

Pirkko Nykänen (toimittaja),  
Kristiina Juntila (toimittaja)

# Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti

RAPORTTI



**RAPORTTI 40/2012**

Nykänen P. ja Junttila K. (toim.)

**Hoitotyön ja moniammatillisen  
kirjaamisen asiantuntijaryhmän  
loppuraportti**

**Suositukset ja toimenpide-ehdotukset  
hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen  
kehittämiseksi**



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittaja ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

*Sivun 29 taulukko 4 on muutettu 26.8.2013*

ISBN 978-952-245-666-3 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

URN:ISBN:978-952-245-666-3

<http://urn.fi/http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-666-3>

Helsinki 2012

## Lukijalle/Esipuhe

Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Terveystieteiden tulee pitää jokaisesta potilaasta jatkuvaa muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja myös muiden ammattiryhmien laatima potilaskertomuksen osa, jossa dokumentoidaan potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi. Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kokonaissuunnitelma, jota hoitotyön suunnitelma osaltaan toteuttaa. Lisäksi hoitokertomukseen kirjataan hoitoa ja potilaan vointia kuvaavat päivittäiset merkinnät. Hoitokertomus on tarkoitettu moniammatilliseksi työvälineeksi.

Hoitotyön kirjaaminen on tehtävä, jota hoitohenkilökunta suorittaa jatkuvasti. Käytössä olevan kirjaamismallin toimivuus ja hoitokertomusten tietojärjestelmätoteutusten käytettävyys ovat tärkeitä tehokkaan ja sujuvan kirjaamisen kannalta. Terveystieteiden moniammatillisen toiminnan kannalta on tärkeää, että hoitotyön kirjaaminen tukee hoitohenkilökunnan ja muiden terveystieteiden ammattilaisten keskinäistä tiedonvaihtoa ja päätöksentekoa ja että kirjattu tieto on ajantasaisena hyödynnettävissä siellä, missä sitä tarvitaan.

Hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen kehitetyn kirjaamismallin käytössä ja sen avulla kirjatun tiedon hyödyntämisessä on tutkimuksissa havaittu ongelmia ja haasteita. Vuoden 2010 lopussa asetettiin asiantuntijaryhmä, jonka työn tavoitteiksi asetettiin hoitotyön luokitusten ja niiden potilastietojärjestelmätoteutusten kehittäminen hoitotyön kirjaamisenmallin käytettävyyden sekä kirjausten moniammatillisen hyödyntämisen parantamiseksi. Asiantuntijaryhmän asetti Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja työn rahoitti sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM). Työn valvojana toimikehittämisspäällikkö Anne Kallio STM:stä.

Tässä raportissa kuvataan hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön kirjaamisen nykytilanteen ongelmien ratkaisemiseksi ja rakenteisen, moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Asiantuntijaryhmä suosittelee muutoksia kansalliseen kirjaamismalliin sekä sen käyttöön hoitotyön kirjaamisessa. Suositukset koskevat kansalliseen kirjaamismalliin sisältyvän FinCC-luokituskokonaisuuden kehittämistä ja käyttöä hoitotyön termistönä. Suositusten tavoitteena on kehittää hoitotyön kirjaamista sekä tehostaa kirjatun tiedon moniammatillista hyödynnettävyyttä. Suositukset esitetään toteuttavaksi kahdessa vaiheessa: Ensimmäisessä vaiheessa uuden kirjaamistavan kokeilu ja arviointi ja toisessa vaiheessa tarpeellisten muutosten toteuttaminen kirjaamismalliin, kirjaamiskäytäntöihin sekä hoitokertomuksiin ja valtakunnallinen rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto. Ensimmäiseen vaiheeseen liittyy oleellisena arviointi, jossa haetaan näyttöä siitä, että uudella hoitotyön kirjaamistavalla saavutetaan hyötyä ja positiivista vaikuttavuutta.

Raportista järjestetään sen julkistamisen jälkeen lausuntokierros ja THL jatkaa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kehittämistä osana rakenteisen potilasasiakirjatyöryhmän työtä.

Kiitämme STM:ä ja THL:ta tuesta sekä työryhmän asiantuntijoita työskentelystä. Esitämme kiitokset tietojärjestelmätoimittajille, jotka ovat esitelleet asiantuntijaryhmälle hoitokertomuksia sekä omia näkemyksiään hoitokertomusten kehittämistä. Toivomme, että asiantuntijaryhmä pystyy suosituksillaan myötävaikuttamaan hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen ja kirjaamisessa tunnistettujen ongelmien ratkaisemiseen.

Pirkko Nykänen  
Asiantuntijaryhmän puheenjohtaja

Kristiina Junttila  
Asiantuntijaryhmän sihteeri

## Tiivistelmä

Pirkko Nykänen & Kristiina Junttila (toim.). Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti - suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 40/2012. 41 sivua. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-666-3 (pdf), ISSN 1798-0089 (pdf)

Suomessa on kansallisissa kehittämissuhteissa kehitetty hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon käyttöön. Kehittämistyön tavoitteena on ollut mahdollistaa potilaan hoidon kirjausten yhtenäisen käyttö hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa hoitohenkilökunnan osalta sekä kirjatun tiedon moniammatillinen käyttö ja jakaminen hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kesken. Kirjaamismallissa hoitotyötä kirjataan sähköisesti hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaisesti ja FinCC (Finnish Care Classification)-luokituskokonaisuutta käyttäen.

Kansallisesta kehittämisestä huolimatta hoitotyötä kirjataan maassamme edelleen usealla eri tavalla. Erityisesti lääkärit ovat kokeneet hoitotyön kirjaamismallissa käytettävät FinCC-osaluokitukset epäkäyttännöllisiksi. Myös osa hoitohenkilökunnasta on kokenut uuden kirjaamistavan haastavaksi. Tähän on vastattu järjestelmällä koulutustilaisuuksia ammatillisesta ja täydennyskoulutuksesta vastaavien organisaatioiden toimesta sekä terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen yhteisen eNNI-verkoston kautta. Erityisenä fokuksena on ollut kehittää kirjaamismallia ja FinCC-osaluokituksia sellaisiksi, että niiden käyttö tukee potilaan hoidon kirjausta eri hoitotyön toimintaympäristöissä. Kirjaamismallin käyttäjiltä on koottu käyttökokemuksia ja luokituksen sisällöllisiä kehittämissuhteita. FinCC-luokituskokonaisuutta on säännöllisesti päivitetty tehtävään nimetyin asiantuntijaryhmän toimesta saadut käyttäjäpalautteet huomioon. Kehittämisestä huolimatta kirjaamismalli ei ole levinnyt valtakunnalliseen käyttöön eikä kansallisesti yhtenäistä näkemystä kirjaamisen sisällöstä ja toteutuksesta ole vielä saavutettu. Kirjaamismallin hyödyistä potilaan hoidossa ei myöskään ole yhtenäistä kansallista näkemystä.

Tämä raportti liittyy sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sopimaan hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen jatkokehittämisen hankkeeseen. Siihen nimetyin asiantuntijaryhmän työn tavoitteeksi asetettiin hoitotyön luokitusten ja niiden potilastietojärjestelmätoteutusten kehittäminen hoitotyön kirjaamisenmallin käytettävyyden sekä kirjausten moniammatillisen hyödyntämisen parantamiseksi. Asiantuntijaryhmä asetti tavoitteekseen sen, että koko Suomessa on käytössä kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaamismalli, joka perustuu FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön.

Tehtäviensä mukaisesti asiantuntijaryhmä on työskentelyssään keskittynyt seuraaviin teemoihin: 1) kansallisen kirjaamismallin kehittäminen nykyistä helppokäyttöisemmäksi, ymmärrettävämmäksi ja paremmin potilaan hoidonkäyttöön sopivaksi; 2) suositusten tuottaminen hoitokertomusten yhtenäistämiseen, käytettävyyden parantamiseen sekä mallipohjien ja lukunäkymien suunnitteluun; sekä 3) kirjaamisen käytäntöjen kehittäminen ja kirjaamisen opetuksen suuntaviivat. Raportissa esitetään asiantuntijaryhmän laatimat suositukset ja toimenpide-ehdotukset, jotka kuvaavat kehittämisen tavoitetta sellaisena kuin työryhmä sen nykytiedoilla ja mahdollisuuksilla hahmottaa. Suositukset on tarkoitettu terveydenhuoltoorganisaatioiden kirjaamiskäytännöistä vastaaville, koulutussektorille ja tietojärjestelmätoimittajille. Lisäksi esitetään yhteenveto nykytilanteesta tarvittavista kirjaamisen muutoksista ja tiekartta, joka kuvaa reitin tulevaisuuden tavoitteeseen: Aidosti rakenteiseen kirjaamiseen. Tiekartan sisältämän pilotoinnin tulokset tarkentavat tavoitteen määrittelyä.

Asiantuntijaryhmä ei saavuttanut yhteisymmärrystä kaikista esitetyistä suosituksista ja toimenpide-ehdotuksista, mistä syystä raportin liitteeseen on eriyvä mielipide.

Asiasanat: Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen, kansallinen kirjaamismalli, hoitokertomus, moniammatillisen kirjaamisen kehittäminen, hoitotyö

## Sammandrag

Pirkko Nykänen & Kristiina Juntila (red.). Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti - suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. [Slutrapport från expertgruppen för multiprofessionell dokumentering av vårdarbetet – rekommendationer och åtgärdsförslag för utveckling av den multiprofessionella dokumenteringen av vårdarbetet]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 40/2012. 41 sidor. Helsingfors 2012. ISBN 978-952-245-666-3 (pdf), ISSN 1798-0089 (pdf)

I Finland har man inom ramen för nationella utvecklingsprojekt tagit fram en strukturerad modell för dokumentering av vårdarbetet till både den specialiserade sjukvårdens och primärvårdens förfogande. Syftet med utvecklingsarbetet har varit att möjliggöra en enhetlig dokumentering av patientvården inom planeringen, genomförandet och utvärderingen av vården för vårdpersonalens del samt multiprofessionellt utnyttjande och multiprofessionell distribution av den dokumenterade informationen bland de yrkesgrupper som deltar i vården. I dokumenteringsmodellen dokumenteras vårdarbetet elektroniskt i enlighet med modellen för vårdbeslutsprocessen och genom anlitandet av klassificeringssystemet FinCC (Finnish Care Classification).

Trots det nationella utvecklingsarbetet dokumenteras vårdarbetet i Finland alltjämt på många olika sätt. I synnerhet läkarna har upplevt de delklassificeringar inom FinCC som används i modellen för dokumentering av vårdarbetet som opraktiska. Också en del av vårdpersonalen har upplevt det nya dokumenteringssättet som utmanande. Detta har man bemött genom utbildning som har ordnats av organisationerna med ansvar för yrkes- och fortbildningen och via det för hälso- och sjukvårdsorganisationerna och yrkeshögskolorna inom sektorn gemensamma nätverket eNNI. Man har särskilt fokuserat på att utveckla dokumenteringsmodellen och delklassificeringen inom FinCC så att anlitandet av dessa stöder dokumenteringen av patientvården i olika vårdarbetsmiljöer. Man har från dem som har anlitat dokumenteringsmodellen samlat in användarerfarenheter och förslag till innehållsrelaterad utveckling av klassificeringen. En för ändamålet tillsatt expertgrupp har regelbundet uppdaterat FinCC-klassificeringssystemet med beaktande av responsen från användarna. Trots utvecklingsarbetet har dokumenteringsmodellen inte nått nationell spridning och har man på nationell nivå inte ännu kommit fram till någon gemensam syn på dokumenteringens innehåll och genomförande. Det finns inte heller någon nationellt enhetlig syn på dokumenteringsmodellens nytta inom patientvården.

Denna rapport anknyter till det projekt för vidareutveckling av den multiprofessionella dokumenteringen av vårdarbetet som social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd har kommit överens om. Som mål för den expertgrupp som tillsattes för detta ställdes en utveckling av vårdarbetsklassificeringarna och patientuppgiftssystemtillämpningarna i anslutning till dessa för att förbättra användbarheten av modellen för dokumentering av vårdarbetet och multiprofessionellt utnyttjande av dokumenteringarna. Expertgruppen ställde som mål att i hela Finland används en nationellt enhetlig modell för dokumentering av vårdarbetet, som grundar sig på anlitandet av klassificeringssystemet FinCC.

I enlighet med sina uppgifter har expertgruppen i sitt arbete koncentrerat sig på följande teman: 1) utveckling av den nationella dokumenteringsmodellen i en mer lättanvänd och begriplig riktning så att den bättre passar patientvårdspraxisen, 2) framtagning av rekommendationer för förenhetligande och förbättring av användbarheten av patientjournalerna och för planeringen av modellunderlag och läsvyer och 3) utveckling av dokumenteringspraxisen och framtagning av riktlinjer för dokumenteringsutbildningen. Rapporten presenterar expertgruppens rekommendationer och åtgärdsförslag, som illustrerar utvecklingsmålet såsom arbetsgruppen uppfattar detta i skenet av nuvarande kunskap och möjligheter. Rekommendationerna är avsedda för dem som inom hälso- och sjukvårdsorganisationerna ansvarar för dokumenteringspraxisen, för utbildningssektorn och för datasystemsleverantörer. Dessutom ges en sammanfattning av de i nuläget nödvändiga ändringarna i dokumenteringen och en vägkarta som visar vägen till det framtida målet: Aidosti

rakenteiseen kirjaamiseen (Genuint i riktning mot strukturerad dokumentering). Pilotresultaten inom ramen för vägkartan preciserar fastställandet av målet.

Expertgruppen nådde inte enighet om alla de rekommendationer och åtgärdsförslag som presenteras, varför en reservation har bifogats rapporten.

Nyckelord: Strukturerad dokumentering av vårdarbetet, nationell dokumenteringsmodell, patientjournal, utveckling av den multiprofessionella dokumenteringen, vårdarbetet

## Abstract

Pirkko Nykänen & Kristiina Juntila (eds.). *Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti – suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi.* (Final report of the expert working group on developing nursing and multiprofessional documentation practices – recommendations and proposed measures.) National Institute for Health and Welfare (THL). Report 40/2012. 41 pages. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-666-3 (pdf), ISSN 1798-0089 (pdf)

A structured nursing documentation model has been developed for basic health care and specialist medical care in national development projects in Finland. The purpose of this is to enable consistent documentation of the planning, implementation and evaluation of patient care by nursing staff and multiprofessional use and sharing of these data among the professional groups involved in the care. In this model, nursing is documented electronically following the nursing decision-making process model and using the Finnish Care Classification (FinCC) system.

National standardisation efforts notwithstanding, patient care is still being documented in several different ways in Finland. Physicians in particular consider the FinCC sub-categories used in the nursing documentation model to be impractical. Some nursing staff also consider the new system challenging. The response to this has been to provide training sessions through vocational education and further education organisations and through the eNNI network of health care organisations and universities of applied sciences. A particular aim is to improve the documentation model and the FinCC sub-categories so that they will support the recording of patient care data in various nursing environments. User experiences of the documentation model and suggestions for improving its content have been collected. The FinCC system has been regularly updated by the expert working group appointed for the task, based on user feedback received. Despite these improvements, however, the documentation model has not become established nationwide, and there is still no national consensus on the content and implementation of the recording of patient data. A shared vision of the benefits of the documentation model for patient care has also not yet emerged.

The present report is related to the nursing and multiprofessional documentation further development project agreed on by the Ministry of Social Affairs and Health and the National Institute for Health and Welfare. The expert working group appointed to this project was assigned the task of improving care classifications and their application in the patient record system so as to improve the usability of the nursing documentation model and the multiprofessional leveraging of the documentation. The expert working group adopted the goal of establishing a single national nursing documentation model based on the FinCC system.

Accordingly, the expert working group has focused on the following themes: 1) making the national documentation model more easily usable, more understandable and better suited to patient care practices; 2) publishing recommendations for standardising patient records, for improving usability and for the design of templates and screen views; and 3) improving documentation practices and providing guidelines for documentation teaching. The present report includes the expert working group's recommendations and proposals for measures, describing the target state as seen by the working group on the basis of currently available information and potential. The recommendations are intended for employees responsible for documentation practices in health care organisations, for the training sector and for IT system suppliers. The report also contains a summary of the changes needed to current documentation practices and a road map to the ultimate goal: genuinely structured documentation. The outcomes of the piloting included in the road map will further specify the target state.

The expert working group could not achieve a consensus on all the recommendations and proposals for measures given, and a dissenting opinion is therefore enclosed with the report.



Keywords: structured nursing documentation, national documentation model, patient record, multiprofessional documentation development, nursing

# Sisällys

Sisällys .....	9
Keskeiset käsitteet .....	10
Käytetyt lyhenteet .....	11
1. Taustaa .....	12
2. Asiantuntijaryhmän asettaminen, tehtävät ja tavoitteet.....	13
3. Hoitotyön kirjaaminen sähköisissä potilaskertomuksissa .....	15
3.1 Sähköiset potilasasiakirjat.....	15
3.2 Hoitotyön kirjaaminen .....	15
3.2.1 Hoitotyön kansallinen kirjaamismalli.....	15
3.2.2 Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus.....	18
3.2.3 Hoitoisuusluokituksen osa-alueiden mukainen kirjaaminen .....	19
3.3 Hoitotyön kirjaamisen nykytilan ongelmallisuus .....	20
4. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset.....	22
4.1 Kansallisen kirjaamismallin kehittäminen.....	23
4.1.1 Hoidon vaiheiden mukainen kirjaaminen.....	23
4.1.2 Hoitotyön luokituskokonaisuuden kehittäminen termistönä .....	25
4.2 Hoitokertomusten yhtenäistäminen ja käytettävyyden parantaminen .....	25
4.2.1 Mallipohjat .....	26
4.2.2 Lääkärin lukunäkymä .....	28
4.2.3 Hoitokertomusten toiminnallisuuksien ja ulkoasun yhtenäistäminen .....	28
4.3 Hoitotyön kirjaamisen koulutuksen kehittäminen .....	28
4.4 Yhteenveto suosituksista ja toimenpide-ehdotuksista .....	30
5. Tiekartta .....	32
5.1 Vaiheistus ja vaiheisiin liittyvät toimenpiteet.....	32
5.1.1 Vaihe 1: Kirjaamiskäytännön muutokseen valmistautuminen, 2012-2014/2015.....	33
5.1.2 Vaihe 2: Rakenteisen kirjaamisen toteuttaminen valtakunnallisesti, 2014/2015–2018 .....	34
5.2 Koordinointi, lainsäädäntö ja rahoitus .....	35
5.3 Visio - Hoitotyön kirjaamisen muuttuminen .....	35
Lähteet.....	37
Eriävä mielipide .....	39

## Keskeiset käsitteet

Hoitokertomus	Hoitohenkilökunnan ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin (Saranto & Sonninen 2008). Hoitokertomus toimii päivittäisenä tiedonvälityskanavana ammattihenkilöiden välillä (Hartikainen ja muut, 2009).
Hoitotyön ydintiedot	Hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitotyön yhteenveto, hoitoisuus. (Hartikainen ja muut, 2009)
Potilasasiakirja	Potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja ja saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. (PotL 785/1992)
Potilaskertomus	Asiakaskertomus, joka sisältää tietoa potilaan sairauksista ja niiden hoidoista. Potilaskertomus voi sisältää erikseen sekä sairauskertomuksen että hoitokertomuksen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto 2002)
Rakenteinen kirjaaminen	Kirjattava tieto on rakenteistettu tietorakenteeksi, jossa tiedot kirjataan luokitusten avulla.
Rakenteiset ydintiedot	Kaikki potilaan keskeiset terveyden- ja sairaanhoidon tiedot, jotka on ohjelmistoissa kuvattu yhtenevällä määramuotoisella tavalla ja jotka tulee tarpeen vaatiessa pystyä siirtämään standardoitujen määritysten mukaisesti eri tietojärjestelmästä toiseen. (Hartikainen ja muut, 2009)
Rakenteisuus	Tieto rakenteistetaan määrittelemällä sille rakenne: millaisista osista tieto muodostuu ja millaiset ovat näiden osien suhteet toisiinsa. Rakenteiset potilastiedot kuvataan luokituksia, koodistoja tms. käyttäen niin, että niitä voidaan käsitellä automaattisesti (KanTa-palvelut – e Arkisto, 2009).
Terminologia, terminologiaoppi	Oppi käsitteiden ja termistöjen rakenteesta, muodostamisesta, kehityksestä, käytöstä ja käsittelystä eri erikoisaloilla. (Sanastokeskus TSK 2006)
Termistö	Tiettyyn erikoiskieleen liittyvien nimitysten joukko (nimitys: käsitettä vastaava kielellinen ilmaus). (Sanastokeskus TSK 2006) Huom: tässä tarkoituksessa mieluummin ”termistö” kuin ”terminologia”.
Tietojärjestelmä-arkkitehtuuri	Kokonaisarkkitehtuuri on toiminnan, prosessien ja palvelujen, tietojen, tietojärjestelmien ja niiden tuottamien palvelujen muodostaman kokonaisuuden rakenne. Kokonaisvaltainen arkkitehtuurillinen lähestymistapa ja malli, jossa tietotekninen systeemi kuvataan ja huomioidaan osana (liike)toimintaa. Arkkitehtuuria voidaan tarkemmin määritellä toiminta-, tieto-, tietojärjestelmä- ja teknologia-arkkitehtuurin näkökulmista (JHS179, 2011)
Ydintiedot	Yhteisesti sovitut tietosisällöt keskeisimmille potilaskertomuksen tiedoille, joilla kuvataan toteutunutta tai suunniteltua hoitoa. (Hartikainen ja muut, 2009)

## Käytetyt lyhenteet

CCC	Clinical Care Classification
eNNI	Terveysthuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen yhteishanke (2008-2010)
eResepti	Sähköinen lääkemääräys
FinCC	Finnish Care Classification, Suomalainen hoitotyön luokitus
HoiData	Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke (2007-2009)
HoiDok	Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (2005-2006)
ICD-10	International Classification of Diseases (WHO); Kansainvälinen tautiluokitus
ICPC2	International Classification of Primary Care; Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus
KanTa	Kansallinen Terveysarkisto
KASTE	Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuohjelma (Kaste I 2008–2011, Kaste II 2012–2015)
OPC	Oulu Patient Classification; hoitoisuusmittari somaattiseen vuodeosastokäyttöön
OPCq	RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmään kuuluva, somaattisilla vuodeosastoilla käytettävä hoitoisuusmittari
SHTaL	Suomalainen hoidon tarveluokitus
SHToL	Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus
SHTuL	Suomalainen hoidon tuloluokitus
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms
SNOMED RT	Systematized Nomenclature of Medicine – Reference Terminology
SPAT	Suomalainen perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organisation, Maailman terveysjärjestö
XML	eXtensible Markup Language, merkkaukieli, de facto standardi, jota käytetään merkkamaan tekstimuotoisen tiedon rakenne. XML toimii laitteisto- ja ohjelmistoriippumattomana tiedonvälitysohjelmana (tiedonvälitys ja tallennus).

# 1 Taustaa

Potilastiedon sähköinen käsittely ja organisaatioiden välinen sähköinen potilastiedon luovuttaminen ja vastaanottaminen ovat lisääntyneet nopeasti Suomessa 2000-luvulla. Suomessa lähes 100 % potilastiedoista on tällä hetkellä sähköisessä muodossa pääosin paikallisissa ja alueellisissa tietojärjestelmissä (Winblad ja muut, 2008; Aaltonen ja muut, 2010).

Kansallinen terveydenhuollon tietojärjestelmäarkkitehtuuri KanTa ([www.kanta.fi](http://www.kanta.fi)) ohjaa sähköisten potilaskertomusten ja muiden vastaavien terveydenhuollon järjestelmien kehitystä ja asettaa niille minimivaatimukset mm. paikallisten perusjärjestelmien tiedon organisointiin, potilaskertomustiedon jäsentämiseen tietosisällöltään yhteneviksi asiakirjoiksi ja tietojen siirtämiseen ja hakuun valtakunnallisesta arkistosta. Kansallisen arkkitehtuurin toteuttamiseksi paikallisissa potilastietojärjestelmissä ollaan ottamassa käyttöön kansallisesti määriteltyjä, rakenteisia ydintietoja, jotka perustuvat yhteisesti hyväksytyihin käsitteisiin, termeihin, luokituksiin ja koodistoihin (STM, 2007a; STM, 2007b). Ydintiedoilla pyritään rakenteistamaan potilasasiakirjoja ja tietokokonaisuuksia yleisesti tunnustettujen luokitus- tai koodausjärjestelmien avulla.

Hoitotyön kirjaamista määrittelevät monet juridiset ja ammattieettiset seikat. Terveydenhuollon toimintayksikön tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Hoitotyöntekijöiden laatima hoitokertomus on osa potilaskertomusta. Osastohoidossa olevasta potilaasta pitää tehdä hoitajaksokohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista ja hoitotoimista. Myös potilaan hoidon kannalta merkitykselliset puhelinsoitot tulee kirjata (STM, 2009). Hoitotyön kirjaaminen on työtehtävä, jota hoitohenkilökunta suorittaa jatkuvasti päivittäin. Kirjaamisen sujuvuus, kirjaamismallin toimivuus sekä tietojärjestelmätoteutusten käytettävyys ovat tärkeitä työtehtävien suorittamiseksi tehokkaasti ja sujuvasti. Terveydenhuollon toimijoiden hyvä yhteistyö edellyttää, että käytettävät työvälineet, esimerkiksi potilastietojärjestelmät ja hoitokertomukset, tukevat ominaisuuksillaan työtehtävien suoritusta ja tarjoavat käyttäjille heidän työtehtäviinsä ja ammattilaisuuteensa sopivia työkaluja. Moniammatillisuuden näkökulmasta hoitotyön kirjaamisen ja kirjaamistoiminnan toteutuksen tulisi tukea hoitohenkilökunnan ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten keskinäistä tiedonvaihtoa, päätöksentekoa ja työnjakoa tarkoituksenmukaisella tavalla.

Hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen kehitetyn kirjaamismallin käytössä ja sen avulla kirjatun tiedon hyödyntämisessä on tutkimuksissa havaittu ongelmia ja haasteita. Tämä raportti liittyy sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sopimaan hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen jatkokehittämisen hankkeeseen. Tavoitteeksi asetettiin suositusten ja toimenpide-ehdotusten tuottaminen hoitotyön luokitusten ja niiden potilastietojärjestelmätoteutusten käytettävyyden sekä kirjausten moniammatillisen hyödyntämisen parantamiseksi.

## 2 Asiantuntijaryhmän asettaminen, tehtävät ja tavoitteet

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sopivat hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen jatkokehittämisen hankkeesta ajalle 15.10.2010 - 31.12.2011. Hankkeen on rahoittanut STM, joka on myös valvonut hankkeen toteutumista, valvojana on ollut kehittämisspäällikkö Anne Kallio. THL:n pääjohtaja Pekka Puska asetti 9.12.2010 asiantuntijaryhmän hankkeen toteuttamiseksi ja hanke toteutettiin THL:n projektina.

Työryhmän puheenjohtajana on toiminut Pirkko Nykänen Tampereen yliopistosta ja sihteerinä Kristiina Junttila Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä. Palvelutuottajia asiantuntijaryhmässä ovat edustaneet Jari Numminen Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä, Kaarina Tantu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä, Lasse Lehtonen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä ja Sairaanhoitajaliiton edustajana Marja Arffman Itä-Savon sairaanhoitopiiristä (perusterveydenhuollon edustaja). Koulutussektoria ryhmässä ovat edustaneet Outi Ahonen Laurea ammattikorkeakoulusta ja Helena Ikonen Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulusta. Anneli Ensio Itä-Suomen yliopistosta on edustanut FinCC-luokituskokonaisuutta ja sen ylläpitoorganisaatiota, Toni Seppälä Suomalainen Lääkäriseura Duodecimia ja Tinja Lääveri Suomen Lääkäriliittoa. THL:n edustajina asiantuntijaryhmässä ovat toimineet Marja-Leena Perälä ja Tuulikki Vehko sekä lisäksi Jorma Komulainen, Sari Palojoki, Heikki Virkkunen, Meri Larivaara ja Tiina Palotie-Heino.

Asiantuntijaryhmän työn tavoitteeksi asetettiin hoitotyön luokitusten ja niiden potilastietojärjestelmätoteutusten kehittäminen hoitotyön kirjaamisenmallin käytettävyyden sekä kirjausten moniammatillisen hyödyntämisen parantamiseksi.

### Yksityiskohtaisemmin tehtäviksi määriteltiin:

- Kansallisen kirjaamismallin levittämisen edistäminen hoitotyön kirjaamiseen siten, että mietitään keinoja ja suosituksia, joilla kansallista kirjaamismallia kehitetään vastaamaan nykyistä paremmin hoitotyön käytäntöjä ja tukemaan moniammatillista tietojen hyödyntämistä.
- Ehdotukset toimenpiteiksi kirjaamismallin kehittämissuosituksen toteuttamiseksi.
- Ehdotukset keinoiksi ja toimenpiteiksi hoitokertomusten (kirjaamismallin toteutukset potilaskertomusjärjestelmissä) yhtenäistämiseksi ja niiden käytettävyyden parantamiseksi.

Asiantuntijaryhmän tehtäväaluetta rajattiin siten, että tehtäviin ei sisällynyt FinCC-luokituskokonaisuuden päivittämistä eikä luokituksen ja kirjaamismallin implementoimista käytäntöön eikä asiantuntijaryhmä suunnitellut tietojärjestelmien käyttöliittymiä.

Asiantuntijaryhmän työn tavoitteena on ollut esittää suosituksia hoitotyön kansallisen kirjaamismallin kehittämiseksi sekä laatia ehdotuksia hoitokertomusten potilastietojärjestelmätoteutusten käytettävyyden sekä kirjausten moniammatillisen hyödyntämisen parantamiseksi. Asiantuntijaryhmä asetti tavoitteekseen sen, että koko Suomessa on käytössä kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaamismalli, joka perustuu FinCC-luokituskokonaisuuden käytölle.

Tehtäviensä mukaisesti asiantuntijaryhmä on työskentelyssään keskittynyt seuraaviin teemoihin:

- Kirjaamismalli: Kansallisen kirjaamismallin kehittäminen nykyistä helpokäyttöisemmäksi, ymmärrettävämmäksi ja paremmin potilaan hoidonkäytäntöihin sopivaksi.
- Hoitokertomusten potilastietojärjestelmätoteutukset: Suositusten tuottaminen hoitokertomusten yhtenäistämiseen, käytettävyyden parantamiseen sekä mallipohjien ja lukunäkymien suunnitteluun.
- Kirjaamisen koulutus ja kansallinen kirjaamiskäytäntö: Kirjaamisen käytäntöjen kehittäminen ja kirjaamisen opetuksen suuntaaviivat.

Asiantuntijaryhmän työskentelymuotoina ovat olleet kokoukset ja sähköpostitse tapahtuva työskentely. Ryhmän jäsenet ovat tehneet kotitehtäviä ja ryhmässä on käyty keskustelua erilaisten näkemysten yhteensovittamiseksi. Tietojärjestelmätoimittajat ovat esitelleet asiantuntijaryhmälle eri hoitokertomuksia (Mediatri, Miranda/Uranus, Pegasos, Effica, TT2000+) ja niiden käyttöä. Kokouksia on pidetty kaikkiaan 11. Asiantuntijaryhmä on tuottanut ensimmäisen väliraportin tammikuussa 2011 ja toisen elokuussa 2011.

Raportin luvussa 3 kuvataan hoitotyön kirjaamisen nykytilaa ja sekä kirjaamisessa havaittuja ongelmia. Luvussa 4 esitellään työryhmän suositukset ja toimenpide-ehdotukset kirjaamismallin kehittämiseksi sekä hoitokertomusten käytettävyyden parantamiseksi ja kirjaamisen opetuksen kehittämiseksi. Luvussa 5 esitetään yhteenveto nykytilanteesta tarvittavista kirjaamisen muutoksista ja tiekartta, joka kuvaa reitin valtakunnallisesti käytössä olevaan, rakenteiseen kirjaamiseen.

Asiantuntijaryhmä ei saavuttanut yhteisymmärrystä kaikista esitetyistä suosituksista ja toimenpide-ehdotuksista, mistä syystä raportin liitteenä on eriävä mielipide.

## 3 Hoitotyön kirjaaminen sähköisissä potilaskertomuksissa

### 3.1 Sähköiset potilasasiakirjat

Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Terveystieteiden ammattihenkilöillä on velvollisuus merkitä potilasasiakirjoihin niiden käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot. Lisäksi asianmukaisesti laadituilla potilasasiakirjoilla on keskeinen rooli potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan näkökulmasta sekä vastaavasti henkilökunnan oikeusturvan toteuttamisessa. Potilasasiakirjoilla on merkitystä myös terveydenhuollon tutkimuksessa, hallinnossa, suunnittelussa ja opetuksessa (STM, 2001). Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat kuten lähetteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen tai hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat, samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat (STM, 2009).

Potilaskertomuksiin kirjataan tietoa kolmesta syystä: hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi, terveydenhuollon ammattilaisen oikeusturvan varmistamiseksi ja tiedonvaihdon mahdollistamiseksi. Sähköinen hoitokertomus on osa potilaskertomustiedon tallennusta. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja myös muiden ammattiryhmien laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin (Hoitotyön vaatimusmäärittely, 2008; Saranto ja Sonninen, 2008). Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kokonaissuunnitelma, jota muun muassa hoitotyön suunnitelma osaltaan palvelee. Lisäksi hoitokertomukseen kirjataan hoitoa ja potilaan vointia kuvaavat päivittäiset merkinnät. Hoitokertomus on tarkoitettu moniammatilliseksi työvälineeksi. (Ensio ja Saranto, 2004; Saranto ja Sonninen, 2008.) Potilaalla on oikeus tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot (Henkilötietolaki, 523/1999).

### 3.2 Hoitotyön kirjaaminen

Suomessa kirjataan hoitotyötä ainakin seuraavilla kolmella tavalla: hoitotyön kansallisen kirjaamismallin mukaan, yliopistollisten sairaaloiden yhteisesti kehittämän moniammatillisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen mukaan ja potilaiden hoitoisuuden arviointiin käytettävän mittarin osa-alueiden mukaisesti. Muitakin kirjaamistapoja löytyy näiden lisäksi; varsinkin yksiköissä, joissa kirjaaminen tapahtuu edelleen manuaalisesti paperille.

#### 3.2.1 Hoitotyön kansallinen kirjaamismalli

Suomessa on kehitetty kansallinen hoitotyön kirjaamismalli sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon käyttöön, tavoitteena mahdollistaa potilaan hoidon kirjausten yhtenäinen käyttö hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa hoitohenkilökunnan osalta sekä kirjatun tiedon moniammatillinen käyttö ja jakaminen hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kesken. Kirjaamismallissa on kyse rakenteisesta, kansallisia ydintietorakenteita hyödyntävästä kirjaamisesta (Häyrinen ja Ensio, 2008) ja se sisältää hoitotyön ydintiedot: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus (kuva 1). Kirjaamismallissa hoitotyötä kirjataan sähköisesti hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukaisesti ja FinCC (Finnish Care Classification)-luokituskokonaisuutta käyttäen. Kirjaamismalli on kehitetty STM:n ja



sairaanhoitopiirien rahoittamissa kansallisissa kehittämissuunnitelmissa vuosina 2005–2009 (HoiDok-hanke, 2008; HoiData-hanke, 2009) ja se perustuu useiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden, pilotoitien ja käyttäjäpalautteiden sekä asiantuntijatyön tuloksiin (Liljamo ja muut, 2008).

HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN								
Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen								
Näkymä : Hoitokertomus = HOKE								
Moniamm. hoitoprosessin eri vaiheet	Tulotilanne		Hoidon suunnittelu			Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	
	Tietojen keruu ja analysointi*	Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toiminnot	Suunnitellut tavoitteiden saavuttamiseksi	Hoitotyön toiminnot / toteutus	Hoidon tulokset	
<b>Hoitotyön prosessin vaiheet</b>	Tietojen keruu ja analysointi*	Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toiminnot	Suunnitellut tavoitteiden saavuttamiseksi	Hoitotyön toiminnot / toteutus	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenveto
<b>SHTaL ja SHTuL</b> (Hoidon tarveluokitus ja hoidon tuloksen tilaluokitus)	-	SHTaL ja varmuusaste (+ mittari esim.VAS, GAF)	SHTaL	-	-	-	SHTaL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF)	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön prosessi/ydin - tiedoista ja tarv. täydennetään rakenteisilla tiedoilla (luokitus + vapaa teksti) Hoitoisuusluokkatieto numeerisena ja sanallisena.
<b>SHToL ja SHTuL</b> (Hoitotyön toimintoluokitus ja hoidon tuloksen tilaluokitus)	-	-	-	SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS,GAF)	SHToL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF) **	-	-
<b>Hoitotyön ydintiedot</b>	Moniammatillisia ydintietoja*	Hoidon tarve				Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenveto

\*Ydintiedoista saadaan osa hoitotyön tarvitsemista tiedoista kuten henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkehoito, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet.

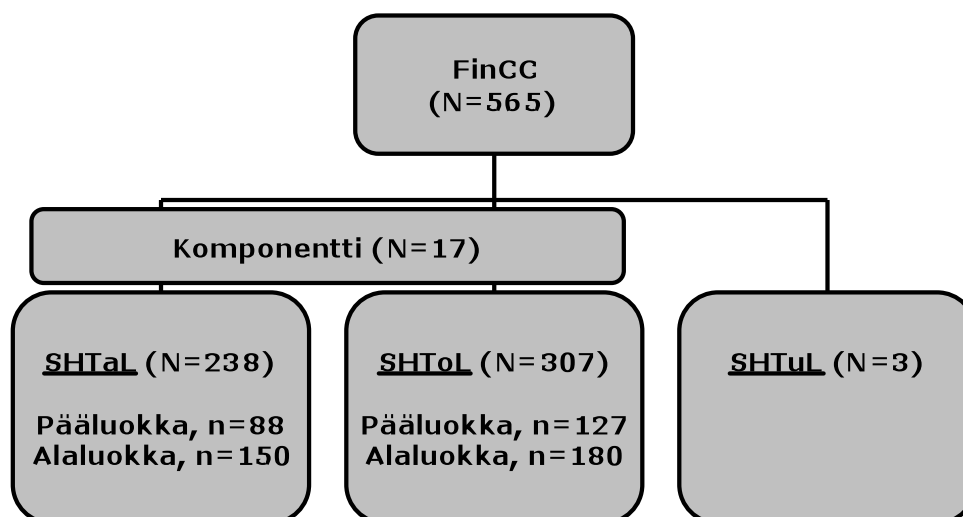
\*\* Hoitoisuusmittaus tehdään prosessin kohdassa arviointi ja käytetään mittareita: OPC (Oulu Patient Classification) tai OPCq (Rafaela)

Kuva 1. Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli (HoiDok-hanke, 2008)

Kirjaamismallin sisältämän hoidollisen päätöksenteon vaiheet ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Tätä Maailman terveysjärjestön (WHO) suosittelemaa viitekehystä on käytetty Suomessa kirjaamisen rakenteena jo 1980-luvulta lähtien (Saranto ja Sonninen, 2008; Sonninen ja Ikonen, 2008).

FinCC-luokituskokonaisuus perustuu kansainväliseen CCC-luokitukseen. CCC-luokitus on yhteensopiva ICD-10 –tautiluokituksen kanssa ja integroitu SNOMED CT ja sitä edeltäneeseen SNOMED RT –terminologiaan. ([www.sabacare.com](http://www.sabacare.com).)

FinCC sisältää kolme osaluokitusta, joista kaksi on hierarkkisia: suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL) ja suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL). Niillä on yhtenevä rakenne, joka muodostuu komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatasoista (Sonninen ja Ikonen, 2008; Sonninen, 2008). Hoidon tulosluokituksella (SHTuL) arvioidaan hoidon tarpeeseen liittyvää hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla: tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt (Liljamo ja muut, 2008). FinCC-luokituskokonaisuuden rakenne on esitetty kuvassa 2.



**Kuva 2. FinCC-luokituskokonaisuuden (versio 3.0) rakenne**

Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeen (HoiDok) aikana hoidon tarveluokitus SHTaL ja hoitotyön toimintoluokitus SHToLyhteensovitettiin RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmään kuuluvan hoitoisuusmittarin OPCq kanssa. Somaattisilla vuodeosastoilla käytettävä OPCq-mittari perustuu Oulun hoitoisuusluokitukselle, Oulu PatientClassification (OPC) (FCG, 2010). Yhteensovitus mahdollistaa hoitoisuuskoosteen kehittämisen potilaskertomusjärjestelmiin. Yhteensovituksessa jokainen hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokituksen pää- tai alaluokka on saanut paikan jossain OPC-mittarinkuudesta osa-alueessa, jotka esitellään tarkemmin luvussa 3.2.3(HoiDok-hanke, 2008).

Kansallisen kirjaamismallin mukainen, FinCC-luokituksia hyödyntävä kirjaaminen tapahtuu käytännössä siten, että hoitaja valitsee asiayhteyteen kuuluvan komponentin alta pääluokka- tai alaluokkatason termin, jota hän tarvittaessa täydentää vapaalla tekstillä. Kansallisten ohjeiden mukaan kirjaamista ei voi toteuttaa pelkällä komponenttitasolla (Liljamo ja muut, 2008). Esimerkki SHTaL-luokituksen komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatason termeistä on esitetty taulukossa 1.

**Taulukko 1. Esimerkki hoidon tarveluokituksen (SHTaL) komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatermeistä yhden komponentin osalta**

Komponentti	Pääluokka	Alaluokka
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön liittyvä riski	Lääkkeiden rinnakkaiskäyttö
		Lääkityksen sopimattomuus
		Intoksikaatoriski
		Lääkeaineallergia
		Lääkekielteisyys
		Lääkkeen haittavaikutus
		Lääkkeiden yhteisvaikutukset
		Avun tarve lääkeshoidossa
		Avun tarve lääkkeiden jakamisessa
		Lääkehoitoon liittyvä tiedon tarve

Luokitusten käytön joustavuus ja toimivuus ovat sidoksissa käytössä olevaan potilastietojärjestelmään. Luokituksiin perustuva kirjaaminen on muutos, joka käyttäjien on opeteltava. Rakenteisesti kirjattaessa ammattilaisen ajatellaan hyödyntävän luokituksia valitsemalla niistä esimerkiksi sen hoidon tarpeen tai hoitotyön toiminnon, joka kuvaa ammatillisessa ajatteluprosessissa muodostunutta lopputulosta. Potilastietojärjestelmät näyttävät hoitotyön kirjaukset erilaisissa näkymissä, jotka ryhmitellään potilaan hoitoprosessin vaiheiden mukaan otsikoilla ja vaiheiden tietosisällöt kuvataan luokituksilla, nimikkeistöillä ja koodistoilla. Kirjaamismallin mukaisista hoitotiedoista voidaan tuottaa kirjaamisen sisällöllistä tutkimustietoa, jota voidaan hyödyntää sekä kliinisessä että hallinnollisessa päätöksenteossa.

Kansallista hoitotyön kirjaamismallia käyttäviä on potilastietojärjestelmittäin luokiteltuina: Miranda-käyttäjistä 50 %, Pegasos-käyttäjistä 88 %, Effica-käyttäjistä noin 50 % ja lisäksi TT2000+ käyttäjistä sairaala Orton, graafisen Finnstarin käyttäjistä Vantaan terveyskeskus ja Mediatrin käyttäjistä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.

### 3.2.2 Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus

Yliopistosairaalat ovat yhteisesti kehittäneet erikoissairaanhoidon hoidon päivittäisille merkinnöille rakenteen, moniammatillisen hoitokertomuksen, 2000-luvun alussa (Eronen ja muut, 2005). Moniammatillinen työryhmä suunnitteli perustason tärkeimmille päivittäisille merkinnöille sellaisen rakenteen eli otsikot, jotka noudattavat hoidon prosessia ja jotka käsitteinä ovat eri ammattiryhmien ymmärrettävissä. Moniammatillinen hoitokertomus on otsikkorakenne perustason päivittäisille merkinnöille. Sen avulla voidaan dokumentoida kaikki potilaan välittömään hoitamiseen liittyvä tieto ja siihen voidaan lisätä myös ammattiryhmäkohtaisia luokituksia (Pohjanvuori, 2007). Moniammatillinen kirjaamismalli on ollut ensimmäisenä käytössä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä, missä siitä luovuttiin somaattisessa hoidossa kokonaan 2008, kun hoitotyön kansallisen kirjaamismallin käyttöönotto saatiin päätökseen. Tällä hetkellä kyseistä kirjaamismallia käytetään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) ja Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (TAYS). Taulukossa 2 on esitetty esimerkki HUS:n somaattisessa toiminnassa käytössä olevista, hoitopäivään tai käyntiin liittyvien kirjausten otsikoista. Potilaan esitiedoille ja hoitajakson suunnitelmalle on omat otsikkonsa.

**Taulukko 2. HUS:ssa käytössä oleva hoitopäivä- ja käyntikohtainen otsikkorakenne**

Prosessin vaihe	Taso 1	Taso 2	
Hoidon suunnittelu	Päivittäisen hoidon suunnittelu (tarpeet, tavoitteet, suunnitellut toiminnot)	Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät	
		Elintoiminnot (vitaalielintoiminnot, ravitsemustila ja nestetasapaino, hygienia ja eritystoiminta, iho-/kudoseheys*)	
		Psyykinen vointi	
		Potilaan elämäntilanne	
		Potilaan / läheisen näkemys	
Hoidon toteutus	Tutkimukset ja toimenpiteet	Kliiniset tutkimukset	
		Tutkimustulokset	
	Lääkehoidon toteuttaminen ja vaikuttavuus, erityishuomiot	Toimenpiteen aikainen hoito ja seuranta	
		Päivittäisen hoidon toteutus	Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät
			Elintoiminnot
Psyykinen vointi			
Potilaan elämäntilanne			
Hoidon poikkeama	Potilaan/läheisen ohjaus ja tukeminen		
Hoidon arviointi	Potilaan tämänhetkinen vointi		
	Potilaan/läheisen näkemys hoidosta		
	Ammattihenkilön arvio hoidosta		
	Potilaan/läheisen näkemys kokonaistavoitteiden toteutumisesta		
	Ammattihenkilön arvio kokonaistavoitteiden toteutumisesta		
	Hoidon/kuntoutuksen vaikuttavuus		
	Jatkohoito		
	Käytetyt mittarit/mittaukset	Hoitoisuusluokitus vuodeosastolla	
	Hoitoisuusluokitus poliklinikalla		

\*Elintoimintoihin liittyvät huomiot kirjataan 3-tasolle otsikoiden Vitaalielintoiminnot, Ravitsemustila ja nestetasapaino, Hygienia ja eritystoiminta, Iho-/kudoseheys mukaisesti

### 3.2.3 Hoitoisuusluokituksen osa-alueiden mukainen kirjaaminen

Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS) on ollut vuodesta 1996 käytössä somaattisessa hoidossa sähköinen hoitosuunnitelma, joka perustuu hoidollisen päätöksenteon prosessimalliin sekä Roper, Logan ja Tierneyn määrittelemiin elämisen toimintoihin. Hoitosuunnitelman rakenne noudattaa OYS:ssa kehitetyn potilaan hoidon tarpeisiin perustuvan OPC-mittarin rakennetta. Päivittäisen hoitosuunnitelman kirjaamisen pohjana on kyseisen hoitoisuusluokitusmittarin kuusi osa-aluetta:

1. Hoidon suunnittelu ja koordinaatio
2. Sairauden oireet, hengittäminen ja verenkierto
3. Lääkehoito ja ravitsemus
4. Hygienia ja eritystoiminta
5. Aktiviteetti ja liikkuminen, nukkuminen ja lepo
6. Hoidon/jatkohoidon opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki

OYS:ssa sähköinen potilaskertomus, ESKO, on moniammatillinen ja sitä käyttävät eri ammattiryhmät. Hoitosuunnitelma on kiinteä ja keskeinen osa ESKOa, ja siinä näkyy hoitotyön itsenäinen alue. Ohjelmassa on päivittäistä hoitosuunnitelmaa laadittaessa valittavissa osa-alue ja tarkemmin vielä toisen tason otsikko, mille alueelle potilaan hoidon tarve sijoittuu. Hoitosuunnitelmaan kirjataan kyseisten osa-alueiden mukaan hoidon tarve, hoitomenetelmät, toteutus ja arviointi sekä mahdolliset tulokset, jolloin koko hoitoprosessi on näkyvissä (Nissilä, 2005).

Kuvattu kirjaamismalli on käytössä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (OYS ja Oulaskankaan sairaala), Vaasan keskussairaalassa, Länsi-Pohjan keskussairaalassa Kemissä ja Lapin keskussairaalassa Rovaniemellä.

### 3.3 Hoitotyön kirjaamisen nykytilan ongelmallisuus

Suomessa on hoitotyön kirjaamisen kehittämistyön tavoitteeksi asetettu kansallisesti yhtenäinen tapa kirjata hoitotyötä. Tavoitteeseen ei ole viime vuosien kehitystyöstä huolimatta vielä päästy, vaan hoitotyötä kirjaetaan edelleen usealla eri tavalla. FinCC-luokituskokonaisuudelle perustuvassa hoitotyön kirjaamisen mallissa käytettävät luokitukset ovat epäkäytännöllisiä ja epätarkoituksenmukaisia erityisesti lääkäreiden ammattiryhmälle (Viitanen et al. 2011, Nykänen et al. 2010). Myöskään kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa ei FinCC-luokituskokonaisuuteen perustuvan kirjaamisen ole katsottu palvelevan potilaan hoitoa, vaikka itse prosessimallia käytetäänkin. Myös osa hoitohenkilökunnasta on kokenut uuden kirjaamistavan haastavaksi. Tähän on vastattu järjestämällä koulutustilaisuuksia ammatillisesta ja täydennyskoulutuksesta vastaavien organisaatioiden toimesta sekä eNNI verkoston<sup>1</sup> kautta. Erityisenä kehittämistyön fokuksena on ollut kehittää kirjaamismallia ja FinCC-osaluokituksia sellaisiksi, että niiden käyttö tukee potilaan hoidon kirjausta eri hoitotyön toimintaympäristöissä. Itä-Suomen yliopisto (aik. Kuopion yliopisto) on myös koonnut kansallisen mallin käyttäjiltä käyttökokemuksia ja luokituksen sisällöllisiä kehittämisehdotuksia vuosina 2007 ja 2010 (Junttila ja muut, 2011). Uudet luokitusversiot on laadittu FinCC-luokituskokonaisuuden asiantuntijaryhmän toimesta ja niissä on huomioitu saadut käyttäjäpalautteet. Kehittämistyöstä huolimatta kansallinen malli ei ole levinnyt valtakunnalliseen käyttöön eikä yhtenäistä näkemystä kirjaamisen sisällöstä ja toteutuksesta ole vielä saavutettu. Myöskään sen hyödyistä potilaan hoidossa ei ole yhteneväistä kansallista näkemystä, koska tutkimusnäyttö vaikutuksista terveydenhuollon toimintaan tai esimerkiksi potilaiden hoitotuloksiin on vaillinaista ja olemassa oleva näyttö keskittyy pääasiassa kirjaamisen määrän mittamiseen.

Häyrisen väitöstyössä (Häyrinen, 2011) todettiin, että hoitotyön sähköinen kirjaaminen teki hoitotyön näkyväksi, edisti yhtenäisten käsitteiden käyttöä ja paransi hoitajien oikeusturvaa, mutta luokituksen käyttö oli epäyhtenäistä ja käytössä oli epäjohtonmukaisuutta. Komponenttien käyttö vaihteli erikoisaloittain ja hoidon tavoitteet, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset eivät aina kohdistuneet määriteltyyn hoidon tarpeeseen.

Hoitotyön kirjaamisongelmien selvittämiseksi tehtiin vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriön ja Työsuojelurahaston rahoituksella tutkimus, jossa arvioitiin kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyyttä terveydenhuollon organisaatioissa (Nykänen ja muut, 2010; Viitanen ja muut, 2011a; Nykänen ja muut 2012). Tutkimus oli käytettävyystudkimus, jossa arvioitiin a) kansallisen mallin soveltuvuutta hoitotyön käytäntöihin, b) neljän hoitokertomuksen käytettävyyttä sekä c) hoitokertomuksiin kirjatun tiedon moniammatillista hyödynnettävyyttä. Tutkimusmenetelminä olivat osallistavat käytettävyyden arvioin-

---

<sup>1</sup>eNNi-hanke: Terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen yhteishanke 2008–10, jossa kehitettiin kansallisen hoitotyön kirjaamismallin käyttöön tarvittavaa osaamista ja mallin käytäntöön juurruttamista (<http://www.amk.fi/enmi/index.html>). Hankkeessa ammattikorkeakoulu ja työelämä kehittivät yhdessä alueellista hoitotyön kirjaamisosaamista ammattikorkeakoulussa ja työelämässä. Hankkeeseen kuului 19 ammattikorkeakoulua ja siinä koulutettiin noin 6000 hoitajaa kahden vuoden aikana.

timenetelmät: Teemahaastattelut, potilastapausskenaariot ja niiden läpikäynti ääneen ajatellen ja testitapauskirjauksina, kontekstuaaliset haastattelut, käyttäjien havainnointi sekä käytettävyyden asiantuntijan suorittama heuristinen arviointi. Tutkimus toteutettiin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon yksiköissä. Tutkimukseen osallistui käyttäjiä seuraavasti: a) kansallisen mallin soveltuvuus: 20 hoitajaa, b) hoitokertomusten käytettävyyden: 18 hoitajaa, c) tiedon moniammatillinen hyödynnettävyys: 20 hoitajaa ja 7 lääkäriä. Näiden lisäksi tutkimuksessa haastateltiin 8 hoitajaa ja 1 lääkäri sellaisessa erikoissairaanhoidon yksikössä, missä oli käytetty kansallista kirjaamismallia, mutta luovuttu sen käytöstä. Tutkimuksen tulokset osoittivat ongelmia sekä kirjaamismallissa, moniammatillisessa tiedon hyödyntämisessä että hoitokertomuksissa. Kirjaamismallin koettiin olevan liian yksityiskohtainen ja hienojakoinen ja mallin mukaan kirjattaessa potilaan hoitoprosessi pilkkoutuu pieniin osiin, jolloin kirjattujen tietojen väliset yhteydet, sekä ajalliset että sisällölliset yhteydet, voivat kadota. Hoitokertomukset eli kirjaamismallin tietojärjestelmätoteutukset poikkeavat toisistaan ja toteutuksissa on paljon käytettävyysongelmaa. Hoitokertomuksen käyttö vaatii muistamista, ulkoa opettelua, mekaanista klikkailua ja paljon työaikaa.

Dokumentoidun hoitotyön tiedon tulisi olla helposti saavutettavissa ja luettavissa, jotta sitä voitaisiin hyödyntää potilaiden hoidossa. Hoitotyön käytettävyydetutkimuksen yhteydessä kuitenkin havaittiin, että hoitajien on vaikea etsiä ja löytää potilastietoja hoitokertomusjärjestelmistä. Hoitajien mukaan lääkärit kokevat tiedonhaun vieläkin ongelmallisemmaksi, minkä johdosta lääkärit eivät ole halukkaita käyttämään järjestelmiä tai lukemaan kirjattuja tietoja (Kaipio, 2011; Nykänen ja muut, 2010). Tutkimuksen tuloksena suositeltiin, että kirjaamismallia yksinkertaistetaan, selkiytetään ja kirjaamiskäytäntöön kehitetään eri tilanteisiin sopivia mallipohjia, jotka auttavat kirjaamismallin soveltamisessa erilaisissa ympäristöissä. Hoitotyön kirjausten moniammatillista hyödyntämistä suositeltiin parannettavaksi siten, että kirjaamismallin kehittämisessä otetaan huomioon myös muiden hoitotyöhön osallistuvien ammattiryhmien kuin hoitajien tietojen dokumentointi- ja hyödyntämistarpeet ja erityisesti lääkäreille tuotetaan oma, yhteenvedonomainen näkymä hoitokertomustietoihin. Käytettävyydetutkimuksen perusteella suositeltiin myös, että kansallisesti tulee pyrkiä yhtenäiseen, rakenteiseen hoitotyön kirjaamiseen kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa ja että kansallista hoitotyön kirjaamismallia kehitetään käytöltään yksinkertaisemmaksi ja moniammatillista toimintaa sekä potilaan hoitoa tukevaksi ja että malli pyritään levittämään valtakunnalliseen käyttöön. Hoitotyön kirjaamisen rakenteisuuden ja yhtenäisen kirjaamistavan vaatimusta tukee myös tuleva kansallinen potilaskertomusarkisto, johon myös hoitotyön kirjauksia tallennetaan tulevaisuudessa. Sähköisen arkiston, eArkiston, pilotoinnissa Kuopiossa mukana olevan terveystieteiden keskuksen vuodeosaston hoitotyön yhteenveto ja väliarvio menevät jo marraskuusta 2011 alkaen rakenteisina kansalliseen potilaskertomusarkistoon.

Suomessa käytössä olevissa terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä havaittiin käytettävyysongelmaa myös Lääkäriliiton tutkimuksissa (Winblad ja muut, 2010; Viitanen ja muut, 2011b; Kaipio, 2011). Järjestelmien toimivuuteen ja käytettävyyteen liittyvät puutteet saattoivat aiheuttaa jopa riskitilanteita potilaan hoidossa. Järjestelmät eivät myöskään tukeneet lääkärin ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä. Lääkärit olivat tyytymättömiä sähköisten hoitokertomusten kirjaamismalleihin ja käytettävyysongelmat haittasivat järjestelmien tehokasta käyttöä. Kaipio (2011) ja Nykänen ja muut (2012) esittävät että hoitokertomukset tulisi suunnitella uudelleen siten, että ne mahdollistavat tiedon moniammatillisen hyödyntämisen ja ovat tehokkaita ja helppokäyttöisiä. Kirjaamissovellusten tulisi tukea hoitajille ja lääkäreille luontevia tapoja dokumentoida potilastietoja ja sovellusten tulisi olla käytettävyydeltään hyviä, jotta niiden käyttö olisi tehokasta ja sujuvaa. Nykyisillään dokumentointi vaatii käyttäjiltään paljon ylimääräistä työtä ja klikuttelua (Kaipio, 2011).

Tämän päivän potilastietojärjestelmät on suunniteltu ensisijaisesti dokumentointitehtäviin, potilastietojen kirjaamiseen ja arkistointiin, ei niinkään tukemaan ammattilaisten välistä vuorovaikutusta tai yhteistyötä (Kaipio, 2011). Lukuisat erilliset ja keskenään integroimattomat tietojärjestelmät jopa haittavat tehokasta työskentelyä ja tietojen vaihtoa. Valtakunnallisen kyselytutkimuksen tulosten perusteella lääkärit kokevat nykyisten tietojärjestelmien tukevan kohtalaisesti samassa organisaatiossa työskentelevien lääkärin välistä yhteistyötä, sen sijaan tuki organisaatioiden väliselle tiedon vaihdolle sekä lääkäri-hoitaja ja lääkäri-potilas-yhteistyölle on heikkoa (Viitanen ja muut, 2011c). Lääkärit eivät ole halukkaita käyttämään hoitokertomus-

järjestelmiä, koska kokevat hoitajien kirjaamien potilastietojen etsimisen olevan hankalaa ja aikaa vievää. Lisäksi kirjatut tiedot ja niiden esitystapa eivät aina vastaa heidän tietotarpeitaan (Nykänen ja muut, 2010; Kaipio, 2011). Hoitajien näkökulmasta tämä on turhauttavaa, koska hoitajat käyttävät työvuorostaan merkittävän osan potilastietojen kirjaamiseen. Potilastietojärjestelmät eivät myöskään tue kiireellisten tietojen vaihtoa, minkä johdosta paljon tärkeää tietoa välitetään paperilappujen avulla tai suullisesti (Kaipio, 2011).

Kansainvälisten tutkimusten tulokset ovat samansuuntaisia Suomessa tehtyjen tutkimusten kanssa. Esimerkiksi Ammenwerthin ja muiden (2011) tutkimus osoitti, että sähköisen hoitokertomuksen käyttöönotto paransi dokumentoidun tiedon laatua, luettavuutta, saatavuutta ja tiedon uudelleenkäyttöä sekä hoitajien oikeusturvaa, mutta hoitokertomus ei parantanut hoitajien ja lääkärin välistä tiedonvaihtoa eikä hoitajien keskinäistä tiedonvälitystä eikä myöskään vähentänyt päällekkäisiä tutkimuksia.

## 4 Suositukset ja toimenpide-ehdotukset

Työssään asiantuntijaryhmä on päätenyt siihen, että työryhmän yhteinen lopullinen tavoitetila on suosittaa siirtymistä rakenteiseen kirjaamiseen, joka perustuu hoidollisen päätöksenteon prosessimallille ja FinCC-luokituskokonaisuudelle, tai vaihtoehtoisesti jollekin muulle luokituskokonaisuudelle, mikäli FinCC ei mahdollista rakenteista kirjaamista.

Mainittu rakenteisen kirjaamisen tavoitetila tarkoittaa sitä, että hoitotyötä kirjataan mahdollisimman pitkälle käyttäen luokituksia kirjaamisessa. Luokitukset antavat termistön ja käsitteet kirjattavalle tiedolle. Vapaata tekstiä on mahdollista kirjata lisäksi, mutta vapaan tekstin kirjaamisessa on tarkkaan määritelty, mihin kohtaan tietorakenteessa vapaa teksti voidaan tuottaa. Rakenteisessa kirjaamisessa vapaa teksti tuetaan tietorakenteen ylimmälle tasolle (komponentti- / otsikkotaso). Vapaalla tekstillä ei ole sisäistä rakennetta. Kun vapaa teksti on vain tietorakenteen ylimmällä tasolla, vapaa teksti liittyy ylimmän tason kuvaamaan tietokokonaisuuteen ja vapaan tekstin käsittely ja esittäminen tietojärjestelmässä on yhdenmukaista.

Tavoitellun rakenteisen kirjaamisen toteuttamiseksi nykyinen kansallinen kirjaamismalli vaatii muutoksia. Mallia, luokituskokonaisuutta ja kirjaamiskäytäntöä tulee kehittää. Työryhmä antaa tässä raportissa suosituksia ja toimenpide-ehdotuksia mallin kehittämisen sisältöön, kohdentamiseen, vaiheistukseen, aikataulutukseen ja työnjakoon liittyen. Näitä esitettyjä muutoksia tulee pilotoida ja arvioida. Ennen kuin on saatu arviointitulokset muutosten riittävydestä ja hyödyllisyydestä kansallisessa käytössä, ei voida kansallisesti suosittaa eikä velvoittaa FinCC-luokituskokonaisuudelle perustuvan kirjaamismallin käyttöönottoon.

Tässä luvussa 4 esitetään suositukset ja toimenpide-ehdotukset tavoitetilan saavuttamiseksi ja luvussa 5 esitetään muutosten toteutuksen vaiheistus. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset esitetään kansallisen kirjaamismallin (4.1), hoitokertomusten (4.2) ja hoitotyön kirjaamisen koulutuksen (4.3) näkökulmista.

### 4.1 Kansallisen kirjaamismallin kehittäminen

#### 4.1.1 Hoidon vaiheiden mukainen kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamista on työryhmässä mietitty hoidon vaiheiden näkökulmista: tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus, hoidon arviointi, jatkohoidon järjestäminen. Kunkin vaiheen osalta on mietitty, mitä tietoja on tarpeen kirjata seuraavista näkökulmista: hoidon dokumentointi, tiedon hyödyntäminen, hoitotyön suunnittelu, seuranta ja johtaminen sekä potilaalle oleelliset tiedot (potilaan tiedon tarve). Työskenteilyn tavoitteena on ollut määrittää, mitkä ovat oleelliset ja tarpeelliset tiedot, jotka kussakin hoidon vaiheessa tulisi kirjata niin, että palvellaan sekä tiedon dokumentointi- että hyödyntämistarpeita. Seuraavat seikat on tunnistettu oleellisiksi kunkin vaiheen kirjaamisessa, taulukko 3.



**Taulukko 3: Hoidon eri vaiheissa kirjattavat tietokokonaisuudet**

Hoidon vaihe	Kirjattavat tiedot
Tulotilanne	Potilaan oleelliset tiedot, hoidon syy, hoitoisuus/toimintakyky, mahdollisesti hoidon tavoite sekä tulos myös potilaan kertomana. Referenssinä käytetään kansallisia ydintietoja. Jokaisella potilaalla on järjestelmissä tietyt perustiedot (ml. lähiomainen), laskutustiedot jne., niitä ei tarvitse kirjata hoitokertomuksen tietoihin. Tulevaisuudessa potilas voinee kirjata tietoja itse etukäteen tai tiedot voidaan poimia toisista järjestelmistä, joten kirjattavien tietojen määrä tässä hoidon vaiheessa vähentyyne jatkossa.
Hoidon suunnittelu	Potilaalle tehdään hoidon lääketieteellinen kokonaissuunnitelma, joka antaa hoidolle kehyksen, jonka sisällä eri ammattiryhmät, kuten hoitajat, toimivat. Kokonaissuunnitelmassa esitetään tietoa suunnitelluista tutkimuksista, konsultaatioista, eri ammattilaisten tehtävistä, aikataulusta jne. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992). Hoitotyön suunnitelma on kirjattava niin, että potilasta osataan hoitaa suunnitelmien mukaisesti; samoin on nähtävä helposti, mitä on suunniteltu ja mikä on potilaan tilanne. Hoidon tavoitteiden määrittelyssä lääkärin määräyksistä muodostuu osa hoitotyön tavoitteista ja/tai toiminnoista (esim. lääkkehoidon toteuttaminen), osa tavoitteista muodostuu hoitotyön määrittelemistä tarpeista. Käypä hoito -suositusten ja vastaavien tulee olla käytettävissä tietoa kirjattaessa. On kuitenkin huomioitava, että toistaiseksi Käypä hoito -suosituksia ei ole laadittu hoidon yksityiskohtaista suunnittelua silmälläpitäen.
Hoidon toteutus	Kirjataan vain potilaan hoidon kannalta oleellinen tieto tai kun poiketaan hoidon suunnitelmasta. Tämä edellyttää suunnitelman hyvää kirjaamista ja /tai vaihtoehtoisesti nykyistä laajemmalti hoitosuositusten käyttömahdollisuutta. Suunnitelman toteutumia voidaan kuitata esim. mobiililaitteella (kämmentietokone) potilaan vuoteen äärellä. Toteutuksessa kirjataan arvioiden oleelliset asiat, esim. minkälainen dialogi on käyty sekä kuvataan hoidon vaikuttavuus, esim. kuinka potilas on ymmärtänyt annetut ohjeet.
Hoidon arviointi	Arvioinnissa on oleellista arvioida potilaan sen hetkistä vointia suhteessa asetettuun tavoitteeseen sekä hoitotyön suunniteltujen toimintojen vaikuttavuutta. Arviointiin liittyy mahdollinen tarpeen uudelleen määrittäminen, uuden tavoitteen asettaminen ja hoitotyön toimintojen uudelleen arviointi, jotta asetettuun tavoitteeseen päästään. Arviointia tehdään nykyisin SHTuL-luokituksen asteikolla parempi/huonompi/ennallaan. Arviointi voisi olla myös ilmaisevampaa siten, että asteikon lisäksi käytettäisiin tarvittaessa sanallista kuvausta tilanteesta.
Jatkohoidon suunnittelu	Jatkohoidon suunnittelussa on tärkeä kuvata, mitä jatkohoito merkitsee potilaalle hänen poistuessaan osastolta tai suunnitellun hoitokokonaisuuden päättyessä. Jatkohoitosuunnitelman tarkoituksena on kuvata potilaalle suunniteltu jatkohoito niin, että hoito ei katkea esimerkiksi potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuoltoon. Uuden terveydenhuoltolain (1326/2011) myötä kuntalainen voi käyttää terveyskeskuspalveluja myös oman kotikunnan ulkopuolella siellä, missä hän oleskelee säännöllisesti tai pitkäaikaisesti esimerkiksi työn, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun vastaavan syyn vuoksi. Potilas tarvitsee omassa terveyskeskuksessa tehdyn hoitosuunnitelman, jonka perusteella hän saa palveluja toisesta terveyskeskuksesta ja / tai muista hoito-organisaatioista. Potilas ja terveydenhuollon ammattilaiset laativat terveys- ja hoitosuunnitelman yhdessä. Suunnitelman sisältö ja rakenne on kansallisesti määritelty. Suunnitelma on kansalliseen käyttöön tarkoitettu työväline, jonka tavoitteena on kehittää erityisesti pitkäaikais- ja monisairaiden potilaiden hoitoa ja voimaannuttaa heitä omasta terveydestään huolehtimiseen. (Komulainen ym. 2011)

Kaikessa kirjaamisessa perusohje on se, että *kirjataan ajantasaisesti ja vain oleellinen ja tarpeellinen tieto ja vain sellainen tieto, mikä ei ole saatavissa muista järjestelmistä*. Kirjaaminen perustuu hoidollisen päätöksenteon prosessimalliin. Kirjaamisen tavoitetila on, että FinCC-luokituskokonaisuuden komponenttitaso toimii otsikkotasona ja vapaan tekstin kirjaamistasona, pää- ja alaluokkatasoilla kirjataan mahdollisimman rakenteisesti siten, että kirjataan vain valitut luokat ja/tai mahdollinen valittuun luokkaan liittyvä mittausarvo.

## 4.1.2 Hoitotyön luokituskokonaisuuden kehittäminen termistönä

Hoitotyön kirjaamismallin ongelmaksi on tunnistettu, että FinCC-luokituskokonaisuus antaa sekä termistön että rakenteen kirjaamiselle; kirjataan luokitukseen – ei luokituksella. Luokitukseen kirjaamisella tarkoitetaan tässä sitä, että FinCC-luokituskokonaisuus antaa päivittäisen kirjaamisen rakenteen, jonka sisälle kirjaaja tekee merkintöjään. Tilanne voisi olla myös se, että rakenne olisi jokin muu otsikkolista ja FinCC-luokituskokonaisuus toimisi tuon rakenteen sisällä hoitotyön termistönä. Tällöin muutkin ammattiryhmät voisivat käyttää omia luokituksiaan saman rakenteen sisällä, mikä edistäisi hoitokertomuksen moniammatillista käyttöä. Luokituksella kirjaaminen tarkoittaa sitä, että dokumentoitava tieto ohjaa kirjaamista, tiedon sisällön mukaan valitaan luokituksesta oikeat luokat kirjaukseen.

FinCC-luokituskokonaisuutta käytetään kirjaamisessa tällä hetkellä siten, että tarve- ja toimintoluokituksen komponenttitaso kuvaa asiakokonaisuutta, jota kirjataan. Komponentit jakautuvat pää- ja alaluokkiin, joiden avulla täsmennetään asiaa, josta kirjataan. Vapaa kirjaaminen tapahtuu valitun pää- tai alaluokan jälkeen (Hartikainen ja muut, 2009). Tämä ohjeistettu, nykyinen tapa käyttää FinCC-luokituskokonaisuutta niin, että kaikilla luokituksen tasoilla voidaan kirjata vapaata tekstiä, ei ole tiedonhallinnan näkökulmasta rakenteinen tapa. Lisäksi ohjeistettu kirjaamistapa perustuu kirjaajan henkilökohtaiseen valintaan ja osamiseen tai yksiköissä tehtyihin sopimuksiin siitä, mihin kohtaan luokitusta asia kirjataan, koska luokituksen valinnat eivät ole yksikäsitteisiä. Osaaminen ja/tai sopimukset vaihtelevat kirjaajasta ja yksiköstä toiseen, jolloin menetetään kirjatun tiedon jatkohyödynnettävyyttä.

FinCC-luokituskokonaisuutta tulee kehittää ja sen käyttöä tulisi ohjeistaa muutettavaksi siten, että luokituskokonaisuus tukee rakenteista kirjaamista. Tällöin luokituskokonaisuuden ylin taso, komponenttitaso, toimii kirjaamisen otsikkoina ja vain tälle tasolle voidaan haluttaessa kirjata vapaata, selventävää tekstiä. Komponenttitasolla tulee olla hallittavissa oleva, järkevä määrä komponentteja. Muita luokituksen tasoja, pääluokka- ja alaluokkatasoja, käytetään rakenteisesti eli niillä tasoilla kirjataan vain valittu luokka tai mitausarvo, mutta näille tasoille ei kirjata vapaata tekstiä lainkaan. Kaikki alempien luokkien tieto kirjataan siis mahdollisimman rakenteisesti. Tämä kirjaamisen muutos mahdollistaa rakenteisen hyvän kirjaamiskäytännön kehittämisen. Luokituskokonaisuuden kehittäminen termistönä ei ole ristiriidassa kansallisten määrittelysten ja sopimusten kanssa. Kirjaamismallin muutos ei vaikuta kansallisten määrittelysten mukaisten kirjausten tekemiseen, hoitokertomuksen näkyvä säilyy ja muutos ei vaikuta hoitotyön ydintietoihin.

FinCC-luokituskokonaisuudessa tarvitaan muutoksia esimerkiksi potilaan ohjaamiseen liittyvien luokien osalta, jotta komponenttitaso sisältää kaikki tarvittavat ja oleelliset ylätasoinen otsikot. Suositellaan, että FinCC-luokituskokonaisuuden asiantuntijaryhmä tarkastelee FinCC-luokituskokonaisuuden komponenttien merkityksiä (käsitteet, termit) niin, että ne vastaavat mahdollisimman hyvin hoitotyön suomalaista termistöä ja käytäntöä ja ovat yksikäsitteisiä ja ymmärrettäviä käyttäjälle. Tässä merkitysten ja käsitteiden tarkastelussa on syytä hyödyntää moniammatillisen otsikoinnin termistöä ja pyrkiä siihen, että näistä kahdesta kirjaamisen otsikointitavasta muodostuu tulevaisuudessa yksi, hyväksyttävä ja käytäntöön soveltuva kirjaamisen rakenne; komponenttien joukko, jonka antamassa rakenteessa kirjaaminen tapahtuu käyttäen FinCC-luokituskokonaisuutta, varsinkin sen alaluokkatasoa, kirjaamisen kielenä. Tämä auttaisi harmonisoimaan kirjaamisen käytäntöä ja mahdollistaisi tulevaisuudessa rakenteisen kirjaamisen toteutumisen optimaalisesti tiedonhallinnan näkökulmasta.

## 4.2 Hoitokertomusten yhtenäistäminen ja käytettävyyden parantaminen

Kaikki hoitokertomukset toteuttavat kansallisen kirjaamismallin, kukin omalla tavallaan, ja luokitus ja hoidollisen päätöksenteon prosessivaiheet näkyvät käyttäjälle eri tavoilla. Hoitotyön kirjaamisen toiminnot ovat toteutettuina, mutta järjestelmien haku- ja yhteenvetotoiminnoissa sekä kertakirjaamisen toteutumisessa on paljon eroja ja kehittämisen tarvetta. Lisäksi eroja on siinä, miten hoitokertomus integroituu potilaskertomukseen. Hoitokertomukset eivät myöskään tue parhaalla mahdollisella tavalla eri toimintaympäris-

töille tyypillisiä toimintatapoja ja hoitokertomukseen kirjattujen tietojen moniammatillinen hyödynnettävyys on heikkoa. Hoitokertomusten käytettävyyttä, tehokkuutta, hakutoimintoja ja käyttäjystävällisyyttä tulee parantaa.

Hoitokertomusten yhtenäistämiseksi ja käytettävyyden parantamiseksi asiantuntijatyöryhmä antaa seuraavat suositukset:

- Kehitetään potilaan kokonaisuhoitoa tukevia määräyspaketteja, joissa rakenteisen hoitosuunnitelman avulla hyödynnetään hoitotyön kirjaamisen osalta mallipohjia kirjaamisen yhdenmukaistamiseksi ja yksinkertaistamiseksi homogeenisissa käyttöympäristöissä ja –tilanteissa.
- Kehitetään lääkäreille hoitotyön tietojen lukunäkymä moniammatillisten tietojen hyödyntämisen parantamiseksi.
- Yhtenäistetään hoitokertomusten toiminnallisuuksia ja parannetaan niiden käytettävyyttä.

## 4.2.1 Mallipohjat

Eri toiminnallisiin ympäristöihin ja käyttötilanteisiin (esim. kipupotilas, syöpäpotilas, astmapotilas, poliklinikakäynti, vuodeosastohoito) määritellään hoidon prosessiohjauksen tueksi määräyspaketteja, jotka sisältävät lääkärin määräysten lisäksi myös kirjauksen mallipohjia hoitotyön eri vaiheisiin. Mallipohjien avulla kirjaaminen yksinkertaistuu ja selkiytyy ja kussakin tilanteessa voidaan keskittyä kirjaamaan tilanteelle oleellisia seikkoja. Mallipohjien määrittelyssä hoidon eri vaiheisiin voidaan kuvata ne oleelliset tiedot, jotka ao. vaiheessa tulee kirjata. Mallipohja näyttää hoitoprosessin vaiheet ja siinä tarvittavat peruskomponentit ja luokat ja esittää siten eräänlaisen minimikirjauksen mallin. Tarpeen mukaan voidaan kussakin tilanteessa lisätä mallipohjaan tietoja. Mallipohjat auttavat räätälöimään FinCC-luokituskokonaisuutta eri toiminnallisiin ympäristöihin ja tilanteisiin sopiviksi.

Mallipohjat määritellään XML-dokumenteina. Määriteltyjä mallipohjia tulee voida luoda ja käyttää helposti potilastietojärjestelmissä. Mallipohjan määrittely sisältää kaksi osaa: Kuvailutiedot ja sisältötiedot. Kuvailutiedot ovat mallipohjan metatietoja, joilla kuvataan mallipohjan sisältöä ja joiden avulla voidaan hakea oikea mallipohja oikeaan tilanteeseen. Käyttäjälle tärkeimmät kuvailutiedot ovat nimi, pidempi kuvaus, suosituslinkit ja yksiköt. Sisältötiedot kuvaavat hoitotyön suunnitelman pohjan, jonka avulla laaditaan potilaalle yksilöllinen hoitotyön suunnitelma. Hoidon toteutuksen ja arvioinnin kirjaamisen tulee tapahtua suunnitelman kautta, jotta suunnitelmaan valitut toiminnot siirtyvät toteutuksen pohjaksi. Käyttäjälle tärkeimmät sisältötiedot ovat hoidon tarpeet, tavoitteet ja suunnitellut toiminnot. Sisältötiedoissa voi olla myös muita kertomuksen rakenteisia tietoja joko käyttäjälle näytettäväksi tai muokattavaksi (Numminen, 2011). Rakenteisen kirjaamisen mallipohjissa vapaa teksti on isompina kokonaisuuksina ja luokituksia, siis niiden pää- ja alaluokkia, voidaan käyttää vain kyllä/ei-tiedon kirjaamiseen tai rakenteisen mittaritiedon kirjaamiseen. Mallipohjissa voidaan käyttää muitakin kuin FinCC-luokituksia, esim. hoidon tarve -kohdissa ICPC2-luokitusta (International Classification of Primary Care eli Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus) ja suunnitelluissa toiminnoissa SPAT-luokitusta (Suomalainen perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus). Mallipohjia käytettäessä on muistettava, ja käyttäjää on muistutettava, että mallipohja ei toimi yksin, vaan terveydenhuollon ammattilaisen on otettava kantaa mallipohjan sovellettavuuteen hoidettavalle potilaalle. Kuvassa 3 esitetään esimerkki mallipohjasta.

## Mallipohja: Lonkkamurtuma, päivystys

### Kuvailutiedot

Otsikko	Tieto
Nimi	Lonkkamurtuma, päivystys
Kuvaus	Lonkkamurtumapotilaan päivystyksellinen hoitosuunnitelma
Yksilöintinumero	1.2.246.123456.1
Versionumero	1.0, voimassa 2011-10-01 - 2012-12-31
Ylläpitovastuu	Keskussairaala, ortopedian klinikka
Linkki suositukseen	<a href="#">Lonkkamurtuman hoito</a>
Diagnoosi (ICD-10)	S72 Reisihaun murtuma
Diagnoosi (ICD-10)	S72.0 Reisihaun kaulan murtuma
Diagnoosi (ICD-10)	S72.1 Fr pertrochanterica
Yksikkö:	Päivystysklinikka
Yksikkö:	Ortopedian osasto

### Sisältötiedot

#### Muualta potilaan kertomuksesta haettavia ydintietoja

Hae nämä tiedot näytettäväksi	Diagnoosi
Hae nämä tiedot näytettäväksi	Toimenpide
Hae nämä tiedot muokattavaksi	Riskitieto: kirjoita tähän

#### Hoitotyön suunnitelma nro: 1

Hoidon tarve:	Potilaan lonkka on murtunut. [Kuvaa potilaskohtaisesti tarkemmin]
Tarveluokitus (SHTaL) v 2.0.1	5318 Traumaattinen kipu (Ensisijainen) (Pysyvä tarve)
Käytetäänkö tätä:	<input checked="" type="checkbox"/>
Tarveluokitus (SHTaL) v 2.0.1	5010 Liikkumisen rajoittuminen (Pysyvä tarve)
Käytetäänkö tätä:	<input checked="" type="checkbox"/>
Aikataulutus:	P0D
Tavoite: ()	Potilas on leikkauskunnossa ajallaan. Kipu alle 3 (VAS). (Aistitoiminta)
Tavoite: (PID)	Potilas toipuu leikkauksesta ja kuntoutuminen käynnistyy (Aistitoiminta)
Suunnitellut toiminnot	Valmistellaan potilas leikkaukseen. Tarvittaessa kipulääkitys.
Toimintoluokitus (SHToL) v 2.0.1	1196 Tutkimukseen, toimenpiteeseen valmistaminen
FINLOINC	3141-9 Paino, mitattu
FINLOINC	3137-7 Pituus, mitattu
FINLOINC	8462-4 Diastolinen verenpaine
FINLOINC	8480-6 Systolinen verenpaine
Ohje:	<b>Muista tehdä salivaraus</b>
Aikataulutus:	P0D
Linkki:	<a href="#">Valmistelun muistilista</a>
Toimintoluokitus (SHToL) v 2.0.1	1536 Kivun voimakkuuden mittaaminen
FINLOINC	38214-3 Kivun voimakkuus
Ohje:	<b>Mitataan kerran tunnissa, kunnes kipu alle 3. Tämän jälkeen mittaus 1x/vuoro</b>
Aikataulutus:	P0DT1H
Linkki:	<a href="#">Kivun voimakkuuden mittaaminen</a>
Toimintoluokitus (SHToL) v 2.0.1	1200 Tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvä ohjaus
Käytetäänkö tätä:	<input checked="" type="checkbox"/>
Ohje:	<b>Ohjaus osaston mallin mukaan</b>
Aikataulutus:	P0D

Kuva 3. Esimerkki mallipohjasta (Numminen, 2011)

## 4.2.2 Lääkärin lukunäkymä

Nykymuotoinen FinCC-osaluokitusten alaluokkatasolle salliva vapaan tekstin kirjausmalli ei pysty tuottamaan lääkärielle selkeää lukunäkymää, jossa kävisi ilmi potilaan senhetkinen tilanne ja ennen kaikkea poikkeamat lääkärin määräämästä hoitosuunnitelmasta. Rakenteiseen hoitokertomukseen tallennettujen kirjausten hyödynnettävyys paranee määrittelemällä lääkärielle toimiva lukunäkymä.

Lukunäkymässä näytetään hoitajakson lääketieteellisen syyn lisäksi kokonaihoitosuunnitelma, joka pitää sisällään koko moniammatillisen tiimin suunnitelmat mukaan lukien laboratoriotutkimukset, toimenpiteet jne. Lisäksi näytetään lyhyesti ja tiiviisti ilmaistuna, mikä on potilaan tilanne/kokonaiskuva, mitä on tehty ja/tai tapahtunut ja millaisia muutoksia potilaan tilassa on, miten hoidot ja/tai toimenpiteet ovat vaikuttaneet. Lääkärielle ei ole tarpeellista esittää näitä kaikkia tietoja pilkottuna alaluokkatasolle, koska rakenteisena tuotettu tieto kuuluu tässä vaiheessa lääkärin lukunäkymässä mieluummin hoitotaulukkoon (sähköinen kuumekurva) ja hoitokertomuksen yhteenvetotieto on luonteeltaan enemmän narratiivista luokiteltuna 10–20 otsikon joukosta tilanteeseen sopivaksi valitun muutaman otsikon alle.

Lukunäkymä voidaan määritellä niin, että määrittely on geneerinen, yleinen ja adaptiivinen, muuntuva, joten sen pohjalta voidaan kehittää lukunäkymiä myös muille ammattiryhmille kuin lääkäreille (esim. fysioterapeutti, puheterapeutti).

## 4.2.3 Hoitokertomusten toiminnallisuuksien ja ulkoasun yhtenäistäminen

Hoitokertomusten yleistä ulkoasua tulee yhtenäistää siten, että valittavat luokitustasot ja luokitukset näkyvät kaikissa hoitokertomuksissa yhteneväisellä tavalla. Hakutoimintojen tulee olla tehokkaita ja helppokäyttöisiä ja linkitykset eri ohjelmien kesken (esim. lääkitystiedot, kuumekurva ja hoitokertomus) toimivia. Hakutoimintojen yhtenäistämistä helpottaa rakenteisuus ja vapaan tekstin sijoitus luokituksen ylätasolle. Yleisesti tulee kiinnittää huomiota hoitokertomusten käyttöliittymiin ja kertomusten visuaaliseen ilmeeseen ja parantaa tietojen ja näkymien jäsentelyä, tietojen ryhmittelyä ja oleellisten tietojen näkyvyyttä näytöissä. Hoitokertomusnäkyvät tulee suunnitella siten, että potilaan kokonaiskuva saadaan tuotua paremmin näkyviin ja käyttäjälle tulee antaa mahdollisuus itse valita joissain tilanteissa (esim. lääkärin lukunäkymä) milloin ja mitä tietoja hän haluaa kussakin tilanteessa nähdä. Kirjattujen tietojen hyödyntämistä parantavat tehokkaat hakutoiminnot ja aito rakenteisuus sekä selkeät yhteenvetonäkyvät. Potilaan kokonaihoitosuunnitelman ja päivittäisen hoitotyön suunnitelman tulee olla käyttäjän helposti nähtävissä koko ajan.

Hoitokertomusten käyttöliittymissä on tarpeen vähentää tarvittavien klikkailujen määrää eri valintatilanteissa. FinCC-osaluokitusten alempien tasojen kirjaaminen tulee jatkossa toteuttaa valikoilla tai listoilla, joista käyttäjä voi helposti valita oikean vaihtoehdon. Mallipohjat auttavat yhtenäistämään hoidon eri vaiheiden kirjaamista. Hoitokertomuksissa tulee kaiken kaikkiaan pyrkiä kirjaamismallin yhtenäiseen toteutukseen ja yhtenäiseen kirjaamismallin käyttötapaan. Tämä edesauttaa yhtenäisen kirjaamiskäytännön syntymistä ja tukee käyttäjiä eri hoitokertomusten käytössä terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä.

## 4.3 Hoitotyön kirjaamisen koulutuksen kehittäminen

Vaikka koulutuksen kehittämissuosituksen eivät varsinaisesti sisälly asiantuntijaryhmän toimeksiantoon, asiantuntijaryhmä toteaa, että kirjaamisen koulutusta tulee kehittää kirjaamiskäytäntöjen muuttumisen mukaiseksi. Hoitotyön kirjaamiskäytäntö syntyy opetuksen ja käytännön kirjaamisen kautta, siksi on tärkeää, että kirjaamisen opetus opastaa kansallisesti yhtenäiseen käytäntöön ja yhteisen terminologian käyttöön.

Verkko-oppimisympäristön kehittäminen ja käyttöönotto opetuksen tukena ja itseopiskelun mahdollistajana on keskeinen keino kirjaamismallin yhtenäisen käytön varmistamisessa. Aiemmin Moodle-ympäristöön toteutettu Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen verkkokoulu<sup>2</sup> on jäänyt vaille käyttöä ja ylläpitoa. Tulevaisuuden oppimisympäristön kehittämisessä tulee huomioida aikaisempi kehittämistyö, mahdolliset muut vastaavat oppimisympäristöt (esim. eResepti, [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi)) sekä oppimisympäristön helppo saatavuus ja ylläpidon kustannukset ja toteutus. Toivottavaa on, että oppimisympäristö on vapaasti käytettävissä, helppokäyttöinen ja toimiva ja sen ylläpito ja sisällön tuottaminen järjestetään kansallisella tasolla.

Hoitotyön kirjaamisen koulutusta on terveydenhuollon organisaatioiden osalta toteutettu sekä paikallisissa että valtakunnallisissa hankkeissa. Laajin työelämän koulutus toteutettiin valtakunnallisissa hoitotyön hankkeissa (HoiDok 2005–2008 ja HoiData 2007–2009). Hankkeessa koulutettiin alueelliset yhdyshenkilöt, jotka muodostivat tukihenkilöverkoston.

Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin koulutusta on toteutettu ammatillisessa peruskoulutuksessa vuodesta 2006. Hoitotyön tiedonhallintaa ja kansallisen kirjaamismallin opetusta on lähes kaikissa ammattikorkeakouluissa. Tämä tapahtuu ammattikorkeakouluissa perusopiskelijoille jo systemaattisena opetuksena lukukaudelta toiselle sekä integroituna eri oppiaineisiin esimerkiksi sisätautien hoitotyö, kirurginen hoitotyö, lääkehoito jne. Yhtenäisen opetuksen varmistamiseksi tarvitaan sisällön viemistä ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmiin. Ammattikorkeakoulut työstävät opetussuunnitelmat itsenäisesti hyödyntäen (OPM 2006) osaamisvaatimuksia. Osaamisvaatimuksissa tulee olla yhtenäisesti hoitotyön tiedonhallinnan osa-alue sisältäen muun muassa hoitotyön kansallisen mallin mukaisen kirjaamisen. Toisen asteen koulutuksen opetussuunnitelman (Opetushallitus 2010) tavoitteisiin sisältyy kansallisen kirjaamismallin mukaisen hoitosuunnitelman laatiminen. Vuosittain ammattikorkeakouluista valmistuu noin 3200 hoitotyöntekijää ja toiselta asteelta noin 6000 lähihoitajaa.

Tiedonhallinnan osaamisen kehittämisessä on tärkeä huomioida eri ammattiryhmien oman ammattialan tiedon tuottamisen taito eli taito dokumentoida potilaan hoitoon liittyvää tietoa oman ammattialan näkökulmasta. Toisena on taito hakea ja lukea toisten ammattiryhmien tuottamaa moniammatillista tietoa sekä arvioida potilaan vointia jo kirjatun tiedon pohjalta että tehdä päätöksiä ja toimia sen mukaisesti. Hoitotyön kirjaamisen koulutuksessa tulee painottaa eri asioita eri kohderyhmien (lääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat, erityistyöntekijät) kohdalla. Taulukossa 4 havainnollistetaan, mitä osaamista eri ammattiryhmillä tulee olla, jotta kansallinen malli hoitokertomuksessa olisi osa päivittäistä hoitoa erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä.

**Taulukko 4. Hoitotyön kansallisen mallin mukaiseen kirjaamiseen liittyviä tiedonhallinnan osaamisalueita eri ammattiryhmillä**

Hoitotyön kansallisen mallin mukaiseen kirjaamiseen liittyviä tiedonhallinnan osaamisalueita eri ammattiryhmillä				
Nimike	Osa kirjata kansallisen mallin mukaisesti	Osa hakea ja lukea kansallisen mallin mukaista tietoa	Osa arvioida potilaan vointia ja hoidon vaikuttavuutta kansallisen mallin mukaisesti kirjatun tiedon pohjalta	Osa tehdä päätöksiä ja toimia kansallisen mallin mukaisesti kirjatun tiedon pohjalta
Sairaanhoitaja	x	x	x	x
Lähihoitaja	x	x	x	x
Lääkäri		x	x	x
Erytyistyöntekijä		x	x	x
Potilas	x (tulevaisuudessa)	x (tulevaisuudessa)	x (tulevaisuudessa)	x (tulevaisuudessa)
Hoitotyön opettaja	x	x	x	x

<sup>2</sup><http://stmmoodle.planeetta.com/moodle/login/index.php>

Rakenteisen kirjaamisen osaamisen kehittäminen vaatii laajaa ja moniammatillista koulutusta itse kirjaamisesta. Hoitotyön kirjaamisen osaaminen edellyttää seuraavien sisältöjen hallintaa: 1) tietotekniset valmiudet 2) tietojärjestelmien käytön valmiudet, 3) lainsäädännön tietämys työn taustalla, tietosuoja ja tietoturva-asiat, 4) hoidollinen päätöksenteko, 5) hoitotyön kirjaamisen vaiheet: tietojen keruu ja analysointi, hoidon tarpeen määrittäminen ja priorisointi, tavoitteiden asettaminen, suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi, hoitotyön toiminnot/toteutus, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenvedot, 6) FinCC-luokituskokonaisuus, 7) rakenteisuuden mahdollisuudet ja vaatimukset.

Jotta rakenteisen kirjaamisen tuomat hyödyt pystytään ottamaan käytäntöön potilaan hoidossa, tarvitaan myös osaamisen kehittämistä toimintaprosessien kehittämisessä. Koulutettavien suuri lukumäärä (terveyspalveluissa työssä 52 050 ammattikorkeakoulutaustaista hoitotyöntekijää ja 34 900 lähihoitajaa) asettaa haasteen lähiopetuksen ja vieriovetuksen järjestämisessä työyhteisössä. Verkko-oppimisympäristön avulla eri ammattiryhmät voivat yhdessä oppia potilaan hoidon kirjaamista itselleen sopivana ajankohtana (24/7/365) itsenäisesti ja siltä osaamisalueelta, jossa heillä on opittavaa. Sairaanhoidon, erityistyöntekijöiden ja lääkäreiden koulutuksessa on myös tarpeen lisätä terveydenhuollon tietojenkäsittelyn ja tietohallinnan osaamista.

## 4.4 Yhteenvedot suosituksista ja toimenpide-ehdotuksista

Seuraavassa esitetään yhteenvedot edellä kuvatuista suosituksista ja toimenpide-ehdotuksista, jotka kuvaavat kehittämisen tavoitetta sellaisena kuin työryhmä sen nykytiedoilla ja mahdollisuuksilla hahmottaa. Suositukset on tarkoitettu terveydenhuolto-organisaatioiden kirjaamiskäytännöistä vastaaville, koulutussektorille ja tietojärjestelmätoimittajille. Vaiheistus, jolla kyseiseen tavoitettiin päästään, esitetään luvussa 5. Vaiheistuksen sisältämän pilotoinnin tulokset tarkentavat tavoitteen määrittelyä.

### 1. Kansallinen kirjaamismalli ja luokituskokonaisuus:

- Kirjataan ajantasaisesti ja vain oleellinen ja tarpeellinen tieto, ja vain sellainen tieto, mikä ei ole saatavissa muista tietojärjestelmistä.
- Kansallinen kirjaaminen perustuu hoidollisen päätöksenteon prosessimalliin ja FinCC-luokituskokonaisuuteen. Kirjaaminen tapahtuu prosessin vaiheiden mukaisesti niin, että FinCC-luokitus toimii kirjaamisen termistönä. Vapaa teksti kirjataan aina vain luokituksen ylimmälle tasolle.
- FinCC-luokituskokonaisuutta kehitetään vastaamaan rakenteisen kirjaamisen haasteisiin (ainakin vapaan tekstin kirjaaminen komponenttitasolla, luokituksen terminologian tarkastelu käytännön hoitotyön valossa, luokituksen komponenttitason ja moniammatillisten otsikoiden välisen yhteyksien tarkastelu, ohjaus-luokan määrittely ja käyttö). Kirjaamismallin käyttö tulee ohjeistaa uuden käytännön mukaiseksi.

### 2. Hoitokertomusten yhtenäistäminen ja käytettävyyden parantaminen

- Suunnitellaan ja määritellään kirjaamisen mallipohjia kansallisesti, ja kytketään ne käyttöön oleviin hoitosuosituksiin, hoitopolkuihin ja hoitoreitteihin, ja toteutetaan mallipohjat hoitokertomuksissa.
- Suunnitellaan ja määritellään hoitokertomuksen tietojen lukunäkymä lääkärille, ja mahdollisesti muillekin ammattiryhmille, ja toteutetaan se hoitokertomuksissa.
- Yhtenäistetään hoitokertomusten toiminnallisuuksia ja parannetaan niiden hakutoimintoja, käytettävyyttä ja visuaalista ulkoasua.

### 3. Hoitotyön kirjaamisen koulutus

- Suunnitellaan verkko-oppimisympäristö tukemaan uutta käytäntöä opetuksen tukena ja itseopiskelun mahdollistajana. Verkko-oppimisympäristö kehitetään KanTa.fi -sivuille ja sen tulee

olla kaikkien saavutettavissa vapaasti. Oppimisympäristön tulee olla helppokäyttöinen ja toimiva ja sisällön tuottaminen ja ylläpito järjestetään kansallisella tasolla. Yhtenäinen koulutusmateriaali tulee olla sekä työelämän että oppilaitosten käytössä. Tietojen yhtenäisyys tulee olla taattu sairaanhoitopiirien/sairaaloiden koulutusympäristöissä. Potilasesimerkeillä harjoittelu koulutuksen yhteydessä konkretisoi sisällöt eri ammattiryhmien käyttäjille/ oppijoille. Kansallisesti määritellyt mallipohjat liitetään koulutusympäristöihin.

- Hyödynnetään olemassa olevat verkostot (esimerkiksi HoiDok-hankkeen tukihenkilöverkosto, opettajien hoitotyön kirjaamisen verkosto) koulutuksen jalkauttamisessa työelämään ja oppilaitoksiin. Koulutuksen toteutuksessa tulee huomioida moniammatillisuus siten, että kaikki ammattiryhmät saavat koulutusta oman ammattiryhmänsä edustajilta.
- Työryhmä suosittelee, että THL sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon operatiivisen ohjauksen yksikkö (OPER) vastaa koulutuksen kehittämistoimenpiteiden organisoinnista.

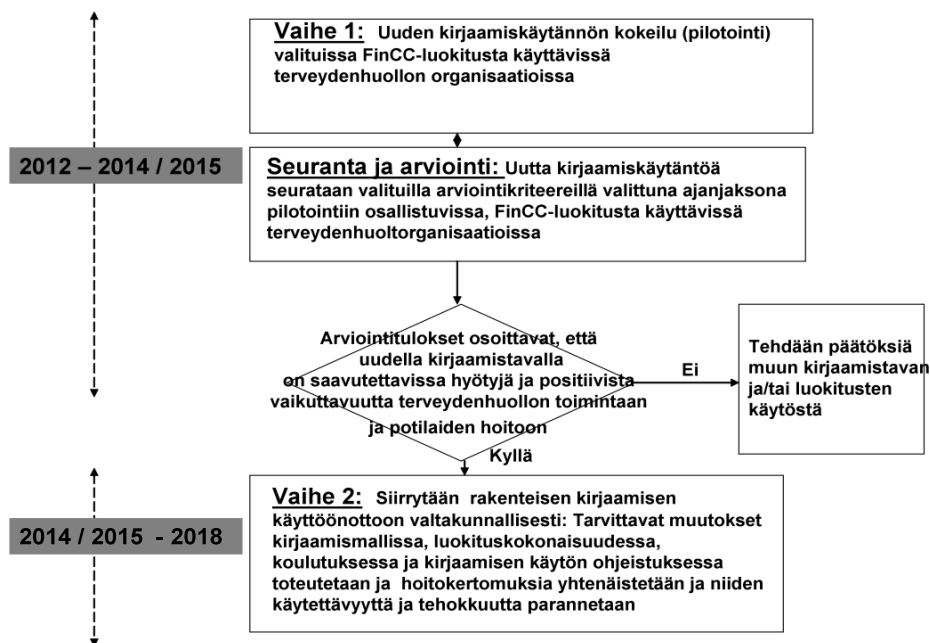


## 5 Tiekartta

Tiekartta, roadmap, on suunnitelma, jossa kuvataan tavoitteet ja askeleet tai keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Tässä kohdassa esitetään tiekartta rakenteisen kirjaamisen toteuttamiseksi valtakunnallisesti. Tiekartan näkökulmat ovat: Vaiheistus ja siihen liittyvät toimenpiteet (5.1) sekä etenemisen ja kehittämisen koordinaatio, lainsäädäntö ja rahoitus (5.2).

### 5.1 Vaiheistus ja vaiheisiin liittyvät toimenpiteet

Uuden kirjaamiskäytännön ja rakenteisen kirjaamisen toteuttaminen valtakunnallisesti suositellaan tehtäväksi kaksivaiheisesti. Kuva 4 kuvaa vaiheittaisen etenemisen ja vaiheiden perussisällön.



Kuva 4. Vaiheistus ja vaiheiden sisältö

Ensimmäinen vaihe on uuden kirjaamiskäytännön kokeilu, pilotointi, valituissa FinCC-luokituskokonaisuutta käyttävissä terveydenhuollon organisaatioissa. Pilotoinnissa kerätään tietoa uuden kirjaamiskäytännön soveltuvuudesta sekä sen aiheuttamista muutostarpeista kirjaamismalliin, FinCC-luokituskokonaisuuteen, koulutukseen ja hoitokertomuksiin. Ensimmäiseen vaiheeseen liittyy pilotoinnin seuranta ja arviointi, jossa uutta kirjaamiskäytäntöä seurataan valituilla arviointikriteereillä valittuna ajanjaksona. Arvioinnin tulosten perusteella päätetään vaiheeseen 2 siirtymisestä. Jos arvioinnin tulokset eivät ole positiivisia, tehdään uusia päätöksiä kansallisesti yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen tulevaisuudesta.

Toisessa vaiheessa rakenteinen kirjaaminen ja uusi kirjaamiskäytäntö otetaan valtakunnalliseen käyttöön. Tarvittavat muutokset kirjaamismallissa, luokituskokonaisuudessa, koulutuksessa ja kirjaamisen käytön ohjeistuksessa toteutetaan ja lisäksi hoitokertomustoteutuksia potilaskertomusjärjestelmissä yhtenäistetään ja niiden käytettävyyttä parannetaan. Toiseen vaiheeseen siirrytään, jos ensimmäisen vaiheen tulokset vahvistavat, että uudella kirjaamistavalla on saavutettavissa hyötyjä ja positiivista vaikuttavuutta terveydenhuollon toimintaan ja potilaiden hoitoon.

### 5.1.1 Vaihe 1: Kirjaamiskäytännön muutokseen valmistautuminen, 2012-2014/2015

Vaiheessa 1 ryhdytään pilotoimaan uutta kirjaamiskäytäntöä valituissa kohteissa ja selvitetään niitä muutoksia, joita FinCC-luokituskokonaisuuteen tarvitaan.

- Ne, jotka kirjaavat kansallisella kirjaamismallilla käyttäen FinCC-luokituskokonaisuutta, ryhtyvät kirjaamaan vapaan tekstin komponenttitasolle valituissa pilotointikohteissa. Pilotointikohteissa pitää komponenttitasolle kirjaamisen olla mahdollista käytössä olevassa hoitokertomuksessa.
- Muissa kuin pilotointikohteissa kirjataan käytössä olevalla tavalla entiseen tapaan, ilman muutoksia.

Ensimmäisen vaiheen aikana toteutetaan uuden kirjaamisen seuranta ja arviointi. Arvioinnin toteuttamiseksi suositellaan, että THL:n asettama, kansallisesti yhdenmukaisten rakenteisten potilaskertomusten asiantuntijaryhmä suosittelee käynnistettäväksi 2012–2013 aikana muutaman pilotin, joissa seurataan ja arvioidaan uudenlaisen kirjaamiskäytännön käyttöönottoa ja sen toteutumista. Arvioinnin kriteerit määritellään siten, että ne tuottavat tietoa kirjaamisen tehokkuudesta, sisällöstä, toimivuudesta ja vaikuttavuudesta sekä FinCC-luokituskokonaisuuden muutostarpeista. Arvioinnin suunnittelee ja toteuttaa taho, joka ei ole osapuolena hoitotyön kansallisen kirjaamismallin tai muiden kirjaamismallien kehittämisessä. Arvioinnissa tarvitaan sekä arvioinnin ja käytettävyyden että hoitotyön kirjaamisen asiantuntemusta. Arvioinnissa on tavoitteena saada tietoa ja kokemusta uuden kirjaamiskäytännön soveltuvuudesta sekä yksilöidä uuden kirjaamistavan aiheuttamat muutokset kansalliseen kirjaamismalliin, FinCC-luokituskokonaisuuteen, koulutukseen ja hoitokertomuksiin

#### *Vaihe 1: Toimenpiteet*

- Käynnistetään uuden kirjaamistavan pilointi valituissa kohteissa, joissa hoitokertomukset mahdollistavat uuden kirjaamistavan. Pilotoinnissa kerätään tietoa niistä muutostarpeista, joita uusi kirjaamistapa eli vapaan tekstin tuottaminen komponenttitasolle tarkoittaa kansallisen kirjaamismallin, FinCC-luokituskokonaisuuden, koulutuksen ja hoitokertomusten kannalta.
- Suunnitellaan ja määritellään, miten hoitokertomuksia yhtenäistetään ja niiden käytettävyyttä parannetaan. Työryhmä suosittelee seuraavia toimenpiteitä:
  - 1) Suunnitellaan mallipohjia samankaltaisiin tilanteisiin (esim. kipu-, astma-, diabetespotilas, poliklinikkakäynti). Mallipohjat määritellään kansallisella tasolla ja niillä tulee olla liittymät hoitosuosituksiin ja hoitopolkuihin ja hoitoreitteihin. Mallipohjien määrittely suositellaan tehtäväksi STM:n KASTE2-ohjelmassa. Käyttäjiiä tulee olla mukana mallipohjien määrittelyssä. Mallipohjat tulee suunnitella siten, että ne on helppo ottaa käyttöön potilaskertomusjärjestelmissä.
  - 2) Suunnitellaan ja määritellään lääkärin lukunäkymä. Lukunäkymä hoitokertomuksen tietoihin tulisi suunnitella mahdollisimman geneerisellä tavalla tukemaan tietojen moniammatillista hyödyntämistä. Geneeristä näkymäpohjaa voidaan hyödyntää myös muiden ammattiryhmien lukunäkymien suunnittelussa.

- 3) Suunnitellaan miten hoitokertomusten käyttöliittymiä ja toiminnallisuuksia yhtenäistetään ja käytettävyyttä parannetaan. Hoitokertomuksissa tulee kaiken kaikkiaan pyrkiä kirjaamismallin yhtenäiseen toteutukseen ja yhtenäiseen kirjaamismallin käyttötapaan. Tämä edesauttaa yhtenäisen kirjaamiskäytännön syntymistä ja tukee käyttäjiä eri hoitokertomusten käytössä terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoilla.

Vaiheen 1 aikana pilotoidaan siis uutta kirjaamistapaa ja arvioidaan pilottointi. Pilottien arvioinnin perusteella päätetään siirrytäänkö vaiheeseen 2 vai tehdäänkö uusia päätöksiä kirjaamisesta.

## 5.1.2 Vaihe 2: Rakenteisen kirjaamisen toteuttaminen valtakunnallisesti, 2014/2015–2018

Toteutetaan valtakunnallisesti yhtenäinen, rakenteinen kirjaaminen; kirjataan prosessin vaiheiden mukaan muokatulla FinCC-luokituskokonaisuudella. Kaikki käyttävät samaa kirjaamismallia ja ryhtyvät kirjaamaan rakenteisella tavalla. Tarvittavat muutokset kirjaamismalliin, FinCC-luokituskokonaisuuteen, hoitokertomuksiin ja kirjaamiseen koulutukseen toteutetaan. Toteutusta koordinoidaan valtakunnallisesti yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

### *Vaihe 2: Toimenpiteet*

- Muokataan FinCC-luokituskokonaisuutta vastamaan rakenteisen kirjaamisen vaatimuksia huomioiden vaiheen 1 tulokset ja suomalaisen hoitotyön käytännöt. FinCC-luokituskokonaisuus toimii kirjaamisen termistönä. Muokkaamisessa otetaan huomioon moniammatillisen hoitokertomuksen otsikot ja muut tarpeelliset käytössä olevat kirjaamistavat ja tuotetaan yksi, yhtenäinen kansallinen rakenne hoitotyön kirjaamiseen.
- Suunnitellaan opetusta ja käytön ohjeistusta vastaamaan uutta käytäntöä.
- Kehitetään hoitokertomusten kirjaamistoiminnallisuuksia ja yhtenäistetään hoitokertomuksia siten, että kirjaaminen voidaan tehdä sujuvasti ja käyttäjäystävällisesti käyttäen muokattua luokituskokonaisuutta termistönä. Käytettävyyden parantamiseksi otetaan käyttöön kirjaamismallipohjia ja lukunäkymiä sekä parannetaan tietojen moniammatillista hyödynnettävyyttä.
- Kehitetään hoitokertomusten käyttöliittymiä siten, että FinCC-osaluokitusten alempien tasojen kirjaaminen voidaan jatkossa toteuttaa valikoilla tai listoilla, joista käyttäjä voi helposti valita oikean vaihtoehdon. Parannetaan hoitokertomusten käytettävyyttä: esim. yksinkertaistetaan käyttöliittymiä, vähennetään tarvittavien klikkailujen määrää, parannetaan visuaalista ilmettä ja tietojen jäsentelyä ja ryhmittelyä näytöissä, korostetaan oleellisia tietoja, mahdollistetaan käyttäjien profilointi järjestelmän käytössä. Myös vapaan tekstin on-line tarkastus (proof-reading) tulisi ottaa käyttöön. Hoitokertomusten tulisi näyttää luokitus, mallipohjat, lukunäkymät, yhteenvedot jne. käyttäjälle mahdollisimman yhtenäisellä tavalla.

## 5.2 Koordinointi, lainsäädäntö ja rahoitus

Rakenteisen kirjaamisen toteuttaminen tulee organisoida kansallisesti. STM/THL päättävät koordinoinnin toteutuksesta, vastuutuksesta ja rahoituksesta. Ensimmäinen vaihe voitaisiin toimeenpanna esimerkiksi osana STM:n KASTE II-ohjelmaa.

Vaiheistuksen aikataulut tarkoittavat sitä, että vuosina 2012–2014/2015 suunnitellaan ja määritellään kirjaamiskäytännön muuttamiseen ja yhtenäistämiseen tarvittavat toiminnot: kirjaamismallin, luokituksen, hoitokertomusten, opetuksen, käytön ohjeistuksen ja kehittämisen koordinoinnin osalta. Vuosina 2015–2018 toteutetaan ja otetaan käyttöön suunnitellut muutokset.

Suunnittelulle ja määrittelylle on määriteltävä toimijat, jotka toteuttavat mallipohjien, lukunäkymien, opetuksen ja käytön ohjeistuksen sekä käytettävyyden parantamisen suunnittelun ja määrittelyn. Mallipohjien ja lukunäkymien määrittely tulee toteuttaa laajapohjaisissa, kansallisissa työryhmissä, jotta ne ovat hyväksyttäviä käyttäjille. Määrittelyjen toteutus tulee valvoa yhtenäisen lopputuloksen varmistamiseksi ja määrittelyjen yhteensopivuus tulee varmistaa tietojärjestelmätoimittajien ja kansallista terveydenhuollon tietojärjestelmäinfrastruktuuria kehittävien tahojen kanssa. Mallipohjien ja lukunäkymien laaja käyttöönotto tehdään vaiheessa 2, mutta ennen laajaa käyttöönottoa suunniteltuja toteutuksia on testattava ja pilotoitava vaiheen 2 aikana.

Muutoksen kustannuksia ei työryhmässä ole voitu arvioida. Kustannuksia syntyy kirjaamismallin muokkauksesta, pilotoinnista, pilotoinnin arvioinnista, koulutuksen ja oppimisympäristön kehittämisestä, mallipohjien ja lukunäkymien määrittelystä ja toteutuksesta sekä hoitokertomusohjelmistojen yhtenäistämisestä ja niiden käytettävyyden parantamisesta ja uuden kirjaamistavan oppimisesta. Kustannuksia syntyy myös nykyisen tilanteen jatkumisesta, monen erilaisen kirjaamiskäytännön käyttämisestä, niiden kehittämisestä ja käytön koulutuksesta, erilaisten hoitokertomusten ylläpidosta ja erilaisiin kirjaamisympäristöihin sopeutumisesta.

Kirjaamiskäytännön muuttaminen ei aiheuta muutoksia potilastietojen kirjaamista säättäviin lakeihin tai asetuksiin.

## 5.3 Visio - Hoitotyön kirjaamisen muuttuminen

Pitkällä tähtäimellä tulisi pyrkiä hoitotyön kirjaamisessa tilanteeseen, jossa kirjaamisen fokus on potilaan hoidon kirjaamisessa, ei eri ammattiryhmien työhön perustuvassa, eri järjestelmiin ja erilaisella terminologialla tapahtuvassa kirjaamisessa. Potilaan hoidon kirjaus ja tuloksena oleva hoidon dokumentti kuvaisi tällöin potilaan hoitoa eri ammattilaisten näkökulmista ja eri vaiheista, mutta eri näkökulmat ja vaiheet muodostavat kokonaisuuden, jota ammattilaiset voivat tarkastella milloin ja mistä näkymästä haluavat. Tämä edellyttää potilaan hoidon kirjaamisen mallin kokonaissuunnittelua käsitteellisellä tasolla uudelleen ja luopumista ammattiryhmäkohtaisista malleista ja terminologioista. Eri ammattihenkilöiden yhteisesti tekemä, moniammatillinen hoitotyö on terveydenhuollon perusasioita ja tietojenkäsittelyn ja tietojärjestelmien tulee tukea sitä sekä käsitteellisesti että teknisinä toteutuksina.

Tulevaisuudessa myös luokitusten käyttö pitäisi olla joustavaa, ei voida olla sidottuina yhteen luokitukseen, vaan erilaisia luokituksia voidaan ottaa käyttöön tarpeen ja tilanteen mukaan. Tämä on mahdollista, jos luokitukset ovat luokituksia, terminologioita, jotka antavat käsitteistön kirjaamiseen.

Tietojenkäsittelytekniikka mahdollistaa langattomat ja liikkuvat ratkaisut ja potilaan osallistumisen omien tietojen ja näkemysten, kokemusten kirjaamiseen. Hoitohenkilökunnalla tulisi myös olla mahdollisuus kirjata tietoa siellä, missä tieto syntyy ja hakea tietoa siellä, missä sitä tarvitaan – teknologia tähän on jo nyt olemassa. Tulevaisuudessa myös potilas-ammattilainen vuorovaikutusta tukevien sovellusten tarve kasvaa entisestään ja on tärkeää kehittää tehokkaita ja kannettavia dokumentointisovelluksia sekä yhteistyötä ja vuorovaikutusta tukevia tieto- ja viestintätekniisiä ratkaisuja (Kaipio, 2011).

Käytettävyyden parantaminen on oleellista tulevaisuuden tietojärjestelmissä. Käytettävyyden tulee täyttää hyvän käytettävyyden kriteerit ja lisäksi käytön tulisi mahdollistaa käyttäjän personointi ja profilointi ja järjestelmien räätälöinti erilaisiin ympäristöihin. Käyttöliittymien tulisi tukea terveydenhuollon erilaisten prosessien ja käyttötilanteiden mukaista kirjaamista ja käytön vuorovaikutteisuutta. Käytettävyys on konteksti-sidonnaista, järjestelmien tulee olla adaptiivisia, mukautua käyttötilanteiden ja käyttäjien preferenssiin mukaan. Hoitokertomusten tulee mahdollistaa tehokas kirjaaminen, joka on oleellinen osa hoitoa ja hoidon suunnittelua, eikä ole hoitoon liittyvä ylimääräinen, resursseja sitova tehtävä.

## Lähteet

- Aaltonen J., Ailio A., Kilpikivi P., Nykänen P., Nyberg P., Kunnamo I., Kuosmanen P., Reijonsaari K., Wiesenthal A. (2010). Loppuraportti – Kansallisen tason sähköisten potilas-tietojärjestelmien toteuttamisvaihtoehtojen vertailu. Kattava-projekti. Sitran selvityksiä 12, Sitra, Helsinki.
- Ammenwerth E., Rauchegger F., Ehlers F., Hirsch B., Schaubmayr C. (2011). Effect of nursing information system on the quality of information processing in nursing: An evaluation study using the HIS-monitor instrument. *International Journal of Medical Informatics* 80 (1), 25-38.
- Ensio A., Saranto K. (2004). Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Silverprint, Sipoo.
- Eronen M., Uimonen M., Kärkkäinen O., Kokkonen P. (2005). Moniammatillisen hoitokertomuksen rakenne. Loppuraportti. Versio 1.1, 10–16.
- FCG (2010). [www.rafaela.fi/doc/rafaela\\_01\\_2010\\_web.pdf](http://www.rafaela.fi/doc/rafaela_01_2010_web.pdf) (28.5.2011).
- Hartikainen K., Häyrinen K., Luomala T., Komulainen J., Porrasmaa J., Suhonen M. (2009). Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, osikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi) (15.11.2011).
- Henkilötietolaki (1999). 523/1999, [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (20.12.2011).
- HoiData-hanke (2009). Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke. Loppuraportti 30.11.2009. [www.vsshp.fi](http://www.vsshp.fi) (28.10.2011).
- HoiDok-hanke (2008). Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. Loppuraportti osa 1. [www.salpanet.fi](http://www.salpanet.fi) (28.5.2011).
- Hoitotyön vaatimusmäärittely (2008). Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot (HoiData) 2007–2009. Hoitotyön vaatimusmäärittely.
- Häyrinen K., Ensio A. (2008). Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto K., Ensio A., Tanttu K., Sonninen A. (2008). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY oppimateriaalit Oy, Helsinki, 97–111.
- Häyrinen K. (2011). Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 27. Kopijyvä, Kuopio.
- JHS 179 (2011). ICT-palvelujen kehittäminen: Kokonaisarkkitehtuurin kehittäminen. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS179/JHS179.doc> (15.12.2011).
- Junttila K., Ensio A., Fagerström L., Jokinen T., Liljamo P., Markkanen M., Pyykkö A., Sonninen A., Tanttu K. (2011). Kuuluuko käyttäjän ääni? Käyttäjälähtöisen hyödyntäminen FinCCn sisällön kehittämisessä. Teoksessa: Lehtomäki S. (toim.) Sairaanhoitajapäivät 17.-18.3.2011. Tiivistelmäkirja. Suomen sairaanhoitajaliitto. Tyylipaino, Helsinki, 33.
- KanTa-palvelut – eArkisto (2009). Käyttötapaukset - Potilastietojärjestelmä. Versio 1.5. [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi) (30.1.2012).
- Kaipio J. (2011). Usability in Healthcare: Overcoming the Mismatch between Information Systems and Clinical Work. Aalto University publications series. Doctoral dissertations 105. Unigrafia Oy, Helsinki.
- Komulainen J., Vuokko R., Mäkelä M. (2011). Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7. Juvenes Print, Tampere.
- Liljamo P., Kaakinen P., Ensio A. (2008). Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke 2007–2008. FinCC -luokituksen käyttöopas. [www.vsshp.fi/fi/4519](http://www.vsshp.fi/fi/4519) (28.5.2010).
- Nissilä A. (2005). Esimerkinä sähköinen hoitotyön dokumentointi Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa: Hallila L. (2005). Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi, Helsinki, 56–60.
- Numminen J. (2011). Hoitotyön kirjaamisen mallipohjan tietosisältö ja rakenne. Hämeen AMK, opinnäytetyö. <https://publications.theseus.fi/handle/10024/34807> (1.12.2011).
- Nykänen P., Viitanen J., Kuusisto A. (2010). Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto, tietojenkäsittelytieteiden laitos, Raportti D-2010-7.pdf. [www.cs.uta.fi/reports/d-2010-7.pdf](http://www.cs.uta.fi/reports/d-2010-7.pdf) (1.6.2011).
- Nykänen P., Kaipio J., Kuusisto A. (2012). Evaluation of the national nursing model and four nursing documentation systems in Finland – Lessons learned and directions for the future. *International Journal of Medical Informatics* (in press).
- OPM (2006). Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi> (9.11.2011).
- Pohjanvuori M. (2007). Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus. Teoksessa: Hopia H., Koponen L. (2007). Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoitajaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 167–182.
- Potilaslaki (1992). 785/1992. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (23.11.2011).
- Sanastokeskus TSK (2006). Terminologian sanasto, TSK 36, Helsinki. <http://www.tsk.fi/tiedostot/pdf/TerminologianSanasto.pdf> (23.11.2011).

- Saranto K., Sonninen A. (2008). Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: Saranto K., Ensio A., Tantt K., Sonninen A.(2008). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY oppimateriaalit Oy. Helsinki, 12–16.
- Sonninen A. (2008). Termistöjen käyttö kirjaamisessa. Teoksessa: Saranto K., Ensio A., Tantt K., Sonninen A.(2008). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY oppimateriaalit Oy. Helsinki, 88-89.
- Sonninen A., Ikonen H. (2008). Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa: Saranto K., Ensio A., Tantt K., Sonninen A.(2008). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. WSOY oppimateriaalit Oy. Helsinki, 75-79.
- STM (2001). Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. STM oppaita 2001:3.
- STM (2007a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin määrittelyt, versio 1.0. [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi) (10.4.2011).
- STM (2007b). Sähköisen potilaskertomuksen ydintietomäärittelyt, potilaskertomuksen ydintiedot. [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi) (15.4.2011).
- STM (2009). Asetus 298, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, STM; Helsinki.
- Terveydenhuoltolaki (2011). 1326/2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (23.11.2011).
- Viitanen J., Kuusisto A., Nykänen P. (2011a). Usability of Electronic Nursing Record Systems: Definition and Results from an Evaluation Study in Finland. In: Borycki E.M., Bartle-Clar J.A., Househ M.S., Kuziemy C.E., Schraa E.G. (eds.). *International Perspectives in Health Informatics. Studies in Health Technology and Informatics 164*, IOS Press, Amsterdam, 333-338.
- Viitanen J., Hyppönen H., Lääveri T., Vänskä J., Reponen J., Winblad I. (2011b). National questionnaire study on clinical ICT systems proofs: Physicians suffer from poor usability. *International Journal of Medical Informatics* 80, 708-725.
- Viitanen J., Nieminen M., Hyppönen H., Lääveri T. (2011c). Finnish Physicians' Experiences with Computer-supported Patient Information Exchange and Communication in Clinical Work. *International Journal of Electronic Healthcare* 6 (2/3/4), 153-173.
- Winblad I., Reponen J., Hämäläinen P., Kangas M. (2008). Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2007 – Tilanne ja kehityksen suunta. *Stakesin raportteja 37*, Stakes, Helsinki.
- Winblad I., Hyppönen H., Vänskä J., Reponen J., Viitanen J., Elovainio M., Lääveri T. (2010). Potilastietojärjestelmät tuotemerkittäin arvioitu. Kaikissa on kehitettävää. *Suomen Lääkärilehti* 50-52, 4185-4194.

# Eriävä mielipide

Kuopio 9.1.2012

## **Kommentit ja eriävä mielipide THL:n Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen työryhmän loppuraporttiin P. Nykänen ja K. Junttila (toim.) Kohti aidosti rakenteista kirjaamista – Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi.**

Työryhmän loppuraportin suositukset ja toimeenpano-ohjelma vaikuttavat hoitotyön kirjaamismallin käytön tavalla, joka on ristiriidassa aikaisemmin kansallisen kirjaamismallin kehittämisen lähtökohtien, tavoitteiden ja jo yli 10 vuotta tehdyn kansallisen kehittämistyön kanssa.

Kansallinen kirjaamismalli perustuu hoitotyön päätöksen teon ja suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (FinCC) mukaiseen hoitotyön kirjaamiseen. Tavoitteena on ollut koko 2000 luvun ja kolmessa kansallisessa kehittämishankkeessa (HoiDok, HoiData ja eNNI) luoda yhtenäinen kirjaamistapa hoitotyölle käytettäväksi eri potilaskertomuksissa. Päämääränä on myös ollut luoda mahdollisuudet hoitotyön prosessimallin mukaisesti suunnitella, toteuttaa ja arvioida potilaskohtaista hoitotyötä riippumatta hoitopaikasta ja tietojärjestelmästä, jolla kirjaamista toteutetaan. Tärkeänä tavoitteena on ollut tukea sekä ammatillisessa koulutuksessa että järjestetyllä täydennyskoulutuksella hoitajien, hoitotyön opettajien ja opiskelijoiden valmiuksia. Kehittämistyöhön ja koulutukseen on osallistunut arviolta lähes 40 000 sairaanhoitajaa – lähes puolet kaikista ammatissaan toimivista. Koulutusta ovat tarjonneet hankkeiden ohella Suomen Sairaanhoitajaliitto ja ammattikorkeakoulujen terveystieteiden yksiköt.

Vastaavalla tavalla kuin lääketieteellisistä diagnooseista, toimenpiteistä ja laboratorio tutkimuksista on nykyiseen kirjaamismalliin mukaisista hoitotyön ydintiedoista (hoidon tarve, SHTaL, hoitotyön toiminto, SHToL ja hoidon tulos, SHTuL, sekä hoitotyön yhteenveto) on laadittu STM:n toimeksiannosta CDA R2 mukaiset yhtenäiset tallennusrakenteet kansallista potilaskertomusarkistoa varten ([www.kanta.fi](http://www.kanta.fi)).

- 1. Esitämme eriävän mielipiteen siihen, että hoitotyön kirjaamisesta annetaan ohje, jonka mukaan ainoastaan komponentti eli luokituksen ylemmälle tasolle voidaan kirjata vapaata tekstiä.**

**Vaihtoehtona esitämme**, että Kansallisen kirjaamismalliin sisältyvää FinCC luokituskokonaisuutta kehitetään tarve- ja toimintoluokitusten (SHTaL ja SHToL) uusien versioiden 3.0 käyttökokemuksien kertymisen jälkeen, siten, että kaikissa tietojärjestelmissä vapaa, tarkentava teksti on mahdollista sijoittaa luokituksen kaikille tasoille. Tämä valinta täytyy olla hoitajalla, joka kirjaa, eikä sitä ole tarkoituksenmukaista määritellä etukäteen ohjeistamalla. Kirjaaminen tapahtuu edelleen pääasiassa pää- tai alaluokkatasolla, johon myös vapaa teksti antaa tarvittaessa tarkennusta. Mikäli kirjattava havainto edellyttää komponenttitason luokituksen käyttöä ja sen tarkennusta vapaalla tekstillä, tulee sen myös olla mahdollista. Pää- ja alaluokkien käyttö kirjaamisessa helpottuu käyttöliittymien kehittymisen myötä. Olemassa olevia hoidon tarve, hoitotyön toiminta ja hoidon tulos luokituksia ei ole kehitetty raportissa ehdotettavan kirjaamistavan mukaisesti käytettäväksi.

**Perusteluina tähän on**, että mikäli suosituksissa esitetyt toimenpiteet vapaan, tarkentavan tekstin mahdollistamiseksi ainoastaan hierarkisen luokituksen korkeimman tason eli komponentin yhteyteen toteutetaan, siirrytään sellaiseen kirjaamiseen, joka lisää vapaan tekstin määrää kirjaamisessa. Se hävittää hierarkisen luokituksen idean siitä, että kirjaaja itse määrittelee, mille tasolle kirjaa määrittelemiään potilaan tarpeita, hoitosuunnitelmaa, hoidon toteutetusta tai arviointia käyttäen sekä luokitusta että vapaata, tarkentavaa tekstiä. Käytännössä kirjaamisessa siirryttäisiin muutoksen myötä vanhaan otsakkeen – alle kirjaamiseen, joka



todettiin ennen kansalliseen kirjaamismalliin siirtymistä liikaa vapaata tekstiä sisältäväksi ja vaikeaksi keskeisten kirjausten havainnoimisen kannalta.

Kehittämistyöllä ja koulutuksella on viimeisen vuosikymmenen ajan pyritty vahvistamaan hoitotyön tavoitteellista toimintaa ja kirjaamista. On mahdollista, että jos pää- ja alaluokka valitaan(klikataan) ainoastaan, mikäli siinä kuvattu tarve tai toiminto esiintyy, johtaa se pois tavoitteellisesta ja suunnitelmallisesta hoitotyön kirjaamisesta tehtäväkeskeiseen hoidon kirjaamiseen. Ehdotetun kirjaamistavan vaikutusta hoidon suunnitteluun ja sen dokumentointiin ei ole käsitelty. Yksilöllinen hoito vaatii hyvin usein täsmennystä tai potilaan mielipiteen kirjaamista sanallisessa muodossa. Kehittämissuunnitelmassa on keskusteltu esimerkein ainoastaan hoitotyön toteutuksesta uudelle esitetyllä kirjaamistavalla. Tärkeä hoidon ja kirjaamisen vaihe hoitotyön suunnittelu

Kansallisen kirjaamismallin käyttäjien edustajat sekä terveydenhuollon organisaatioista että koulutusorganisaatioista ovat esittäneet huolensa siitä, että investoinnit kansallisen kirjaamismallin koulutukseen ja ohjelmistoinvestointeihin ovat ehdotetun kirjaamisen muutoksen myötä jäämässä vaille hyödyntämistä. Toisaalta nyt koulutuksessa olevat ovat sisäistäneet mallin tulevaa työelämäänsä varten. Muutos aiheuttaisi runsaasti hämmennystä ja uutta koulutustarvetta, jonka toteutus vaatii huolellista suunnittelua ja aikaa.

FinCC luokituskokonaisuuden ja OPC hoitoisuusluokituksen yhteiskäyttö tapahtuu nimenomaan FinCC:n pää- ja alaluokkatasolla ja vapaalla tarkentavalla tekstillä niiden yhteydessä on ratkaiseva merkitys. Pää- ja alaluokkien käytön loputtua entisessä merkityksessään, kirjaamismallin ja OPC:n yhteiskäyttö ei ole mahdollista. Myös näyttöön perustuva toiminta ja sen luotettavuuden lisääminen nojautuu nykyiseen kirjaamismalliin. Tarve ja toimintoluokitusten versioita 3.0 ja tulosluokituksen versiota 1.0 ei ole sisällöllisesti kehitetty käytettäväksi suosituksissa esitetyssä kirjaamisessa. Suosituksissa esitetään kuitenkin, että pilotointi tehtäisiin nykyisillä luokituksilla.

- 2. Esitämme eriävän mielipiteen siihen, että pilotointi tapahtuu nykyisillä FinCC luokituksen Hoidon tarve - ja Hoitotyön toimintoluokituksilla 3.0 sekä Hoidon tulosluokituksella 1.0, sekä siihen, että jollei pilotointi uudella kirjaamistavalla tuota hyötyjä ja positiivista vaikuttavuutta terveydenhuollon toimintaan ja potilaiden hoitoon, niin tehdään päätöksiä muun kirjaamistavan ja/tai luokitusten käytöstä.**

**Vaihtoehtona esitämme**, että FinCC luokituksen asiantuntijatyöryhmätyöstä pilotointia varten luokituksia, jotka on tarkoitettu käytettäväksi niin, kuin raportissa esitetään. Samaan aikaan pilotoinnin asiantuntijaryhmä tekee suunnitelmaa vaikuttavuustutkimuksesta. Nämä työryhmät työskentelevät yhdessä pilotoinnin suunnitelman, toteutuksen ja arvioinnin kokonaisuutta. Pilotointiin etsitään organisaatiot terveydenhuollon eri sektoreilta erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta, niin että erilaiset toimintaympäristöt tulevat huomioituksi.

**Perusteluina tähän on**, että FinCC luokituskokonaisuuden tarve – ja toimintoluokituksen versioita 3.0, eikä tulosluokituksen versiota 1.0 ei ole tarkoitettu käytettäväksi niin, että vapaa teksti kirjataan komponenttitasolle ja pää- ja alaluokat vain ”klikattaisiin” aktiivisiksi, jos asiayhteys liittyy niihin. Pilotoinneille on esitetty liian lyhyttä aikataulua. Erityisesti vaatimus, että mikäli pilotoinnin jälkeen uusi kirjaamistapa ei tuota hyötyjä ja positiivista vaikuttavuutta terveydenhuollon toimintaan ja potilaiden hoitoon, niin tehdään päätöksiä muun kirjaamistavan ja /tai luokitusten käytöstä (raportin s. 28), on liian vaativa. Suunnitelma ja hyötyjen ja vaikuttavuuden mittaus tulee olla kuvattu ennen kuin tällaiseen laajalti vaikuttavaan asiaan voidaan ottaa kantaa.

Pilotointien käynnistämistä ja erityisesti niiden edellyttämää ajan jaksoa tulee tarkastella myös mahdollisen lähitulevaisuudessa hankittavan kansainvälisen potilastietojärjestelmän näkökulmasta.

**3. Esitämme eriävän mielipiteen siihen, että FinCC luokitukseen yhdistetään muita, ei teoreettisesti perusteltuja käsite rakenteita (moniammatillinen kirjaamismalli).**

**Vaihtoehtona esitämme**, että hoitotyön kansallista kirjaamismallia (hoitotyön prosessi ja FinCC luokituskokonaisuus) ja muita käytössä olevia hoitotyön kirjaamisen malleja verrataan käsitteiden ja rakenteiden yhteneväisyyksien ja eroavuuksien osalta. Tämä tapahtuu kuitenkin siten, että kansallisen kirjaamismallin rakennetta ei muuteta kasainvälisen vertailtavuuden säilyttämisen vuoksi.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatiot ovat panostaneet tietojärjestelmäsovellusten kehittämiseen ja niiden käytön edellyttämään koulutukseen kansallisissa kehittämishankkeissa tutkittujen käytäntöjen mukaisesti. Uusia, käytettävyydeltään parantuneita tietojärjestelmäsovelluksia on useissa organisaatioissa osittain otettu ja osittain ollaan ottamassa käyttöön 2012. Näiden avulla osa tälle työryhmälle asetetuista tavoitteista voidaan saavuttaa.

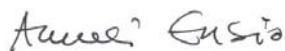
**Perusteluina tähän on**, että FinCC perustuu kansainväliseen kirjaamistapaan hoitotyön prosessiin ja ClinicalCare -luokitukseen (CCC). Ehdotetuilla muutoksilla menetetään kansainvälinen vertailtavuus. CCC valittiin tammikuussa 2008 Yhdysvalloissa (US Secretary of Health and Human Services) kansallisen terveydenhuollon informaation teknologian koordinointi tahon (Office of the National Coordinator for Health Information Technology, ONC) suosituksesta luokitukseksi, jolla hoitotyön olennainen tieto dokumentoidaan prosessimallin mukaisesti ja koodataan käyttäen hierarkista hoidon tarpeiden, hoitotyön toimintojen ja hoidon tulosten luokitusta ([www.sabacare.com](http://www.sabacare.com)).

Hoitotyön henkilöstö vastaa perinteisessä vuodeosastohoidossa potilaan hoidosta ja tilan tarkkailusta ympäri vuorokauden. Kirjaamisen tulee olla tarkkuudeltaan sellaista, että hoidon jatkuvuus ja turvallisuus toteutuu ympäri vuorokauden. Lisäksi potilaan hoitaminen edellyttää moniammatillista tiedon hyödyntämistä ja koordinaatiota. Kaikkien ammattiryhmien tuottaman tiedon hyödyntämistä tulee lisätä tietojärjestelmien käytettävyyden parantamisella ja yhteisen kehittämistyön kautta.

Kaksi eri dokumentointimallia (kansallinen hoitotyön dokumentointimalli ja moniammatillinen kirjaamismalli) sisältävät osittain samoja elementtejä, mutta niiden täydellinen käsitteellinen ja rakenteellinen yhdistäminen toisi kirjaamiseen lisää tasoja. Lisäksi HUS on sitoutunut kehittämänsä moniammatillisen kirjaamismallin käyttöön.

Ehdotetut muutokset koskevat lähes 20 000 kansallisen kirjaamismallin käyttäjää. Muutosten on siksi oltava suunniteltu huolellisesti ja pilotoitavan mallin toteutuksen välineiden (luokitukset ja hoitosuunnitelma) tulee olla suunniteltu sitä varten.

Kuopiossa, 9 päivänä tammikuuta 2012



Anneli Ensio, FinCC asiantuntijaryhmän puheenjohtaja

[anneli.ensio@uef.fi](mailto:anneli.ensio@uef.fi)

Outi Ahonen

Marja Arffman

Helena Ikonen

Jari Numminen

Marja-Leena Perälä

Kaarina Tanttu