

Lectio praecursoria

Ulla-Mari Kinnunen, 13.9.2013

Arvoisa kustos, arvoisa vastaväittäjä, arvoiset kuulijat

You have data, you have facts, on professori Virginia Saba sanonut ja kirjoittanut moneen kertaan. Useimmat meistä salissa olijoista lienemme hänen kanssaan samaa mieltä: faktat pöytään.

Professori Saba tarkoittaa lauseellaan sitä, että kun potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta kirjataan rakenteisesti, saadaan kaikki oleelliset ja tärkeimmät hoitoon liittyvät kirjaukset talteen ja kirjauksia voidaan hyödyntää potilashoidossa. Professori Saba jatkaakin: Only coded data can be reused.

Näin on myös haavanhoidon kirjaamisen osalta.

Entisenä haavanhoitajana tiedän, että erilaisten haavojen, kuten kroonisten diabeetikon jalkaongelmien, alaraajahaavojen ja painehaavojen hoitaminen on potilaalle ja usein myös omaisille tuskallista, pitkäaikaista ja kallista, hoitohenkilökunnalle se on vaativaa ja pitkäaikaista työtä ja yhteiskunnalle erittäin kallista. Jotta näiden usein moniammatillista yhteistyötä vaativien haavojen hoitaminen olisi hyvää, asianmukaista ja ajantasaista, vaativat ne lisäksi myös hyvää, laadukasta, yhdenmukaista ja tarkkaa kirjaamista.

Mitä tarkoittaa hoitotyön rakenteinen kirjaaminen tai haavanhoidon rakenteinen kirjaaminen? Se tarkoittaa, että hoitotyön tiedot kirjataan ja esitetään rakenteisessa muodossa. Rakenteisuus saadaan aikaan käyttämällä yhdenmukaisia termistöjä, nimikkeistöjä, luokituksia, sanastoja tai koodeja.

Hyvän hoidon toteuttaminen on kautta aikojen ollut riippuvaista hoitotyössä saatavilla olevasta tiedosta ja sen laadusta. Kirjaaminen onkin olennainen osa hoidon prosessia. Tiedon jakaminen ja tiedon välittäminen ovat yksi potilashoidon merkittävimmistä koordinoivista, 24/7 eli joka tunti ja joka päivä suoritettavista tehtävistä. Ruotsalainen tutkija Eva Törnvall on todennut, terveydenhuollon johtajien ja kouluttajien tulee ymmär-

tää, että hoitohenkilöstö ei pysty arvostamaan sen enempää hoitotyön kirjaamista kuin hoitamista, jos kirjaaminen nähdään vain taakkana ja aikaa vievänä tehtävänä, joka ei sisälly hoitotyöhön.

Vanha sanonta: ”Sitä, mitä hoitoa ei ole kirjattu, sitä hoitoa ei potilas myöskään ole saanut” pätee sekä haavanhoitoon että sen kirjaamiseen. Perusolettamushan lain mukaan on, että terveydenhoitohenkilöstö kirjaa potilashoidon tiedot potilaskertomukseen viiveettä, tarkasti ja yhdenmukaisesti moniammatillisen yhteistyön sekä laadukkaan, turvallisen ja asianmukaisesti toteutetun hoidon saavuttamiseksi. Toimiva sähköinen potilaskertomus ja rakenteinen kirjaaminen tukevat näitä odotuksia myös haavanhoidon kirjaamisen osalta.

Mainitsemani professori Virginia Saba on yhdysvaltalainen rakenteisen termistön, CCC, Clinical Care Classification-luokituksen pitkäaikainen uranuurtaja, kehittäjä, tutkija eli tämän yhdysvaltalaisen termistön äiti. Suomessa laajassa käytössä oleva FinCC, Finnish Care Classification, Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus on kehitetty CCC-luokituksen pohjalta. Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus (FinCC) on saanut alkunsa vuosituhatvuotisen vaihteessa. Sairaanhoidajien ja perushoitajien kirjaamat hoitotyön toiminnot luokiteltiin silloiseen professori Saban HHCC (Home Health Care Classification, nykyään CCC, Clinical Care Classification) – luokitukseen. Tämän pohjalta kootun hoitotyön asiantuntijaryhmän avulla kehitettiin ensimmäinen Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) testiversio, jota edelleen testattiin sähköisessä hoitokertomuksessa läheisessä yliopistollisessa sairaalassa. Testiversio arvioitiin lisäksi vielä kyselyllä hoitohenkilökunnalle eli loppukäyttäjille. Voidaan siis sanoa, että FinCC on suomalaisen hoitokulttuuriin, hoitohenkilökunnan potilaan vuorovaikutustilanteissa kuvaamien tilanteiden kautta hoitotyön asiantuntijaryhmän muok-

kaama luokitus, joka on yhteen sovitettu yhdysvaltalaiseen luokitukseen.

Tuosta luokitustyö Suomessa jatkui ensin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä ja sen jälkeen laajoissa kansallisissa HoiDok- ja HoiData-hankkeissa, joissa luokituskokonaisuutta sekä kehitettiin että juurrutettiin käytäntöön ja standardoitiin. Suomessa on siis vuosittain vaihteesta alkaen kehitetty nykyisin käytössä olevaa FinCC-luokitusta ja sen taustalla on laaja tutkimus- ja kehittämistyö.

Äsken mainituissa hankkeissa kehitetty Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli koostuu hoitotyön ydintiedoista, hoitotyön prosessista ja FinCC-luokituskokonaisuudesta. Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli on levinnyt useisiin Suomen terveydenhuollon organisaatioihin perus- ja erikoissairaanhoitoon, vuodeosastojen ja poliklinikkatoimintaan, kaikille erikoisaloille eri sähköisiin potilastietojärjestelmiin ja niiden eri versioihin. Kirjaamismallia käyttää tällä hetkellä noin vajaa 20 000 hoitajaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan tieteenalan tutkimuksessa painottuvat muun muassa tiedon ja sen käyttäjän eli toimijan näkökulmat, joissa tutkimuskohteena ovat tietomallien ja tietorakenteiden kehittäminen.

Väitöstutkimuksessani kehitettiin haavanhoidon kirjaamismalli ja arvioitiin lisäksi tämän kehitetyn innovaation soveltuvuutta kliiniseen hoitotyöhön. Kirjaamismalli perustuu nimenomaan Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (FinCC) yhteen komponenttiin, Kudosseheys-komponenttiin, jota edelleen kehitettiin. Kun haavanhoitoa kirjataan rakenteisesti, käytetään Kudosseheys-komponenttia. Se tarkoittaa lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyviä osatekijöitä.

Tutkimuksessani keräsin 4 tutkimusaineistoa: kaksi sähköisesti tuotettua haavanhoidon hoitokertomusaineistoa; ensimmäinen vuodelta 2003 ja toinen vuosilta 2010–2011. Nämä olivat siis hoitohenkilökunnan ha-

avanhoidon kirjauksia sähköisen potilastietojärjestelmän hoitotyön osioon. Muita tutkimusaineistoja olivat haavanhoidon asiantuntijoille kohdennettu kyselyaineisto ja aikaisemmat tutkimukset. Suomalaisten haavanhoitajien asiantuntijuutta hyödynnettiin kaksikerroksisen Delphi-tutkimuksen avulla. Kehitetyn kirjaamismallin soveltuvuutta käytännön hoitotyöhön arvioitiin hyödyntämällä tiedon- ja tekstinlouhintaa. Tämän tutkimusmenetelmän avulla etsittiin vuoden 2010–2011 hoitajien sähköisesti tuotetuista rakenteisista haavanhoidon kirjauksista kirjaamismallin termejä. Tiedonlouhinta edellyttää nimenomaan rakenteista tietoa.

Voidaan varmaan kysyä, onko vuoden 2003 tutkimusaineisto jo vanhaa. Valitettavasti näin ei ole. Maassamme on käytössä ainakin kolme erilaista potilashoidon kirjaamistapaa. Ne kukin tuottavat hyvin erilaista kirjaamisen sisältöä: 1) tämä juuri kertomani Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli, jota käyttää muun muassa Kuopion yliopistollinen sairaala ja Turun yliopistollinen keskussairaala useiden muiden sairaaloiden lisäksi 2) moniammatillinen hoitokertomus, jota käyttää mm. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja 3) Hoitoisuusotsikoiden mukainen kirjaaminen, joka on käytössä Oulun yliopistollisessa sairaalassa ja sen lähialueilla, joissa on käytössä ESKO-potilastietojärjestelmä. Kun kirjaamistapoja on erilaisia, myös kirjaamisen sisältö ja laatu vaihtelevat. Lähitulevaisuudessa on myös huomioitava millaisessa muodossa tuotetut potilastiedot tallentuvat jatkossa Kansalliseen sähköiseen KanTarkistoon. Hoitotyön kirjausten osalta ensimmäisessä vaiheessa eli noin vuoden kuluttua arkistoidaan hoitotyön yhteenveto, jonka rakenne koostuu nimenomaan mainituista hoitotyön ydintiedoista.

Erilaisista kirjaamistavoista käydään Suomessa tänä päivänä ajoittain vilkastakin keskustelua käyttäjien, tutkijoiden, päättäjien ja asiantuntijoiden kesken, erityisesti siitä, mikä olisi paras tapa kirjata hoitotyötä. Toivonkin, että tutkimukseni omalta osaltaan vaikuttaa tähän kansallisesti käynnissä olevaan keskusteluun hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tärkeydestä, luonteesta, soveltuvuudesta ja muodosta, sekä sen merkityksestä hoidon jatkuvuuteen, hoidon tuloksiin ja potilasturvallisuuteen.

Kaiken kaikkiaan tutkimukseni osoitti selkeän tarpeen kehittää haavanhoidon kirjaamista. Hoitajat kirjaavat paljon, mutta enemmän kuin määrään, kirjaamisen laatuun tulee panostaa.

Aikaisempien tutkimusten mukaan haavanhoidon rakenteisella kirjaamisella on useita myönteisiä vaikutuksia. Haavanhoidon rakenteinen kirjaaminen tekee kirjaamisesta yhdenmukaista ja täsmällistä. Kun hoitajien ymmärrys hoitotyön prosessista ja yleensä hoitotyön kirjaamisesta lisääntyy, paranee toki hoidon prosessin mukainen kirjaaminen. Tulosten mukaan kehittämäni haavanhoidon kirjaamismalli on yhteensopiva hoitajien aiemmin käyttämän haavanhoidon rakenteisen kirjaamisen kanssa. Koska haavanhoidon kirjaamismalli on kehitetty haavanhoidon asiantuntijoiden konsensuksen, kommenttien ja kehitysideoiden perusteella, on kirjaamismallissa hoitajille käytännöstä tuttuja termejä. Tutut termit tekevät haavanhoidon kirjaamisesta joustavaa ja yhteensopivaa aiemman ja muiden yksiköiden kirjaamisen kanssa. Tällöin kirjaamismalli tukee kirjaamista, on helppokäyttöinen ja soveltuu hyvin haavanhoidon kirjaamiseen. Käsitteiden ja käytettävien termien tulee olla yksiselitteisiä ja ymmärrettäviä myös muun muassa eri kulttuureista tulevan hoitohenkilökunnan keskuudessa. Sehän on aivan tätä päivää: meillä työskentelee hoitohenkilöstön joukossa entistä enemmän muita kuin alkuperäisiä suomalaisia ja suomenkielisiä hoitajia.

Kirjaamismalli tuo hyötyä myös haavanhoitoon, koska sitä voidaan käyttää haavanhoidon tarkistuslistana, jonka avulla voidaan varmistaa, että kaikki tarpeelliset potilaan haavanhoitoon liittyvät hoitotyön toiminnot on tehty ja dokumentoitu. Siten se toimii myös haavanhoidon ja sen kirjaamisen oppimisen ja ohjaamisen apuvälineenä varmistaen ja vahvistaen potilasturvallisuutta.

Kuten alussa professori Saban sanoin totesin, rakenteisen kirjaamisen avulla voidaan todentaa paitsi tehdyt hoitotyön toiminnot myös niiden tuottamat vaikutukset potilaalle. Rakenteisessa muodossa esitettävän ja tallennetun tiedon on todettu tuottavan merkittävää hyötyä sekä potilaan hoitoon osallistuville, terveydenhuollon johtajille päätöksentekoa varten että kehittäjille ja tutkijoille alueellisesti, valtakunnallisesti ja jopa kansainvälisesti. Hyvä ystäväni, tiedonhallinnan ammatti-

lainen onkin todennut ylväästi: arjen työssä kirjatut asiat ovat merkittäviä kansallisen tiedonhallinnan kulmakiviä, mutta myös kansainvälisesti merkityksellisiä.

Tässä vaiheessa on mielestäni hienoa palauttaa mieliin, että Suomessa ensimmäinen sähköinen sairauskertomusjärjestelmä, joka mahdollisti myös hoitotyön kirjaamisen, oli Varkaudessa, kotikaupungissani, vuonna 1978 käyttöön otettu perusterveydenhuollon Finstar-ohjelmisto.

Rakenteisesti kirjattua tietoa on helppo hakea sähköisen potilaskertomuksen suuresta tietomäärästä, silloin kun käytössä on toimiva tietojärjestelmä ja muun muassa sen hakukoneet. Näistä haetuista tiedoista voidaan koostaa erilaisia tilastoja ja raportteja sekä hoidon kehittämisen, tilastoinnin, johtamisen että tutkimuksen tarkoituksiin. Rakenteisessa muodossa olevista hoitotyön kirjauksista voidaan myös suoraan koostaa hoitotyön yhteenveto. On todettu, että tiedon parempi ja nopeampi hyödynnettävyys saattaa osaltaan vaikuttaa myös hoidon laadun paranemiseen. Tutkimusten mukaan hoitajien mielestä se myös lisää heidän mahdollisuuksiaan näyttöön perustuvien menetelmien käyttöön, moniammatillisen laadukkaan hoidon toteuttamiseen sekä kirjaamisajan ja epäoleellisen kirjaamisen vähenemiseen. Näyttöön perustuvan hoitotyön osoittamista edesauttaa nimenomaan yhdenmukaisten termien käyttö.

Tiedon uudelleen käyttämisen ja sen tarkoituksenmukaisen käytön edellytyksenä ovat sähköinen potilaskertomus ja kirjattavan tiedon standardointi. Vakiodut termistöt ja luokitukset, jotka sisältävät käytännön hoitotyötä kuvaavia hoidon diagnooseja, hoitotyön toimintoja ja hoidon tuloksia, ovat hoitotyön sisällön standardeja, jotka ovat yksi tapa varmistaa tiedon validiteetti eli että tieto on aina yhdenmukaista ja samalaista riippumatta siitä missä kirjataan ja kuka kirjaa.

Totean yhteenvetona, että haasteen sekä haavanhoitoon että sen kirjaamiseen asettavat useat eri haavat samalla potilaalla, kuten tilanne todellisuudessa useimmiten on. Haavanhoidon kirjaamista on jatkossa edelleen tutkittava ja tätä nyt kehitettyä haavanhoidon

kirjaamismallia kehitettävä ja päivitettävä sen mukaan, kun haavanhoidot kehittyvät.

Haavanhoidon kirjaamismalli vastaa haavanhoidon ja sen kirjaamisen nykytarvetta. Jatkossa kirjaamismalli on valmis liitettäväksi FinCC-luokitukseen, mutta se on myös integroitavissa esimerkiksi yleistyviin kämmenmikroihin tai taulutietokoneisiin eli tabletteihin.

Edelleen, samalla kun kehitetään kirjaamisen rakenteita, on kehitettävä käytettävyydeltään entistä parempia

ja toimivia sähköisiä potilastietojärjestelmiä, jotka tukevat ja helpottavat potilashoidon kirjaamista ja edelleen sen kirjatun tiedon uudelleen käyttöä.

Pyydän Teitä, arvoisa professori Leena Paasivaara, tiedekunnan määräämänä vastaväittäjänä, esittämään ne muistutukset, joihin katsotte väitöskirjani antavan aihetta.

Ulla-Mari Kinnunen. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli - innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies, 60.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/