärjestelmien käytöstä. Osalla kotihoidon työntekijöistä ei ennen Eksoten palvelukseen siirtymistä ollut juuri minkäänlaista kokemusta tietokoneiden käytöstä. Kaikki aloittivat kuitenkin 1.1.2010 yhteisen Effica-potilastietojärjestelmän käytön ja perusterveydenhuollon vuodeosastot ja kotihoito samalla myös Whoike-kirjaamisalustan käytön. Käyttöönotto ei ole ollut helppoa, ja onkin tarpeen tietää, mikä on tällä hetkellä sähköisen rakenteisen kirjaamisen tilanne kotihoidossa, mitkä asiat tarvitsevat

eniten koulutusta ja mitkä asiat jo osataan. Koulutus ja tuki voidaan näin kohdentaa oikeaan asiaan ja oikealle joukolle. Tavoitteena on, että kirjaaminen on laadukasta ennen Kansallisen arkiston avaamista ja että kirjatusta tallenteista on mahdollista poimia tarvittavat tiedot arkistoon. Ennen sitä tarvitaan kirjattua tietoa joka päivä omassa työyksikössä sekä koko Eksoten alueella.

Yhteydenotolla haastateltavaan motivoidaan häntä osallistumaan haastatteluun. Haastattelijan tehtävänä on saada tutkittavat suostumaan. Usein tarkempi selitys tutkimuksesta saa haastateltavat jopa innostumaan asiasta. Tutkijalla on ollut jokin syy valita haastateltavansa, eivätkä he ole vaihdettavissa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 85.) Haastatteluun osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja siihen kuuluu myös keskeyttämismahdollisuus. Haastatteluolosuhteiden muutos voi johtaa keskeytykseen, mutta jatkamiseen ei saa painostaa. (Mäkinen 2006.) Haastattelujen aikatauluista ilmoitettiin sähköpostin välityksellä useaan kertaan, ja haastatteluja edeltävästi haastatteluun ilmoittautuneille lähetettiin sähköpostin välityksellä muistutus. Koska ilmoittautumisestakaan huolimatta kaikki eivät tulleet paikalle, järjestettiin 9.2.2011 Lappeenrannassa vielä yksi haastattelutilaisuus, jonne oli mahdollista osallistua myös muista kunnista.

Eettiseksi ongelmaksi voidaan nähdä myös se, miten vapaaehtoisesti ja avoimesti tutkittavat osallistuvat haastatteluun, koska haastattelija on tuttu ja kouluttanut heille hoitokertomuksen käyttöä useaan kertaan. Kokivatko he osallistumisen velvollisuudekseen haastattelijaa kohtaan. Jokaiselta haastatteluun osallistuvalla pyydettiin henkilökohtainen suostumus haastatteluun osallistumisesta ja haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen ennen haastattelujen aloittamista (Liite 2). Samassa yhteydessä he täyttivät taustatietokyselylomakkeen (Liite 4) ja palauttivat ne haastattelijalle. Ennen haastatteluja jokaiselle ilmoitetulle tukikäyttäjälle lähetettiin saatekirje (Liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksesta ja annettiin tutkijan yhteystiedot tarkempia kysymyksiä varten. Saman saatekirjeen sai myös haastattelutilanteessa mukaansa, jotta yhteystiedot oli tarvittaessa mahdollista löytää.

Kolmas tutkimuksen eettisyysasia on tuotetun tiedon luotettavuus. Tiedon luotettavuuteen vaikuttaa muun muassa osallistujien asiantuntijuus tutkittavasta

asiasta, mutta myös haastattelutilanteiden luonne ja toteutus. Haastattelutilanteen luonteeseen vaikuttavat muun muassa se, mihin aikaan ja missä haastattelu toteutetaan. Luotettavuutta lisää tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta. Haastattelun olosuhteet ja mahdolliset häiriötekijät vaikuttavat tulokseen, ja ne pyritään mahdollisuuksien mukaan eliminoimaan. (Kylmä & Juvakka 2007; Hirsjärvi, ym. 2008.) Kaikki haastatteluun osallistuneet ovat käyttäneet työssään Whoikea ja samalla myös toimineet oman työyksikkönsä pää- tai tukikäyttäjänä. Haastattelut järjestettiin mahdollisuuksien mukaan rauhallisissa paikoissa, joihin kaikkien osallistujien oli kuitenkin kohtuullisen helppo tulla työpäivän aikana. Tukikäyttäjistä muodostettiin yksi haastatteluryhmä alueen pohjois- ja yksi eteläpäähän ja kahdesta kolmeen ryhmää Lappeenrannan alueelle. Haastattelut aloitettiin kahvituksella, jotta mahdollinen haastatteluun liittyvä jännitys vähenisi. Kotihoidon työtehtävistä on helpompi irrottautua ilta- kuin aamupäivällä, ja vain yksi haastattelutilaisuus järjestettiin aamupäivällä.

Ryhmän haastateltavien kanssa sovittiin haastatteluajat, jotka olivat työaikaa. Haastattelut järjestettiin alueellisesti ryhmissä, jotta siirtymisiin kuluisi mahdollisimman vähän aikaa. Haastatteluja sovittaessa kerrottiin samalla haastattelun teemat tai aiheet, jotka löytyivät myös potentiaalisille osallistujille lähetetystä saatekirjeestä. Saatekirjeessä kerrottiin myös, että haastattelut tallennettaisiin.

Haastattelun luonteeseen ja ilmapiiriin vaikuttaa myös haastattelijan rooli. Haastattelun alussa tutkija selvittää ryhmäistunnon tarkoituksen. Haastattelun kuluessa hän pyrkii saamaan mukaan kaikki ryhmän jäsenet. Hänen tehtävänä on saada aikaan ja helpottaa keskustelua, ei niinkään haastatella. Haastattelijan kuuluu huolehtia keskustelun pysymisestä valituissa teemoissa, mutta hän ei itse osallistu varsinaiseen keskusteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2000, Hirsjärvi ym. 2008.) Haastattelijan aiempi rooli hoitokertomuksen kouluttajana ja pääkäyttäjän on voinut vaikuttaa tässä tutkimuksessa tukikäyttäjien osallistumishalukkuuteen ja vastauksiin.

Haastatteluaineiston laatu vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Laatua parantaa haastattelujen mahdollisimman pikainen litterointi. Haastattelutallenteiden huono kuuluvuus, sääntöjen muutos kesken aineiston litteroinnin tai sattuman-

varaisuus luokittelussa laskee luotettavuutta. Koska tutkittavana ovat muuttuvat ominaisuudet, ei reliabilisuus välttämättä toteudu. Validiutta voidaan lisätä esitestaamalla haastattelukysymykset. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185 - 187; Hirsjärvi ym. 2008, 227.) Teemahaastattelun kysymykset esitettiin Alakylän tiimin työntekijöillä ja Ylämaan tiimin lähihoitajalla, joka on toiminut omassa työyksikössään muiden apuna. Kysymyksiä muokattiin esitestauksissa saatujen palautteiden perusteella lopulliseen muotoonsa (Liite 3).

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy myös tutkimuslupa-asiat. Tutkittavat ovat kotihoidon työntekijöitä, eikä arkaluontoista, tietosuojanalaista tietoa käsitellä. Tutkimusluvan myönsi Eksoten koulutuspalvelut-yksikkö.

## **6 TUTKIMUSTULOKSET**

### **6.1 Eksoten kotihoidon tukikäyttäjien kokemuksia sähköisen rakenteisen kirjaamisen käytöstä**

Kotihoidon tukikäyttäjille oli omassa työssään ja muiden kirjaamista ohjatessa muodostunut näkemys siitä, miten rakenteisen kirjaamisen koulutukset, käyttöönotto ja käyttö olivat sujuneet Eksoten alueella.

#### **6.1.1 Myönteiset kokemukset rakenteisen kirjaamisen käytöstä**

Haastattelujen alussa esitetty kysymys siitä, mikä on koettu myönteiseksi Whoi-kessa, aiheutti ensin pitkän hiljaisuuden ja useissa tapauksissa väitteen, ettei mikään ole. Hetken miettimisen jälkeen suuri osa haastatelluista löysi myönteisiäkin asioita. Tällaisia myönteisiä asioita olivat toteutuksen kirjaamisen helpous, tiedon hakeminen ja rutiini.

Haastateltavien mielestä, kun suunnitelmat on tehty valmiiksi. Toteutusten kirjaaminen on lähimpänä aiempaa kirjaamista ja sitä ei koeta niin vieraaksi. Valmis suunnitelma helpottaa ja ohjaa vähemmänkin asiakasta tuntevaa ja tietokoneita käyttänyttä kirjaajaa. Toteutuksen oikea komponentti, yläluokka ja alaluokka löytyvät helpommin.

*Ehkä se toteutus tulee kirjattua kaikist hyvin, ennen kirjoitettii paperille, sielhä oli aika laajasti kuvattu asia, mut ehkä se on pikkuse menny tavallaa sellakseksi asialliseksi se kirjottamine, siel ei oo sitä turhaa.*

*Sen ku ne saa tehtyä, ni sitte ne osaa sitä toteuttaa. Sielt löytyy, sitte ne malttaa niiku ettiä.*

*Jos on paljo tehty niitä suunnitelmia, ni onhan se sitte helppo kirjottaa se toteutus.*

*Miust on ainakii tosi hyvä jo se, ku se aukastaa se Whoike, ku siin tulee näkyvii päivittäiset suunnitelmat.*

Tiedonhaku on koettu helpoksi entiseen verrattuna, kun katselunäkymässä on voinut rajata haetun asian. Aiemmassa järjestelmässä tieto on pitänyt selata usealta sivulta. Ongelmana kuitenkin pidettiin sitä, ettei kaikki kirjoita samojen otsikoiden alle.

*Kun hakee vaikka lääkeshoidosta, pystyy hakemaan katselusta pelkkää lääkeshoiton komponentit ja siihen liittyvät asiat, ei tarvi sil taval selata jokaista sivua. Sitte voi ettiä vaa siihen liittyvät asiat.*

*Ihmisillä logiikka on hyvä erilaine. Mä otan esimerkin, et joku kokee vaik kaatumisriskin. Ni yks pistää sen turvallisuuteen, yks liikkumiseen, joku saattaa laittaa, et sil on verenpaineen heittelystä johtuva. Siin on jo kolme vaihtoehtoo mihin sen voi laittaa.*

Haastateltavien mielestä rutiini helpottaa rakenteista kirjaamista. Käyttämällä rakenteista kirjaamista oppii rakenteisen kirjaamisen. Jokaisesta käyttökerrasta tulee edellisiä helpompi, mutta asiat unohtuvat helposti, ellei niitä käytä.

*Mut siit se pitäis lähtee nuo vanhat työntekijät, et sitä pitäis vaa tehdä, tehdä, tehdä. Sit se rutiini tulee. Kun käytetään päivittäin, ei kukaa enää natise.*

### **6.1.2 Kielteiset kokemukset rakenteisesta kirjaamisesta**

Kielteisiä ominaisuuksia rakenteisesta kirjaamisesta löytyi runsaasti, ja keskeisimpinä ongelmina tulivat esille se, että hoitotyön prosessia ei tunneta, kirjaaminen vie paljon aikaa ja se ettei kirjattua tietoa lueta.

Hoitotyön prosessi koetaan haastavaksi ja suunnitelmien tekeminen haastavimmaksi asiaksi rakenteisessa kirjaamisessa. Kotihoidon työntekijöillä on hyvin



vaihtelevia koulutustaustoja vastavalmistuneesta sairaanhoitajasta lähellä eläkeikää olevaan kotiavustajaan. Koulutukseen kuuluneesta hoitotyönprosessipinnoista voi olla kymmeniä vuosia ilman, että niitä olisi tarvinnut juurikaan käyttää tai niitä ei ole ollut lainkaan.

*Meillä on paljon kodinhoitajia, mille tavallaa rakenteinen kirjaaminen on ihan uutta. Ei oo koskaa ajateltu, mitä hoitotyön prosessi on.*

*On nii hienosti ajateltu. Ei oo ajateltu nii työläheisesti, vaa se on ajateltu tietenkii hoitotieteellisesti. Se ei oo maalaisjärjellä ajateltu niiku joku kaatumine voi olla. Sillo se nostaa kynnystä käyttää.*

Kirjaaminen vie enemmän aikaa. Asioita mietitään tarkemmin ja kirjatessa joutuu siirtymään sivulta toiselle varsinkin hoitokertomusta aloitettaessa. Moni tieto pitää kirjata usealle sivulle, koska sivustolta ei mikään tieto siirry automaattisesti. Pahimmillaan tapahtuu jopa nelinkertaista kirjaamista, jos tilastointi lasketaan mukaan. Kotihoidon työhön kuuluu tyypillisesti se, että kaikki työntekijät ovat samanaikaisesti asiakkaiden luona ja kirjaamistarve on myös kaikilla samanaikaisesti. Tietokoneille jonottaminen voi joissain tapauksissa aiheuttaa jopa sen, ettei kirjausta tehdä lainkaan, koska työaika loppuu. Joillekin kirjaaminen ja tilastoiminen sekoittuvat, eikä kirjaamista silloin koeta kovin tärkeäksi.

*Aika ei riitä Whoiken käyttöön suoraan sanottuna.*

*Meil o ihan liian vähän koneita. Se ei tietyst vaikuta tähä ohjelmaa, mut se vaikuttaa kirjaamiseen ja tähä opettelu. Sit ku o kiire, se jää kirjaamatta se asia iha sen takia, ku et pääse koneelle sinä iltapäivänä.*

*Pitää olla aikaa, et sitä pystyy keskittymää. Kiireessä ei pysty, ajatus ei kule sillee.*

*Mut tää tuplakirjaaminen on vihoviimestä. Varsinkin sairaanhoitajilla on tupla, tripla jopa nelinkertaista kirjaamista.*

Kenelle kirjoitetaan on jäänyt monelle epäselväksi. Monet lääkärit eivät lue lainkaan Whoike-sivuja ja muidenkin yksiköiden lukemisesta on epäilyksiä. Usein, vaikka tiedot on kirjattu Whoikelle, soitetaan ja kysytään samat asiat puhelimitse. Tammikuussa 2010 järjestettiin Etelä-Karjalan keskussairaalan poliklinikoiden ja Nova-yksikön henkilökunnalle katselukoulutuksia, jotta he osaisivat lukea

perusterveydenhuollon kirjauksia yhteisestä potilastietojärjestelmästä. Osallistujista osa oli aktiivisia ja kyseli, kun taas jotkut osallistujista käyttivät koulutusai-  
kansa muuhun toimintaan.

*Ja onkse sillai hyvä, kun lääkärit ei sitä käytä. Et palveleeks se sitte vaa ku, tun-  
tuu hassulta toisillemme kirjutella. Et ku ei lääkärit sitä käytä eikä osaa käyttää  
kaikki.*

*Se ei oo sellasta käyttöö, ku se vois lääkärin osalta olla. Usein lääkäri käskee  
sit hoitajan ettii tietoja koneelta. Mie oon sanonu, et ei, työ ette valmiiks sitä eti  
lääkäripalaverii. Se on tos lääkärikunnas vähän paha asia, että ne, koska ne ei  
ymmärrä, että se on yhteinen työkalu.*

## **6.2 Eksoten kotihoidon loppukäyttäjien saama tuki ja ohjaus sähköisen rakenteisen kirjaamisen käytössä**

Uuden kirjaamismallin käyttöönotossa pyydettiin ja saatiin eniten apua omilta  
työtovereilta. Vierikoulutus täydensi ryhmäkoulutuksessa jääneitä epäselvyyk-  
siä, ja kirjaamismallin opetteluun kaivattiin enemmän aikaa. Uudet työntekijät  
tarvitsevat koulutuksen kirjaamismallin käyttöön.

Eniten tukea on saatu työkavereilta. Aamuvuorojen aikana paikalla on useita  
työntekijöitä ja kirjaamista on varsinkin alussa tehty yhdessä. Kun useampi poh-  
tii samaa asiaa, löytyy vastaus ongelmatapauksiin helpommin. Harvemmin on  
kysytty neuvoja tuki- tai pääkäyttäjiltä. Heidän tavoittamisensakin on ollut joskus  
vaikeaa, eikä muisteta, ketkä ovat tukikäyttäjiä. Iltavuoroissa ollaan usein yksin,  
ja neuvojen saaminen on ollut vaikeampaa. Näissä tapauksissa on saatettu kir-  
jata seuraavana päivänä tai pahimmassa tapauksessa jätetty kokonaan kirjaa-  
matta. Joskus on kirjattu kokonaan muille sivuille, esimerkiksi Effican YLE- tai  
KHTIIV-sivulle.

*Avoim niinku ilmapiiri, et monest kuulee ku kukakii juttelee tai huutaa, et tuu kat-  
too sitä tai tätä. Mite tää taas laitetaa.*

*Ne on neuvonu toinen toisiaan. Ja sit ku o tiukka paikka ja ne ei tiä, ne soittaa,  
et mikä täs on niiku outoo. Ku hyö ei niiku ymmärrä. Ja jos miekää en sitä selvi-  
tä, mie soitan jo Juutin Satulle. On matala kynnyys kysyy toiselta lähihoitajalta,  
vähä ku vertaistukea.*

Vierikoulutus on koettu tehokkaimmaksi tavaksi oppia rakenteisen kirjaamisen käyttö. Kun kirjaa oikeiden asiakkaiden tietoja itse toisen ohjatessa vieressä, oppii asiat parhaiten ja ne pysyvät parhaiten mielessä. Yhteiskoulutus suuressa ryhmässä on nopeaa ja taloudellisempaa, mutta siinä moni asia ei jää mieleen.

*Lyhyt koulutus, mis kaikki istuu hiljaa ja yrittää niiku kattoo, et minkälaine tää ohjelma on ja sivut vilkkuu, klikataa sielt ja täältä. Loppupeleis kukaa ei oo saanu ko kuvan, et tälläne tää on ja sit pitää alkaa käyttää sitä.*

*Sellasta, et vieressä ollaa ja yhdessä tehää. Ja miun periaate, et ihmisen pitää ite tehä, se ei opi muute.*

Opetteluun kaivataan aikaa. Muutos kirjaamisessa tapahtui nopeasti, ja useat kokivat, ettei aikaa jäänyt uuden kirjaamismallin opetteluun. Ylimääräistä aikaa perustyön lisäksi ei ollut, ja ylityötunteja ei olisi saanut tulla. Moni koki tämän turhauttavana, ja jotkut tekivätkin töitä omalla ajalla. Usein esimiehet eivät itse tunteneet kirjaamismallia, eivätkä he tienneet, minkälaisia haasteita sen käytössä oli.

Uusille työntekijöille, jotka eivät vielä Whoikea tunne, toivotaan vierikoulutusta perehdytyksen yhteyteen. Työtovereilla ei ole juuri aikaa oman työn ohessa opettaa ja Eksoten kotihoidon pääkäyttäjä Satu Juuti ei ehdi kaikkia uusia työntekijöitä kouluttaa. Jokaisessa kunnassa on oma pääkäyttäjänsä, jolle kuuluu uusien työntekijöiden koulutus. Kaikkien kirjaamiseen osallistuvien kuuluu saada siihen opetusta. Lyhyen, ylimalkaisen opastuksen jälkeen on sijainen jopa poistanut tarpeettomaksi katsomiaan pysyviä suunnitelmia, kun ei itse niitä kirjaamisessaan tarvinnut.

*Alun perin oli kai tarkotus, et miul olis ollu aikaa enemmän sit näyttää, mut eipä ollu. Se ei toteutunu, siin tuli joku este. Nyt se on sit menny sillai, et hää kyselee. Varmaan siin ois hyvä, et siin ois joku, en mie itte, vaa tukikäyttäjä. Nyt on alakanu sellasel "perse eellä puuhu meiningillä" menemää, ku ei oo saanu kunnollista koulutusta.*

*Pitäs olla joku tavallaa, joku työpaikalla sellane, joka siihe on nimetty ja työaika siihe annettu, kun tulee työntekijä, joka ei sitä oo käyttäny. Olis tunti tai kaks et se perehtys siihe. Kun tulee vaik hoitovapaalta, ni ei sil enää perehdytystä anneta.*

### 6.3 Rakenteisen kirjaamisen käyttöä edistävät tekijät

Rakenteisen kirjaamisen käyttöä helpottaa, jos tietokoneen käyttö on ennestään tuttua tai jos on halua uusien asioiden oppimiseen.

Tietokoneen käyttö on ennestään tuttua. Esimerkiksi nuoret työntekijät ovat tottuneet käyttämään tietokonetta jo opiskeluaikanaan, ja sen käyttö työvälineenä on luontevaa. Nuorille uusien ohjelmien oppiminen ei tuota niin suuria haasteita kuin vanhemmille työntekijöille, koska tekniikka on tuttua. Kaikki tukikäyttäjät eivät kuitenkaan olleet samaa mieltä asiasta.

*On siin miu mielest selkee ero. Miu mielest nuoret tekee paljo itsenäisemmi ainakii meillä. Ja rohkeemmi rupes käyttää alus. Vanhemmat aattelee, ku se vaa tulis samal taval ku kaikil muillakii. Neuvoo kysytää enemmän.*

*En mie tiiä. Kyl miult tulee kysymää ihan laiast laitaa. Ehkä vähemmä nyt nuoremmat, joo. Nii ja sit tietyst nää uudet. Yleensä ne on aika aktiivisiikii käyttäjii, jotka tulee kysymää.*

Oppiva asenne on auttanut monia iäkkäämpiä, vaikka tietotekniikka ei ennestään kovin tuttua ole ollutkaan. Halu oppia on auttanut monia. He, jotka ovat kyselleet eniten, ovat myös kirjanneet eniten. Apua kysyvissä on ollut kaiken ikäisiä. Vanhemmat työntekijät ovat olleet tarkempia ja varovaisempia siitä, mitä he kirjaavat.

*Miust tuntuu, et ne tukeutuu näihi nuorempii ne meijänkii vanhemmat. Koska ne on niiku tottuneempia tän koneen käyttäjiks. Tuntuu, et tää kone on sellane pelote niille. Eivät oo tottuneet, eivätkä kotona hirveesti käytä.*

### 6.4 Rakenteisen kirjaamisen käyttöä vaikeuttavat tekijät

Rakenteisen kirjaamisen käyttö on vaikeaa, jos jo ennakkoon asennoituu siihen kielteisesti, jos koulutuksen ja käyttöönoton väli on pitkä, jos hoitokertomuksen aloittamista pidetään vaikeana, jos ei tunneta perusasioita ja jos kukaan ei valvo kirjaamisia. Myös yksiköiden erilaiset kirjaamiskäytännöt vaikeuttavat yhteistyötä.

Asenne on tullut useimmissa puheenvuoroissa esille suurimpana esteenä rakenteisen kirjaamisen oppimiselle. Jotkut työntekijöistä ovat sitä mieltä, että kun

ei aiemminkaan ole tarvinnut kirjata, ei kirjata nytkään. Osa myös pitää itseään jo niin vanhoina, ettei uutta tarvitse enää opetella. Joillekin myös se, ettei kotihoidolle ole omia komponentteja, on aiheuttanut vaikeuksia suhtautua ohjelmaan neutraalisti.

*Ne jotka ei ollu innostuneita sillo, ei ole oikein innostuneita vieläkää. Et niitä muutamia löytyy. Kun on negatiivisella mielellä sitä kohtaa, se ei aukee ikinä.*

*Ketkä ei haluakkaan oppia, ei ota sitä opetustakaa vastaa.*

Koulutuksen ja käyttöönoton liian pitkä väli aiheutti asioiden unohtumisen. Lappeenrannan koulutukset ajoittuivat kahdelle kuukaudelle juuri ennen käyttöönottoa. Eksoten koulutukset alkoivat jo lokakuun alussa, kun käyttöönotto oli vuoden vaihteessa. Koulutusten ajoittuminen lähelle käyttöönottoa olisi helpottanut käytön muistamista, mutta yksi kouluttaja ei voinut usean kunnan työntekijöitä kouluttaa yhtä aikaa. Koulutusaikojen sopiminen työvuorojen yhteyteen muiden koulutusten kanssa oli toisinaan haasteellista.

Hoitokertomuksen aloittaminen on vaikeaa. Varsinkin käyttöönoton alussa, kun kaikille asiakkaille piti aloittaa hoitokertomus, oli kirjauksissa puutteita. Moni pelkäsi uuden hoitokertomuksen aloittamista, kun tietoja kirjataan moneen paikkaan, eikä aina muistanut, mitä kirjataan mihinkin. Kaikille ei ole vieläkään selvinyt, mitä tietoja kirjataan esimerkiksi Perustiedot -sivulle. Osalle myös liikuminen sivulta toiselle on edelleen hankalaa. Valmiille suunnitelmille toteutuksen kirjoittaminen on jo useimmille helppoa, mutta uusien suunnitelmien tekemisen jotkut kokevat vieläkin vaikeaksi. Kun hoitokertomus on aloitettu ja Perustiedot -sivulla on jo tallennettua tekstiä, aukeaa Whoikelta suoraan Hoitotiedot -sivu, josta pääsee kirjaamaan päivittäisiä tietoja. Joillekin jopa se, että muut näkevät hänen kirjauksensa, on pelottava asia. Tilannetta on pyritty helpottamaan laatimalla työntekijöiden käyttöön eräänlainen pikaopas (Liite 5), jossa lyhyesti ohjataan eri sivujen käyttöä ja siirtymistä sivulta toiselle. Suunnitelmien oikean komponentin valintaa pyrittiin helpottamaan kotihoidon pää- ja tukikäyttäjistä kootun työryhmän laatimalla ohjeella (Liite 6).

*Alku on vaikeeta sellaselle joka harvoin tekee. Alottamine jo, jossei sitä oo tehty sitä alkulehtee valmiiksi. Perustiedot-lehtee tarkotan. Sitä jos ei ole, ni meil on ainakii moni sormi suussa, et mite se edes, et mite tänne mennää.*

Perusasiat ovat edelleen vaikeimpia useimmille. Yleisesti kaivattiin kirjaamis-koulutuksen kertausta. Monet koulutuksessa esille tulleet asiat on unohdettu, eikä aika ja uskallus riitä niiden kokeiluun. Whoike-kirjaamisalustan käyttö voi jo olla useimmille tuttua, mutta sisällön tuottaminen kaipaa edelleen koulutusta ja harjoittelua.

Valvontaa kirjaamiselle kaivattiin useissa puheenvuoroissa. Kun kukaan ei vaa-di tai valvo kirjaamisia, ne jätetään helposti tekemättä tai kirjauksia tehdään väärin komponenttien alle.

*Jonkuu pitäs katsoo ja ohjata koko ajan.*

*Kyl mie aika usein sanon, et ootteko kirjannu, et se näkys siellä. Kyllä sitä pitäis ruveta vaatimaan, sitä kirjaamista. Kirjaamisen pitäs olla sellasta loogista ja hyväää.*

Muiden yksiköiden kirjaamia tekstejä on vaikea lukea. Kaikki eivät kirjaa samalla logiikalla, ja vuodeosastojen tapa tallentaa kaikki pysyvät suunnitelmat, vaikei toteutuksia olisi juurikaan kirjattu, vaikeuttaa tietojen löytymistä. Kaikki eivät muista, kuinka Katselu-sivulla voi rajata näkyviin pelkät toteutukset.

*Siel ei oo sitä päivittäistä vointia. Siel on ne temptut.*

*Armila muute kirjottaa suunnitelmilla. Ain ei oo välttämättä toteutuksia. Mite se näyttää, et siel o vaik viis suunnitelmaa ja vaa yks toteutus?*

## **6.5 Sähköisen rakenteisen kirjaamisen vaikutukset Eksoten kotihoidon kirjaamiskäytäntöihin**

Kirjaaminen on muuttunut suunnitelmallisemmaksi, ja kirjattujen tietojen määrä on lisääntymässä, mutta ohjelmaa pidetään ongelmalähtöisenä, ja kotihoidolle kaivataan omia komponentteja.

Suunnitelmallisuus ja harkinta ovat lisääntyneet kirjaamisessa, ja kirjattu tieto on lyhyempää ja asiallista. Kirjattua tietoa saattaa olla vähemmän, mutta kirja-

usten määrä on kaiken aikaa lisääntymässä. Kuvaileva kirjaaminen on vähentynyt, mutta myös epäolennaiset asiat ovat jääneet nyt kirjaamatta.

*Ne miettii sen asian, nyt ei kirjata nii, et on ne pesut tehty, vatsa toiminu. Näitä ei tuu, näitä ennevanhasia kirjauksia. Nyt mietitää oikeesti mitä on tehty.*

*On se muuttunu kyllä ihan oikeesti ja se on menny oikeeseen suuntaan sillee, et etitää oikeeta asiaa mitä kirjoitetaa.*

*Kyl mie niiku muistasin, et ku kelailen sit iha alkuu ku se tuli. Ni on se varmaa kehittäny kaikkie käyttäjie ajattelukykyä. Et sie jouvut oikeest aattelee mitä sie kirjoitat.*

Ongelmakeskeisyys on monen mielestä lisääntynyt kirjaamisen rakenteistamisen myötä. Suunnitelmia tehtäessä tarpeen määrittely koetaan vaikeaksi, ja usein on vaikea tietää, mikä olisi kyseisen kirjattavan asian suhteen oikea hoidon tarve ja komponentti. Moni kokee, että kaikista asioista pitää tehdä ongelmia, vaikka kirjattava asia olisi positiivinen. Näissä tilanteissa kirjaaminen saattaa jäädä, ja positiivisten asioiden kirjaamisten määrä vähentyä. Tosin joidenkin mielestä asiakkaan voinnin muutokset näkyvät selvemmin, kun pelkät ongelmatilanteet kirjataan.

Kotihoidolle kaivataan omia komponentteja. Kotihoidon kirjaaminen poikkeaa vuodeosastojen kirjaamisesta, koska työtehtävätkin poikkeavat toisistaan. Useat asiat voivat jäädä kirjaamatta, kun sopivia komponentteja tai pääluokkia ei löydy. Yksi ongelmallisista kirjaamistilanteista on esimerkiksi vainajan löytyminen kotoa. Tarveluokitukselta ei löydy asiaan sopivaa pääluokkaa. Lähimmäksi sopii Jatkohoito-komponentin pääluokka Hoidon päättäminen. Toimintoluokitukselta toki löytyy pää- ja alaluokat kirjaamista varten. Useista työntekijöistä kuoleman kirjaaminen Jatkohoito-komponentille tuntuu vieraalle.

*Yks sit niis otsikoissa, et ne ei vieläkkää oo meille, niiku ei löyvy meille niit oikeita. Se hankaloittaa kirjaamista, ko otsikko ei täsmää sitä asiaa, ko sie haluut kirjoittaa sinne.*

## 7 POHDINTA

Rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto Eksotessa ei ole sujunut ongelmitta. Erikoissairaanhoidossa käyttöönotot aloitettiin Etelä-Karjalan keskussairaalassa, mutta keskeytettiin pian suuren vastustuksen vuoksi. (Härmä ym. 2008, 1679 - 1682.) Käyttöönottoa jatkettiin ainoastaan psykiatrisilla osastoilla. Perusterveydenhuollossa käyttöönottoa jatkettiin ensin Imatralla Honkaharjun sairaalassa keväällä 2008 ja Lappeenrannassa syksyllä 2008. Alkuun Whoike-kirjaamisalustalle kirjasivat vain pilottiyksiköt. Syksyn 2008 koulutusten jälkeen Lappeenrantaan liittyneen Joutsenon kotihoito ja vuodeosastot siirtyivät Pegasos-potilastietojärjestelmästä Efficiaan ja aloittivat kirjaamisalustan käytön. Keväällä 2009 koulutettiin loput Lappeenrannan vuodeosastojen ja kotihoidon henkilökunta. Käyttöönotto alkoi 15.4.2009. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa ja Ruokolahdella opeteltiin uuden potilastietojärjestelmän käyttö Whoike-kirjaamisalustan opetteluun yhteydessä. Opettelua vaikeutti jo asennoituminen yhteiseen piiriin liittymisestä. Jo heti alkuvaiheessa kävi selväksi, että uusi kirjaamistapa on monelle vaikea ja että se vie paljon aikaa, ennen kuin jokaiselle asiakkaalle on aloitettu oma hoitokertomus. Vaikka tukikäyttäjiä oli runsaasti, varsinkin iltavuorojen yksin työtätekevät hoitajat tunsivat, että olisivat tarvinneet enemmän apua.

Vaikka viime aikoina on varsinkin ammattikorkeakouluissa tehty useita opinnäytetöitä hoitotyön kirjaamisesta ja hoitokertomuksista, ei kovinkaan moni niistä käsittele kotihoidon kirjaamista. Tällä hetkellä käytössä oleva rakenteisen kirjaamisen mallin katsotaan sopivan parhaiten kotisairaalatyyppiseen toimintaan ja terveyskeskusten vuodeosastojen kirjaamiseen, mutta erikoissairaanhoidon tai poliklinikoiden erikoistuneisiin kirjauksiin se ei sovi. (Nykänen ym. 2010.) Kotihoidon kirjaamisesta tutkimus ei kerro.

### 7.1 Tutkimuksen keskeisimmät tulokset

Tulosten mukaan käyttäjien koulutukset olivat liian aikaisin ennen käyttöönottoa ja ryhmäkoulutuksissa ei uutta kirjaamismallia oppinut. Sisällön tuottamisen osalta puutteita on eniten, itse kirjaamisalustaa osataan jo käyttää kohtuullisesti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa ja Ruokolahdella opeteltiin uuden potilastietojärjestelmän käyttö Whoike-kirjaamisalustan opetteluun yhteydessä kaikissa kunnissa siirryttiin



Effica-potilastietojärjestelmän käyttöön ja hoitokertomuskoulutukset olivat samassa yhteydessä. Koulutettavien suuri lukumäärä, Eksoten kotihoidossa on noin 450 työntekijää ja yksi kouluttaja, pakotti aloittamaan koulutukset jo lokakuussa. Yhden kouluttajan käyttöä koko kotihoidon hoitohenkilökunnan kouluttajana perusteltiin sillä, että näin kaikki saivat samansisältöisen opetuksen. Koulutusaikojen sopimiseen vaikutti myös se, etteivät kaikki voi työn luonteen vuoksi poistua työyksiköstä samanaikaisesti. Kahdessa puolen päivän koulutuksessa pystyi esittämään perusasiat kirjaamisalustasta ja jonkin verran myös tekstin sisältöä. Osassa kunnista koulutusta oli vain yhtenä päivänä, ja varsinkin silloin moni asia jäi epäselväksi.

Käyttöönoton alussa tukikäyttäjien tarve oli suurin. Aina ei tukikäyttäjää ollut saatavilla ja useimmiten apua saatiin työkavereilta. Vertaiselta avun pyytäminen oli helpointa, ja heiltä oli saatu eniten tukea. Pääkäyttäjän tavoittaminen oli vaikeaa, kun koulutusten aikana ei ollut käytössä puhelinta ja käyttöönoton jälkeen hän oli omassa perustyössään. Nykyinen käytäntö, jossa pääkäyttäjä on irrotettuna koulutuksiin eikä omassa perustyössään, toimii paremmin. Jokaisessa kunnassa on nimitetty pääkäyttäjä, jonka velvollisuuksiin ja työnkuvaan kuuluu uusien työntekijöiden kouluttaminen. Tähän on heille myös annettava työaika. Satu Juuti toimii kouluttajana ja koko Eksoten pääkäyttäjänä, mutta hän ei ehdi kouluttaa kaikkia kotihoidon uusia työntekijöitä Eksoten alueella.

Hoitokertomuksen käyttöönoton jälkeen havaittiin, että monilla oli edelleen vaikeuksia kirjaamisen kanssa, ja useissa kunnissa asiakastietojen siirto Whoike-kirjaamisalustalle viivästyi. Maaliskuun 2010 lopulla aloitettiin vierikoulutukset, joissa kouluttaja kiersi Eksoten kotihoidon työyksiköissä auttamassa kirjaamisen aloittamisessa. Koulutettavat kirjasivat oman asiakkaansa oikeita tietoja suoraan potilastietoihin kouluttajan opastuksella. Näitä vierikoulutuksia pidettiin kaikkein tuloksellisimpina, kun oli saatu henkilökohtaista opetusta.

Suurimpana muutoksena aiempaan kirjaamiseen on asiakkaan tarpeiden parempi esille tuleminen. Uusi kirjaamismalli edellyttää suunnitelmien tekemistä ja niitä tehtäessä vaaditaan aiempaa enemmän miettimistä ja harkintaa. Tämä on tullut esille muissakin tutkimuksissa (esim. HoiData 2009). Kirjattuja asioita mie-

titään tarkemmin, kirjatut asiat esitetään lyhyemmin ja turha, asiaankuulumaton jää kirjaamatta. Pysyvien suunnitelmien tekeminen pakottaa miettimään kulloisenkin asiakkaan päivittäiset hoidon ja hoivan tarpeet ja syyt hoidon tarpeisiin yksityiskohtaisesti.

Kirjaamismallin puutteena on alusta alkaen pidetty sitä, ettei luokituksista löydy kaikkiin kotihoidon toimintoihin sopivia komponentteja ja luokkia. Kotihoidon työtehtävät poikkeavat usein suuresti laitoshoidon työtehtävistä, ja niiden kirjaaminen koetaan ongelmalliseksi. Monet näistä tehtävistä edistävät kuitenkin asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia ja siten kotona pärjäämistä. Kirjaamalla nämä tehtävät tulisivat näkyviksi ja ne osattaisiin ottaa huomioon muissakin yksiköissä, esimerkiksi kotiutustilanteissa.

Uusi kirjaamismalli tulee tutuksi vain käyttämällä sitä, ja silloinkin sen oppiminen vie jopa puoli vuotta aikaa (Tanttu 2008a). Myös tässä tutkimuksessa tuli esille, että rutiini kirjaamisessa helpottaa ja siihen käytetty aika vähenee, kun tarpeille sopivat komponentit löytyvät. Asenne opettelussa on ikää merkittävämpi tekijä. Eniten aikaa vie uusien hoitokertomusten aloittaminen ja uusien suunnitelmien kirjaaminen, kun taas toteutusten kirjaaminen valmiille suunnitelmalle onkin jo paljon helpompaa. Hoitokertomusten aloittamisen avuksi on tehty pikaopas (Liite 5), jossa kerrotaan, mitä kullekin sivulle kirjataan ja miten liikutaan sivulta toiselle. Valitettavasti pikaopas valmistui vasta käyttöönoton jälkeen, kun työryhmä oli miettinyt tarveluokitusten käyttöohjetta.

Sisällön koulutusta tarvitaan lisää ja hoitotyön prosessin koulutus on myös tarpeellinen useille työntekijöille. Joissain kunnissa hoitokertomuskoulutusta oli vain yhtenä päivänä ennen käyttöönottoa. Näistä samoista kunnista on tullut runsaasti negatiivista palautetta kirjaamismallin käyttöönotosta, ja henkilökunta on tarvinnut eniten vierikoulutusta käyttöönoton jälkeen.

Tiedonhaku kirjatusta teksteistä on koettu helpoksi, ja samanlaisia tuloksia on saatu muistakin tutkimuksista (ks. HoiData 2009). Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa tiedon haun yksittäisen komponentin mukaisesti rajatulta ajalta. Hakuehtoina voivat olla myös esimerkiksi toteutukset tai tietty ammattiryhmä.

Ongelmaksi on osoittautunut kirjaajien erilainen ajattelutapa. Kirjaamismallin tavoitteena oli yhtenäinen tapa kirjata, mutta kirjaajien ajattelutavoissa on eroavuuksia. Vaikka Eksoten kotihoidossa on käytössä työryhmän yhdessä rakentama tarveluokitusten käyttöohje (Liite 6), ei kaikkea voi ennakoita ja ohjeistaa. Lisäksi liian yksityiskohtaiset ohjeet ja oppaat jäävät usein käyttämättä, varsinkin jos opas on monisivuinen. Opas ja käyttöohje auttavat osaltaan uusia työntekijöitä kirjaamisen aloittamisessa, mutta eivät korvaa kirjaamismalliin perehdyttämistä.

Rakenteisesti kirjaaminen vie aiempaa enemmän aikaa (mm. HoiData 2009), ja kotihoidon kirjaamiset ajoittuvat toimistokäyntien yhteyteen, jolloin kaikki muutkin ovat toimistolla kirjaamassa. Usein tietokoneelle joutuu jonottamaan kirjaamista ja tilastoimista varten ja kiusaus jättää asioita kirjaamatta on suuri. Varsinkin, jos työaika on loppumassa tai seuraaville asiakaskäynneille täytyisi jo lähteä, jätetään moni asia kirjaamatta. Useilla työntekijöillä myös tilastoiminen ja kirjaaminen sekoittuvat toisiinsa. Tukikäyttäjien mukaan kirjaamisten määrä vähentyi rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisen yhteydessä, mutta näyttäisi nyt olevan jälleen lisääntymässä. Kirjatut asiat ovat muuttuneet vähemmän kuvaileviksi, mutta Ension & Sarannon (2004) mukaan tämä on tarpeen, jotta tietotekniikasta hyödyttäisiin enemmän.

Hoitajat kokevat turhauttavana sen, etteivät lääkärit lue kirjauksia Whoikekirjaamisalustalta, vaikka tavoitteena on ollut tuottaa yhteinen moniammatillinen työkalu kaikkien ammattiryhmien käyttöön. Heistä tuntuu turhalta kirjoittaa toisilleen, kun keskussairaalan poliklinikalta tai osastoilta soitetaan ja kysytään tietoja asiakkaista. Tiedot on luettavissa yhteisestä potilastietojärjestelmästä, mutta niitä ei osata koulutuksista huolimatta lukea.

Kotihoidossa tehdään töitä monenlaisella pohjakoulutuksella. Osalla on hyvinkin lyhyt pohjakoulutus, jonka lisäksi he ovat suorittaneet työnantajan järjestämiä tehtäväkohtaisia lisäkoulutuksia. Kirjaaminen rakenteisesti voi tuntua joistakin ylivoimaiselta, jos koulutukseen tai työtehtäviin ole kuulunut hoitotyön prosessiajattelua. Näille henkilöille pitää tarjota muita enemmän koulutusta ja tukea kirjaamisessa. Ongelmaksi voi muodostua se, että he eivät usein ole halukkaita

osallistumaan tämäntapaisiin koulutuksiin. Nykypäivän terveydenhuollossa toimiminen ilman asianmukaista koulutusta voi tulla mahdottomaksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistion (2004:18) mukaan työtehtävät vaativat yhä enemmän verkostoitumista, konsultointia ja uusimman tiedon etsimistä. Työnantaja on velvollinen varmistamaan, että henkilöstön valmiudet ja osaaminen riittävät potilastietojen käsittelyyn sähköisesti.

## **7.2 Tulosten luotettavuus ja eettisyys**

Haastattelutilanne vaikuttaa omalla tavallaan haastateltavien vastauksiin ja samalla myös tuloksiin. Haastatteluihin varatut tilat pyrittiin valitsemaan niin, että ne olisivat rauhallisia ja että kaikilla tukikäyttäjillä olisi niihin helppo tulla. Haastattelija tarjosi tukikäyttäjille mahdollisuuden esittää haastatteluajoja ja -paikkoja, jotka heille sopisivat parhaiten. Tällä tavoin sovittiin vain yksi haastattelu Simpeleelle, jonne myös Parikkalan ja Ruokolahden tukikäyttäjillä oli kohtuullinen matka. Muiden haastattelujen ajat ja paikat sopi haastattelija, koska ehdotuksia ei tullut. Tavoitteena oli tehdä kaikki haastattelut tammikuussa 2010. Samanaikaiset muut koulutukset ja tukikäyttäjien sairaslomat vaikeuttivat osallistumista ja aiheuttivat ilmoittautumisten peruuntumisia. Tästä syystä järjestettiin helmikuussa 2011 vielä yksi haastattelu.

Pääsääntöisesti haastatteluihin osallistui vähemmän tukikäyttäjiä kuin mitä oli ilmoittautunut. Sairastapaukset työyksiköissä estivät osallistumisen, ja osastonhoitaja tarjoutui kehottamaan tukikäyttäjiä osallistumaan enemmän. Tämä kiellettiin, koska osallistumisen tuli olla vapaaehtoista. Ilmoittautuneet saivat kuitenkin sähköpostimuistutuksen edellisenä päivänä tai haastatteluamuna, koska työkiireet aiheuttavat helposti unohduksia, ja näin he pystyivät tarvittaessa perumaan tulonsa. Sähköpostimuistutus motivoi samalla osallistumaan haastatteluun. Haastattelujen aikana tuli esille kritiikkiä koulutusta ja annettua tukea kohtaan, joten haastattelijan henkilöllisyys ei oletettavasti vaikuttanut tuloksiin.

Täsmäryhmähaastattelu osoittautui oikeaksi haastattelumenetelmäksi ja keskusteluista tuli vilkkaita. Tukikäyttäjinä tutkittavilla oli paljon tietoa tutkittavasta asiasta, ja he voivat omalla toiminnallaan myös vaikuttaa rakenteisen kirjaamisen käytön vakiinnuttamiseen. Haastatteluille oli varattu aikaa kaksi tuntia, mut-

ta kolme viidestä haastattelusta kesti noin tunnin. Kaikki haastateltavat eivät osallistuneet keskusteluihin yhtä paljon, mutta ohjattuna jokainen esitti mielipiteensä oman työyksikkönsä osalta. Haastattelujen alussa ilmeni vähäistä jännitystä uuden tilanteen vuoksi ja haastatteliija osallistui ajoittain keskusteluihin ohjaten niitä teeman suuntaan.

Tallennetut haastattelut kuunneltiin samana päivänä ja siirrettiin myöhemmin tietokoneelle, josta niitä oli helpompi kuunnella. Saatu aineisto litteroitiin nopeasti haastattelujen jälkeen ja aloitettiin analysointi. Analysoinnissa oli nähtävissä samansuuntaisia mielipiteitä jo heti alussa, mutta haastatteluja haluttiin jatkaa, jotta tietoa tulisi koko Eksoten alueelta. Saatua aineistoa ei tutkijan lisäksi luovuteta muille ja yksittäisen haastateltavan henkilöllisyys ei aineistosta paljastu. Saatu aineisto hävitetään, kun tutkimus on hyväksytty ja arvioitu.

## **8 JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA JATKOTUTKIMUSAIHEITA**

Jatkossa vastaavia koulutuksia suunniteltaessa kannattaa huomioida alueen suuri koko ja koulutettavien suuri määrä. Uudet asiat omaksutaan parhaiten pienessä joukossa, jossa koulutettavien taustat ovat jokseenkin samanlaiset. Kun samassa ryhmässä on jo tietotekniikan hyvin hallitsevia ja siihen vasta ensimmäisiä kertoja tutustuvia, on oikean koulutustavan ja -tahdin löytäminen vaikeaa. Eri ammattiryhmillä ja eri aikaan valmistuneilla tiedot hoitotyön prosessista ja hoitotyön kirjaamisesta ovat hyvin erilaisia. Pieni ryhmä ja vertaisten joukko kannustaa kysymään enemmän ja koulutustahti voidaan sovittaa kullekin ryhmälle sopivaksi.

Koulutusten järjestäminen mahdollisimman lähelle käyttöönottoa helpottaa käyttöönottoa, sillä opitut asiat unohtuvat nopeasti ilman käyttöä. Suuren joukon koulutuksessa tarvitaan useita kouluttajia, koska koulutuksia joudutaan väistämättä järjestämään päällekkäin. Ryhmissä avustavat opettajat ovat edelleen tarpeellisia, koska pystyvät antamaan henkilökohtaista opetusta.

Koulutustilan tulee olla rauhallinen ja koulutukseen soveltuva. Ulkopuolinen häly ja huonot kalusteet vaikeuttavat keskittymistä. Koulutukseen tulijalla täytyy olla

riittävästi aikaa osallistua koko koulutukseen ja hänellä tulee olla aikaa tulla työyksiköstään ajoissa, jotta hän pystyy keskittymään opetettavaan asiaan.

Koska myös terveydenhuollossa työ kehittyy ja muuttuu yhä enemmän tietotyön suuntaan, on henkilökunnan valmiuksia lisättävä ajoissa. Tietoa tulvii ja koko yhteiskunta muuttuu. Asiakkaat ja omaiset käyttävät yhä enemmän tietotekniikka viestiessään asioistaan. Esimiesten haasteena on huolehtia siitä, että kaikilla on perustiedot tietotekniikan käytöstä ja ettei ammattitaitoinen työvoima siirry muihin tehtäviin. (STM 2004, Heiskanen & Niemi 2009.)

Käyttöönoton vaiheessa kirjaajat tarvitsevat tukea kaikkein eniten, ja silloin pitäisi omassa työyksikössä olla myös iltavuorossa käytettävissä tukikäyttäjä, jolta voi kysyä apua. Avun tarve on usein akuutti ja ohjeiden antaminen puhelimitse on vaikeaa. Ilman apua tiedot jäävät kirjaamatta tai jopa koko hoitokertomus aloittamatta. Kouluttajan ja pääkäyttäjän tulee olla paremmin tavoitettavissa, jotta tukikäyttäjät voivat tarvittaessa pyytää apua.

Hoitokertomus tulee muuttumaan ja kehittymään jatkossa, mutta nykyisen version käyttäminen helpottaa tulevien versioiden käyttöönottoa. Kirjaamisen rakenteisuus on tullut jäädäkseen, mutta toivottavasti seuraavat versiot ovat käyttäjäystävällisempiä ja suunniteltu enemmän käyttäjien tarpeisiin. Pisimpään hoitokertomusta käyttäneet kaipaavat nykyiseenkin versioon kertauskoulutusta, koska ohjelman kaikkia lukuisia ominaisuuksia ei osata tai muisteta käyttää.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, miten hoitotyön rakenteinen kirjaaminen on juurtunut Eksoten kotihoidon käyttöön. Viiden vuoden kuluttua rakenteisesta kirjaamisesta on tullut jo arkipäivää, ja se on kehittynyt eteenpäin. Toivottavasti hoitotyön kirjaamismalli on silloin otettu käyttöön myös Etelä-Karjalan keskussairaalassa ja potilastiedot ovat tarvittaessa saatavissa Kansallisesta arkistosta ympäri maata. Myös kirjaamisen laatua olisi hyvä selvittää ja kehittää jo aiemmin, sillä Kansallisesta arkistosta saa tarvitsemiaan tietoja vain, jos ne ovat oikein ja laadukkaasti kirjattu.

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Tarve- ja toimintoluokitukset versio 2.0.1, s.8

Taulukko 2. Koulutus- ja käyttöönottoaikataulu Eksoten alueella, s.24

## **KUVAT**

Kuva 1. Mukailtu näkymä Effic-potilastietojärjestelmän hoitokertomuksen päivittämisen kirjaamisen sivusta, s.16

## LÄHTEET

eNNI-hanke. 2008. <http://www.amk.fi/eni/> (Luettu 1.3.2011)

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri.  
<http://www.eksote.fi/Default.asp?NakymalD=2> (Luettu 20.10.2010)

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilastietojärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Heinola, R. 2007. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes, 26 - 29.

Heinola, R. & Paasivaara, L. 2007. Kotihoidon prosessit. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes, 52 - 60.

Heiskanen, A. & Niemi, A. 2009. Mustavalkoinen totuus terveydenhuollon johtamisesta. Riihimäki: Talentum Media Oy.

Henkilötietolaki 523/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> (Luettu 23.4.2009)

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.osin uud. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

HoiData- hanke. 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke (HoiData -hanke) 9/2007 - 10/2009. Loppuraportti. [www.vsshp.fi](http://www.vsshp.fi) (Luettu 18.10.2010)

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Johdanto. Teoksessa. Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 5 - 9.



Härmä, M, Juvonen, P. & Ovaska, P. 2009. WHOIKE-tietojärjestelman käyttöönotto jouduttiin keskeyttämään Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Suomen Lääkärilehti 64(18), 1679 - 1682.

Häyrinen, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön perustiedon hyödyntäminen johtamisessa. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 139 - 154.

Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos Pro gradu -tutkielma.

Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.

Jylhä, V. & Kinnunen, U-L. 2008. Terveystieteiden sähköiset tietokannat – tiedon hyödyntäminen tutkimustyössä ja johtamisessa. Stakesin työpapereita 19/ 2008. <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/tyopaperit/T19-2008-VERKKO.pdf> (Luettu 8.4.2009)

Kansallinen terveystietokanto. <https://www.kanta.fi/web/fi/sahkoinen-potilastiedon-arkisto> (Luettu 19.10.2010)

Kansanterveyslaki 66/1972. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066> (Luettu 5.4.2009)

Karsten, H. & Vuokko, R. 2008. Nurses translating technology. Teoksessa The First Conference on Text and Data of Clinical Documents. TUCS General Publication No 52, 68 - 80. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/41995/proc2008louhi.pdf?sequence=2> (Luettu 6.10.2008)

Korhonen, K. 2005. KAAPO-projekti (KAAkois-Suomen terveydenhuollon POTilasjärjestelmä). [http://www.tietoyhteiskuntaohjelma.fi/parhaatkaytannot/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuolto/fi\\_FI/1105083963262/index.html](http://www.tietoyhteiskuntaohjelma.fi/parhaatkaytannot/sosiaali_ja_terveydenhuolto/fi_FI/1105083963262/index.html) (Luettu 8.4.2011)

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> (Luettu 21.1.2011)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159> (Luettu 23.4.2009)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> (Luettu 5.4.2009)

Lehtikari, O. 2005. Hoitotyön kirjaamisen peruskartoitus. Valtakunnallinen sähköisen hoitotyön dokumentoinnin kehittämishanke 2005-2008, loppuraportti osa 2. 2008. <http://www.vsshp.fi/fi/4519> (Luettu 5.4.2009)

Liikanen, H & Niemi, A. Kotihoidon liikkuvaa tietojenkäsittelyä kehittämässä. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisu B-26. Kotka.

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC –luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. [http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC\\_OHJEKIRJA\\_VERSION\\_1\\_0\\_final\\_a.pdf](http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf) (Luettu 5.4.2009)

Mäkelä, K. 2006. Terveydenhuollon tietotekniikka. Terveiden ja hyvinvoinnin sovellutukset. Helsinki: Talentum Media Oy.

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. <http://www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf> (Luettu 1.8. 2010)

Sabacare. 2004. Clinical Care Classification System. <http://www.sabacare.com/> (Luettu 11.3.2011)

Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hopia, H & Koponen, L. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 13 - 24.

Saranto, K. & Ensio, A. 2008. Esipuhe. Teoksessa Iivanainen, A. & Syväoja, P. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 13 - 14.

Saranto, K. & Sonninen, A. 2007. Miksi systemaattista kirjaamista tarvitaan? Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 11 - 16.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/asetussuomi.pdf> (21.1.2011)

STM 2001:3. 2001. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys80.htm> (Luettu 5.4.2009)

STM 2004:18.2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:18. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4020.pdf&title=Sahkoisten\\_potilasasiakirjajarjestelmien\\_toteuttamista\\_ohjaavan\\_tyoryhman\\_loppuraportti\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4020.pdf&title=Sahkoisten_potilasasiakirjajarjestelmien_toteuttamista_ohjaavan_tyoryhman_loppuraportti_fi.pdf) (Luettu 24.6.2009)

STM 2008. 2008. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolaki työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1066999](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1066999) (Luettu 8.4.2011)

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 113 - 122.

Tanttu, K. 2008a. National-Nursing-Project- 2005-2007. <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/15158/National-Nursing-Project-2005-2007.pdf> (Luettu 30.4.2009)

Tanttu, K. 2008b. Valtakunnallinen sähköisten hoitotyöndokumentoinnin kehittämishanke 2005-2008, loppuraportti osa 1. <http://www.vsshp.fi/fi/4519> (Luettu 5.4.2009)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

Wistrand, A. 1898. Wistrandin kotilääkäri. Käsikirja kotilääkintöä varten, eli osoitus sisällisten ja ulkonaisten tautien tuntemiseen ja yksinkertaisimpaan lääkitsemiseen, sekä erityinen osasto naisten ja lasten tauteja ynnä lyhyt terveys- ja lääke-oppi. 9. painos. Pori: Otto Andersin'in kirjap. & kustannuksella, 14.

## TUTKIMUSTIEDOTE

## Hyvä Hoitokertomuksen tukikäyttäjä!

Teen opinnäytetyötä Eksoten kotihoidon hoitohenkilökunnan kokemuksista rakenteisesta sähköisestä kirjaamisesta. Haluaisin tietää uudenlaisen kirjaamisen vaikutuksista hoitotyön kirjaamiskäytäntöihin.

Olet toiminut tukikäyttäjänä Hoitokertomuksen koulutuksissa sekä työpaikkasi kirjauksen ongelmatilanteissa. Siksi pyydän sinua osallistumaan haastatteluun, joka tehdään ryhmässä. Tavoitteena on saada kaikki Eksoten kotihoidon Hoitokertomuksen tukikäyttäjät haastatteluun. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää koska tahansa. Haastattelut tallennetaan ja analysoidaan niin, ettei haastateltavien henkilöllisyys paljastu.

Olen opiskelemassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelmassa Saimaan ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tekeminen on osa opiskeluni. Ohjaajina toimivat kotihoidon päällikkö Raili Paa-janen ja yliopettaja Pirjo Vaitinen.

Jos haluat tarkempia tietoja haastattelusta tai tutkimuksesta, minut tavoittaa joko puhelimitse tai parhaiten sähköpostilla.

Ystävällisin terveisin,

Merja Välimäki

Th, YAMK-opiskelija

Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma

Saimaan ammattikorkeakoulu

Puh. XXX

e-mail: merja.valimaki@xxx

## SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Annan suostumukseni haastatteluun ja siitä tallennetun materiaalin käyttämiseen tutkimusraportissa ja mahdollisessa muussa raportoinnissa. Haastattelut tallennetaan digitaalisesti ja puretaan kirjalliseen muotoon. Saatua aineistoa käytetään Merja Välimäen opinnäytetyössä, jossa tarkoituksena on tutkia Eksoten kotihoidon tukikäyttäjien kokemuksia rakenteisesta sähköisestä kirjaamisesta. Olen saanut kirjallista tietoa mukana seuraavalla tiedotteella ja olen voinut kysyä lisää tutkijalta.

Osallistumiseni haastatteluun on vapaaehtoista ja voin keskeyttää osallistumiseni niin halutessani. Haastattelussa esille tulevat tiedot pysyvät luottamuksellisina.

---

Paikka ja aika

---

Haastateltavan allekirjoitus

---

Nimenselvennys

---

## **RYHMÄHAASTATTELUN TEEMAT JA KYSYMYKSET**

### **1. OMAT JA LOPPUKÄYTTÄJIEN KÄYTTÖKOKEMUKSET WHOIKESTA**

- Myönteiset kokemukset Whoiken käytöstä
- Kielteiset kokemukset Whoiken käytöstä

### **2. KOKEMUKSET LOPPUKÄYTTÄJIEN TUEN JA OHJAUKSEN TARPEISTA**

- Millaista tukea saatu Whoiken käytössä?
- Keneltä tukea on haettu?
- Keneltä on saatu eniten tukea?
- Minkälainen tuki ja ohjaus ovat auttaneet?
- Millaista tukea olisi kaivattu?
- Onko tuen tarve muuttunut, kun rakenteista kirjaamista on käytetty pitempään?

### **3 KOKEMUKSET WHOIKEN KÄYTTÖÄ EDISTÄVISTÄ JA VAIKEUTTAVISTA TEKIJÖISTÄ**

- Millaista koulutusta on saatu rakenteisesta sähköisestä kirjaamisesta?
- Mikä kirjaamisessa on koettu helpoksi?
- Mikä kirjaamisessa on koettu vaikeaksi?

### **4 NÄKEMYKSET SÄHKÖISEN RAKENTEISEN KIRJAAMISEN VAIKUTUKSISTA KOTIHOIDON KIRJAAMISEEN**

- Onko kirjatut asiat muuttuneet?
- Onko muiden yksiköiden kirjaamien tekstien lukeminen muuttunut?
- Löytyykö kirjatusta tekstistä hoidossa tarvittava tieto?
- Miten uusi kirjaus on muuttanut työajan käyttöä?

## **HAASTATELTAVIEN TAUSTATIEDOT**

- Ikä
  
- Työkokemus terveydenhuollossa
  
- Työkokemus kotihoidossa?
  
- Kuinka kauan olet käyttänyt tietokonetta?
  - Oletko saanut koulutusta tietokoneen käytössä?
  
- Onko aiempaa kokemusta sähköisestä kirjaamisesta?

# WHOIKE PIKAOHJE

Versio (6) 24.5.2010

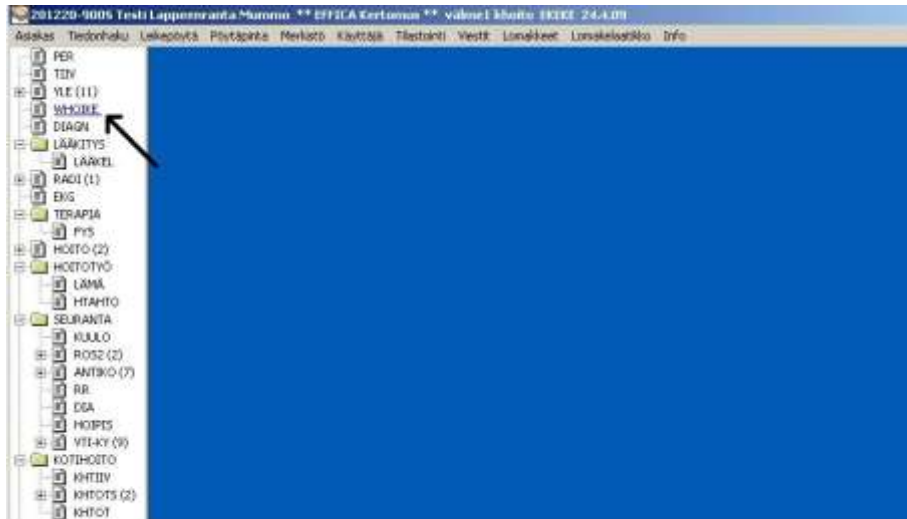
ENSIMMÄISEKSI TARKISTA, ETTÄ TYÖASEMATIEDOT OVAT OIKEIN MYÖS KERTOMUKSEN PUOLELLA!

Voit tarkistaa ja tarvittaessa muuttaa työasematiedot Käyttäjä-> Työasematiedot, yksiköksi oma työyksikkö ja toimintona tulee olla kotihoito.

## HOITOKERTOMUKSEN AVAAMINEN

Avaa asiakkaan Efficca-kertomus. Jos hänellä löytyy WHOIKE Efficca-puusta, niin avaa se. Ellei WHOIKE:a löydy puusta, voit avata sen Lomakelaatikosta kuten muutkin lomakkeet. KTS. Kuva 1

Kuva 1



## HOITOKERTOMUSTEN SELAILU

Jos asiakkaalla on jo kotihoidon hoitokertomus, **Hoitotiedot** - sivu aukeaa suoraan. Pysyvät suunnitelmat näkyvät sinisellä tekstillä. Ne eivät ole vielä tallentuneet nimiisi, vaikka oma nimesi ja päivämäärä ovatkin mustalla. Hoitotietojen ylläpitosivulle pääset suoraan suunnittelun **Uusi-linkistä**. KTS. Kuva 2



pitotiedot

Testi Lappeenranta Mummo  
201220-9005; 88 v

Määräykset:

Muistettavaa:  
Kampaaja tulee  
9.4.2009

Ajankohta: 4.4.2009

Työvuoro: Komponentti: Tapahtuma: Hoitoisuusluok

pitotiedot:

Hoitaja	Ajankohta	Työvuoro	Komponentti	Tapahtuma	Hoitoisuusluok
Uusi Välämäki Merja, th 10:45 EVKEP	24.4.2009		Suunnittelu	RAVITSEMUS, Ravinnon vähäisyys, Tähän potilaan ongelma; potilaan paino pudonnut, ei jaksa tehdä ruokaa tahi käydä kaupassa, ruokavalio yksipuolistunut -> Ruokavalion monipuolinen ja sitä on saatavilla	P
Uusi EKPKE	24.4.2009 10:45		Suunnittelu	KEINOT; ateriapalvelu, tilataan kauppa-apu ERITTÄMINEN, Virtsan pidätyskyvyttömyys, Kastelee varsinkin öisin. -> Pidetään vuode ja housut kuivina. Keinot: Laitetaan yöksi Panssit ja huolehditaan aamuisin alapesusta. Suojataan vuode poikkiakanelalla.	P
Uusi	24.4.2009 10:45		Suunnittelu	FYYSINEN TASAPAINO, Verenpaineen muutos, Korkea verenpaine -> Saadaan verenpaine normaalilukemiin. Keinot: Mitataan verenpaine 1xvk, tarvittaessa lääkityksen muutos	P
Uusi	24.4.2009 10:45		Suunnittelu	ITSEHOITO, Peseytymis- tai hygieniaongelma, Ei pysty itse huolehtimaan pesuistaan -> henkilökohtainen hygienia kunnossa Keinot: suihkunäivä periantaina, aamupesut päivittäin	P

Hyväksy pysyvät | Katselu | Uusi | Perustiedot | Edellinen

Kuva 2

## UUSI HOITOKERTOMUS

Uuden hoitokertomuksen aloitus tapahtuu **Uusi Hoitokertomus** –painikkeesta. Sitä käytetään vain hoitajakson alussa ja vain uuden hoitokertomuksen luomiseen. Tarkistathan, että kirjaat aina oikeaan, voimassaolevaan kotihoidon hoitokertomukseen. Kotihoidon hoitokertomuksia voi/saa olla kerrallaan aktiivisena vain yksi. KTS. Kuva 3

WINDICE

Hoitokertomusten selailu

Testi Lappeenranta Mummo  
201220-9005; 88 v

Ajankohta: 24.04.2009

Hae

Hoitotiedot	Perustiedot	Katselu	Hoitokertomustyyppi	Yksikkö	Erikoisala	Toiminto
			Kotihoidon hoitokertomus	Khk Keskusta pohjoinen		Kotihoito

Katselu | Uusi Hoitokertomus | Sulje

Kuva 3

## PERUSTIEDOT

**Hoitokertomuksen perustiedot** -sivu on muuttunut päivityksessä ja sivulle ei enää tule käyntiriviä päivämäärineen automaattisesti, vaan jokaisen tulee itse tehdä se kirjoittamalla päivämäärä ja oma nimi.

Perustiedot näkymällä pakollisia tietoja ovat hoitokertomuksen tyyppi sekä alkupäivämäärä, jonka oletuksena on kuluva päivä. Kotihoidossa **Lähetteet** osio jää tyhjäksi. Hoitoon osallistuvan yksikön tiedot tulevat työasematiedoista tallennuksen yhteydessä.

**Hoitoon tulon syy** tekstikenttään mahtuu vain lyhyt tieto tulon syystä. Selite-kenttään kirjataan asiakkaan kotihoidon palvelujen piiriin tulon syy laajemmin, hoitoon vaikuttavat sairaudet, asuminen, liikkuminen, aistit, erittäminen, syöminen, pukeminen, peseytyminen, lääkkeiden ottaminen, muisti, psyyke, omaishoitajuus, edunvalvonta, ... Siis vastaavia asioita kuin aiemmin Effican Voimavarakartoituksen yhteenvetoon.

**Hoidon tavoite ja odotetut tulokset** tekstikenttään kirjataan tavoitteet, joihin pyritään hoitotyön keinoin. Siihen kirjataan myös erilaiset yksityiset palvelut. Tietoja voi muuttaa jälkikäteen ja niitä voi täydentää myöhemmin. Aina kuitenkin merkittävä uusi päiväys ja kirjajan nimi.

**Hoitotiedot-painike** aktivoituu, kun tiedot tallennetaan alla olevasta **Tallenna-painikkeesta**. KTS. Kuva 4

Kuva 4

## HOITOTIEDOT

Kun aloitat uuden hoitokertomuksen, **Hoitotiedot** -näkylässä ei ole mitään tekstiä.

**Hoitotietojen ylläpito**näkymään pääset alla olevalla **Uusi** –painikkeella.

Hoitotietojen ylläpito-näkymässä pääset kirjoittamaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Suunnittelussa voit valita joko yksittäisen komponentin vetolaatikosta tai useamman komponentin luokitusten monivalinnan kautta. Komponentit avataan suunnittelun yhteydessä niin pitkälle, että sopivin alaotsikko löytyy. Alaotsikoista löytyy lisää tietoa siitä, mitä komponentilla tarkoitetaan. Ohjelma muistaa monivalinnassa valitut pää- ja/tai alaluokat. Valitse aina pienin mahdollinen ala- tai pääluokka.

Kun olet kirjannut **Hoidon tarpeen** sekä **Tavoitteet ja keinot** (voi sisältää ohjeita esim. tarvittavista lääkkeistä, haavanhoito- tai muita ohjeita), voit jatkaa toteutukseen ja arviointiin. **Toteutuksessa** valitaan samoin komponentti, pääluokka ja alaluokkakin, jos sopiva löytyy. Kun toteutus ja mahdollinen arviointi on tehty, jatka **Tallenna + Uusi** – painikkeella seuraavaan monivalinnan tuomaan suunnitteluun. Käy läpi kaikki suunnittelun monivalinnan tuomat pää- ja alaluokat. **Arviointia** tehtäessä täytyy valita **Hoidon tulos** ja **Arvioinnin kohde** sekä kirjoittaa sanallinen arviointi omaan kenttäänsä. Kokonaisarviota ei valita, ellei haluta kokonaisarvion näkyvän **Hoitokertomuksen perustiedot** - lehdellä. Kun **Tallenna + uusi** jälkeen tulee **Hoidon suunnitteluun** tyhjät kentät, olet käyttänyt kaikki valitsemasi otsikot. Silloin voit jatkaa **Tallenna + sulje** – painikkeesta **Hoitotiedot**-näkymlle. KTS. Kuva 5 ja 6

Kuvat < 5 ja  
6>

Kun potilaan hoitotiedot piilotetaan ”kolmiosta” – katso kuva yllä – muistettavaa laatikosta jää sininen i-pallo, josta näkyy **Muistettavaa** kentän teksti, kun hiiren kursori viedään pallon päälle. **Muistettavaa** – laatikko on nähtävissä **Hoitotiedot** ja **Hoitotietojen ylläpito** – näkymissä. Siihen ei saa laittaa hoitotietoja, joiden pitää tallentua, vaan sitä käytetään muistilappuna.

Asiakkaan henkilötunnuksen perässä mahdollisesti oleva punainen !-pallo tarkoittaa kriittisiä tietoja. Tiedot saa näkyviin viemällä hiiren kursorin pallon päälle. Tiedot näkyvät myös asiakkaan TIIV –lomakkeella erityistä huomioitavaa kentässä.

Jos haluat suunnittelun siirtyvän myös tuleville päiville, jätä täppä kohtaan ”Pysyvä”. Jos teet muutoksia suunnitteluun ja haluat muutoksen siirtyvän seuraavalle päivälle, täppä kohdassa ”Päivitä pysyvä” varmistaa sen.

Hoitokertomuksen päivittäiset kirjaukset näkyvät **Hoitotiedot** -näkyymällä. Jos asiakkaalla on jo tallennettu hoitokertomus, avautuu **Hoitotiedot** -näkyymä suoraan. Pysyviksi talletetut suunnitelmat ovat ennen tallennusta näkyymässä sinisellä. Pysyvät suunnitelmat on mahdollista, vaan ei pakollista hyväksyä **Hyväksy pysyvät** – painikkeella. **Uusi** – [linkin](#) kautta pääset heti kirjaamaan toteutuksen ja arvion kyseiseen suunnitteluun, jolloin samalla tallentuu sekä suunnittelu, toteutus että arvio.

Hoitotiedot -näkyymällä hoitotyön prosessin vaihe (suunnittelu, toteutus, arviointi) on merkitty aina samalle pohjavärille. Eli saman suunnitelman toteutukset ja arviot ovat samalla pohjavärillä eroteltu toisista suunnitelmista.

Päivämäärän vieressä olevalla Yön yli -valinnalla saat näkyviin edellisen työvuoron aikaiset talletetut tiedot. Tämä helpottaa esimerkiksi yövuoron aikaista kirjaamista. Näin voit myös lisätä edellisen päivän toteutukselle tai suunnitelmalle arvion.

**Korjaa** –[linkin](#) kautta pääsee muuttamaan jo tallennettua tekstiä. Korjauksesta jää **M-linkki**, jonka kautta pääsee tarkastamaan muutoksia. Pysyvä tarve on merkitty oikeassa laidassa olevalla **P**-kirjaimella.

Suunnitteluille pääset tekemään uuden toteutuksen ja arvion **Uusi-linkin** kautta.

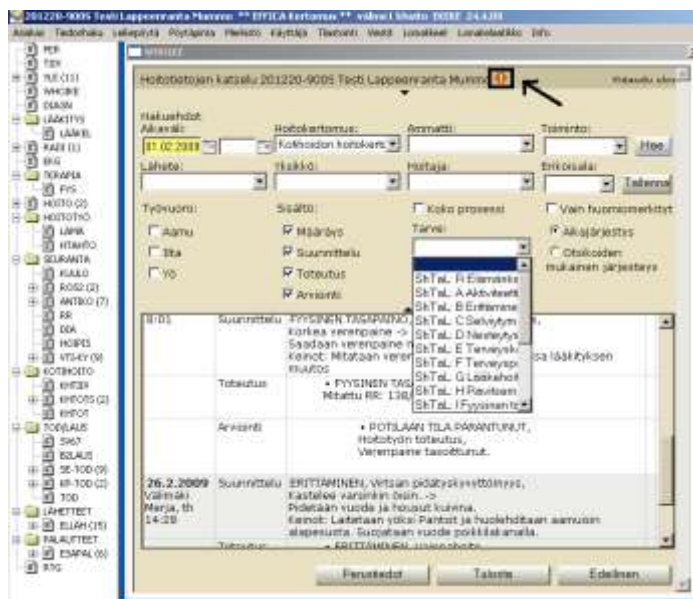
## **HOITOTIETOJEN KATSELU**

Hoitotietojen katseluun pääsee **Hoitotiedot** ja **Hoitokertomuksen perustiedot** – näkymistä **Katselu** – [painikkeella](#) sekä Hoitokertomusten selailunäkymästä **Katselu** – [linkin](#) kautta. Hoitotietoja voidaan hakea monilla eri hakuehdoilla ja niiden yhdistelmillä. Katselu näyttää hoitotietoja oletusarvoisesti viikon taaksepäin – katseluaikaväliä voit muuttaa **Hakuehdot**, **Aikaväli** –kohdasta.

Lääkitystiedot näkyvät punaisella riippuen valitusta alaluokasta. Esimerkiksi injektiot ja lääkkeiden antaminen suun kautta näkyvät punaisella, mutta dosettiin jakaminen ei näy.

Katselunäkymästä on mahdollista tarvittaessa tulostaa **Tulosta**-[painikkeella](#). KTS. Kuva 7

Kuva 7



## HOITOKERTOTUS JA ARVIOINTI

Hoitojakson päät-

kirjataan lopetuspäivämäärä **Hoitokertomuksen perustiedot** näkymään. Lopetusta ei tehdä asiakkaan lähtiessä jaksohoito paikalle tai joutuessa sairaalahoitoon silloin, kun asiakas todennäköisesti palaa takaisin kotiin. Toistaiseksi lopetuspäivää ei voi lisätä kalenterista vaan se on tehtävä käsin.

Perustiedot näkymään kirjataan myös asiakkaan väliarviointi **Kokonaisarviointi** tekstikenttään. Teksti lisätään kenttään **VÄLIARVIO-** otsikon, päivämäärän ja kirjaajan nimen alle. Väliarvio tehdään kuukauden välein. Siinä arvioidaan asiakkaan vointia yleisesti. KTS. Kuva 4

## ULOSKIRJAUTUMINEN

Hoitokertomuksesta kirjaudutaan ulos **aina** oikeasta yläkulmasta **Kirjaudu ulos – linkistä**. ”Ruksista” lopettaminen sulkee ohjelman vailla vaivaa, eikä sitä saa käyttää.

**Huom!** Suunnitelmien laadinnassa kannattaa käyttää maalaisjärkeä. Kaikista asioista ei ole syytä tehdä erillistä suunnitelmaa. Suunnitelmassa komponentin valinta riippuu aina hoidon ja avun tarpeen syystä. Vapaan tekstin kohtaan selitetään aina tilanne tarkemmin.

Esim. jos asiakkaalla on turvotuksia jaloissa, reumaa ja huimausta, ei jokaisesta pidä tehdä omaa pysyvää suunnitelmaa, ellei jokin ole varsinainen ongelma, jota hoitotyön keinoin säännöllisesti toteutetaan. Yhteiseksi tekijäksi suunnitelmaan tulee liikuntakyvyn heikentyminen, jonka alle kirjataan toteutus- tai niistä asioista, joissa liikuntakyvyn heikentymisen vuoksi tarvitsee apua.

## Kaatuminen

Suunnitelma

Turvallisuus – Tapaturmariski – Kaatumisriski

MUKSEN LOPE-  
OINTI

tyessä WHOIKE:en

Toteutus 1) Jos asiakas laitetaan sairaalaan -> Jatkohoidon tai kontrollikäyntien järjestäminen - Terveyskeskuslääkäri  
 2) Jos esim. haava -> Kudoseheys – sopiva pää- ja alaotsikko  
 3) Jos ei mitään erityistä -> Turvallisuus – Ulkoisen turvallisuuden lisääminen – Turvallisen ympäristön järjestäminen/ Tapaturmariskin huomioiminen

### **Huimaus**

Suunnitelma Komponentin valinta riippuu syystä (konsultoi tarvittaessa sh:a) esim.  
 1) Aistitoiminta - Tasapainoainin muutos  
 2) Verenkierto – Verenkiertohäiriö  
 3) Verenkierto - Verenkiertohäiriö - Verenpaineen muutos

Toteutus Aistitoiminta –Tasapainoainin muutosten huomiointi – Tasapainon huomiointi

### **Turvotus**

Suunnitelma 1) Nestetasapaino – Lisääntynyt nestevolyymi – Turvotus

Toteutus Nestetasapaino – Nestetasapainon seuranta – Turvotusten tarkkailu

### **Äkillinen terveydentilan muutos**

Suunnitelma 1) Aistitoiminta – Akuutti kipu - sopiva alaluokka  
 -> *Jos esim. päänsärky tai muu kipu*  
 2) Verenkierto – Kehon lämpötilan muutos - Yliämpö  
 -> *Kuume jne.*

Toteutus 1) Jos sisältyy lääkehoitoa -> Lääkehoito – Lääkkeen antaminen – Lääke suun kautta/ injektiona/jne.  
 2) Jos ei liity lääkehoitoa -> Aistitoiminta – Kivun hoito –  
 3) Jatkohoito – Jatkohoidon tai kontrollikäyntien järjestäminen - Terveyskeskuslääkäri

### **Juoksevat asiat**

Suunnitelma Selviytyminen – Potilaan heikentynyt selviytymiskyky – ja mahdollinen alaluokka sen mukaan, miksi ei itse hoida

Toteutus 1) Terveyspalvelujen käyttö – Muiden ammattiryhmien palvelu  
 -> *rahan haku edunvalvonnasta (kirjataan tämän alle myös rahan vienti, jotta siihen liittyvät asiat löytyvät helposti)*  
 2) Päivittäiset toiminnot – Puhtaudesta huolehtiminen  
 -> *vaatteiden hankinta*

3) Lääkehoito – Lääkehoidon ohjaus/ tai Selviytyminen – Potilaan selviytymisen tukeminen

-> *lääkkeiden haku apteekista*

4) Selviytyminen – Potilaan selviytymisen tukeminen >*kauppata-  
varoiden tilaus ja vienti*

### **Vuorohoito, sairaalaanlähtö/tulo, röntgen, labra ym.**

Suunnitelma	Asiakkaan <b>lähtö/tulo</b> : Jatkohoito – Hoidon jatkuvuuden tarve – Hoito jatkuu perusterveydenhuollossa/erikoissairaanhoidossa tai sen suunnitelman alle, josta sairaalaan lähtö johtuu.
Toteutus	Asiakkaan <b>tulo</b> : Jatkohoito- Jatkohoidon tai kontrollikäyntien järjestäminen <ul style="list-style-type: none"> <li>– <u>kotipalvelu, jos pelkät kotihoidon käynnit ja tarvittaessa sh,</u></li> <li>– <u>kotisairaanhoito, jos pelkät sh:n käynnit)</u></li> <li>– <u>jos sekä lh:ien että sh:n säännölliset käynnit, ei valita alakomponenttia ollenkaan</u></li> </ul> Asiakkaan <b>lähtö</b> : Jatkohoito - Jatkohoidon tai kontrollikäyntien järjestäminen - > katso sopiva jatkohoidon alaluokka

### **Asiakas hakee toimistolta lääkepussit**

Suunnitelma	Komponentti valitaan syyn mukaan, miksi asiakas hakee lääkkeet tstoilta. esim. Kanssakäyminen - Sosiaalinen eristäytyminen, tai Aktiviteetti – Aktiviteetin muutos – Liikunnan vähäisyys Tai esim. Lääkehoito – Lääkkeiden käyttöön liittyvät riskit – Lääkkeiden väärinkäyttö Tai: Lääkehoito – Lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät tekijät – Avun tarve lääkkeiden jakamisessa
Toteutus	Lääkehoito – Lääkkeen vaikutuksen seuranta Lääkehoito – Lääkkeen vaikuttavuuden seuranta Lääkehoito – Lääkkeiden jakaminen dosettiin

(Tässä on hyvä miettiä, onko asiasta syytä tehdä erillistä suunnitelmaa. Esim. jos asiakkaalla on muutakin lääkehoidon toteutuksen ongelmaa, jonka hoitaja tekee, lääkepussien haku laitetaan koko lääkehoidon ongelmia kattavaan suunnitelmaan keinoksi, joka silloin näkyy lääkehoidon **toteutuksessa**)

### **Ruokailuun haku**

Suunnitelma	Komponentti valitaan syyn mukaan, miksi asiakas haetaan kotoa (esim. liikkuminen, muisti...)
Toteutus	Päivittäiset toiminnot – Ruokailun järjestäminen - Ruokailussa avustaminen

(Sama kuin edellä. Jos asiakkaalla on muutakin ravitsemukseen liittyvää ongelmaa, ruokailuun haku laitetaan siihen liittyvien ongelmien suunnitelmaan keinona joka näkyy ko. suunnitelman **toteutuksena**).

**Puhelut** Puhelujen kirjaamiseen ei ole ohjelmassa komponenttia, joten ne kirjataan sen komponentin alle mitä asiaa/ongelmaa puhelu koskee tai tehdään uusi suunnitelma.

### **Ulkoiluapu**

Suunnitelma Aktiviteetti – Aktiviteetin muutos – Vähäinen liikkuminen

Toteutus Selviytyminen – Potilaan selviytymisen tukeminen

### **INR -näytteiden ottaminen**

Suunnitelma Verenkierto – Verenkiertohäiriö – Sydämen rytmin muutos  
-> FA

Verenkierto – Verenkiertohäiriö -> TIA, trombi, jne.

Terveyskäyttäytyminen – Terveiden säilyttämisen tarve

Toteutus Terveyspalvelujen käyttö – Näytteiden ottaminen - Verinäyte



<b>tunniste</b>	<b>KOMPONENTTI</b>	<b>tunniste</b>	<b>PÄÄLUOKKA</b>	<b>tunniste</b>	<b>ALALUOKKA</b>
5000	Aktiviteetti Aktiviteetin sekä uni- ja  valvetilan muutokset	5001	Aktiviteetin muutos	5002	Aktiviteetin heikkeneminen Esim. Yleinen aktiviteetin lasku laitoshoidon jälkeen akuutti liikkumisen heikkeneminen, huoneeseen/kotiin passivoituminen
				5004	Ajanvietteen vähäisyys virikkeiden vähäisyys
				5006	Yliaktiivisuus ylenpalttinen touhuaminen
				5007	Liikunnan vähäisyys ei liiku, ei halua liikkua
				5008	Väsymys
				5009	Rasituksen huono sietokyky Esim. Hengenahdistus pienestä liikkumisesta
				5010	Liikkumisen rajoittuminen esim. lihavuus, asunto-olosuhteet, vammat
				5011	Lihaskunnan heikkous pitkän sairauden jälkeen
		5012	Unihäiriö- unen laadun ja määrän muutos	5013	Liiallinen uni nukkuisi koko ajan
				5014	Vähäunisuus ei nuku tarpeeksi
				5015	Unettomuus ei saa nukuttua
				5016	Vuorokausirytmien muutos nukkuu päivällä, valvoo yöt
				5017	Nukahtamisvaikeudet vaikea saada unen päästä kiinni
				5018	Uniapnea

				<b>5019</b>	<b>Katkonainen uni</b> nukkuu pätkittäin
<b>5021</b>	<b>Erittäminen</b>	<b>5022</b>	<b>Ulostamiseen liittyvät häiriöt</b>	<b>5023</b>	<b>Ulosteen pidätyskyvyttömyys</b> ei tunnista ulostamisen tarvetta, ei hallitse suolta
	Ruuansulatukseen, virtsaiteiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät			<b>5024</b>	<b>Ummetus</b>
				<b>5025</b>	<b>Ripuli</b>
				<b>5026</b>	<b>Suolitukkeuma</b>
				<b>5028</b>	<b>Ulostamisvaikeus</b> iänmukainen ,lääkityksestä johtuva suolen toimintahäiriö
				<b>5029</b>	<b>Ilmavaivat</b>
				<b>5030</b>	<b>Ulostamisen muu häiriö</b> Esim. suoliavanne
		<b>5031</b>	<b>Virtsaamiseen liittyvät häiriöt</b>	<b>5032</b>	<b>Virtsan pidätyskyvyttömyys</b> ei tunnista virtsaamisen tarvetta, virtsan karkailu vaippahoito
				<b>5033</b>	<b>Jäännösvirtsa</b>
				<b>5034</b>	<b>Virtsaumpi</b>
				<b>5035</b>	<b>Tihentynyt virtsaaminen</b> käy usein virtsaamassa
				<b>5037</b>	<b>Vähentynyt virtsaneritys</b> virtsa ei erity tarpeeksi
				<b>5038</b>	<b>Virtsaamisvaikeus</b> prostata ca
				<b>5039</b>	<b>Lisääntynyt virtsaneritys</b>
				<b>5040</b>	<b>Verivirtsaisuus</b>
				<b>5041</b>	<b>Virtsaamisen muu häiriö</b> Esim. Virtsa-avanne, Cystofix, virtsatietulehdukset

		<b>5043</b>	<b>Verenvuoto</b> <i>esim nenäverenvuoto</i>		
		<b>5044</b>	<b>Muut mahdolliset erittämiseen liittyvät häiriöt</b>	<b>5045</b>	<b>Hikoilu</b>
				<b>5046</b>	<b>Närästys</b>
				<b>5047</b>	<b>Pahoinvointi</b>
				<b>5048</b>	<b>Oksennus</b>
				<b>5049</b>	<b>Syljen erityys</b>
				<b>5050</b>	<b>Nenäeritteet</b> <i>nuha,räkä</i>
				<b>5051</b>	<b>Korvaeritteet</b>
				<b>5052</b>	<b>Silmäeritteet</b>
				<b>5053</b>	<b>Muut maha-suolikanavan eritteet</b> <i>vatsahappo,suolilima,veri ulosteessa</i>
				<b>5054</b>	<b>Gynekologiset eritteet</b> <i>valkovuodot,veri</i>
				<b>5055</b>	<b>Dreenieritteet</b>
				<b>5056</b>	<b>Maidon erityys</b>
				<b>5057</b>	<b>Huuhtelueritteet</b> <i>dreeni huuhtelu</i>
				<b>5058</b>	<b>Lapsivesi</b>
<b>5059</b>	<b>Selviytyminen</b>	<b>5060</b>	<b>Potilaan heikentynyt selviytymiskyky</b>	<b>5063</b>	<b>Päätöksentekokyvyn heikkeneminen</b> <i>ei kykene päättämään enää omista asioistaan</i>
	Yksilön ja perheen kyky	<i>Esim. Hoidon tarpeen arviointikäynnit.</i>		<b>5064</b>	<b>Keskittymiskyvyn muutos</b> <i>ei esim kykene keskittymään, esim. istumaan paikallaan</i>
	käsitellä ongelmia tai			<b>5065</b>	<b>Aloitekyvyttömyys</b> <i>passiivisuus</i>
	sopeutua niihin sekä hoitaa			<b>5066</b>	<b>Oppimisvaikeus</b>
	velvollisuudet tai tehtävät			<b>5067</b>	<b>Sopeutumiskyvyn muutos</b> <i>sairaus tai muu suuri muutos elämässä</i>

5068

**Muistihäiriö**  
muistisairaudesta johtuva

**5072 Perheen heikentynyt selvitymiskyky**  
omaisen sairauden aiheuttama muutos perheen tilanteessa

**5074 Selvitymiseen liittyvä tuen tarve**  
tarvitsee ohjausta esim. sosiaaliohjaajalle, kotiutumiseen liittyvät asiat

**5075 Henkisen tuen tarve**

**5076**

**Kuoleman pelko**

**5077**

**Suru**

**5078**

**Hengellinen hätä**

**5079**

**Syylisyyden tunne**

**5080**

**Nestetasapaino**

**5084**

**Nestevajaus**

**5085**

**Kuivuminen**

ei saa riittävästi nesteitä, janon tunne kadonnut

Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät

**5087**

**Lisääntynyt nestevolyyymi**

**5086**

**Jano**

**5088**

**Turvotus**

turvotukset , esim alaraajoissa

**5089**

**Keuhkoödeema**

**5090**

**Terveyskäyttäytyminen**  
Terveystietämiseen liittyvät osatekijät

**5108**

**Terveyttä uhkaavat elintavat**

**5109**

**Tupakointi**

**5110**

**Päihteiden käyttö**

**5111**

**Lääkkeiden väärinkäyttö**

			5112	Muu riippuvuus Esim. peliriippuvuus
			5113	Epäterveellinen ruokavalio
			5114	Liikunnan puute liian vähäinen liikunta
	5115	Hoitoon sitoutumattomuus	5116	Sairauden kieltäminen
			5117	Sairauden tunnon puute jos ei oireita sairaudesta
	5118	Terveyden säilyttämisen tarve Esim. ennaltaehkäisevät asiat rokotukset, mammografiat, jalkahoito		
	5119	Hoitoon liittyvä päätöksenteon vaikeus esim. leikkaushoidosta päättäminen, syöpähoitojen aloittaminen, omaisten heikentynyt kyky päättää hoitoon liittyvistä asioista		
5120	Terveyspalvelujen käyttö Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin	5121 Asiantuntijapalvelujen tarve Esim. Edunvalvonnan tarve, psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatiot, jalkahoitaja, mitä ei voi antaa yksikössä	5124	Potilaan oikeuksiin liittyvä tiedon tarve

			hoitoon tyytymättömyys -> oikeus valittaa, väärin lääkkeiden saaminen, oikeus omiin potilastietoihin		
	asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteen	<b>5125</b>	<b>Näytteenottoon liittyvä tiedontarve</b>		
	ottoon liittyvät osatekijät	<b>5126</b>	kertominen näytteenottamisen kulusta, ravinnotta olot <b>Tutkimukseen/toimenpiteeseen liittyvä tiedon tarve</b> tutkimusohjeet		
<b>5127</b>	<b>Lääkehoito</b>	<b>5128</b>	<b>Lääkkeiden käyttöön liittyvät riskit</b>	<b>5129</b>	<b>Lääkkeiden rinnakkaiskäyttö</b> interaktiot, rinnakkaisvalmisteiden käyttö
	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät			<b>5130</b>	<b>Lääkityksen sopimattomuus</b>
				<b>5131</b>	<b>Lääkkeiden väärinkäyttö</b>
				<b>5132</b>	<b>Lääkeriippuvuus</b>
				<b>5133</b>	<b>Lääkkeiden sekakäyttö</b>
				<b>5134</b>	<b>Intoksikaatioriski</b> Esim. Lääkkeet hävinneet kotoa, ei tietoa, onko ne itse ottanut alkoholin ja lääkkeen yhteisvaikutus
				<b>5135</b>	<b>Lääkeaineallergia</b> Esim. Kun todetaan uusi
				<b>5136</b>	<b>Lääkekielteisyys</b> ei suostu/halua ottaa lääkkeitä
				<b>5137</b>	<b>Lääkkeiden haittavaikutukset</b> uuden lääkkeen sivuvaikutukset
				<b>5138</b>	<b>Lääkkeiden yhteisvaikutukset</b> toinen lääke tehostaa tai heikentää toisen lääkkeen tehoa

		<b>5139</b>	<b>Lääkehoidon toteuttamiseen</b>	<b>5140</b>	<b>Avun tarve lääkkeiden ottamisessa osastoilla, kun potilas ei itse kykene ottamaan lääkkeitä</b>
					Kotihoito, kun potilas ei kykene ottamaan lääkkeitä dosetista
			<b>liittyvät tekijät</b>	<b>5141</b>	<b>Avun tarve lääkkeiden jakamisessa</b>
				<b>5142</b>	<b>Erityistä seurantaa vaativa lääkitys</b>
					Esim. Psykelaäkkeet, trexan, epilepsialäkkeet
					osastoilla jos otetaan INR näytteet, kotihoito: marevanasiat
				<b>5143</b>	<b>Poikkeava lääkkeenantotapa</b>
					Esim. Lääkkeet murskataan nenämahaletkuun, peg-letkuun
		<b>5144</b>	<b>Lääkitykseen liittyvä tiedon tarve</b>		
			riittämätön tieto lääkityksestä ja sen toteutuksesta		
<b>5145</b>	<b>Ravitsemus</b>	<b>5146</b>	<b>Ravitsemuksen muutos</b>	<b>5147</b>	<b>Ravinnon vähäisyys</b>
	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät		Vaihtelu ruuan tai ravintoaineiden saannissa	<b>5148</b>	<b>liian vähäinen ravinnon saanti</b>
				<b>5149</b>	<b>Ruokahaluttomuus</b>
				<b>5152</b>	<b>Liika ravinto</b>
				<b>5153</b>	<b>Nielemisvaikeus</b>
					<b>Syömishäiriö</b>

				Esim. anorexia, bulimia
			<b>5154</b>	<b>Imeytymishäiriö</b> potilas syö, mutta keho ei pysty käyttämään ravintoa hyödykseen
			<b>5155</b>	<b>Yksipuolinen ruokavalio</b>
			<b>5156</b>	<b>Syömisvaikeus</b> Esim. huonot hampaat, kipeä suu
			<b>5157</b>	<b>Kyvyttömyys ottaa ravintoa suun kautta</b> Esim peg-letku, nenä-maha letku
			<b>5158</b>	<b>Ravinnottaolo</b> Esim. ennen tutkimuksia
			<b>5159</b>	<b>Nälkä</b>
			<b>5160</b>	<b>Aliravitsemus</b>
<b>5161</b>	<b>Erityisruokavalion tarve</b> Yksilöllinen ravitsemus		<b>5162</b>	<b>Lisäravinteiden tarve</b> Esim. ravintotetrat
			<b>5163</b>	<b>Ravintoaineiden rajoittamisen tarve</b> Esim. K-vitamiini, kalium ja natrium rajoitus ja vähäfosforinen ruokavalio.
			<b>5164</b>	<b>Ruoka-aine allergia</b> kun todetaan uusi ruoka-aine allergia
			<b>5165</b>	<b>Ruokavalio</b> Esim. Sappi, kihti, gluteiiniton
<b>5167</b>	<b>Vastasyntyneiden ja imeväisikäisten ravinnon tarve</b>		<b>5168</b>	<b>Häiriö rintaruokinnassa</b>
			<b>5169</b>	<b>Imemisvaikeus</b>



		<b>5170</b>	<b>Lisääntynyt ravinnon tarve</b> jonkun ongelman vuoksi tarvitsee energisempää ruokaa		
		<b>5171</b>	<b>Vähentynyt ravinnon tarve</b> liian vähäinen liikkuminen, vuodepotilaana olo		
		<b>5172</b>	<b>Ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve</b> Esim. Kaikki ravitsemusohjaukset		
<b>5188</b>	<b>Hengitys</b> Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät	<b>5195</b>	<b>Hengitysvajaus</b> Hapen puutteesta tai ventilaatiovajauksesta johtuva tilanne	<b>5196</b> 5197 <b>5198</b> <b>5199</b> <b>5200</b>	<b>Hengenahdistus</b> Esim. astma <b>Hyperventilaatio</b> <b>Yskä</b> <b>Tukkoinen hengitys</b> <b>Hengitystiheyden muutos</b>
		<b>5201</b>	<b>Aspiraatoriski</b>		
		<b>5202</b>	<b>Limaisuus</b>		
		<b>5203</b>	<b>Hengitykseen liittyvä tiedon puute</b> Esim. pulloon puhallus ohjaus		
<b>5204</b>	<b>Verenkierto</b> Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät	<b>5205</b>	<b>Verenkiertohäiriö</b>	<b>5206</b>  <b>5207</b>	<b>Verenpaineen muutos</b> Esim. korkea/matala verenpaine <b>Sydämen rytmin muutos</b>

		<b>5208</b>	<b>Kehon lämpötilan muutos</b>	<b>5209</b> <b>5210</b>	<b>Alilämpö</b> <b>Ylilämpö</b>
		<b>5211</b>	<b>Tajunnan tason muutos</b>	<b>5212</b> <b>5213</b>	<b>Tajunnan taso lievästi alentunut</b> <b>Tajunnan taso voimakkaasti</b> alentunut (GCS)
		<b>5214</b>	<b>Neurologiset muutokset</b> Esim. Parkinsonin tauti, ms-tauti, epilepsia kun todettu uusina ja kohtaukset		
		<b>5215</b>	<b>Verenkiertoon liittyvä tiedon puute</b> Esim. Säärihaavojen ohjaukset.		
<b>5216</b>	<b>Aineenvaihdunta</b> Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät	<b>5217</b>	<b>Hormonaaliset muutokset</b> Esim. Kilpirauhasen vajaatoiminta, Eturauhasen hyvälaatuinen liikakasvu		
		<b>5218</b>	<b>Aineenvaihdunnan häiriö</b>	<b>5219</b> <b>5220</b>	<b>Verensokerin muutos</b> Esim. Diabetes <b>Vastasyntyneen keltaisuus</b>
		<b>5221</b>	<b>Immunologiset muutokset</b>	<b>5222</b> <b>5223</b>	<b>Heikentynyt vastustuskyky</b> Esim. immunosuppressiivinen hoito <b>Suojaeristyksen tarve</b> espl kantaja,

5224	<b>Kanssakäyminen</b> Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät	5225	<b>Kommunikointiongelma</b>	5227	<b>Puheen tuottamisen vaikeus</b> Esim. afasia
				5228	<b>Vieraskielisyys</b> Esim. Maahanmuuttajat
				5229	<b>Kognitiivinen häiriö</b> Esim. Dementikot, kun mikään ei enää toimi
				5230	<b>Ymmärretyksi tulemisen vaikeus</b>
		5231	<b>Läheisyyden tarve</b> Esim. Ikävöinti, omaisten kanssa yhteyden pito, kun asiakas ei enää itse kykene		
		5232	<b>Yksityisyyden tarve</b> Esim. Oma rauha		
		5233	<b>Sosiaalinen eristäytyminen</b> Esim. Erakoituminen, laitoshoido		
		5235	<b>Seksuaalisen käyttäytymisen muutos</b>		
5236	<b>Turvallisuus</b> Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttama turvallisuusriski	5248	<b>Tapaturmariski</b>	5249	<b>Putoamisriski</b>
				5250	<b>Asentohoidon aiheuttama vaurio</b>
				5251	<b>Kaatumisriski</b>
				5252	<b>Karkailu</b>
		5253	<b>Turvattomuuden tunne</b>		
		5254	<b>Tarttuvan taudin kantajuus</b> Esim. keuhkokuume, rokko huom. MRSA, Hepatiitti, HIV ei saa näkyä,		
		5255	<b>Toisen vahingoittamisen vaara</b>		

Esim. Mielenterveysongelmaiset, dementikot

5256	Päivittäiset toiminnot Omatoimisuuteen  liittyvät osatekijät	5263	<b>Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve</b> miksi ei onnistu omatoimisesti? mistä vajavuus johtuu?		
		5264	<b>Pukeutumiseen liittyvä avun tarve</b>		
		5265	<b>Ruokailuun liittyvä avun tarve</b>		
		5266	<b>Liikkumiseen liittyvä avun tarve</b> kun vaje on jäänyt pysyväksi, liikkuminen ei ole itsenäistä		
		5267	<b>WC-toimintoihin liittyvä avun tarve</b>		
		5268	<b>Apuvälineiden tarve</b> Heikentyneen toimintakyvyn korjaaminen apuvälineillä		
5269	Psykykinen tasapaino	5279	<b>Minäkuvan muutos</b>	5280	<b>Kehonkuvan muutos</b>
			Vaikeus oman itsensä hyväksymisessä ja hahmottamisessa	5281	<b>Itsetuntohäiriö</b>
		5282	<b>Ahdistuneisuus</b> Epämääräinen, selittämätön pahaolo		
		5283	<b>Pelokkuus</b>		
		5284	<b>Mielialan muutos</b> Mielialan laskun ja nousun vaihtelut	5285	<b>Euforia</b>
				5286	<b>Maanisuus</b>
				5287	<b>Apaattisuus</b>
		5288	<b>Masentuneisuus</b>		
		5289	<b>Harhaisuus</b>		
		5290	<b>Käyttäytymisen muutos</b> Itseä ja/tai muita häiritsevä käytös	5291	<b>Aggressiivisuus</b>
				5292	<b>Väkivaltaisuus</b>
				5293	<b>Itsetuhoisuus</b>
		5294	<b>Toistuvat pakonomaiset toiminnot</b>		
		5295	<b>Rauhattomuus</b>		
5296	<b>Persoonallisuuden muutos</b>				

Itseä ja/tai muita haittaava persoonallisuuden häiriö

<b>5297</b>	<b>Aistitoiminta</b> Aistien toimintaan liittyvät osatekijät	<b>5305</b>	<b>Kuuloaistin muutos</b> <a href="#">esim. vaikon kerääntyminen korvaan</a>		
		<b>5206</b>	<b>Makuaistin muutos</b>		
		<b>5207</b>	<b>Hajuaistin muutos</b>		
		<b>5208</b>	<b>Näköaistin muutos</b> sairaudet, näköhäiriö, kaihi, silmäproteesi		
		<b>5209</b>	<b>Tuntoaistin muutos</b>		
		<b>5210</b>	<b>Tasapainoaistin muutos</b> <a href="#">Esim. Huimaus</a>		
		<b>5211</b>	<b>Ärsykeherkkyys</b> <a href="#">esim. yliherkkä kivulle</a>		
		<b>5212</b>	<b>Aistitoimintoihin liittyvä tiedon tarve</b> <a href="#">Esim. Mistä saa kuulolaitteen, Ohjaus ja neuvonta aisteihin liittyvissä asioissa.</a>		
		<b>5313</b>	<b>Akuutti kipu</b>	<b>5314</b>	<b>Rintakipu</b> <a href="#">sydäninfarkti</a>
				<b>5315</b>	<b>Päänsärky</b>
				<b>5316</b>	<b>Tulehduskipu</b>
				<b>5317</b>	<b>Toimenpiteeseen liittyvä kipu</b>
				<b>5318</b>	<b>Traumaattinen kipu</b>
		<b>5319</b>	<b>Krooninen kipu</b>	<b>5320</b>	<b>Kudosvaurioon liittyvä kipu</b> <a href="#">painehaava kivut</a>
				<b>5321</b>	<b>Neuropaattinen kipu</b> <a href="#">hermosärky</a>
				<b>5322</b>	<b>Idiopaattinen kipu</b> <a href="#">kivun aiheuttaja tuntematon</a>

				5322	Syöpäkipu
5324	<b>Kudoseheys</b> Lima- ja sarveiskalvojen  sekä ihon ja ihonalaisten  kerrosten kuntoon liittyvä osatekijä	5325	<b>Ihon eheyden muutos</b> Häiriö ihon kunnossa	5326 5327  5328  5331 5332	<b>Ihorikko</b> <b>Ihon rikkoutumisen riski</b> <a href="#">kynsien leikkaus, ennaltaehkäisy</a> <b>Ihon kudosvaurion riski</b> <a href="#">painehaava riski</a> <b>Ihon kudosvaurio</b> <b>Ihottuma</b> <a href="#">psori ym ihottumat</a>
		5333	<b>Limakalvon eheyden muutos</b> Häiriö limakalvon kunnossa	5334  5335 5336 5337 5338  5339	<b>Genitaalialueen</b> <b>limakalvomuutokset</b> <b>Suun limakalvomuutokset</b> <b>Nenän limakalvomuutokset</b> <b>Nielun limakalvomuutokset</b> <b>Silmän limakalvomuutokset</b> <a href="#">Esim. silmätulehdus</a> <b>Peräsuolen limakalvomuutokset</b>
		5341	<b>Akuutit haavat</b>	5342 5343 5344 5345 5346	<b>Kirurginen haava</b> <b>Traumaattinen haava</b> <b>Palovamma</b> <b>Ihosiirre</b> <b>Ihonotto kohta</b>

		<b>5347</b>	<b>Krooniset haavat</b>		<b>5348</b>	<b>Diabeettinen haava</b>	
					<b>5349</b>	<b>Säärihaava</b>	
					<b>5350</b>	<b>Painehaava</b>	
					<b>5351</b>	<b>Infektoitunut kirurginen tai traumaattinen haava</b>	
					<b>5352</b>	<b>Haavan paranemisen häiriö</b>	
		<b>5353</b>	<b>Kudoseheyteen liittyvä tiedon tarve</b>				
<b>5354</b>	<b>Jatkohoito</b> Hoidon päättämiseen,  potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen  liittyvät osatekijät	<b>5356</b>	<b>Hoidon jatkuvuuden tarve</b>	<b>5357</b>	<b>Hoito jatkuu kotona/ ei sovittua kontrollia</b> <a href="#">kotisairaanhoido jatkaa</a>		
				<b>5358</b>	<b>Hoito jatkuu perusterveydenhuollossa</b> <a href="#">siirtyminen esim vuodeosastolta toiselle</a>		
				<b>5359</b>	<b>Hoito jatkuu erikoissairanhoidossa</b> <a href="#">kontrollikäynnit esim. leikkauksen jälkeiset</a>		

**5360**      **Jatkohoito-ohjeiden tarve**  
kirjalliset jatkohoito ohjeet, esim. diabetes ohjeistusta

**5361**      **Hoidon päättäminen**  
hoitotyön yhteenvedo kirjataan omille erikoisalan lomakkeille  
kuoleman kirjaaminen

**5362**      **Elämänkaari**  
Elämän vaiheisiin  
liittyvät osatekijät, saattohoitoon laittaminen  
äkkikuolemat

**5363**      **Lisääntyminen**

**5364**      **Raskaaksi tulon riski**  
**5365**      **Raskaaksi tulo**  
**5366**      **Hedelmättömyys**

**5367**      **Syntyvyyden säännöstely**  
**5368**      **Perinnöllisyys**

**5369**      **Raskaus**  
**5370**      **Raskauden ajan riski**

**5371**      **Raskauden keskeytymisen riski**  
**5372**      **Ennenaikaisen synnytyksen riski**  
**5373**      **Synnytystapahtuman riski**  
**5374**      **Synnytyksen jälkeinen riski**  
**5375**      **Synnytyksen käynnistymisen riski**  
**5376**      **Muu raskaudenajan riski**  
**5378**      **Synnytyksen käynnistyminen**  
**5379**      **Lapsivuoteisuus**

**5377**      **Synnytys**

**5380**      **Imetyksen onnistuminen**  
**5381**      **Äänmukainen kasvu ja kehitys**



## PELKISTETTY ILMAISU

## ALALUOKKA

## YLÄLUOKKA

