



# **Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11**

**Johanna Lajunen**

**Opinnäytetyö**  
Toukokuu 2009



**JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Hyvinvointiyksikkö*

Tekijä(t) Johanna Lajunen	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 37	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus Salainen _____ saakka	
Työn nimi Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tiina Blek, Leena Suonpää-Lehtonen		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, osasto 11		
Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa Keski-Suomen keskussairaalan osaston 11 hoitohenkilökunnalle koulutuskokonaisuus hoitotyön kirjaamisesta. Tarkoitus oli selkiyttää valtakunnallisesti merkittävää uudistusta hoitotyön kirjaamisessa, sekä vastata osaston henkilökunnan asettamiin hoitotyön kirjaamisen kehittämistavoitteisiin.  Hoitotyön kirjaamista käsittelevät osastotunnit laadittiin lainsäädännön, tutkimustiedon ja kirjallisuuden pohjalta. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa käsitellään hoitotyön kirjaamisen nykytilaa; kirjaamista sähköiseen hoitotietojärjestelmään sekä kirjaamisen pohjana käytettäviä rakenteita ja luokituksia. Lisäksi opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus paneutuu hoitotyön kirjaamisen taustalla olevaan lainsäädäntöön sekä voimavarakeskeiseen ja potilaslähtöiseen kirjaamiseen. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen sisällön valinnassa käytettiin kohdeosaston henkilökunnan tekemää muistiota, jossa on kuvattu hoitotyön kirjaamisen kehittämishaasteita kohdeosastolla.  Osastotuntien avulla on pyritty motivoimaan osaston hoitohenkilökuntaa muuttamaan kirjaamistaan potilaslähtöisempään ja voimavarakeskeisempään suuntaan. Lisäksi tarkoituksena oli tiiviisti kerrata jo aiemmin opittua tietoa hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta, rakenteiden ja luokitusten käytöstä kirjaamisen pohjana.		
Avainsanat (asiasanat) hoitotyön kirjaaminen, sähköinen hoitotietojärjestelmä, rakenteinen kirjaaminen		
Muut tiedot		



Author(s) Johanna Lajunen	Type of Publication Bachelor´s Thesis	
	Pages 37	Language Finnish
	Confidential Until _____	
Title Development of nursing documentation at Central-Finland´s Central Hospital		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Tiina Blek, Leena Suonpää-Lehtonen		
Assigned by Central-Finland´s Central Hospital, ward 11		
Abstract Te purpose of the study was to formulate package of knowledge over nursing documentation. This package of knowledge was formulated to the staff of Central Finland´s Central Hospital ward 11. Also the purpose was to clear nowadays challenges on nursing documentation in Finland. Staff of ward 11 has thought some challenges over nursing documentation. The aim of this study was also to find answers to those challenges.  Ward meetings over nursing documentation were formulated based on legislation, previous research information and literature. Issues that were also discussed in the literature overview of this study are nursing documentation on our days, using the electrical nursing documentation system and structured documentation. Legislation behind nursing documentation, empowerment and patient centred nursing are also a part of the literature overview of this study. Ward 11 staff had made a brief which handled challenges of nursing documentation at their ward. This brief has been used as the basement, while choosing the contents of this study.  The goal of ward meetings was to begin the changes in the way of nursing documentation at ward 11 staff to be based more on empowerment and patient centred. The meanings of the ward meetings were also to repeat the knowledge over electrical nursing documentation and classifications and structures in nursing documentation.		
Keywords nursing documentation, electrical documentation system, structured documentation		
Miscellaneous		



# **SISÄLTÖ**

## **1 JOHDANTO**

## **2 HOITOTYÖN KIRJAAMISEN LÄHTÖKOHDAT**

### **2.1 Hoitotyön kirjaamisen kehitys Suomessa**

### **2.2 Hoitotyön kirjaamisen lainsäädäntö**

### **2.3 Kirjaamisen merkitys hoitotyölle**

### **2.4 Kirjaaminen ja hoitotyön periaatteet**

#### **2.4.1 Potilaslähtöisyys**

#### **2.4.2 Voimavaralähtöisyys**

## **3 SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ**

### **3.1 Sähköinen hoitotietojärjestelmä**

### **3.2 Hoitotyön ydintiedot sähköisessä hoitotietojärjestelmässä**

### **3.3 Hoitotyön luokitukset sähköisessä hoitotietojärjestelmässä**

### **3.4 Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen**

### **3.5 Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä kirjaamisesta sähköiseen hoitokertomukseen**

## **4. PROJEKTIN ETENEMINEN**

### **4.1 Lähtötilanne**

### **4.2 Suunnittelu**

### **4.3 Toteutus**

### **4.4 Arviointi**

#### **4.4.1 Projektin toteutumisen arviointi**

#### **4.4.2 Projektin tuotosten arviointi**

#### **4.4.3 Palaute projektin tuotoksista**

## **5 POHDINTA**

### **5.1 Tavoitteen toteutuminen**

### **5.2 Projekti opiskelijan ammatillisen kehittymisen tukena**

### **5.3 Jatkotutkimushaasteet**

# 1 JOHDANTO

Hoitotyön nykyisyyden ja tulevaisuuden haasteista voidaan nostaa esiin hoitotyön kirjaamisen siirtyminen kokonaisuudessaan sähköiseksi. Tämä luo haasteita hoitotyöntekijöille, sillä heidän tulee kehittää tietoteknisiä valmiuksiaan ja samalla myös opetella uudenlainen, systemaattinen tapa kirjata potilaan hoitoa. (Lauri 2005, 9 – 20.) Koska kirjaamisen muutos on parhaillaankin (kevällä 2009) käynnissä, haluttiin tämä aihealue ajankohtaisuutensa vuoksi ottaa osaksi tätä projektia.

Potilaslähtöisyys ja voimavaralähtöisyys on otettu osaksi tätä hoitotyön kirjaamisen kehittämisprojektia, sillä niiden merkitys on jo nyt korostunut hoitotyössä ja hoitotyön kirjaamisessa. Tulevaisuudessa odotetaan potilaiden yhä enemmän haluavan osallistua hoitonsa suunnitteluun ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Tämä lisää paineita kirjaamisen potilaslähtöisyydelle hoitotyöntekijöiden keskuudessa. (Kärkkäinen 2007, 90). Voimavaralähtöisyys liittyy kiinteästi potilaan oikeuteen ja mahdollisuuteen osallistua häntä koskevaan hoidolliseen päätöksentekoon. Päätöksentekoprosessissa mukana oleminen lisää potilaan voimavaroja ja voimaannuttaa häntä. (Liimatainen, Hautala & Perko 2005, 12 – 17.)

Projektin tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa Keski-Suomen keskussairaalan osaston 11 hoitohenkilökunnalle koulutuskokonaisuus hoitotyön kirjaamisesta. Tarkoitus oli selkiyttää valtakunnallisesti merkittävää uudistusta hoitotyön kirjaamisessa, sekä vastata osaston henkilökunnan asettamiin hoitotyön kirjaamisen kehittämistavoitteisiin. Projektin aiheen valinta tapahtui sen toteuttajan ollessa harjoittelujaksolla Keski-Suomen keskussairaalan osastolla 11 tammikuussa 2007. Tällöin keskusteluissa osastonhoitajan kanssa projektin aiheeksi löytyi hoitotyön kirjaamiseen liittyvä kehittämistehtävä ja projektin työstäminen sai alkunsa.

## 2 HOITOTYÖN KIRJAAMISEN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Hoitotyön kirjaamisen kehitys Suomessa

Ensimmäiset säilyneet dokumentoinnit suomalaisen terveydenhuollon historiassa ovat vuodelta 1749, jolloin Suomessa oli piirilääkärijärjestelmä. Tuolloin kirjattiin ylös tartuntatautien esiintyminen. 1880-luvulta alkoi kunnanlääkärijärjestelmän kehitys. Tuolloin tartuntatautien kirjaamisen lisäksi käyttöön otettiin potilaskortistot, potilaskirjat ja lähetteet sairaaloihin. Kirjaaminen tapahtui edelleen osittain kynällä ja paperilla, mutta myös sanelukoneet ja kirjoituskoneet alkoivat yleistyä. Ajanvarauskirjat otettiin käyttöön. Kunnanlääkärijärjestelmän tulon aikoihin myös terveyssisarjärjestelmä yleistyi Suomessa. Terveysisaret alkoivat kirjata omia merkintöjään kortistoihinsa. Vuonna 1972, kansanterveyslain tullessa voimaan, yhä useampi ammattiryhmä osallistui potilaan hoidon toteuttamiseen. Tuolloin syntyi tarve kirjaamisen kokoamiselle. Erilaisia lomakkeita otettiin runsaasti käyttöön ja niiden yhdenmukaistamiseen koettiin lisääntyvää tarvetta. (Ensio & Häyrinen 2007, 66 – 74.)

Jatkuva sairauskertomusjärjestelmä otettiin Suomessa käyttöön vuonna 1972, jolloin sairaalaliitto julkaisi aiheesta erikoissairaanhoidon koskevan ohjekirjan. Perusterveydenhuoltoa koskeva vastaava ohjekirja julkaistiin vuonna 1982. Potilaan terveys- ja sairauskertomuksen tarkoituksena oli toimia työvälteenä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tavoitteen asettelussa, hoidon toteuttamisessa, seurannassa ja arvioinnissa. (Ensio & Häyrinen 2007, 66 – 74.)

Vuonna 1991 Sairaalaliitto julkaisi kuvauksen terveys- ja sairauskertomuksen sisällöstä ja rakenteesta. Potilaskertomus jaettiin kolmeen tasoon, perustasoon, yhdistelmätasoon sekä tiivistelmätasoon. Nämä eri tasot toimivat potilaskertomuksen tiedon tallentamisen ja kirjaamisen perustana. Potilaskertomuksen tasoista perustaso on se lomakkeiden taso, jolle kirjataan hoitotyön tietoja. Hoitotyön lomakkeet ovat hoidon suunnittelulomake, kuumetaulukko sekä lääketietolomake. Eri lomakkeiden käyttö kirjaamisen alustoina hoitotyössä on ollut vaihtelevaa. Erot ovat suuria ja niitä on havaittu jopa saman organisaation eri yksiköiden välillä. Yhteneväisen lomakkeiston puuttuminen vaikeuttaa myös yhtenäisen kirjaamistavan löytymistä. (Ensio & Saranto 2004, 30.)

Hoitotyön kirjaamisen kehitystä voidaan tarkastella sekä kansallisesti, että kansainvälisesti ajateltuna. Molemmilla tasoilla merkittäväksi hoitotyön kirjaamisen jäsentäjäksi on noussut WHO:n malli hoitotyön prosessista. WHO:n hoitotyön kehittämisohjelma toteutettiin 1980-luvulla ja tuolloin kehitettiin hoitotyön prosessimalli. Tämä malli on toiminut hoitotyön kirjaamisen taustalla valmistumisestaan lähtien. (Ensio & Saranto 2004, 36.)

Sähköisen potilastietojärjestelmän tulon myötä on manuaalisen ja sähköisen kirjaamisen katsottu eroavan toisistaan. Erilaisten tietokoneavusteisten ohjelmien sisäänajo terveydenhuollon organisaatioihin alkoi 1960-luvulla. (Ensio & Saranto 2004, 13, 31 - 32.) Suomessa ensimmäinen sähköinen potilasasiakirja otettiin käyttöön vuonna 1982 Varkauden terveyskeskuksessa. Sen jälkeen perusterveydenhuollossa on kehitetty useita eri



potilastietojärjestelmiä. Erikoissairaanhoidossa ensimmäiset sähköiset potilastietojärjestelmät otettiin käyttöön 1990-luvun alkupuolella. Tietoteknologian kehittyessä paperinen sairauskertomus on menettänyt paikkansa, sillä se ei ole enää ajanmukainen eikä vastaa palvelujärjestelmän tarpeita. (Häyrinen & Ensio 2007, 97 – 111.) Sähköisen potilastietojärjestelmän tarkoituksena on, että atk-pohjaisesti tallennetut tiedot muodostavat kokonaisuuden usealla tavalla kerätyistä ja moniin tarkoituksiin hyödynnettävistä hoitotiedoista. Potilastietojärjestelmän tarkoitus on yhdistää potilaskertomukseksi erillisjärjestelmät, joiden tarkoituksena on antaa informaatiota potilaan tilasta. (Ensio & Saranto 2004, 13, 31 - 32.)

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönoton osalta ollaan vuoden 2009 alussa tilanteessa, jossa valtioneuvosto on antanut jatkoaikaa niille julkisen terveydenhuollon organisaatioille, jotka ovat velvoitettuja liittymään valtakunnalliseen potilaskertomusjärjestelmään (L 9.2.2007 / 159, 25 §.) Toteutuessaan suunnitellun muotoisena sähköinen potilaskertomusjärjestelmä tuo tullessaan aivan uudenlaisen ulottuvuuden hoitotyön kirjaamiselle. Tarkoituksena on aikaansaada potilaskertomusjärjestelmä jonka avulla tuotetaan tietoa potilaan hoidosta. Sähköisen potilaskertomusjärjestelmän käyttöönotto on pitkälinen prosessi, joka vaatii onnistuakseen paljon ja siksi käyttöönotto on vaiheistettava osiin. Terveydenhuollon organisaatioissa ollaan vielä osittain tilanteessa, jossa osa hoitotiedoista kirjataan manuaalisesti, mutta elektronisesti kirjattavan tiedon määrä on lisääntymässä. (Ensio & Saranto 2004, 16 – 19.) Lisäksi samoja asioita kirjataan päällekkäin, useaan eri lomakkeeseen (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4 – 9).

## **2.2 Hoitotyön kirjaamisen lainsäädäntö**

Hoitotyön kirjaamista on usein pidetty toisarvoisena, hankalana ja aikaa vievänä osana potilaan kokonaisuhoitoa. Kuitenkin sekä potilaan, että hoitajan oikeusturvan kannalta tarkka ja huolellinen kirjaaminen on tärkeää. Hoitotietoon, jota ei ole kirjattu ei voida varmuudella luottaa. Hoitotyön

kirjaaminen on kirjallinen näyttö toteutuneesta hoidosta. (Tanttu 2007, 127 – 133.) Potilasasiakirjojen käsittely, laatiminen ja säilyttäminen ovat osa hoitotyötä (Ensiö & Saranto 2004, 22 – 29). Riittävän tarkalla ja laadukkaalla hoitotyön kirjaamisella luodaan edellytykset potilaan kokonaishoidon joustavalle toteutumiselle ja hoidon jatkuvuudelle (Tanttu 2007, 127 – 133).

Suomessa on säädetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuonna 1992. Tämän lain 13. pykälässä annetaan määräys potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. Laissa määritetään myös se, että salassapitovelvollisuus koskee kaikkea potilasasiakirjoihin merkittyä tietoa. (L 17.8.1992/785, 12 §.) Potilasasiakirja-asetus määrittää sen, kenellä on oikeus kirjata potilaan hoitotietoja. Lisäksi kyseinen asetus määrittelee millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee hoitotietoja kirjata. Potilasrekisterin pitäjät tämä asetus velvoittaa merkitsemään tietyn minimitason mukaiset tiedot kustakin potilaasta. Nämä perustiedot ovat potilaan tunnistetietoja: nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot. Perustietojen lisäksi on vähintään oltava tunnistettavissa se, missä toimintayksikössä ja kuka on merkinnät tehnyt. (A 19.1.2001/99, 6 §, 10 §.) Asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä kaikki potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta merkitykselliset tiedot. Tietojen on oltava riittävän laaja-alaisesti kootut, jotta ne turvaavat potilaan hoidon jatkuvuuden. Potilasasiakirjojen selkeyden vuoksi hoitotyöntekijän tulee kirjatessaan käyttää ainoastaan yleisesti hyväksytyjä termejä ja käsitteitä. Potilasasiakirjoihin tulee kirjata potilaan perustietojen lisäksi tiedot esimerkiksi jokaisesta avoterveydenhuollon käynnistä ja osastojaksosta. (A 19.1.2001/ 99, 7 §, 10 – 11 §.)

Henkilötietolaki ohjaa osaltaan hoitotyön kirjaamista. Henkilötietolain mukaan missä tahansa yksikössä tapahtuvan henkilötietojen käsittelyn tulee olla siellä annetun hoidon kannalta tarkoituksenmukaista. Tämä laki velvoittaa myös terveydenhuollon henkilöstöä. (L 22.4.1999/ 523, 12 §.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä astui voimaan heinäkuussa 2007. Tällä lailla annettiin lisää aikaa niille julkisen

terveydenhuollon yksiköille, jotka ovat veloitettuja siirtymään sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönottoon. Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönoton tulee tapahtua viimeistään vuoden 2011 loppuun mennessä. (L9.2.2007 / 159, 25 §.) Helmikuun alussa vuonna 2007 vahvistettiin laki lääke- ja reseptirekisteristä. Lääke- ja reseptirekisteri on valtakunnallinen reseptitietopankki, johon sähköisesti tallennetaan lääkärin tekemät lääkemääräykset. Tämä tarkoittaa sitä, ettei lääkäri anna enää potilaalle paperista reseptiä, vaan potilasohjeen lääkkeen käytöstä. Lisäksi lääkäri informoi potilasta sähköisen lääkereseptin käytöstä. Apteekista potilas saa henkilötietojaan vastaan reseptillä määrätyt lääkkeensä. Sähköisen lääkemääräyksen etuna on se, että apteekissa asioidessaan potilas voi tarkistaa reseptiensä voimassaolon sekä lääkkeiden riittävyyden yhdellä käynnillä. Sähköistä lääkemääräys rekisteriä tulee hallinnoimaan Kansaneläkelaitos ja sen käyttöönottoon ovat veloitettuja kaikki apteekit ja terveydenhuollon toimintayksiköt. (L 2.2.2007 / 61, 1 §, 23 §; Salo 2007, 13 – 24.)

### **2.3 Kirjaamisen merkitys hoitotyölle**

Lainsäädännön lisäksi hoitotyön kirjaamista säätelevät myös osaltaan hyvät tavat ja hoitotyöntekijöiden etiikka (Hallila 2005, 23). Ne määrittävät pitkälti kirjaamisen sisällön ja ne sanamuodot joilla potilasta kirjaamisessa kuvataan. Hoitotyössä kirjattavan tiedon tulee olla relevanttia, helposti saatavilla ja käytettävissä, sekä laadultaan täsmällistä, selkeää ja yksiselitteistä. Tällä hetkellä hoitotyön kirjaaminen ei laadultaan vielä vastaa edellä esitettyä tavoitetasoa. Kirjaaminen kärsii edelleen hoitotyöntekijöiden ajanpuutteesta ja erityisesti siitä, ettei yhteneväistä sanastoa hoitotyölle ole riittävästi määritelty. (Wilskman 2000, 30.)

Kirjaamisen laadun ja hoitotyön näkyväksi tekemisen kannalta on tärkeää, että hoitotyölle on kehitetty omaa ammattikieltä. Käsitteiden selkeä määrittäminen on osa tätä kehitystyötä. (Wilskman 2000, 24 – 35.) Laatumalla yleisesti hoitotyössä hyväksytyjä ja riittävästi määriteltyjä käsitteitä ovat tutkijat saattamassa alulle kehitystä myös yksittäisten hoitotyöntekijöiden kirjaamistavassa. Kirjaamisessa tulee käyttää kriittisesti potilasta kuvailevia

termejä. Potilasta ei saa luonnehtia termeillä, jotka arvottavat häntä jollain tapaa. Potilas saattaa kuitenkin jossain tilanteessa kokea kirjaamisessa käytetyt sanamuodot loukkaaviksi vaikka termit eivät olisikaan epäsovivia tai vastoin hyviä tapoja. (Tiililä & Karvinen 2006, 16 – 17.)

Laadullisesti hyvään kirjaamiseen kuuluu keskeisesti kirjaamisen loogisuus ja selkeys, potilaan hoidon kannalta vaikuttavien asioiden esiin nostaminen sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta. Kokonaisuutena kirjaamisen tulee olla systemaattista, ei kuitenkaan kaavamaisista. Kirjattaessa hoitotyötä tulee potilaan tarpeet määrittää siten, että niihin on mahdollista vastata hoitotyön keinoilla. Hoitotyön kirjaamisen tulee selkeästi erota lääketieteessä käytössä olevista käsitteistä ja diagnooseista. (Lauri & Lehti 2000, 19 – 22.)

Hoitotyön tulee nykykäsityksen mukaan perustua tutkittuun tietoon tai vahvaan näyttöön. Tarkoituksena on karsia hoitotyöstä auttamiskeinot joilla ei riittävää tieteellistä näyttöä. Näyttöön perustuvaa hoitotyön kirjaamista toteutettaessa saavutetaan hyötyjä sekä potilaan että hoitotyöntekijän näkökulmasta katsottuna. Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on parantaa potilaiden tiedonsaantimahdollisuuksia. Tähän pyritään antamalla potilaille ajantasaista tietoa omasta hoidostaan ja terveydentilastaan sekä erilaisista hoitovaihtoehdoista. Lisäksi tavoitteena on voimavarojen nykyistä tehokkaampi käyttö, sähköisen kirjaamisen aikaansaama tiedonkulun nopeutuminen ja sen mukanaan tuomat hyödyt. Tavoitteena on myös hoitotyön raportointitilanteiden helpottuminen. (Hallila 2005, 13.)

## **2.4 Kirjaaminen ja hoitotyön periaatteet**

### **2.4.1 Potilaslähtöisyys**

Hoitotyön keskeisiä periaatteita ovat potilaslähtöisyys, yksilöllisyys, hoidon jatkuvuus ja turvallisuus (Ensio & Saranto 2004, 9). Koska hoitotyön filosofian

eräänä peruseriaatteena on potilaslähtöisyys, tulee myös hoitotyön kirjaamisessa näkyä potilaan oma osallistuminen hoitoonsa sekä ennen kaikkea mielipide hoidostaan (Hallila 2005, 23 – 35). Lisäksi voidaan ajatella, että potilaalla on oikeus olettaa, että hänen hoitonsa on täsmällisesti kirjattua (Leinonen, Kiviniemi & Junttila 2007, 23 - 26). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään että potilaalla on oikeus saada hyvää hoitoa, mutta myös tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja siitä, mitä seurauksia hoidosta kieltäytymisellä mahdollisesti on. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (L17.8.1992 / 785, 5 §.) Potilaat luottavat siihen, että hoitohenkilökunnalla on käytössään viimeisin ja ajantasaisin tieto hoitokäytännöistä ja potilaiden hoitamisesta (Pekkala 2007, 48). Potilaan on helpompi sitoutua hoitotyön tavoitteeseen, mikäli hän on saanut itse olla mukana sitä laatimassa. Jos potilaalla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa samaansa hoitoon, hän kokee itsensä ulkopuoliseksi ja on mahdollisesti myös tyytymätön hoitoonsa. (Hallila 2005, 23 – 35.) Hoitotyön suunnitteluprosessi on keskeisin työväline, kun kartoitetaan potilaan hoidon tarpeita ja toiveita (Päivärinta & Maaniittu 2002, 32 – 34). Suhosen (2005) mukaan hoidon tulee olla potilaan näköistä ja näkyä sellaisena myös hoitotyön kirjaamisessa. Jos hoidon yksilöllisyyttä ja potilaan näköisyyttä ei onnistuta osoittamaan hoitotyön kirjaamisessa, on vaikeaa luottaa potilaslähtöisyyden toteutuneen hänen hoidossaan. Potilaita ei tule tarkastella ryhmänä, vaan yksittäisinä ihmisinä, joilla on omat syynsä hakeutua terveydenhuollon palvelujen piiriin. Potilaslähtöistä hoitotyötä toteutettaessa potilas voi kokea hoitotyöntekijän olevan kiinnostunut juuri hänen asioistaan. (Suhonen 2005, 36 – 50.)

Kokonaisvastuu potilaan hoitamisesta on hoitohenkilökunnalla. Tästä syystä hoitohenkilökunnan tulee kyetä tekemään potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä. Yksilöllisen ja potilaslähtöisen hoitotyön toteuttamiseen kuuluu se, että potilas on osallisena hoitonsa suunnittelussa. Ainoastaan intuitiivista, fenomenologista päätöksentekomallia johtopäätöstensä tukena käyttävä hoitotyöntekijä voi ottaa potilaan mukaan päätöksentekoprosessiin. Tämä päätöksentekomalli edellyttää hoitotyöntekijältä kykyä asettua potilaan asemaan ja kuunnella häntä. Yksilöllinen hoito toteutuu, kun hoitotyöntekijä

asettaa kysymyksensä siten, että hän saa niiden avulla potilaan kokemukset ja näkemykset voinnistaan / sairaudestaan esiin. (Hallila 2005, 23 – 35.) Rakenteista hoitotyön kertomusta kehitettäessä on keskitytty osaltaan myös potilaslähtöisen kirjaamisen kehittämiseen (Saranto & Ikonen 2007, 156 – 165). Pyykön (2006) mukaan eräs merkittävä hoitotyön strukturoidun kertomuksen hyöty on potilaan tarpeiden kattavampi ja laajempi huomioiminen sekä potilaslähtöisyyden lisääntyminen. Kun potilaan oma käsitys voinnistaan ja terveydentilastaan on selvitetty, tulee se myös kirjata hoitotyön suunnitelmaan (Suhonen 2005, 36 – 50).

Tällä hetkellä ollaan tilanteessa, jossa oleellista potilaan kokemaa tai kertomaa tietoa ei osata tai haluta hyödyntää hoitotyön kirjaamisessa. Tällainen seikka saattaa olla esimerkiksi kirjaamatta jäänyt potilaan kivun kokemus, jolla voi olla vaikutuksia hänen myöhemmin hoitajaksolla saamaansa hoitoon. Kun kirjataan tai jätetään kirjaamatta potilaan kokemuksia tai tuntemuksia, kirjaaminen sisältää itse asiassa hoitotyöntekijän tulkintaa potilaan tilanteesta, tunteista ja kokemuksista. Tällöin ei voida puhua potilaslähtöisestä hoitotyön kirjaamisesta. (Kärkkäinen 2007, 89 – 96.) Potilaan hoidon kirjaamisessa tulee entistä paremmin huomioida hänen omat tuntemuksensa ja käsityksensä tilastaan ja voinnistaan. Samassa yhteydessä on suotavaa huomioida myös omaisten osuus ja heidän näkemyksensä ja kokemuksensa potilaan saamasta hoidosta ja hänen tilastaan. Näiden asioiden esiintyminen hoitotyön kirjaamisessa on yhteydessä laadullisesti ja määrällisesti hyvään hoitotyön kirjaamiseen. (Lauri & Lehti 2000, 19 – 22.) Kärkkäisen (2007) mukaan kirjaamisen sisältö monipuolistuu kun kirjaamista toteutetaan jatkuvasti yhteistyössä potilaan kanssa.

#### **2.4.2 Voimavaralähtöisyys**

Pelkonen & Hakulinen (2002) määrittävät artikkelissaan englanninkieliselle käsitteelle empowerment suomenkielisen vastineen voimavaralähtöisyys. Sen katsotaan tarkoittavan suoraan voimavaroja tai voimaantumista. Sen on määritelty tarkoittavan myös mahdollistamista tai täysivaltaistamista.

Voimavaraisuus tai haavoittuvuus muodostuu kuormittavien tekijöiden ja voimavarojen välisestä suhteesta. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 202 – 210.)

Voimavaralähtöisyys tarkoittaa hoitotyössä sitä, että potilailla on entistä suurempi mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua terveyttään koskevaan päätöksentekoon ja toimintaan. Voimavaralähtöisyys ja voimaantuminen liittyvät läheisesti hoitotyöhön, mutta myös erityisesti potilasohjaukseen. Voimavarakeskeisyydessä otetaan huomioon potilaan arkipäivän tarpeet, jokapäiväisessä elämässä selviytyminen. Lisäksi voimavarakeskeisessä hoitotyössä huomioidaan potilaan tukiverkot, piilevät voimavarat sekä hänelle tyypilliset toimintatavat. Tärkein tavoite voimavarakeskeisessä hoitotyössä on potilaan voimaantumisen tunteen saavuttaminen. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas kokee voimaantuneensa; hän tuntee voimiensa, voimavarojensa ja vaikutusmahdollisuuksiensa lisääntyneen. Voimaantuminen syntyy yleisimmin siitä, kun potilas kokee itse voivansa osallistua ja vaikuttaa asioiden kulkuun. (Liimatainen ym. 2005, 12 – 17.) Potilaan henkilökohtaisella kokemuksella ja arvioinnilla voimavaroistaan on merkitystä hoitojakson arvioinnin ja jatkohoidon suunnittelunkin kannalta (Kärkkäinen 2007, 89 – 96).

Voimavarojen vahvistamisen tärkein piirre on yhteistyö, tarkoittaen sitä, että tavoitteita hoidolle asetetaan yhdessä potilaan kanssa neuvotellen. Myös aktiivisesti kuuntelemalla ja tarjoamalla potilaalle tukea, sekä hänelle merkityksellistä tietoa, autetaan potilasta vahvistamaan omia voimavarojaan. Omien voimavarojen vahvistumisesta seuraa potilaalle monenlaista hyötyä. Potilaan itsetunto paranee, hän kokee elämänhallinnan tunteensa lisääntyneen ja saa mahdollisuuden henkilökohtaiseen kasvuun. Merkittävää potilaan kannalta on sekä voimavarojen tunnistaminen ja vahvistuminen, että usko omiin voimavaroihin. Vain sitä kautta potilas kykenee ottamaan voimavarat omaan käyttöönsä. Potilaille on merkitystä paitsi edellä kuvatuilla sisäisillä voimavaroilla, myös ulkoisilla voimavaroilla. Nämä liittyvät kiinteästi esimerkiksi perheen sisäisiin suhteisiin tai muuhun sosiaaliseen tukeen. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 202 – 210.)

## 3 SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

### 3.1 Sähköinen hoitotietojärjestelmä

Potilaan hoitamiseen liittyy runsaasti viestintää. Kirjallinen viestintä on merkittävin viestinnän muoto käsiteltäessä potilaan hoitotietoja.

Hoitotyöntekijöillä on ratkaiseva rooli potilaan hoitoon liittyvien viestien kirjaamisessa, tallentamisessa ja välittämisessä eteenpäin. Potilaskertomus (tulevaisuudessa sähköisen potilasasiakirjan hoitotyön kertomus) on keskeinen potilaan hoitotietojen välityksessä käytettävä asiakirja.

Potilaskertomuksesta tulee selvittää kuka, milloin ja millaista hoitoa on potilaalle antanut. (Saranto & Ikonen 2007, 156 – 165.)

Sähköisen potilasasiakirjan määritellään olevan tietovarasto, johon on tallennettu kaikki potilasasiakirjat kustakin hoidon kohteena olevasta potilaasta. Potilaan hoitokertomus tulee tallentaa tietoturvaselvästi elektroniseen käsittelyyn sopivassa muodossa. (STM 2007, 5.)

Peruseriaatteena sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymiselle on se, että hoitotiedot muodostavat kronologisesti etenevän elektronisen

kertomusjärjestelmän, jonka keinoilla turvataan ennen kaikkea moniammatillinen yhteistyö ja hoidon jatkuvuus. Lisäksi elektronisen potilaskertomuksen tarkoituksena on turvata hoidon potilaslähtöisyys. (Ensio & Saranto 2004, 13 – 19.)

Sähköisten potilasasiakirjojen käyttöönoton merkittävimmiä eduita on mainittu hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja

tiedon siirron helpottuminen (Saranto & Ikonen 2007, 156 – 165). Sähköisellä potilasasiakirjalla on merkitystä myös yhteiskunnallisesti ajateltuna. Siihen kirjattuja tietoja käytetään apuna terveydenhuollon suunnittelussa,

hallinnossa, opetustarkoituksissa sekä tutkimuksissa. (Virolainen 2006, 87 – 88.)

Tulevaisuudessa, kun sähköinen potilaskertomus otetaan käyttöön,

lisääntyvät hoitotiedon käyttömahdollisuudet. Ydintietojen avulla on

mahdollista hakea potilasta koskevia tietoja käyttäen termejä hakusanan

tavoin. Tämä mahdollistaa paitsi yksittäisen potilaan saaman hoidon

seurannan, myös sen, että useamman potilaan (esimerkiksi eri yksiköissä)

saamaa hoitoa on mahdollisuus vertailla käyttäen hoitotyön



toimintoluokituksen termejä hakusanoina. Tästä on hyötyä erityisesti tutkimustarkoituksissa tai toiminnan tilastoinnissa, sillä tietokantoihin tallennettuna tieto on helposti käytettävissä. (Ala-Hiiri & Tantt 2007, 10.)

Sähköisen potilastietojärjestelmän osalta tavoitteeksi on asetettu hoidon laadun, potilasturvallisuuden sekä kustannustehokkuuden lisääminen (STM 2004, 9). Sähköisen kirjaamisen johtoajatuksena on se, että tieto kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään kerran, siellä missä tieto syntyy. Tämän jälkeen tieto on reaaliaikaisesti kaikkien käytettävissä, kaikissa toimintayksiköissä joissa potilas hoitoa saa. Koska tiedon kirjaa ylös sen tuottaja tai hankkija, on kirjaaminen myös aiempaa luotettavampaa (Leinonen ym. 2007, 23 – 26). Sähköisen potilasasiakirjan yleinen periaate koskee myös hoitotyön kertomusta. Kirjaamisen ja tallentamisen jälkeen hoitotyön kertomukseen kirjattu tieto yhdistyy potilastietojärjestelmäksi ja tietokannaksi. Eri ammattiryhmien kirjaama tieto on kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien käytettävissä – ilman turhia viivytyksiä. (Tantt 2007, 148.) Sähköiseen hoitotietojärjestelmään kirjaamisen etuna on se, että kirjaaminen on mahdollista tehdä selkeästi ja lyhyesti. Päällekkäiseltä kirjaamiselta vältytään, kun erilaiset henkilö- tai tutkimustiedot ovat kaikkien potilastietojärjestelmän käyttäjien saatavilla, eikä tietoja tarvitse etsiä / kysyä moneen kertaan. Hoitoon liittyvien ydintietojen osalta huomioidaan se, että vaikka tietotasojen on käytettävissä lukuisia, valitaan niistä kussakin yksikössä toteuttavan hoidon kannalta oleelliset. (STM 2007, 20.) Koska hoitotiedot on strukturoitu valtakunnallisella tasolla yhteneväisiksi, mahdollistuu tiedonsiirto eri yksiköiden ja tietojärjestelmien välillä helpommin (Hartikainen, Kokkola & Larjomaa 2000, 68).

### **3.2 Hoitotyön ydintiedot sähköisessä hoitotietojärjestelmässä**

Rakenteistaminen hoitotyön kirjaamisessa tarkoittaa sekä rakenteiden, että sisältöjen kehittämistä (Sonninen 2007, 66). Rakenteisen kirjaamisen perustan muodostavat potilaskertomuksen ydintiedot. Ydintiedoiksi kutsutaan

potilaan hoidon kannalta keskeisiä tietoja, joilla kuvataan potilaan saamaa terveyden- tai sairaanhoitoa sisältäen kronologisessa järjestyksessä kaikki tiedot potilaan hoitokäynneistä tai hoitajaksoista. Ydintietojen kirjaamisen tulee tapahtua ennalta sovitulla, yhteneväisellä tavalla. (STM 2004, 18, Ensio & Saranto 2004, 38.)

Hoitotyöntekijöiden kannalta merkityksellisin sähköisen potilaskertomuksen osa on hoitotyön ydintiedot. Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Kirjaaminen toteutetaan hoitotyön prosessimallin mukaisesti. (Pyykkö 2006, 35 - 36.)

Hoitotyön kertomuksen hyvä strukturointi auttaa ottamaan huomioon olennaiset asiat potilaan kokonaisuhoiton kannalta (Pyykkö 2006, 20 – 22). Rakenteisen kirjaamisen perusajatuksena on se, että käytettävästä tiedosta on sovittu etukäteen vähintään otsikkotasoa (komponentti, pääluokka tai alaluokka). Hoitotyöntekijälle jää kirjaamisvaiheessa vähemmän vaihtoehtoja kirjattavien termien suhteen. Otsikoiden alle hoitotyöntekijä voi halutessaan kirjata potilastietoja joko vapaasti (= narratiivisesti) tai käyttäen ennalta sovittuja termejä. (Ensio & Saranto 2004, 10.) Hoitokertomukseen kirjataan potilaan hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi, prosessimallin mukaisesti. Kirjaamisen alustana hoitokertomusta käyttävät paitsi hoitotyöntekijät, myös potilaan hoitoon osallistuva moniammatillinen hoitotiimi. (Tanttu & Ikonen 2007, 112 – 126.) Ension (2007) mukaan kirjattaessa hoitotyötä yhteneväisesti, on kirjaaminen kokonaisvaltaisesti korkeatasoista. Muutoin kirjaamisen taso, laatu, tarkkuus ja laajuus jäävät kirjaajan henkilökohtaisen valinnan ja tietotaidon varaan. (Ensio 2007, 149). Rakenteinen tiedon kirjaaminen auttaa luomaan perustaa hoitotyön tiedon erilaisille jäsentämistavoille (Remes 2006, 74). Myös tietojen eheys lisääntyy, mikä on tärkeää hoidon laadun ja turvallisuuden kannalta, sillä asiayhteydestä irrallinen tieto voi aiheuttaa jopa hoitovirheitä (Hartikainen ym. 2000, 53).

Rakenteinen, strukturoitu kirjaamisen malli on pohjana hoitotyön kirjaamiselle sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Hoitotyön kirjaamisen taustalla tulee aina olla hoitotyön toiminta. Hoitotyön toiminnan mallintaminen on Suomessa

aloitettu 1990-luvun alkupuolella. Toimintojen mallintamisen tarkoituksena on ollut tuottaa konkreettista tietoa hoitotyöntekijöiden toiminnasta potilaan osastohoidon aikana. Hoitotyön toiminnan mallintamisen tarkoituksena on luoda yhdysvaltalaiseen HHCC- toimintoluokitukseen (=Home Health Care Classification) perustuva suomalainen hoitotyön toimintoluokitus. (Ensio 2001, 20 – 21.)

### 3.3 Hoitotyön luokitukset sähköisessä hoitotietojärjestelmässä

Hoitotyön luokituksia tarvitaan luotaessa otsakkeita sähköisen potilastietojärjestelmän hoitotyön osioon. Luokitukset on kehitetty hoitotyön kirjaamisen avuksi. Niiden on tarkoitus olla pohjana hoitotyön prosessimallin mukaisessa kirjaamisessa. (Sonninen 2007, 88 – 94.) Potilasta koskevan tiedon hyväksikäyttöä voidaan lisätä, kun mahdollistetaan tietojen poiminta sähköisestä hoitotietojärjestelmästä hoitotarpeen mukaisesti. Tällöin tieto palvelee paremmin potilaan yksilöllisen hoidon suunnittelua ja toteutusta. (Hartikainen ym. 2000, 13.)

Suomalaisten hoitotyön luokitusten (suomalainen hoitotyön toimintoluokitus ja suomalainen hoitotyön tarveluokitus) on tarkoitus toimia kansallisella tasolla sähköiseen potilaskertomukseen kuuluvan hoitokertomuksen kirjaamisen perustana. Luokituksia on käytetty apuna hoitotyön kirjaamisen strukturoidun mallin kehitystyössä. Sähköiseen kirjaamiseen käytettävien otsikoiden eri tasot eli rakenteet, joita ovat komponentti, pääluokka ja alaluokka, on määritetty hoitotyön luokitusten avulla. Komponentteja on hoitotyön toimintoluokituksen versiossa 2.0.1 sekä hoitotyön tarveluokituksen versiossa 2.0.1 19 kappaletta. Komponentit ovat

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| - <i>aktiviteetti</i>          | - <i>aineenvaihdunta</i>        |
| - <i>erittäminen</i>           | - <i>kanssakäyminen</i>         |
| - <i>selviytyminen</i>         | - <i>turvallisuus</i>           |
| - <i>nestetasapaino</i>        | - <i>päivittäiset toiminnot</i> |
| - <i>terveyskäyttäytyminen</i> | - <i>psykinen tasapaino</i>     |

- *terveyspalvelujen käyttö* - *aistitoiminta*
- *lääkehoito* - *kudoseheys*
- *ravitsemus* - *jatkoahoito*
- *hengitys* - *elämäntaari*
- *verenkierto*

Komponenttien alta löytyvät pääluokat. Pääluokkia kuuluu kuhunkin komponenttiin eri määrä. Pääluokkien tarkoituksena on kuvata potilaan hoidon toteutusta tai hoitotyön tavoitteita laajemmin ja yleisemmin. Kullakin pääluokalla on vaihteleva määrä alaluokkia. Alaluokat määrittelevät hoitotyön toteuttamisen hyvinkin konkreettisesti. Hoitotyön toimintoluokituksessa ja hoitotyön tarveluokituksessa komponentit ovat samat, sen sijaan pää- ja alaluokkien otsakkeet vaihtelevat. Esimerkiksi *aktiviteetti* komponenttiin kuuluvat hoitotyön tarveluokituksessa pääluokat *aktiviteetin muutos* ja *unihäiriöt – unen laadun ja määrän muutos*. Sen sijaan hoitotyön toimintoluokituksessa *aktiviteetti* komponenttiin kuuluvat pääluokat *aktiviteetin seuranta*, *aktiviteettia edistävä toiminta*, *aktiviteettiin liittyvä ohjaus*, *toiminnan rajoittaminen*, *uni- tai valvetilan seuranta*, *uni- tai valvetilaa edistävä toiminta* sekä *uni- tai valvetilaan liittyvä ohjaus*. (Sosiaali- ja terveystieteen tutkimuskeskus 2008.)

Jokinen (2005) on tutkimuksessaan tarkastellut suomalaisten hoitotyön luokitusten eri rakenteiden käytön toteutumista hoitotyön kirjaamisessa erikoissairaanhoidon eri yksiköissä. Tutkimuksen mukaan käytetyimmät suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen komponentit olivat fyysinen tasapaino, lääkehoito ja aktiviteetti. Muiden komponenttien käytön osalta eroavaisuuksia oli jonkin verran erikoisalakohtaisesti. Koko tutkimusaineiston osalta eniten käytettiin komponenttia aktiviteetti. Tämän komponentin pääluokista kirurgian ja sisätautien osastoilla käytetyin oli toiminnallisuuden ylläpitäminen. Psykiatrian osastolla aktiviteetti komponentista käytettiin eniten pääluokkaa uni- ja valvetilan seuranta. Sisätautiosastolla kuvattiin potilaan toimintoja kakkien komponenttien osa-alueilta. Sen sijaan sisätautipoliklinikalla yli puolet kirjaamisesta toteutettiin käyttäen vain kahta hoitotyön toimintoluokituksen komponenttia. Tämän tutkimuksen mukaan myös pääluokkia käytettiin varsin kattavasti. Erityyppisten erikoissairaanhoidon

yksiköiden välillä kuvattiin olevan paljon eroja eri komponenttien alaluokkien käytössä. (Jokinen 2005, 67 – 76.)

Hoitotyön ydintietoja käytetään pääasiallisesti hoitotyön toteutumista koskevaan kirjaamiseen. Hoitoisuus-luokitusta puolestaan käytetään hallinnollisena apuvälineenä määritettäessä potilaiden tarvitseman avun ja hoidon määrää suhteessa työntekijöiden määrään. Potilaiden hoitoisuuden lisääntyessä, hoitoisuusluokan kasvaessa, lisääntyy välittömään potilastyöhön käytettävän ajan määrä. Tämä tarkoittaa sitä, että välilliseen potilastyöhön, kuten juuri hoitotyön kirjaamiseen jää käytettäväksi vähemmän aikaa. Toisaalta kuitenkin erityisesti raskashoitoisimpien (hoitoisuusluokkien 4 ja 5) potilaiden kohdalla korostuu myös hoitotyön kirjaaminen. Potilaiden hoitoisuus on laskennallinen peruste hoitohenkilöstön mitoituksen laatimiselle. Kuitenkaan pelkkä hoitoisuusluokitus ei kerro hoitohenkilökunnan tekemän työn määrästä. Lisääntynyt potilasvaihto, lyhentyneet hoitoajat sekä uudenaikaiset, monimutkaistuneet hoitomenetelmät ovat osaltaan lisäämässä hoitohenkilökunnan (erityisesti sairaanhoitajien) työmäärää. (Partanen 2002, 111 – 115, 171.)

### **3.4 Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen**

Hoitotyön päätöksenteon on kuvattu ilmentävän sairaanhoitajien (ja muun hoitohenkilökunnan) ajattelua suhteessa potilaan hoitoon. Hoitotyön päätöksenteko on kognitiivista toimintaa, jossa sairaanhoitaja työssään tekee ratkaisun eri vaihtoehtojen välillä päästäkseen parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen potilaan hoidon kannalta. Päätöksentekoprosessin näkyminen hoitotyön kirjaamisessa tulee helpommaksi rakenteisen kirjaamisen tulon myötä. Vaikka hoitotyön prosessimalli jäsentää myös sähköistä potilaskertomusta, täytyy sekä ajattelu että hoitotyöntekijöiden päätöksenteko saada paremmin näkyviin. Kirjaamisessa tulee näkyä se, millaisia päätöksiä on tehty ja mihin hoitotyöntekijä päätöksensä perustaa. Kirjaamisessa on saatava näkyviin se, miten tehdyt päätökset on toteutettu ja millaisia

vaikutuksia tehdyillä päätöksillä on ollut potilaan hoidon kannalta. (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 25 – 34.)

Hoitotyön prosessimalli on liitetty hoitotyön päätöksentekoon alun perin Yhdysvalloissa 1960-luvulta alkaen. Tällöin alkoi myös päätöksenteon ja prosessimallin välisen yhteyden tutkiminen. Hoitotyön prosessimalli on kehitetty hoitotyössä toimivien työntekijöiden ajattelun ja päättelyn tueksi. Potilaita hoitaessaan hoitotyöntekijä tekee jatkuvasti eritasoisia hoitoon liittyviä päätöksiä. Näiden päätösten avulla analysoidaan potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta sekä hoidon arvioimista. Työkokemuksen määrällä on todettu olevan erittäin suuri merkitys hoitotyöntekijän kykyyn ja tapaan tehdä päätöksiä potilaan hoidosta. Aloitteleva hoitotyöntekijä perustaa päätöksensä useimmiten yksittäisen tiedon (esimerkiksi potilaan oireen) varaan. Tätä kautta hän toimii rationaalisesti kokoamalla yhteen useita tiedon ”murusia” ja tekemällä niiden perusteella johtopäätöksensä potilaan hoitoon liittyen. Asiantuntijasairaanhoitaja (pitkään työssä ollut hoitotyöntekijä) sen sijaan perustaa päätöksensä intuitioon. Hän kykenee hahmottamaan laajemman kokonaisuuden potilaan tilanteesta ja siirtymään yksityiskohtaiseen tietoon vasta sen jälkeen. Tätä päätöksenteon mallia kutsutaan intuitiiviseksi päätöksenteon malliksi. (Ensio 2007, 56 – 64.)

Hoitotyön prosessimalli on vuosien saatossa kehitetty tukemaan erityisesti rationaalisesti ajattelevan hoitotyöntekijän päätöksentekoprosessia. Hoitotyön prosessimallin kehitys voidaan karkeasti jakaa kolmeen vaiheeseen. Prosessimallin luominen käynnistyi 1950-luvulla. Tässä ensimmäisen sukupolven vaiheessa hoitotyön prosessimalli sisälsi neljä vaihetta (tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi). Tuolloin hoitotyön omat luokitukset eivät olleet vielä kovinkaan kehittyneitä, joten prosessimallissa käytettiin paljon lääketieteeseen perustuvia ongelmia. Toisen sukupolven vaiheessa olivat hoitotyön tarveluokitukset jo tulleet melko yleisesti käyttöön. Sitä kautta myös hoitotyön diagnoosien tekeminen lisääntyi. Hoitotyön diagnoosin tarkoituksena on kuvata täsmällisesti potilaan hoitoa. Toisen sukupolven vaiheessa hoitotyön prosessimallin vaiheista korostui edelleen hoidon tarpeen määrittely. 1990-luvulla on siirrytty hoitotyön prosessimallin

kolmanteen vaiheeseen, joka on käytössä edelleen meidän aikanamme.

Tässä vaiheessa korostetaan kriittisen ajattelun merkitystä hoitotyössä ja sen katsotaan olevan perusta hoitotyön tulosten määrittelylle, vertaamiselle sekä analysoinnille. Myös hoitotyön diagnoosien ja tarveluokitusten kehittämistyö korostuvat hoitotyön prosessimallin kolmannessa vaiheessa. Hoitotyön prosessimalli nähdään nyt kuusivaiheisena sisältäen hoitotyön tarpeen määrittämisen, hoitotyön diagnoosin laatimisen, odotettujen tulosten nimeämisen, hoidon suunnittelun, hoidon toteutuksen sekä hoidon arvioinnin. Hoitotyön prosessimallin tuntemisen katsotaan olevan tärkeä peruste hoitotyön systemaattiselle kirjaamiselle. (Ensio 2007, 56 – 64.)

### **3.5 Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä kirjaamisesta sähköiseen hoitokertomukseen**

Tietotekniikan käytön lisääntyminen terveydenhuollossa vaatii hoitohenkilökunnalta uudenlaista kompetenssia. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitohenkilökunnalla tulee olla perustiedot ja taidot tieto- ja viestintäteknikan käytöstä sekä oikeanlainen asennoituminen sähköistä kirjaamista kohtaan. (Virolainen 2006, 81.) Kirjaaminen sähköiseen hoitokertomukseen vaatii hoitotyöntekijöiltä laaja-alaista osaamista. Tietotekniset valmiudet ovat jopa edellytys sähköiselle kirjaamiselle. Työelämässä toimii edelleen heterogeeninen hoitotyöntekijöiden joukko, joista osa ei ole ammatillisessa koulutuksessaan tai edes toimipaikkakoulutuksena saanut tietoteknistä peruskoulutusta. Kuitenkin hoitohenkilökunnan keskuudessa koetaan, että tietotekniikan käyttö parantaa kehittymismahdollisuuksia työssä (Virolainen 2006, 81). On todettu, että hoitajien tietotekniseen osaamiseen liittyy neljä sisältökokonaisuutta; hoitotyön kirjaaminen, tietojärjestelmässä olevan tiedon arviointi, tietojärjestelmistä saadun tiedon käyttö sekä saadun tiedon tulkinta liittyen potilaan hoitoon. Tietotekniikkaa hallitsevien hoitajien on todettu olevan paremmin työhönsä sitoutuneita, kuin niiden, jotka eivät tietoteknisiä taitoja hallitse. (Saranto, Eriksson, Kärkkäinen, Rouvala 2003, 4 – 9.)

Pääsääntöisesti hoitotyöntekijät kokevat, ettei sähköinen kirjaaminen ole ainakaan vielä nopeuttanut hoitotyön kirjaamista tai vähentänyt kirjaamiseen käytettyä aikaa. Osa hoitotyöntekijöiden heterogeenisestä joukosta ei vielä hallitse sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöä riittävän hyvin pystyäkseen kirjaamaan nopeasti ja tehokkaasti sähköisiin järjestelmiin. Joissain hoitotyön toimipaikoissa sähköinen kirjaaminen tekee tuloaan edelleen myös siinä mielessä, että tietoja kirjataan osittain päällekkäisesti, sekä paperiversiona että sähköisesti. (Tiililä & Karvinen 2006, 16 – 17.) Hoitohenkilökunta kokee, että sähköiseen kirjaamiseen käytettävä aika on poissa välittömästä potilastyöstä (Virolainen 2006, 87). Myöskään hoitotyön luokitusten käyttö ei ole vielä selkeää. Remeksen (2006) tutkimuksessa esitettiin, että suomalaisen hoitotyön luokituksen käyttöä helpottamaan toivotaan koulutusten lisäksi opaskirjaa, sekä aiheeseen liittyviä www-sivut, joilla olisi kuvattu luokituksia ja niiden käyttöä tarkemmin. Tämän koetaan edesauttavan kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämistä maamme rajojen sisäpuolella. Tiedon hyödynnettävyyttä erilaisissa sähköisissä potilastietojärjestelmissä helpottuu, kun yhteneväisten ohjeiden avulla kirjataan hoitotietoja yhteneväisesti. (Remes 2006, 74.)

Virolaisen (2006) pro gradu tutkimuksesta käy ilmi, että jopa 68 % perusterveydenhuollossa toimivasta hoitohenkilöstöstä kokee sähköisen hoitotyön kirjaamisen olevan hidasta. He kokevat myös, että kirjaamiseen käytetty aika on lisääntynyt. Samanaikaisesti myös kiire työssä on lisääntynyt, joten ylimääräistä aikaa kirjaamisen opettelulle ei ole. Ensiarvoisen tärkeäksi sähköisen kirjaamisen mahdollistajaksi hoitohenkilökunta kokee esimiehen antaman tuen. (Virolainen 2006, 76 – 88.) Hyvää hoitotyön sähköistä kirjaamista on mahdollista toteuttaa ainoastaan työyksikössä, jossa sähköiselle kirjaamiselle on järjestetty tarkoituksenmukaiset puitteet. On merkittävää, että hoitohenkilökunnalle annetaan mahdollisuus kirjata rauhallisessa ympäristössä, sekä riittävän uudenaikaisia tietokoneita käyttäen. (Virolainen 2006, 87.) Hoitotyöntekijät tarvitsevat myös koulutusta, jotta tiedon tuottaminen yhdenmukaisella rakenteella sekä hoitotyön luokitusten käyttö käytännössä tulevat tutuiksi (Remes 2006, 74).



## 4. PROJEKTIN ETENEMINEN

### 4.1 Lähtötilanne

Tämän projektin aihe on saatu Keski-Suomen keskussairaalan sisätautiosastolta 11, jossa hoitotyön kirjaamisen kehittäminen on nähty tarpeelliseksi. Projektin tavoitteena oli järjestää osaston 11 hoitohenkilökunnalle osastotunnit hoitotyön kirjaamisesta. Osastotuntien aiheet valikoituvat yhteistyössä osasto 11:ta osastonhoitajan kanssa. Osastotunneille käsiteltäviä asiakokonaisuuksia nostettiin esiin myös osaston hoitohenkilökunnan laatimien kirjaamisen kehittämishaasteiden pohjalta.

Kehittämishaasteet olivat seuraavanlaiset:

- potilaalla / omaisella tulee aina olla mahdollisuus osallistua oman hoitotyön suunnitelmansa laatimiseen ja suunnitelman toteutumisen
- ajattelua tulee kehittää potilaslähtöisemmäksi ja voimavaralähtöisemmäksi
- hoitotyön dokumentoinnin kriteerit tulee laatia siten, että ne tukevat potilaslähtöisyyttä ja voimavaralähtöisyyttä – erityisesti hoidon suunnittelemisessa ja arvioimisessa
- hoitohenkilökunnalla tulee olla perustiedot ja -taidot suomalaisen hoitotyön luokituksen mukaisesta, rakenteisesta hoitotyön kirjaamisesta  
(Muistio – osasto 11 – sisätaudit, 2005.)

Näiden kehittämishaasteiden lisäksi osastotuntien laadinnassa otettiin huomioon hoitotyön kirjaamisen valtakunnalliset uudistukset. Osastotunnit järjestettiin kesäkuussa 2008.

Hoitotyön kirjaamisen muutos kokonaan sähköiseksi on merkittävä uudistus valtakunnallisestikin. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri on valinnut käyttöönsä Efficca-ohjelman, jota käyttäen sairaanhoitopiirissä siirrytään sähköiseen hoitotyön kirjaamiseen kokonaisuudessaan vuoden 2008 aikana. Ennen tätä on hoitotyötä kirjattu sähköisesti pilotti-osastoilla (esimerkiksi osasto 26, ihotautien poliklinikka sekä naistentautien osasto 4). Vuodesta 2005 on Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä toiminut Sähkötyöryhmä, jonka johtoajatuksena on ollut madaltaa hoitotyöntekijöiden kynnystä sähköisen hoitotyön kirjaamisen toteuttamiseen (Mäntyniemi 2006, 4). Tämän työryhmän puheenjohtajana on toiminut projektin kohdeosaston osastonhoitaja, jonka kanssa yhteistyössä on valittu aiheet osastotunneille.

## 4.2 Suunnittelu

Tämä projekti on alusta saakka suunniteltu yhteistyössä työelämän edustajan kanssa. Projektilla pyritään vastaamaan osaston hoitohenkilökunnalta lähteneisiin hoitotyön kirjaamisen kehittämistarpeisiin. Valtakunnalliset uudistukset hoitotyön kirjaamisessa aikaansaavat uudenlaista tiedon tarvetta. Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä kuuluu kiinteänä osana sähköiseen kirjaamiseen, ja siksi se valikoitui osastotuntien yhdeksi aiheeksi.

Projektin kohdeosaston osastonhoitaja lupautui ohjaamaan työn etenemistä. Opinnäytetyön aikana on ohjausta saatu myös Keski-Suomen keskussairaalassa toimivilta hoitotyön kirjaamisen vastuuhenkilöiltä ja hoitotyön kirjaamisen asiantuntijoilta. Lisäksi kohdeosaston kirjaamisen vastuuhenkilö auttoi osastotuntien pitämiseen liittyvissä käytännön järjestelyissä, kuten tilojen ja laitteiden varaamisessa. Kohdeosaston on tarkoitus hyödyntää projektiin liittyvää kirjallisuuskatsausta sekä osastotuntien luentotiivistelmiä uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Lisäksi osastotuntien luentotiivistelmät on tarkoitus laittaa Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin sisäisille www-sivuille, jossa ne näin ollen ovat koko henkilöstön saatavilla.

Osastotuntien kestosta, sisällöistä ja painotuksista käytiin keskustelua kohdeosaston osastonhoitajan kanssa. Projektin edetessä kävi ilmi, että Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä järjestetään koko hoitohenkilökunnalle koulutusta hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta sekä Effica-ohjelman käytöstä keväällä 2008. Osastotunnit pidettiin kesäkuussa 2008 joten hoitotyön sähköisen kirjaamisen osalta osastotunnit toimivat jo aiemmin opitun tiedon kertaamisena.

Osastotunteja sovittiin pidettäväksi kaksi ja aikaa kummallekin osastotunnille oli varattu 90 minuuttia. Aikataulu sovittiin väljäksi jotta opinnäytetyöntekijän esittämän tiedollisen osuuden jälkeen jäisi aikaa keskustelulle. Ensimmäisen osastotunnin aiheeksi tarkentui hoitotyön prosessimallin läpikäyminen,

potilaslähtöisyys ja voimavaralähtöisyys hoitotyön kirjaamisessa sekä hoitotyön kirjaamista määrittävän lainsäädännön tarkastelu. Osastotunnin tiedollisen osuuden havainnollistamiseksi suunniteltiin power point- esitys tukemaan osastotuntien laatijan suullista esitystä.

Toisen osastotunnin aiheeksi valikoitui sähköisen potilaskertomuksen hoitotyön ydintietojen mukainen kirjaaminen sekä suomalaisten hoitotyön luokitusten käyttö kirjaamisessa. Toisen osastotunnin sisällöstä muodostui samankaltainen kuin Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä järjestetyssä sähköisen potilaskertomuksen käyttöön liittyvässä koulutuksessa. Sisältö valittiin samankaltaiseksi tarkoituksellisesti, jotta kertaamalla jo aiemmin esille tullutta tietoa aikaansaataisiin mahdollisimman hyvä oppimistulos. Myös toisen tiedollisen osuuden rungoksi suunniteltiin power point- esitys tukemaan osastotuntien laatijan suullista esitystä.

### 4.3 Toteutus

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen perusta vastaa pääsääntöisesti osastotuntien aihekokonaisuuksia. Osastotunneista toisella käsiteltiin hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista, kirjaamisen rakenteistamista ja kirjaamista sähköiseen hoitotietojärjestelmään. Toinen osastotunneista rakennettiin vastaamaan kohdeosaston hoitotyöntekijöiden laatimiin kirjaamista koskeviin tavoitteisiin. Siksi teoriaosassa luotiin katsaus lisäksi hoitotyön historiaan, hoitotyön kirjaamisen taustalla olevaan lainsäädäntöön ja hoitotyön periaatteista potilaslähtöisyyteen ja voimavarakeskeisyyteen. Tietolähteinä on käytetty lakeja ja asetuksia, hoitotyön kirjaamista käsitteleviä tutkimuksia sekä muuta aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Koska projektin aihe on konkreettisesti sidoksissa suomalaisiin hoitotyön luokituksiin sekä suomalaista hoitotyön kirjaamista sääteleviin lakeihin ja asetuksiin on kirjallisuuskatsauksessa käytetty ainoastaan kotimaista lähdeaineistoa.

Osastotunnit pidettiin 3.6. ja 5.6.2008 Keski-Suomen keskussairaalan osaston 11 tiloissa. Ensimmäiselle osastotunnille osallistui osastonhoitajan lisäksi neljä

hoitohenkilökunnan edustajaa. Toiselle osastotunnille osallistui osastonhoitaja ja kolme hoitohenkilökunnan edustajaa, joista kaksi oli mukana myös ensimmäisellä osastotunnilla. Osallistujilla oli ollut mahdollisuus tulostaa osastotuntien pohjana käytetyt tiivistelmät itselleen, sillä osastonhoitaja oli lähettänyt tiivistelmät sähköpostitse koko osaston hoitohenkilökunnalle. Molemmilla osastotunneilla oli mahdollisuus vapaaseen keskusteluun ja kommentointiin myös projektin toteuttajan esityksen aikana. Kummallakin osastotunnilla osallistujat tekivät osastotunnin aiheeseen liittyviä käytännön harjoituksia (potilastapausesimerkkejä hoitotyön kirjaamiseen liittyen). Keskustelua osastotunneilla syntyi eniten juuri tehtävien aiheisiin liittyen.

## **4.4 Arviointi**

### **4.4.1 Projektin toteutumisen arviointi**

Tämän projektin toteutumista on mahdollista arvioida tarkastelemalla lähemmin projektin etenemistä ja kirjallisuuskatsauksen laatimisprosessia. Projektin suunnitelma ja toteutus muotoutuivat koko prosessin keston ajan. Osastotuntien aiheet täsmentyivät vasta vähän ennen niiden ajankohtaa ja tästäkin syystä teoretietoa on kerätty lähdeaineistosta osastotuntien aihekokonaisuuksia laajemmin. Osastotuntien aihekokonaisuudet muotoutuivat keskusteluissa osastonhoitajan kanssa, ja näin ollen ne olivat nimenomaisesti osaston sen hetkisistä tiedon tarpeista lähteviä. Projektin laatimisesta osastolle 11 sovittiin jo ennen sen alkua ja lupa-anomus on täytetty prosessin aikana. Osastoa ja sen henkilökunnan koulutustarvetta koskevaa aineistoa sekä henkilökunnalta saatua koulutuspalautetta on projektin kirjallisessa osiossa käytetty osastonhoitajan luvalla. Koulutuspalautteista ei ole mahdollista tunnistaa yksittäistä koulutukseen osallistunutta henkilöä, sillä niitä on ainoastaan refleктоitu, suoria lainauksia on tarkoituksellisesti vältetty. Osallistuminen osastotunneille sekä koulutuspalautteiden antaminen oli osaston työntekijöille vapaaehtoista.

Tämä projekti on toteutettu keräämällä tietoa eri lähteistä ja yhdistämällä näin saatu tieto koulutuskokonaisuuksiksi. Projektissa ei ole otettu kantaa asioihin tai ilmaistu tekijän mielipidettä, vaan tietoa on käsitelty objektiivisesti. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt lähteet ovat pääsääntöisesti 2000-luvulla julkaistuja. Lähdemateriaali on tarkoituksellisesti valikoitunut ainoastaan kotimaisia julkaisuja sisältäväksi, sillä tarkoituksena on ollut tarkastella nimenomaan suomalaisia hoitotyön luokituksia ja niiden käyttöä kirjaamisessa. Myös suomalaisen kirjaamista koskevan lainsäädännön mukanaolo puoltaa lähdemateriaalin kotimaisuutta. Koska kirjallisuuskatsaus koostui pääasiallisesti osastotunneilla käsiteltävistä aihealueista, jouduttiin projektin edetessä kiinnittämään huomiota myös lähdemateriaalin käytön rajaamiseen. Tämän projektin luotettavuuden arviointi on mahdollista tarkastelemalla kirjallisuuskatsauksen lähteiden käyttöä, lähdemateriaalin laajuutta ja ajankohtaisuutta.

#### **4.4.2 Projektin tuotosten arviointi**

Projektina työstettiin osastotuntikokonaisuudet kohdeosaston hoitohenkilökunnalle. Osastotuntien laatiminen oli selkeä tavoite koko prosessin ajan. Osastotuntien ja niihin liittyvän materiaalin on tarkoitus toimia osaston hoitohenkilökunnan kirjaamisen kehityksen tukijana. Myös projektin kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää pohjana kirjaamisen kehittämistyössä. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellään jokaisen hoitotyöntekijän ammatillisen osaamisen kannalta merkityksellisiä seikkoja. Hoitotyön kirjaamisen taustalla olevan lainsäädännön tunteminen on hoitotyöntekijöiden oikeusturvan kannalta tärkeää. Hoitotyön prosessimallin hallinta kuuluu jokaisen koulutuksen saaneen hoitotyöntekijän ammattitaitoon, mutta aiheen käsitteleminen katsottiin silti tarpeelliseksi. Hoitotyön prosessimallin tunteminen ja käyttö yhdessä rakenteisen kirjaamisen tuntemuksen kanssa luo perustan kirjaamiselle sähköisessä hoitotietojärjestelmässä. Tästä syystä näiden aiheiden mukaan otto sekä osastotunneille, että projektin kirjallisuuskatsaukseen oli perusteltua. Kirjallisuuskatsaukseen kerätty tieto oli perustana osastotuntien laatimisessa.

### 4.4.3 Palaute projektin tuotoksista

Toisen osastotunnin jälkeen opinnäytetyön tekijä keräsi osastotunneille osallistuneilta hoitohenkilökunnan edustajilta kirjallista palautetta. Palautetta antoivat kaikki toisella osastotunnilla mukana olleet hoitohenkilökunnan edustajat, myös osastonhoitaja. Palautteen antajista kolme neljästä oli osallistunut molemmille osastotunneille. Kaikki palautekyselyyn vastanneet olivat sitä mieltä, että osastotuntien aihekokonaisuudet olivat hyvin ajankohtaisia. Potilaslähtöisyys hoitotyön kirjaamisessa oli kaikkien vastaajien mielestä merkittävin ensimmäisellä osastotunnilla käsitelty asiakokonaisuus.

Toisella osastotunnilla yhtenä aihekokonaisuutena oli kirjaaminen sähköisessä hoitotietojärjestelmässä hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Kyseisestä aihekokonaisuudesta vastaajat katsoivat saaneensa osastotunneilla uutta tietoa jonkin verran. Oman työn kannalta merkityksellistä tietoa oli kolmen vastaajan mielestä osastotunneilla paljon ja yhden vastaajan mielestä jonkin verran.

Osallistujien mielestä hyviä seikkoja osastotunneilla olivat esimerkkitapaukset, selkeä esitys ja hyvä kokonaisuus käsitellyistä asioista. Rakenteisen kirjaamisen selkiytyminen kokonaisuudeksi koettiin hyvänä.

Palautelomakkeessa pyydettiin tuomaan esiin kehittämisehdotuksia vastaavia tilaisuuksia ajatellen. Vastauksista nousi selkeimmin esiin se, että useamman hoitohenkilökunnan edustajan tulisi päästä osallistumaan vastaaviin tilaisuuksiin. Konkreettista kirjaamisen harjoittelua tietokoneella toivottiin myös. Hoitotyön kirjaamista olisi haluttu tarkastella tutustumalla osastolla olevien potilaiden potilasasiakirjoihin.

Kaikki osastotunneille osallistuneet hoitajat kokivat niiden olevan hyvä keino oppia uutta hoitotyön kirjaamisesta. Erityisesti potilasesimerkit koettiin hyvänä oppimiskeinona. Vastaajien mielestä jokaisen on välillä hyvä pohtia sitä, ymmärtääkö käytännössä potilaslähtöisen hoitotyön merkityksen ja tuleeko se

esille omassa kirjaamisessa. Parhaaksi anniksi osastotunneilta mainittiin keskustelun syntyminen aiheen tiimoilta.

Viimeinen kysymys palautelomakkeessa koski aiheita, joita tulee käsitellä enemmän. Vastaajien mielestä rakenteisen kirjaamisen suhteen tarvitaan vielä lisää käytännön harjoittelua. Kokonaisuudessaan palaute osastotunneista oli positiivista.

Osastotunneilla käytettyyn materiaaliin annettiin käyttöoikeus osaston 11 osastonhoitajalle. Materiaalia voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden tai opiskelijoiden perehdytyksessä. Kirjallisuuskatsauksen käyttöön perehdytystarkoituksessa sekä osastolla 11 että Keski-Suomen Sairaanhoidopiirissä on myös annettu suullinen lupa. Näin ollen projektin tilaajan on mahdollista saada laaditusta materiaalista hyötyä osastotuntien jälkeenkin.

## **5 POHDINTA**

### **5.1 Tavoitteen toteutuminen**

Projektin tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa osaston 11 hoitohenkilökunnalle koulutuskokonaisuus hoitotyön kirjaamisesta. Tarkoitus oli selkiyttää valtakunnallisesti merkittävää uudistusta hoitotyön kirjaamisessa, sekä vastata osaston henkilökunnan asettamiin hoitotyön kirjaamisen kehittämistavoitteisiin. Projektin tavoite toteutui juuri niin kuin sitä määritettäessä oli suunniteltu. Osastotunnit toteutuivat kesäkuussa 2008. Kohdeosaston henkilökunta oli jo osallistunut Keski-Suomen sairaanhoidopiirin järjestämään hoitotyön rakenteisen kirjaamisen koulutukseen. Tästä syystä osastotunnit toimivat tiedon kertaamisen ja syventämisen välineenä. Kaikkia tavoitteenasettelussa määritettyjä osa-alueita käsiteltiin osastotunneilla. Osaston henkilökunnan kehittämistavoitteista poimittiin muutamia, joita käsiteltiin osastotunneilla. Nämä asiakokonaisuudet (potilaslähtöisyys ja

voimavarakeskeisyys hoitotyön kirjaamisessa) olivat koulutuspalautteiden perusteella juuri niitä, joista kaivattiin eniten tietoa.

Tavoitteeseen päästiin laatimalla kirjallisuuskatsaus osastotunneilla käsiteltäviksi valituista aihekokonaisuuksista. Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin hoitotyön kirjaamisen kehitystä Suomessa, hoitotyön kirjaamisen lainsäädäntöä, hoitotyön prosessimallin mukaista kirjaamista sekä kirjaamista sähköiseen hoitokertomukseen käyttäen rakenteita ja luokituksia. Näistä aihekokonaisuuksista haettiin tietoa uusimmista hoitotyön kirjaamista käsittelevistä tutkimuksista, kirjoista ja artikkeleista. Tietoa löytyi runsaasti ja aiheenrajausten vuoksi käytettävää materiaalia jouduttiin karsimaan. Kirjallisuuskatsaus laadittiin valmiiksi ennen projektin tuotosten (osastotuntien) ajankohtaa, ja sen sisältö on ennen osastotunteja esitelty kohdeosaston osastonhoitajalle sekä opinnäytetyötä ohjaaville opettajille. Osastotuntien teoriaosuudessa apuna käytetyt luentotiivistelmät on niin ikään esitelty ennen koulutusten ajankohtaa, osastonhoitajan ja opettajien lisäksi Keski-Suomen keskussairaalan kirjaamisen kouluttajat ovat hyväksyneet osastotunneilla esitetyn aineiston.

## **5.2 Projekti opiskelijan ammatillisen kehittymisen tukena**

Tällä projektilla ja sen laatimisella on ollut suuri merkitys opiskelijan ammatillisen kehittymisen tukijana. Projektin laatiminen on laajentanut opiskelijan tietoperustaa hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta, hoitotyön kirjaamista ohjaavasta lainsäädännöstä sekä voimavarakeskeisestä ja potilaslähtöisestä hoitotyön kirjaamisesta. Hoitotyön sähköinen kirjaaminen on merkittävä osa hoitotyön kehitystä yhteiskunnassamme ja siihen perehtyminen auttaa hoitotyön kirjaamisen toteuttamisessa ammattiin valmistumisen jälkeen. Projektin laatiminen on opettanut hakemaan tietoa erilaisista tietolähteistä. Valmistumisen jälkeen opiskelijalla on valmiuksia ohjata kollegoitaan tiedonhakuprosessissa koskien esimerkiksi hoitotyön kirjaamista ohjaavaa lainsäädäntöä.



Projekti hoitotyön kirjaamisesta on antanut opiskelijalle valmiuksia jakaa tietoa aiheesta myös tulevassa työyksikössään. Kirjaamisen lainsäädännön tunteminen ohjaa opiskelijaa valmistumisen jälkeen kiinnittämään huomiota hoitotyön kirjaamisen lailliseen puoleen. Perehtyminen voimavarakeskeiseen ja potilaslähtöiseen hoitotyön kirjaamiseen antaa opiskelijalle valmiuksia kiinnittää huomiota erityisesti kirjaamisen sisällölliseen puoleen. Tämän projektin laatimisen jälkeen opiskelijalla on valmiudet toteuttaa laadukasta hoitotyön kirjaamista toimiessaan sairaanhoitajan ammatissa. Opiskelijalla on myös valmiuksia toimia tulevien kollegoidensa vertaistukena hoitotyön kirjaamisen osalta. Merkittävin seikka projektin laatimisella on kuitenkin opiskelijan oman kirjaamistavan jatkuva kriittinen arviointi ja pyrkimys kehittyä hoitotyön kirjaamisen toteuttajana. Lisäksi opiskelijalla on valmiudet toimia hoitotyön kirjaamisen puolestapuhujana, ja halu kiinnittää kollegoiden huomiota entistä enemmän myös hoitotyön kirjaamisen laatuun. Korostamalla kirjaamisen merkitystä voi opiskelija olla tulevassa työyksikössään vaikuttamassa kirjaamisen arvostuksen lisääntymiseen ja laadun paranemiseen.

### **5.3 Jatkotutkimushaasteet**

Tämän projektin hyöty kohdistuu Keski-Suomen keskussairaalan osastolle 11. Työyhteisön tarpeista lähteneet kirjaamisen kehittämishaasteet saivat vastauksia osastotuntien muodossa. Projektin tuloksena syntyi koulutuskokonaisuus osaston tarpeisiin sekä materiaalia käytettäväksi myöhemmin perehdytystä ja jo opitun tiedon kertaamista varten. Tulevaisuudessa olisi kiinnostavaa selvittää, oliko osastotunneilla pitkällä aikavälillä ajateltuna toivotunlainen vaikutus. Olisi kiinnostavaa selvittää, onko kohdeosaston henkilökunnan kirjaaminen muuttunut potilaslähtöisemmäksi, tai onko sähköinen hoitotyön kirjaaminen toteutunut paremmin kuin osastolla, jolla vastaavia osastotunteja ei ole järjestetty. Edellä mainittuja jatkotutkimushaasteita olisi mahdollista selvittää tulevaisuudessa esimerkiksi

laatimalla esitellyistä aihekokonaisuuksista opinnäytetyö. Mielestäni kuitenkin vaikuttavuuden arviointia merkittävämpää olisi laatia uusia samansisältöisiä opinnäytetöitä, jotta mahdollisimman suurella joukolla hoitotyöntekijöitä olisi mahdollisuus saada ajantasaista tietoa hoitotyön kirjaamisesta.

## **LÄHTEET**

A 19.1.2001. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvä materiaalin säilyttämisestä.

Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 27.4.2007. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä.

Ala-Hiiri T. & Tanttu K. 2007. Hoitohenkilöstölle uusi kirjaamistapa. Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin henkilöstölehti – Mitä kuuluu? No. 4 , kesäkuu 2007, 10. Viitattu 23.8.2007. [Http://www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi).

Ensio A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. S. 20 – 21. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Ensio A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa: Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A-L. 2007.. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. S. 56 – 64. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ensio A. & Saranto K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. S. 9 – 10, 13 – 19, 22 – 32, 36, 38- 39. Sipoo: Silverprint Oy.

Ensio A. & Häyrinen K. 2007. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattisessa kirjaamisessa. Teoksessa: Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A-L.2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen.S. 67 – 74. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hallila L. 2005. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila L. (toim.).2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen..S 23. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hallila L. 2005. Hoitotyön prosessimenetelmän mukaisen kirjaamisen osa-alueet. Teoksessa Hallila L. (toim.).2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. S. 61 – 69. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hallila L. 2005. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila L. (toim.).2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen.S.23 – 35. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hallila L. 2005. Potilaiden opettaminen ja ohjaaminen. Teoksessa Hallila L. (toim.).2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. S.13. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hartikainen K., Kokkola A. & Larjomaa R. 2000. Elektronisen potilaskertomuksen sisältömääritykset. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 4 / 2000. S. 13, 68. Helsinki: Stakesin monistamo.

Häyrinen K. & Ensio A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A-L..2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. S. 97 – 111. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Jokinen T. 2005. Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. S. 67 – 76. Pro gradu- tutkielma. Kuopion Yliopisto, terveyshallinnon ja talouden laitos.

Kärkkäinen O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia H. & Koponen L. (toim.). 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007.S. 89 – 96. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 22.3.2007. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä.

L 22.4.1999/523. Henkilötietolaki. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 23.3.2007. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö, säädökset alkuperäisinä.

L 2.2.2007 / 61. Laki sähköisestä lääkettä – ja reseptirekisteristä. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 15.1.2008. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L. 9.2.2007 / 159. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 26.4.2006. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Lauri S. 2005. Sairaanhoidajan ammatti – tietoa, päätöksentekoa ja vaikuttamista. Teoksessa Miettinen M., Hopia H., Koponen L. & Wilskman K. (toim). 2005. Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005. S. 9 – 20. Hygieia – sarja. Sipoo: Silverprint Oy.

Lauri S. & Lehti T. 2000. Hoitotyön kirjaaminen teoriassa ja käytännössä. Sairaanhoidaja 8 / 2000, 19 – 22.

Lauri S., Erikson E. & Hupli M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. S. 94 – 99. Juva: WSOY.

Leinonen T., Kiviniemi K. & Junttila K. 2007. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaaminen haasteiden edessä. Sairaanhoidaja 4 / 2007, 23 – 26.

Liimatainen L., Hautala P. & Perko U. 2005. Potilasohjausta kehittämässä – innostusta ja innovaatiota. S. 12 – 17. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino.

Lundgren-Laine H. & Salanterä S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko – muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoidajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hopia H. & Koponen L. (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007.S.25 – 34. Hygieia-sarja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Muistio. Osasto 11 – sisätaudit. 3.10.2005. Yksikössämme näemme tärkeäksi seuraavat kehittämisalueet hoitotyön dokumentoinnissa.

Mäntyniemi S. 2006. SÄIHKI-ryhmä- yhteistyötä hoitotyön kirjaamisen sisällön kehittämiseksi. Power Point- esitys 17.5.2006. 4 - 7.

- Partanen P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja, Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteenlaitos.
- Pekkala E. 2007. Näyttöön perustuva kirjaaminen. Teoksessa: Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A-L..2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. S. 48. Porvoo : WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Pelkonen M. & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 5 / 2002, 202 – 210.
- Puimalainen A., Långstedt K. & Eriksson E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. Tutkiva hoitotyö 1 / 2003, 4 – 9.
- Pyykkö T. 2006. Optimaalinen ePotilaskertomus hoitotyössä. Teoksessa: Windblad I., Nykänen P., Reponen J. & Hartikainen K. (toim.):Sähköinen potilaskertomus – pomosta piiaksi! Käyttäjien, järjestelmätoimittajien ja tutkijoiden puheenvuoro. Raportti seminaarista 26.10.2005. S. 20 – 22. Kuntaliitto: Helsinki: Kuntatalon paino.
- Päivärinta E. & Maaniittu M. 2002. Asiakaslähtöistä vai asiakkaasta lähtevää? Gerontologia 1 / 2002, 32 – 34.
- Remes K-M. 2006. Rakenteisesti kirjattu tieto hoitopalautteissa. S.74.Pro Gradu tutkielma, Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Salo P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hopia H. & Koponen L. (toim.). 2007. Hoitotyön kirjaaminen .Hoitotyön vuosikirja 2007. S.13 – 22. Hygieia – sarja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Saranto K., Eriksson E., Kärkkäinen H. & Rouvala C. 2003. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä tietoteknisestä osaamisestaan. Tutkiva hoitotyö 3 / 2003, 4 – 9.
- Saranto K. & Ikonen H.2007. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A-L. 2007.Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen.S. 156 – 165. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sonninen A-L. 2007. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A-L.2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. S.66. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sonninen A-L.2007. Termistöjen käyttö kirjaamisessa. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A-L. 2007..Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen.S. 88 – 94. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sosiaali- ja terveysalan tietoyhteiskuntayksikkö – Koodistopalvelu. Viitattu 28.10.2008. [Http://sty.stakes.fi / koodistopalvelu](http://sty.stakes.fi/koodistopalvelu), Kansalaisen käyttöliittymä.

STM 2004. Sosiaali – ja terveysministeriö. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. S. 9, 18. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004 : 18. Viitattu 3.1.2007. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), sosiaali- ja terveysalan tiedonhallinta, sähköiset potilasasiakirjat.

STM 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Ydintiedot, otsikot ja näkymät, versio 2.2. S.5, 20. Viitattu 25.5.2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, sosiaali- ja terveysalan tiedonhallinta. [Http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tietoh/ydintiedot.htx.i304.pdf](http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tietoh/ydintiedot.htx.i304.pdf)

Suhonen R. 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Hallila L. (toim.). 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. S. 36 – 50. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Tanttu K. 2007. Elektronisen hoitotiedon vaikutus. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. S.127 – 133, 148. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tanttu K. & Ikonen H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A-L.:2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. S. 112 – 126. Porvoo : WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tiililä U. & Karvinen K. 2006. Hyvään kirjaamiseen menee aikaa. Dialogi 7/2006, 16 – 17.

Virolainen M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. S. 87 – 88. Pro gradu- tutkielma, Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Wilskman K. 2000. Näkymätön näkyväksi. Hoitotyön ammattikielen tutkimuksesta ja kehittämisestä. S. 24 -35. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino oy.