

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2010

Petri Heinonen Lauri Hämäläinen Anniina Juvonen

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN PSYKIATRISISSA HOITO- TYÖSSÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Huhtikuu 2010 | Sivumäärä 37+7

[Click here to enter text.](#)

Petri Heinonen Lauri Hämäläinen Anniina Juvonen

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Tämä tutkimus kuuluu kirjaamisen kehittämisprojektiin, joka sai alkunsa vuoden 2008 keväällä. Tuolloin kerättiin tietoa kirjaamisen silloisesta tilasta Turun terveystoimen psykiatrian tulosalueella. Keväällä 2009 valmistui projektin toinen osa, jossa verrattiin sen tuloksia projektin ensimmäisen osan tutkimustuloksiin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Turun terveystoimen psykiatrian tulosalueen tämänhetkisen kirjaamisen tilaa ja verrata tuloksia näiden projektin aiempien tutkimuksen tuloksiin.

Käytössämme oli 40 potilaan hoitokertomuksen sisältö, jonka analysoimme deduktiivisen sisällyksenanalyysin avulla. Tarkempaan analysointiin käytettiin SPSS 17.0-tilastointiohjelmaa. Tutkimus oli kvantitatiivinen. Ikäjakama potilasaineistossa oli 18-59. Potilaista 19 oli naisia ja 21 miehiä.

Tutkimuksemme tulokset erosivat ajoittain selkeästikin aiempien vuosien tutkimustuloksista. Tosin myös selkeitä yhteneväisyyksiä löytyi. Projektin aiempiin tutkimuksiin nähden selkein ero oli hoitosuunnitelmien mukanaolo. Potilaiden omia näkemyksiä oli kirjattu melko vähän. Sen sijaan opetusten ja ohjausten aiheiden kirjaamisessa oli havaittavissa selkeää kehitystä aiempiin vuosiin verrattuna. Melko pienet aineistot huomioiden turhan radikaaleja johtopäätöksiä kirjaamisen tämänhetkisestä tilasta ei kannata tehdä. Kirjaaminen kehittyy jatkuvasti ja vasta pidemmällä aikavälillä kirjaamisen todellinen tila alkaa hahmottua tämän, aiempien ja tulevien tutkimusten avulla.

ASIASANAT:

Rakenteinen kirjaaminen, Psykiatrinen hoitotyö, Elektroninen kirjaaminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Registered nurse

April 2010 | Total number of pages 37+7

[Click here to enter text.](#)

Petri Heinonen Lauri Hämäläinen Anniina Juvonen

Structural documentation in psychiatric nursing

This study is a part of development project concerning the current state of documentation, which began in the spring of 2008. That first step of this project was to gather information about the state of documentation of psychiatric care in the Municipal Health Care and Social Services Department of the city of Turku at that time. The second part of the project was completed in the fall 2009. In this latter study the results were compared to the results of the first study. The purpose of this concerned study was to survey the current state of documentation of psychiatric care in the Municipal Health Care and Social Services Department of the city of Turku and compare our results to the earlier ones.

We had the documental contents of 40 patients in use, which we analyzed by deductive content analysis. For more specific analyzing we used SPSS 18-programme. This study was quantitative. The age distribution of this study was rather large.

Although we found many similarities when comparing to the findings of the earlier studies of the project, some of the findings of this study differed rather noticeably. One of the most apparent difference compared to the earlier studies of the project was the presence of care plans. Rather small amount of patients' personal opinions were booked. Instead, there were a clear development perceptible considering the themes of teaching and guiding. Catering to the rather small sample we had in use, it is not coherent to make too drastic conclusions about the current state of the documentation in psychiatric care in the Municipal Health Care and Social Services Department of the city of Turku yet. Documentation is constantly developing and only in the long run the actual state of documentation will hopefully shape out with this, the previous and upcoming studies.

KEYWORDS:

Structural documentation, Psychiatric nursing, Electronic documentation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ	7
2.1 Systemaattinen elektroninen kirjaaminen hoitotyössä	8
2.2 Ydintiedot rakenteisessa kirjaamisessa	11
2.3 Hoitotyön luokitukset	12
2.4 Rakenteista kirjaamista koskevat lait	13
3 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ	16
3.1 Psykiatrisen hoitotyön luonne	16
3.2 Rakenteinen kirjaaminen psykiatrisessa hoitotyössä	18
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	20
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	20
5.1 Tutkimusmenetelmä ja -aineisto	20
5.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	22
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	23
6.1 Tarpeiden kirjaaminen	24
6.2 Tavoitteet ja toimenpiteet	26
6.3 Opetus ja ohjaus	28
6.4 Potilaiden omat näkemykset hoidosta	29
6.5 Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon	31
6.6 Loppuarviointi	31
6.7 Arvioiva kirjaaminen	31
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
LÄHTEET	36

KUVIOT

Kuvio 1. Tarpeiden ja ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa tulotilanteessa (n=40)	25
--	----

TAULUKOT

Taulukko 1. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa	25
Taulukko 2. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (sis. keskustelun) on mainittu hoitotyön keinot-kohdassa	26
Taulukko 3. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (sis. keskustelun) on mainittu hoitotyön keinot –kohdassa.	28

LIITE 1: SISÄLLÖNANALYYSIRUNKO	38
---------------------------------------	-----------

1 Johdanto

HoiDok-hanke (valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke) on valtakunnallisesti laaja ja kattava yhteistyöhanke, jonka tavoitteena oli kehittää yhtenäinen malli rakenteiseen kirjaamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön vaatimuksen mukaan kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä oli otettava käyttöön ydintietomääritysten mukaiset tietorakenteet vuoden 2007 loppuun mennessä. (VSSHP, 2007; Karttunen, Rosqvist, Sinisalo, Harju, Heiskanen, 2008.) Hoitotyön rakenteista kirjaamista on jalkautettu myös Turun sosiaali- ja terveystoimeen marraskuusta 2007 lähtien (Salmela 14.10.2009).

Tutkimuksemme tarkoituksena oli käsitellä rakenteista kirjaamista psykiatrisessa hoitotyössä ja tarkastella, miten rakenteinen kirjaaminen psykiatrisilla osastoilla on muuttunut. Tarkoituksenamme oli saada kuva siitä, miten rakenteista kirjaamista on toteutettu hoitohenkilökunnalle annettujen ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksemme tavoite oli vertailla, millaisia muutoksia psykiatrisilla osastoilla on tapahtunut näiden tutkimusten jälkeen. Aiheesta on tehty tutkimukset myös keväällä 2008 ja 2009.

Perinteisesti kirjaaminen psykiatrisen hoitotyön sektorilla on ollut narratiivista eli yksityiskohtaisen kuvailevaa. Rakenteinen, luokitukseen perustuva kirjaaminen psykiatrisessa hoitotyössä on haastavaa, sillä hoitotyön käsitteet käsitteet psykiatrisessa hoitotyössä ovat monimuotoisia ja harvoin yksiselitteisesti ymmärrettäviä. Rakenteellisen kirjaamisen käyttämisestä psykiatrisessa hoitotyössä on kuitenkin monia etuja. Tehty hoitotyö tulee selkeästi ja systemaattisesti näkyville tietokantaan muiden luettavaksi. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 41-42; Lehtinen, Ojanen, Pukuri, Tuori, Antti-Poika & Kokkola 1994, 9.)

2 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä

Kirjatulla tiedolla on suuri merkitys potilaan jokapäiväisessä hoidossa, sillä hoitotietojen tulee olla käytettävissä ongelmitta ja nopeasti kaikille niitä tarvitseville. Hoitotietojen ongelmaton saatavuus vaatii kirjaamiselta yhdenmukaista linjaa, sekä rakenteisuutta. Systemaattisuus kirjaamisessa rakentuu siitä että on sovittu mitä kirjataan ja miten kirjataan. Näistä ominaisuuksista muodostuu hoitotietojen sisältö ja rakenne. (Ensio, Saranto, Sonninen & Tanttu 2007, 12.) Systemaattisen ja rakenteisen kirjaamisen tavoitteena on edistää hoitotietojen käyttöä potilaan eduksi, luoda edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle, turvata hoitoa koskevan tiedon saanti sekä varmistaa hoitotyön toteutus ja sen seuranta. (Ensio, Saranto, Sonninen & Tanttu 2007, 12; Hallila 1998, 18).

Hoitotyön kirjaaminen on keskeinen osa hoitotyötä ja sen tarkoituksena on kuvata keskeiset tiedot potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta sekä arvioinnista. (Mustonen 2007, 6.) Hoidon suunnitteluvaiheessa määritellään hoitajakson tavoitteet. Hoitajaksoilla voi olla esimerkiksi jokin päätavoite ja tällöin siihen voidaan liittää osatavoitteita. Tässä apuvälineenä toimii hoitosuunnitelma, joka sisältää potilaan sisäänkirjaamisen sairaalaan, potilaan tilan, hoitotoimenpiteet, väliraportit, palaverit sekä sairaalasta uloskirjaamisen. (Hyvärinen & Väätäinen 2008, 4-5; Mielenterveyden keskusliitto 2008.) Hoitotyön toiminnot taas kuvaavat potilaan hoidon suunnittelun sekä toteutuksen. Potilaskertomukseen siis kirjataan hoidon kannalta tärkeimmät hoitotyön toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitotyön arviointi perustuu hoidon tuloksiin, joita siis arvioidaan odotettujen/toteutuneiden hoitotyön tarpeiden perusteella. (Hyvärinen & Väätäinen 2008, 4-5.) Potilaskertomuksen yksi tärkeimmistä tehtävistä on varmistaa tiedon kulku toimintayksikössä sekä eri ammattiryhmien välillä, ja tätä osaltaan helpottaa se, että kirjaaminen on yhtenäistä. (Mustonen 2007, 6.)

Rakenteinen kirjaaminen muodostetaan nimikkeistöjen, ja näiden nimikkeistöjen ryhmittelyjen tuloksena kehitettyjen luokittelujen, mukaan. Hoitajan täytyy hallita standardoituja termistöjä, luokitusten käyttöä sekä tiedon yhtenäistä esitystapaa, jotta hoitotietoja voi rakenteistaa. (Mustonen 2007, 6.)

Vuonna 1996 Nursing Management-lehdessä (Johnson & Martin, 43–44) julkaistiin tutkimus, jossa pyrittiin havainnoimaan sähköisen kirjaamisen hyviä ja huonoja puolia aikana, jolloin sähköiseen kirjaamiseen oltiin vasta valmistautumassa. Tämä vuoden mittainen tutkimus toteutettiin New Jerseyläisessä terveyskeskuksessa yhteistyössä JCAHO:n(The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) kanssa. Terveyskeskuksen tuolloista kirjaamisen tilaa pidettiin epäjohdonmukaisuudesta johtuen tilaltaan jopa kriittisenä ja koko kirjaamistapa –ja muoto päätettiin uudistaa. Kirjaamisrungot suunniteltiin niin, että ne olisi tulevaisuudessa helppo siirtää tietokoneelle. Tässä uudessa kirjaamisrungossa oli jo selkeästi havaittavissa rakenteisen kirjaamisen muotoa; siinä oli selkeät omat osionsa eri asioiden, kuten henkilökohtaisen hygienian ja päivittäisten aktiviteettien kohdalle. Yleisesti ottaen tätä vuoden kestävästä kirjaamisen kehitysprojektia pidettiin onnistuneena, joskin selkeästi vielä alkutekijöissään olevana. Ongelmaksi muodostui vielä tuolloin kirjaamiskaavakkeiden epäselkeys.

2.1 Systemaattinen elektroninen kirjaaminen hoitotyössä

Terveystieteiden tavoitteena on, että potilasasiakirjoissa käytetään valtakunnallisesti sähköistä kirjaamista. Valtakunnallisella kirjaamiskäytännöllä pidetään huolta siitä, että terveyspalvelujen tuottajien sähköiset potilastietojärjestelmät ovat keskenään yhteensopivia sekä turvallisia. Tämän vuoksi potilastietojen sähköisessä kirjaamisessa käytetään valtakunnallisesti määriteltyjä hoitotietoja, eli ydintietoja, jotka kirjataan rakenteisesti. Näitä ydintietoja kuvataan termistöillä kuten esimerkiksi luokituksilla, joiden määriteltyjen koodien avulla tieto tallennuu sähköiseen tietokantaan. Ydintiedot ovat siis kirjattu kaikissa potilaskerto-

musjärjestelmissä samalla tavalla. Näiden rakenteisesti kirjattujen ydintietojen tarkoituksena on antaa kokonaiskuva potilaan hoitohistoriasta. (Ensio, Saranto, Sonninen & Tantt 2007, 13.)

Sähköisellä potilaskertomuksella on yleisesti monia erilaisia merkityksiä. Yleisimmin sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan kuitenkin henkilön sairauskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä sekä käyttämistä tietotekniikkaa hyväksi käyttäen. Manuaaliseksi kirjaamiseksi kutsutaan kirjaamistapaa, jossa tallennusvälineenä on käytetty kynää tai vastaavasti kirjoituskonetta (Ensio & Saranto 2004, 31). Sähköistä potilaskertomusta voidaan pitää potilaalle annetun hoidon kokonaisvaltaisena asiakirjana. Näin ollen tieto välittyy vaivattomasti myös eri ammattiryhmien välillä. (Ensio ym. 2007, 97.)

Ensimmäiset hoidon elektronisen kirjaamisen kokeilut toteutettiin Suomessa jo vuonna 1980. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa tutkittiin tuolloin poliklinista elektronista kirjaamista kehittämiskokeilun avulla. Tutkimuksessa elektronista kirjaamista käyttävä hoitohenkilökunta nosti tuolloin esiin muun muassa seuraavia asioita sen eduista; kirjaaminen on lisääntynyt, potilastiedot saadaan tarvittaessa nopeasti esille, kirjaamisen taso nousi selkeästi sekä kirjaaminen tapahtui saman tien. Jo tuolloin ohjelma toimi kokonaisuutena hyvin, mutta tämä raportti oli silti kovin suppea, eikä sen tulokset ole välttämättä yleistettävissä. (Lauri, Murto & Lehti, 1997, 1-16.)

Vuonna 2009 toukokuussa valmistunut tutkimus kartoitti Yhdysvalloissa kaupunkialueiden ulkopuolella toimivan pienen sairaalan mahdollisuuksia toimivaan elektroniseen kirjaamiseen. Tähän tutkimukseen otti osaa 11 naispuolista sairaanhoitajaa. Aineisto kerättiin haastattelemalla osanottajia ensin yksin ja tämän jälkeen ryhmäkeskusteluiden kautta. Osanottajat tunnistivat hyvin asioita, joita muuttamalla toimiva elektroninen kirjaaminen voisi olla mahdollista. Parannusehdotuksia elektronisen kirjaamisen kehittämiseksi löytyi useita. Näitä olivat esimerkiksi se, että tietokoneiden tulisi olla helppokäyttöisiä ja kannettavat tie-

tokoneet tulisi pystyä ottamaan mukaan potilaiden luo. Käytettävän tietokoneohjelman hyvä koulutus, toisten työntekijöiden tuki ja yleinen halu muutokseen nousivat myös tärkeiksi asioiksi. Selkeitä toimivaa elektronista kirjaamista vaikeuttavia tekijöitä olivat osanottajien mielestä liian suuren tietomäärän saaminen kerralla ja liian vähäinen harjoittelu-aika koneiden ja käytettävän ohjelman kanssa. Lisäksi hitaat ja huonosti sijoitetut tietokoneet olivat osanottajien mielestä ongelma. Yksi selkeästi esiin noussut ongelma oli se, että aikaa kirjauksien tekemiseen oli yksinkertaisesti liian vähän ja kirjaukset tehtiin usein kiireessä työvuoron lopussa. Yhteenvetona kuitenkin todettiin, että mikäli edellämainittuja asioita saataisiin korjattua, toimiva elektroninen kirjaaminen voisi tässäkin yksikössä olla toimiva ja käytännöllinen kirjaamismuoto. (Whittaker, Aufdenkamp & Tinley 2009, 293-300.)

Elektroninen eli sähköinen potilaskertomus perustuu rakenteiseen tietoon, joka helpottaa tiedon käsittelyä sekä parantaa uudelleenkäytön mahdollisuutta. Nämä elektronisiin potilasasiakirjoihin tallennetut tiedot toteutetaan rakenteisesti kansallisesti määriteltujen ydintietojen avulla. Hoitotyön kirjaamisessa yleisesti rakenteisuutta tarvitaan hoitotietojen kirjaamiseen, mutta myös tietojen sisällön esittämiseen. (Ensio ym. 2007, 96.)

Elektroninen, rakenteinen potilaskertomus jaetaan kahteen tasoon; ydinkertomukseksi, sekä perustason kertomukseksi. Ydinkertomus pitää sisällään potilaan henkilötiedot ja merkinnät, kuten esimerkiksi hoitoon tulossyyn, hoidon pää-tavoitteet, hoitomenetelmät, toimenpiteet sekä loppuarvion ja jatkohoitosuunnitelman. Perustason kertomus taas pitää sisällään terveydenhuollon ammattilaisten tekemät merkinnät, jotka taas liittyvät terveyden- ja sairaanhoidon suunnitteluun, toteutukseen sekä arviointiin. Tämän perustason kertomuksen pohjana ovat pääsääntöisesti muun muassa Hoitosuunnitelmat tai tietyn sairauden yksityiskohtaiset seurantasuunnitelmat. Perustason kertomus sisältää kaiken potilaalle annettuun hoitoon sekä ohjaukseen liittyvät kirjaukset. (Ensio ym. 2007, 99.)

Systemaattisesti kirjatun tiedon merkitys korostuu esimerkiksi silloin, kun potilas on eri paikassa kuin tiedonhakija ja jos tietojen etsimiseen ei ole riittävästi aikaa. Kun potilaskirjaus on talletettu systemaattisesti ja rakenteisesti sähköiseen tietokantaan, sitä on termistöjen ja luokitusten takia helppo hakea hakusanoilla. Systemaattinen kirjaaminen mahdollistaa tietojen hakemisen kronologisessa aikajärjestyksessä sekä hoidon tuloksellisuuden tarkastelun. Systemaattinen kirjaaminen lisää potilaan äänen kuuluvuutta potilasasiakirjoissa turvaten potilaan lailliset oikeudet. (Ensio ym. 2007, 14-15.)

2.2 Ydintiedot rakenteisessa kirjaamisessa

Hoitotyön suunnitelma, toteutus, arviointi ja yhteenveto muodostavat hoitotyön prosessin kokonaisuuden. ”Hoidon tarve”, ”hoitotyön toiminnot”, ”hoidon tulokset”, ”hoitoisuus” ja ”hoitotyön yhteenveto” taas ovat hoitotyön ydintietoja. Hoitotyön sisältö kirjataan hoitoprosessin eri vaiheissa vapaamuotoisella tekstillä tai käyttäen luokitusta, jota voidaan täydentää vapaamuotoisesti. (Tanttu & Ikonen 2007, 113.)

Potilaiden hoitoon liittyvien tietojen sähköinen kirjaaminen edellyttää sitä, että kirjaaminen on rakenteista. Tämä johtuu siitä, että tietoja voitaisiin myöhemmin systemaattisesti kerätä sekä hyödyntää eri ammattiryhmien tarpeisiin. (Mustonen 2007, 6.) Rakenteisuuden ansiosta sama tieto kirjataan vain kerran ja se on aina automaattisesti käytettävissä uudelleen (Kinnunen ym. 2008, 71). Sähköisen ja rakenteisen kirjaamisen teknistä sekä sisällöllistä yhtenäisyyttä tuetaan käyttämällä rakenteisia ydintietoja, jotka ovat yhteisesti sovittuja (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007). Kun hoitajat käyttävät sähköistä kirjaamismallia, sekä yhteisesti sovittuja ydintietoja tavoitteena on, että oleellinen tieto löytyy nopeasti (Kinnunen ym. 2008, 71). Näillä rakenteisilla ydintiedoilla tarkoitetaan potilaskertomuksien keskeisiä tietoja, jotka noudattavat rakenteista merkitsemistapaa. Ydintiedot ovat hoidon tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus

sekä arviointi. (VSSH 2007.) Ydintietojen tarkoitus on antaa kokonaisvaltainen kuva potilaan sairauksista ja saamasta hoidosta. Näitä ydintietoja voidaan käyttää mm. erilaisten tilastojen kokoamiseen. Ydintietoja voidaan hyödyntää myös potilaan hoidon seurannassa ja hoitotyön tutkimuksissa. (Mustonen 2007, 7.)

Hoitokertomus on eri ammattiryhmien yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa, joka pitää sisällään potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Hoitokertomus säilytetään kymmenen vuotta hoitajakson päättymisestä. Hoitokertomusta voidaan pitää kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien yhteisenä työvälineenä. Rakenteisesti laadituista ydintiedoista voidaan laatia tiivistelmä tai esimerkiksi jatkohoidon suunnitelmia, joita voidaan hyödyntää myöhemmin mm. Tilastoinnissa. (Tanttu & Ikonen 2007, 113.)

Tiedon käytettävyyttä parantaa se, että hoitokertomukseen kirjattu tieto on moniammatillisessa kirjaamisalustassa. Tämä prosessimalliin perustuva kirjaamisalusta on käytettävissä sekä poliklinikoilla että osastoilla tapahtuvaan kirjaamiseen. (Tanttu & Ikonen 2007, 113.)

Ydintietoihin perustuva kirjaaminen on mahdollista arkistoida kansallisesti. Sitä voidaan käyttää moniammatilliseen tiedonhakuun, sekä sitä voidaan käyttää myös päätöksenteossa. Siitä on mahdollista tarkistaa kunkin potilaan kohdalla hoitoprosessin etenemistä ja siitä on hyötyä myös hoitotyön johtamisessa. (Karttunen ym. 2008.)

2.3 Hoitotyön luokitukset

Luokitukset ovat tietorakenteita, jossa tiettyä erikoisalaa kuvaava samantapainen tieto luokitellaan sovitusti. Rakenteisessa kirjaamisessa on käytetty kolmea toimintoluokitusta: Suomalaista hoidon tarveluokitusta (SHTaL 2.0), suomalais-

ta hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL 2.0) ja hoidon tuloksen tilan luokittelun (SHTuL 1.0). Nämä kolme muodostavat yhdessä Finnish Care Classification:n eli FinCC- luokituskokonaisuuden. (VSSHP 2008.) SHTaL:n ja SHToL:n perustana on HHC (Home Health Care) luokitus, nykyisin CCC (Clinical Care classification) (VSSHP 2007). Näistä kahdesta osasta syntyy tarve ja toiminto komponentit, joita kutsutaan pääotsakkeiksi. Näiden alle avataan pääluokka sekä alaluokka, joilla täsmennetään asiaa. Tähän kohtaan tapahtuu myös vapaa kirjaaminen. Luokitukset muodostuvat 21:stä komponentista, jotka kuvaavat potilaan terveydentilaa, toimintakykyä, selviytymistä ja käyttäytymistä. Näiden hoitotyön toimintojen alle ryhmitellään potilaiden hoitotyön toimintoja sekä diagnooseja. (Ensio & Saranto 2004, 46.) Yhteiset komponentit ohjaavat hoitajan kirjaamista ja tällöin vahvistuu, että kirjaaminen on potilaslähtöistä (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 115-117).

Jo hoitotyön suunnitelmassa käyvät ilmi ongelmat ja tarpeet, joiden toteuttamisessa otetaan huomioon potilaan omat tuntemukset sekä mielipiteet. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 115-117.) Luokituksia käyttämällä ja tallentamalla tiedot sähköiseen muotoon samankaltaisella tavalla, saadaan kerättyä vertailukelpoista tietoa esimerkiksi hoitotyön kuvaamiseksi (VSSHP 2007).

Hoitotyön luokitukset ovat laadittu kuvaamaan hoidon tarpeen arviointia, hoidon toteutusta ja hoidon tuloksia. Hoitajien kouluttaminen sisäistämään hoitotyön luokitukset ja käyttämään niitä on jo haaste sinänsä. (Ensio & Saranto 2004, 44-45.)

2.4 Rakenteista kirjaamista koskevat lait

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden toimintaa valvoo ja ohjaa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Valvonnan ja oh-

jauksen tavoitteena on varmistaa potilasturvallisuutta, palvelujen laatua ja oikeusturvan toteutumista terveydenhuollossa. (Valvira 2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut asetuksen terveydenhuollon potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä. Asetus velvoittaa terveydenhuollon ammattilaisen kirjaamaan potilasasiakirjoihin kaikki potilaan hoitoa ja terveydentilaa koskevat tiedot sekä potilaan henkilökohtaiset tiedot. Lisäksi henkilökunta on velvoitettu säilyttämään ja käsittelemään asiakirjoja luottamuksellisesti. Mikäli joitain tietoja tulee jälkikäteen poistaa, tulee siitä jäädä merkintä potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjat tulee laatia ja säilyttää sellaisia välineitä ja menetelmiä käyttäen, että asiakirjoihin sisältyvien tietojen eheys ja käsiteltävyys voidaan turvata tietojen säilytysaikana. (298/2009.)

Ainoastaan potilaan hoitoon tai siihen liittyviin työtehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä edellyttää. Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttäjä tulee yksilöidä niin, että käyttäjä voidaan todentaa yksiselitteisesti. Lisäksi psykiatriassa ja perinnöllisyyslääketieteessä tulee päivittäis- ja yhteenvetomerkinnät suojata muiden kuin näiden erikoisalojen palvelutapahtumissa tai palvelukokonaisuuksissa. Suojausvaatimus ei kuitenkaan koske näihin tietoihin mahdollisesti sisältyviä lääkitystietoja ja kriittisiä riskitietoja. (298/2009.)

Potilasasiakirjoihin merkintöjä saavat tehdä ainoastaan potilaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaan myös muut henkilöt siltä osin kuin he hoitoon osallistuvat. Opiskelijat saavat tehdä merkintöjä toimiesaan laillistetun ammattihenkilön tehtävässä. Muutoin opiskelijan tekemät merkinnät hyväksyy opiskelijan esimies, ohjaaja tai tämän valtuuttama henkilö. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä laajuudeltaan riittävät tiedot, jotta ne turvaavat hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan. Merkintöjen

tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä tulee käyttää ainoastaan hyväksytyjä ja yleisesti tunnettuja käsitteitä ja lyhenteitä. Mikäli potilasasiakirjamerkintöjen sisällön tieto perustuu johonkin muuhun kuin ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja, tulee alkuperäinen lähde ilmetä. Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä viivytyksettä ja lähetteet tulee laatia ja toimittaa jatkohoitopaikkaan viipymättä. Potilaskertomusta tai sen osia ei saa kirjoittaa uudelleen eikä alkuperäistä sivua korvata valokopiolla tai muulla vastaavalla tavalla. (298/2009.)

Potilaan henkilökohtaisista tiedoista tulee merkitä nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot. Muita vaadittavia perustietoja ovat terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön nimi, merkinnän tekijän nimi asema ja merkinnän ajankohhta. Lisäksi potilasta koskevien tietojen osalta tulee mainita niiden saapumisajankohta ja lähde. Alaikäisen potilaan osalta tulee mainita huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. (298/2009.)

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta ja merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet. Potilaskertomukseen tulee merkitä mikäli potilaalla on lääkeaineallergia, materiaaliallergia, yliherkyys tai muu vastaava seikka, joka tulee ottaa huomioon hoidon yhteydessä. Osastohoidossa potilaasta tulee tehdä merkinnät riittävän usein ja aikajärjestyksessä. Jokaisesta osasto- tai laitoshoidojaksosta tulee laatia loppulausunto, johon tulee sisällyttää annettua hoitoa koskevien yhteenvetöjen lisäksi selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. (298/2009.)

Mikäli potilasasiakirjoja muokataan jälkikäteen, tulee sekä alkuperäisen että korjatun merkinnän olla myös luettavissa jälkikäteen. Korjauksen tekijän nimi, virka-asema, korjauksentekopäivä ja korjauksen peruste tulee merkitä potilasasiakirjoihin. Mikäli kirjauksia poistetaan kokonaisuudessaan, tulee potilasasiakirjoihin tehdä merkintä siitä, sen tekijästä ja poistamisajankohdasta. (298/2009.)

3 Psykiatrinen hoitotyö

3.1 Psykiatrisen hoitotyön luonne

Mielenterveyden häiriöt ovat edelleen alidiagnosoituja ja alihoidettuja. Mielenterveyden häiriöt alkavat usein jo nuorella iällä ja ne ovat yleensä pitkäkestoisia. Ne myös uusiutuvat helposti ja ovat usein invalidisoivia työnteon, sosiaalisen elämän ja yleisen elämänlaadun kannalta. Mielenterveyden ongelmat ovat myös suurin syy työkyvyttömyyteen, ja ne ovat tämänkin takia merkittävä ongelma myös kansantaloudellisesti. (Lepola ym. 2008, 7.)

Potilaan hoitoa pidetään koko psykiatrisen organisaation perustehtävänä. Työterveydenhuollossa on nykyään pitkälti tiimeissä ja verkostoissa tapahtuvaa. Toisaalta ammattitaitoisen työntekijän tulisi kyetä myös itsenäiseen työskentelyyn jos tilanne niin vaatii. Moniammatillinen yhteistyö perustuu lääkärin, muun hoitohenkilökunnan ja muiden hoidollisen koulutuksen saaneiden työntekijöiden väliseen yhteistyöhön. Kaikella tämän tiimin jäsenten välillä tapahtuvalla vuorovaikutuksella saattaa olla hoidollinen vaikutus. Tietenkin myös tulostavuu ja tehokkuusvaatimus on osa nykypäivän psykiatrista hoitotyötä. Psykiatrista terveydenhuoltoa pidetään vaativana, vastuullisena ja jopa riskialttiina toimintana. Tämän takia psykiatrista terveydenhuoltoa koskevatkin juridiset ohjeet ja sään-

nökset. Yleisesti ottaen jokainen työntekijä vastaa itse omista toimistaan tai tekemättä jättämisistään, joskin esimiehellä on myös valvontavastuu kaikista alaisistaan. (Isohanni 2008, 310-311.)

Psykiatrinen hoitotyö on luonteeltaan haastavaa, itsenäistä ja vastuullista työtä, jossa tärkeitä elementtejä ovat terapiatyö, ryhmätoiminta ja hoitosuhdetyöskentely. Psykiatrista hoitotyötä voidaan pitää itsenäisenä, mutta se ei kuitenkaan vähennä tai poista ryhmätoiminnan merkitystä. Itsenäisyys kuitenkin tarkoittaa usein sitä, että hoitotyöntekijän on kyettävä joskus nopeisiinkin ja/tai rohkeutta vaativiin ratkaisuihin, ja pystyttävä vielä tämän jälkeen perustelemaan toimintansa muulle henkilökunnalle. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 17-18.) Koko psykiatrista hoitoprosessia pidetään erittäin vaativana, sillä se edellyttää työntekijöiltään kykyä ottaa vastaan ja hallita potilaan ja usein myös potilaiden omaisten tunteita, toiveita, hoidollisia haasteita sekä ammatillisia tehtäviä. Hoidollisen vuorovaikutuksen pitäisi tämän jälkeen toimia niin, että edellä mainitut komponentit kyettäisiin palauttamaan potilaalle tämän psyykkistä kasvua ja/tai oireiden helpottumista tukien. (Isohanni 2008, 310.) Psykiatrisen hoitotyön oppiminen vaatii käytännön, teorian ja tutkimusten välisen laajan vuorovaikutuksen sisäistämistä (Latvala ym. 1995, 8).

Potilaan selviytyminen arkipäivän elämässä on koko psykiatrisen hoitotyön ydin, ja sen tärkein tehtävä onkin tukea ja auttaa potilasta saavuttamaan tämä tavoite (Latvala ym. 1995, 7). Psykiatrisessa hoitotyössä pitää kyetä määrittelemään potilaan hoidon tarpeet ja myös pystyä vastaamaan näihin tarpeisiin hoitotyön keinoin. Näitä tarpeita tarkasteltaessa on erityisen tärkeä selvittää, kykeneekö potilas selviytymään paremmin sairaalaympäristössä vai sen ulkopuolella. Hoidon tarpeet tulisi määritellä hoitohenkilökunnan, potilaan ja tämän mahdollisten omaisten kesken. Tavoitteet liittyvät mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen sairaalaosastolla, sen ulkopuolella tai avohoidossa. Näihin tavoitteisiin pyritään pääsemään hoitotyön keinojen avulla. (Latvala ym. 1995, 20.)

Eila Latvala käsitteli väitöskirjassaan *Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä* (1998, 60;71) psykiatrista hoitotyötä laitossympäristössä, josta tuotettiin potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli. Tutkimus perustui psykiatristen hoitotyön tilanteisiin kohdistuvaan havainnointiin sekä psykiatristen potilaiden, psykiatristen hoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden haastatteluihin. Hoidon tarpeiden määrittelyllä, tavoitteiden asettelulla ja selviytymistä tukevilla auttamismenetelmillä oli yhteys potilaan selviytymiseen. Tutkimuksen mukaan tähän vaikutti myös potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa mm. edellämainittujen asioiden määrittelyssä.

Psykiatrisen potilaan yksilöllisen hoidon edellytyksenä voidaan pitää hänen elämänsä tuntemista ja arvostamista. Hoitajan on tutustuttava potilaansa maailmaan, jotta hän kykenisi vastaamaan potilaan hoidon tarpeisiin. Hoitajan olisi kyettävä empaattisella ymmärryksellään käymään asioita läpi potilaan kanssa myös potilaan näkökulma huomioiden. (Latvala ym.1995,20-22.)

3.2 Rakenteinen kirjaaminen psykiatrisessa hoitotyössä

Kirjaaminen on psykiatrisen hoitotyön sektorilla ollut perinteisesti narratiivista eli yksityiskohtaisen kuvailevaa. Rakenteinen, luokitukseen perustuva kirjaaminen psykiatrisessa hoitotyössä on haastavaa, sillä hoitotyön käsitteet psykiatrisessa hoitotyössä ovat monimuotoisia, ja harvoin yksiselitteisesti ymmärrettäviä. Yhtenevä ja monipuolinen käsitteiden käyttö ei ole helppoa. Rakenteisen kirjaamisen käytöllä psykiatrisessa hoitotyössä on kuitenkin monia etuja. Tehty hoitotyö tulee selkeästi ja systemaattisesti näkyville tietokantaan muiden luettavaksi. Sähköinen, rakenteinen kirjaaminen tuo tietysti myös uusia haasteita hoitotyön ammattilaisille. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 41-42; Lehtinen ym. 1994, 9.) Hoitajat ovat muun muassa kertoneet, että kirjaamiseen menee enemmän

aikaa kuin aiemmin ja esimerkiksi tulohaastatteluissa tietokoneesta on koettu olevan jonkin verran haittaa, koska sen käyttö on monimutkaisempaa kuin valmiiden haastattelukaavakkeiden. Toisaalta raporttien yhteydessä monia ongelmia, kuten käsialaepäselvyyksiä, on huomattavasti vähemmän kuin aiemmin. (Hartikainen 2008, 41-50.)

Psykiatrisessa hoitotyössä keskeisin auttamisen keino, jota hoitaja voi työssään toteuttaa, on hyvän hoitosuhteen luominen ja potilaan kanssa keskustelu. Näiden auttamisen keinojen luokittelu/ryhmittely ovat psykiatrisessa hoitotyössä erityisen haasteellisia. Yhdessä hoitotilanteessa saatetaan käyttää samanaikaisesti useita kirjaamisen käsitteistön kannalta erillisiä hoitotyön toimintoja. Tämän käsitteistön ja sen käytön hyvin ymmärtänyt ja sisäistänyt hoitaja kykenee tuomaan kirjaamisessaan esille omat havaintonsa mahdollisimman yksiselitteisesti ja totuudenmukaisesti. Tämän takia psykiatriseen hoitotyöhön liittyvän rakenteista kirjaamista koskevan käsitteistön pohtiminen ja ymmärtäminen on tärkeää. Parhaimmillaan toimivalla rakenteisella kirjaamisella voidaan selkiyttää koko psykiatrisen hoitotyön tietoperustaa. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 42-43.)

Rakenteisen kirjaamisen sovittaminen psykiatriseen hoitotyöhön on ollut haasteellista. Rakenteista kirjaamista voidaan kuitenkin soveltaa myös psykiatriseen hoitotyöhön. Hoitotyön toimintojen luokittelua pidetäänkin perinteistä narratiivista kirjaamista parempana tapana hoitotyön kirjaamisen ohjaamisessa, psykiatrisen hoitotyön tarpeiden esille tuomisessa sekä potilaalle annetun hoidon esille tuomisessa yleensä. Parhaimmillaan rakenteinen kirjaaminen haastaa toteuttajansa pohtimaan oman työnsä sisältöä, ja konkretisoimaan sitä, mitä potilas/hoitaja-suhteessa oikeastaan tapahtuu: millaista apua potilas tarvitsee, ja millaisia keinoja tämän avun antamisessa hoitaja voi käyttää. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 52-53.)

Rakenteisen, luokituksiin perustuvan kirjaamisen muutokset psykiatrisessa hoitotyössä ovat suuria, sillä uuden kirjaamistavan käyttöönotto perinteisen narratiivisen kirjaamisen tilalle on herättänyt hoitajissa uusia ajatuksia koko psykiatrista hoitotyötä, ja näin ollen myös omaa työpanosta ja merkitystä ajatellen. Vaikka kaikki hoitotyöntekijät eivät olekaan vielä valmiita uuden rakenteisen kirjaamistavan optimaaliseen käyttöön, ja jatkuvaa kehittämistä sen suhteen tarvitaan, voidaan tämän vaativan ja pitkän prosessin todeta olevan hyvällä alulla. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 43;54.)

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää rakenteisen kirjaamisen tilaa psykiatrisessa hoitotyössä tällä hetkellä sekä sitä, millaista muutosta kirjaamisessa on tapahtunut verrattuna vuonna 2008 ja 2009 tehtyihin tutkimuksiin.

1. Mikä on psykiatrisen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tila tällä hetkellä?
2. Miten kirjaaminen on muuttunut aiempiin tutkimuksiin verrattuna?

5 Tutkimuksen empiirinen toteutus

5.1 Tutkimusmenetelmä ja -aineisto

Sisällön analysoinnilla tarkoitetaan menetelmää, jolla voidaan systemaattisesti ja objektiivisesti analysoida dokumentteja. Lisäksi tutkittavien ilmiöiden kuvailu ja järjestely on mahdollista. Tässä tutkimuksessa sisällön analysointi tapahtuu

deduktiivista analyysitapaa käyttäen, koska sen avulla saamme parhaiten vastauksia tutkittavana olevaan aiheeseen. Deduktiivisella sisällön analysoinnilla tarkoitetaan sitä, että analyysi tehdään valmiista aikaisemmasta käsitejärjestelmästä lähtien. (Sarajärvi 2002; Terveystieteiden tutkimuskeskus.) Sisällön analysointiin käytämme aikaisemmassa tutkimuksessa käytettyä mittaria (liite 1). Sisällönanalyysirunko koostuu 61:stä kysymyksestä, joilla kartoitetaan mm. Potilaan taustatietoja, potilaan tarpeiden ja ongelmien sisältöjä sekä omaisten antamaa tietoa potilaasta. Sisällönanalyysirunko käsittelee millä tavoin hoitajat ovat kirjanneet tietoja potilaskertomukseen. Tämän avulla tarkastelimme saamiemme potilaskirjausten sisältöä ja pystyimme vertailemaan saamiamme tuloksia aikaisempiin tutkimustuloksiin. Analysoimme tekstiä käyttämällä pääosin analyysiyksikkönä yhtä lausetta. Joissain tapauksissa analyysiyksikkö oli laajempi, kuin yksi lause.

Analysoinnin jälkeen syötimme saadut tulokset SPSS 17.0-ohjelmaan, jolla tilastoimme analysoimamme materiaalin ja vertasimme sitä projektin edellisten tutkimusten vastaaviin. Ohjelman avulla laskimme frekvenssit sekä prosentit, joista muodostimme taulukoita, joilla havainnollistimme tutkimustuloksia.

Tutkimusjoukkona työssämme on yhteensä 40 aikuispsykiatrista potilasta, joista saimme rajatut kirjaukset. Periaatteena on se, että jokaiselta potilaalta saadaan tarkasteltavaksi koko hoitajaksoon liittyvät tiedot, eli kirjaamiset alkavat hoidon suunnittelusta ja päättyvät loppuarviointiin. Kirjaukset on tehty Pegasos-käyttöjärjestelmällä. Kaikkien otantaan tulevien potilaiden hoitajakso on alkanut ja päätynyt 1.10.-31.10.2009 välisenä aikana. Potilaat on otettu mukaan suuremmasta joukosta systemaattisella satunnaisotannalla. (Salmela 14.10.2009.)

5.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntymistä, ja tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa yleensä arvioidaan tutkimuksen eettisyyttä sekä luotettavuutta. Tähän voidaan käyttää erilaisia mittaustapoja. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös sen toistettavuus. Tutkimuksen pätevyys toteutuu silloin, kun mittari mittaa juuri sitä, mitä oli tarkoituskin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 213.) Mittari, jota käytimme tutkimuksen analysoinnissa, on luotettava siksi, että se perustuu teoriaan. Mittarin käytön luotettavuutta pyrittiin varmistamaan sopimalla yhteiset analysointisäännöt. (Salmela 14.10.2009). Luotettavuusongelmia saattaa tuoda potilaiden kirjauksien ymmärtäminen, sillä se voi olla eri ihmisillä erilainen.

Tutkimusluvan anoimme Turun terveystoimen hoitotyön osaston hallintoylihoitajalta. Potilaiden yksityisyyden varmistamiseksi kirjauksista poistettiin potilaiden identifiointitiedot ennen kuin ne lähetettiin meidän analysoitavaksemme. Tutkimusten valmistuttua kirjatut palautettiin hoitotyönosastolle, missä ne hävitettiin asianmukaisesti.

Luotettavuusongelmia toi esimerkiksi se, että psykiatrian kirjaaminen on yleisesti jonkin verran erilaista kuin muiden hoitotyön osastojen kirjaaminen. Psykiatriassa kirjaaminen on usein hyvin suurpiirteistä ja ongelmia luo myös se, että eri asiat voidaan kirjata monella eri tavalla. Huomioon tulee ottaa myös se, että teimme ensimmäistä tutkimustamme ja tulkitsimme myös jotain asioita mahdollisesti eri tavoin, yhteisistä analysointisäännöistä huolimatta. Luotettavuutta saattoi lisätä se, että potilaskirjatut oli valittu satunnaisotannalla ja niiden määrä kaksinkertaistui vuoden 2009 keväällä tehtyyn tutkimukseen verrattuna.

Tutkimusta tehdessämme jaoimme analysoitavan aineiston ja analysoimme ne tahoillamme. Tämän jälkeen kävimme analysoinnit läpi sekä keskustelimme huomattavasti toisistaan eroavista tuloksista. Muutaman asian kohdalla päädyimme analysoimaan aineiston uudelleen tulosten luotettavuuden turvaamiseksi.

Tietokannat, joita yleisimmin käytimme tiedonhaussa olivat Cinahl, Medline, Pubmed ja Medic. Tavallisimmin käyttämämme hakusanat olivat psykiatrisen hoitotyö, rakenteellinen kirjaaminen, elektroninen kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen ja dokumentointi.

6 Tutkimuksen tulokset

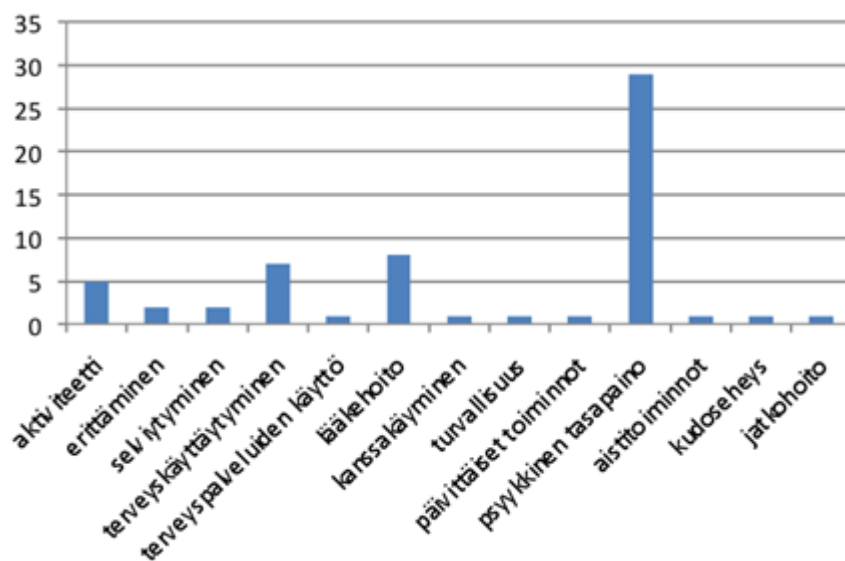
Analysoimme yhteensä 40:n potilaan kirjauksia Turun terveystoimen psykiatrian tulosalueelta. Potilaat olivat iältään 18-59 vuotiaita ja koko aineiston keski-ikä oli 37 vuotta. Potilaista 19 (47,5%) oli naisia ja 21 (52,5%) miehiä.

Tulotilanteessa potilaan aiempi terveydentila oli kirjattu kuuteen hoitokertomukseen (15 %). Näistä 17 % sisälsi kirjausten potilaan lääketieteellisestä tilasta. Näistä 67 % sisälsi kirjausten potilaan tilan hoitotyön näkökulmasta. 17 %:ssa oli kirjattu potilaan tila sekä lääketieteellisestä, että hoitotyön näkökulmasta. Vuoden 2009 keväällä tehdyssä tutkimuksessa potilaan aikaisempi terveydentila oli kirjattu 10 %:ssa kirjauksista. Ainoastaan yhdessä hoitokertomuksessa (2,5 %) oli mainittu potilaan aiemmat kokemukset hoidosta.

6.1 Tarpeiden kirjaaminen

Hoitosuunnitelma löytyi kahdeksasta hoitokertomuksesta (20 %). Näistä yhdeksäkään kirjauksessa ei ollut selkeästi havaittavissa päivittäistä ongelmien/tarpeiden kirjaamista. Sama koski myös hoitotyön tavoitteiden päivittäistä kirjaamista. Keväällä 2008 ja keväällä 2009 tehdyissä tutkimuksissa hoitosuunnitelmia ei ollut yhdessäkään tapauksessa.

Tarpeita ja ongelmia oli kirjattu tulotilanteessa ja toteutuksessa yhteensä 117 kappaletta vaihteluvälin ollessa 0-12. Tarpeiden ja ongelmien keskiarvo oli 3/potilas. Kevään 2009 tutkimuksessa vaihteluväli oli 1-10 ja keskiarvo oli 3. Tarpeiden ja ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa ja tulotilanteessa mtt-raporttilehdeltä jakautuivat seuraavasti: Aktiviteetti oli mainittu 5 kertaa, erittäminen 2 kertaa, selvityminen 2 kertaa, terveystyö 7 kertaa, terveystyökalujen käyttö kerran, lääkehoito 8 kertaa, kanssakäyminen kerran, turvallisuus kerran, päivittäiset toiminnot kerran, psyykinen tasapaino 29 kertaa, aistitoiminnot kerran, kudoseheys kerran ja jatkohoito kerran. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Tarpeiden ja ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa tulotilanteessa (n=40)

Potilaiden tarpeet ja ongelmat jakautuivat seuraavasti: fyysiset 27 (27 %), psyykkiset 64 (65 %) ja sosiaaliset 8 (8 %). Edellisessä tutkimuksessa vastaavat luvut olivat puolta pienemmällä otoksella: fyysiset 14 (25 %), psyykkiset 38 (68 %) ja sosiaaliset 4 (7 %) kappaletta. Vuonna 2008 (n=20) tarpeita ja ongelmia oli seuraavasti: fyysiset 30 (33 %), psyykkiset 41 (46 %) ja sosiaaliset 19 (21 %). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Potilaiden tarpeet ja ongelmat.

	Fyysiset	Psyykkiset	Sosiaaliset
Syky 2009	27 %	65 %	8 %
Kevät 2009	25 %	68 %	7 %
Kevät 2008	33 %	46 %	21 %

Hoidon tarvetta määriteltäessä 15 %:ssa kirjauksista apuna oli käytetty mittareita. Käytettyjä mittareita olivat BDI- (Beck Depression Inventory) ja MDQ-

(Mood Disorder Questionnaire) kaavakkeet, sekä verenpainemittari. Aiemmissa tutkimuksissa mittareita oli käytetty 25 %:ssa hoitokertomuksista.

Voimavaroja oli kirjattu yhteensä 23 %:lle potilaista. Voimavaroiksi oli esimerkiksi kirjattu ”avovaimo”, ”perhe”, ”työ”, ”lapsi” ja ”vanhemmat”.

6.2 Tavoitteet ja toimenpiteet

Koko aineistossa (n=40) tavoitteita oli kirjattu 16, vaihteluvälin ollessa 0-7. Ainakin yksi tavoite oli kirjattu seitsemälle (18 %) potilaalle. Edellisessä tutkimuksessa (n=20) tavoitteita oli kirjattu 20 kappaletta ja 55 %:lla potilaista oli kirjattu yksi tai useampi tavoite. Vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa tavoitteita oli kirjattu yhteensä kaksi. Erot projektin eri tutkimuksien välillä olivat siis melko suuria. Tämä viittaa oletettavasti eriäviin tulkintatapoihin ja hoitosuunnitelmien mukanaoloon tässä tutkimuksessa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa.

2008 (n=20)	2009 kevät (n=20)	2009 syksy (n=40)
2	20	16

Hoitosuunnitelmaan/toteutukseen kirjattuja selkeitä tavoitteita oli vähän. Keskimäärin niitä oli jokaista potilaskirjausta kohden 0,4. Yleensä tavoitteita ei ollut kirjattu lainkaan (33 kertaa 40 tapauksesta). Suurin selkeiden tavoitteiden määrä yhtä potilaskirjausta kohden oli seitsemän.

Kun kirjattuja selkeitä tavoitteita esiintyi aineistossamme erittäin harvoin, oli myös muodollisesti oikein kirjattujen tavoitteiden määrä luonnollisesti vähäinen. Selkeä tavoite on hyvin ymmärrettävä ja riittävän konkreettinen, jotta siihen voidaan selkeästi hoitotyön keinoin puuttua. Esimerkiksi ”*Potilaalla on ollut kauan kestänyttä unettomuutta. Tavoitteena hyvän unirytmien palauttaminen.*” Neljästäkymmenestä potilaskirjauksesta (joista siis vain seitsemässä tapauksessa oli kirjattu yksi tai useampi tavoite yleensäkin) ainoastaan kahden tapauksen kohdalla tavoite oli kirjattu konkreettisenä potilaan voinnin tai käyttäytymisen muutoksena. Täsmällistä kirjaamista näiden tavoitteiden kohdalla esiintyi myös kahdessa eri potilaskirjauksessa. Toisessa yksi ja toisessa kaksi kertaa. Täsmällisyydellä tarkoitetaan tässä riittävää informatiivisuutta ja yksiselitteisyyttä. Epäselvä tavoite on liian yleisellä tasolla esitetty, jotta siihen voitaisiin hoitotyön keinoin puuttua. Esimerkiksi ”*Potilas on sekava. Tavoitteena olotilan parantuminen.*” Määriteltyä aikarajaa ei esiintynyt missään käsittelemissämme potilaskirjauksissa. Hoidon tarvetta vastaavia tavoitteita oli kirjattu sen sijaan yksi.

50 %:lla potilaista, joille oli tehty hoitosuunnitelma, toteutuksessa kuvatut hoitotyön toiminnot vastasivat täysin hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja. 13 %:lla toteutuksessa kuvatut hoitotyön toiminnot vastasivat hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja jossain määrin. 13 %:lla toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta ei vastannut hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja. Esimerkiksi silloin, kun hoitosuunnitelmaan oli kirjattu selkeitä hoitokeinoja mutta varsinaisessa toteutuksessa niiden käyttöä ei oltu kuitenkaan kirjattu. 25 %:lla hoitosuunnitelmaan ei oltu kirjattu hoitokeinoja.

Hoitosuunnitelmasta ja toteutuksesta laskettujen hoitotoimenpiteiden määrä oli yhteensä 216, keskiarvon ollessa tällöin 5,4. Hoitosuunnitelmista 95 %:lle potilaista oli kirjattu ainakin yksi hoitotoimenpide vaihteluväli hoitotoimenpiteillä oli 0-48. Hoitotoimenpiteiksi ollaan laskettu esimerkiksi keskustelut, lääkkeen antaminen (mikäli selkeästi kirjattu), eristäminen ja kotikäynnit. Keväällä 2009 teh-

dyssä tutkimuksessa (n=20) kaikissa hoitokertomuksissa oli mainittu ainakin yksi hoitotyön toimenpide. Hoitotoimenpiteiden yhteenlaskettu määrä oli 299, ja hoitotoimenpiteiden keskiarvo hoitokertomuksissa oli 15. Vuonna 2008 tehdystä tutkimuksessa (n=20) hoitokertomuksissa mainittujen hoitotoimenpiteiden määrä oli 125, keskiarvon ollessa 6,25.

6.3 Opetus ja ohjaus

40:stä potilaasta opetusta/ohjausta oli hoitosuunnitelmasta ja toteutuksesta laskettuna ainakin kerran saanut 18 (45 %) potilasta. Opetus ja ohjaus mainittiin 65 kertaa. Ilman minkäänlaista kirjattua ohjausta jäi siis 22 (55 %) potilasta. Edellisen tutkimusryhmän tuloksiin nähden eroa oli jonkin verran. Vuonna 2009 (n=20) keväällä tehdystä tutkimuksessa opetus ja ohjaus mainittiin 49 kertaa, kun taas vuonna 2008 (n=20) opetus ja ohjaus mainittiin 17 kertaa vaihteluvälin ollessa 0-5. Kevään 2009 aineistossa 40 % potilaista jäi ilman minkäänlaista opetus/ohjaus –kirjausta. Vaihteluväli oli tutkimuksessamme melko laaja (0-13). Myös edellisen ryhmän vaihteluväli oli tässä tapauksessa 0-13. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (sis. keskustelun) on mainittu hoitotyön keinot – kohdassa.

		0	1	2	3	4	5	7	8	10	13	Total
Toteutus	Kevät 2008	11	4	4	0	0	1	0	0	0	0	20
	Kevät 2009	8	2	3	3	1	1	0	0	1	1	20
	Syky 2009	22	5	4	2	2	2	1	1	0	1	40
Total		41	11	11	5	3	4	1	1	1	2	80

Opetuksen/ohjauksen aihe oli mainittu lähes kaikissa tapauksissa, joissa mainittu kirjaus oli tapahtunut. Kahdeksastatoista tapauksesta, joissa ohjausta/opetusta koskevaa kirjaamista oli tapahtunut ainakin kerran, seitsemäntoista kohdalla opetuksen aihe oli selkeästi mainittu. Tämä tarkoittaa, että 43 %:n

kohdalla hoitokertomuksista opetuksen/ohjauksen aihe oli mainittu. Ainoastaan yksi opetusta/ohjausta koskeva tapaus oli jäänyt ilman mainittua aihetta. Edellisen ryhmän kohdalla opetuksen aihe oli mainittu 55 %:n kohdalla koko aineistosta.

Opetuksen/ohjauksen aihe oli mainittu 55:ssä kirjauksessa 65:stä. Tämä tarkoittaa, että ohjauksen aihe oli mainittu 85 %:ssa ohjauskerroista. Vuonna 2009 keväällä tehdyssä tutkimuksessa ohjauksen aihe mainittiin 25 %:ssa ohjauskerroista. Vuonna 2008 vastaava luku oli 14 %.

Viidessä tapauksessa kahdeksastatoista (noin 28 % tapauksista, joissa opetus/ohjaus oli mainittu ainakin kerran) oli arvioitu miten potilas ymmärsi ohjauksen tai miten hän siihen reagoi. Jossain määrin tämä oli kirjattu kuusi kertaa kahdeksastatoista. Näin ollen siis noin 61 % kirjauksista, joissa potilaan opetus/ohjaus oli mainittu ainakin kerran (28 % kaikista hoitokertomuksista), sisälsi arvioinnin ohjauksen ymmärrettävyydestä potilaan kannalta. Kaikista ohjauskerroista (n=65) arviointi opetuksen/ohjauksen ymmärrettävyydestä oli mainittu 17 %:ssa. Kevään 2009 tutkimuksessa vastaava luku oli 14 %.

6.4 Potilaiden omat näkemykset hoidosta

Potilaan oma käsitys tai näkemys hoidon tarpeesta oli kirjattu 60 %:sesti, eli neljäkymmentä tapausta käsittävän potilasaineistomme kohdalla 24:n potilaan kohdalla oma näkemys hoidosta oli mainittu ainakin kerran. Aikaisemmassa tutkimuksessa tämän asian osalta kirjauksia oli tapahtunut jonkin verran enemmän. Heidän 20 potilaskertomusta käsittävä tutkimuksensa esittää potilaan oman käsityksen tai näkemyksen tulleen esille 85 %:ssa tapauksista, eli 17 potilaan kohdalla oma näkemys hoidosta oli mainittu ainakin kerran. Tutkimuksesamme kyseisen asian kohdalla vaihteluväli oli melko laaja (0-13), joskin suuremmat lukemat olivat yksittäistapauksia. Jos potilaan näkemys oli kirjattu, oli yleisin kirjattu määrä 1 (10 asiakkaan kohdalla). Aiemmassa tutkimuksessa

vaihteluväli oli 0-5. Koko aineistossamme keskimääräinen kirjaus asiassa oli 2 ja niiden potilaiden kohdalla, joille näitä kirjauksia oli tehty keskiarvo oli 3,2. Vuoden 2008 tutkimuksessa vastaavaa vertailua ei voitu tehdä, koska tuolloin ei laskettu ohjauskertojen määrää.

Potilaan omia näkemyksiä tai käsityksiä hoidon tavoitteista oli kirjattu erittäin vähän. Koko aineistossa ainoastaan kolmen potilaan kohdalla tällainen kirjaus oli tehty (8 % koko aineistosta) ja näissäkin tapauksissa ainoastaan yhden asian kohdalla. Aiemman tutkimuksen tutkimustulokset olivat selkeästi paremmat, joskin heidänkin tapauksessaan kyseinen näkemys oli mainittu ainoastaan 30 %:sesti. Vuonna 2008 potilaan omat näkemykset tai käsitykset hoidon tavoitteista oli kirjattu kolmen potilaan kohdalla.

Hoitokeinoista potilaiden omia näkemyksiä oli kirjattu jonkin verran. Tällainen kirjaus oli tehty neljäntoista potilaan kohdalla, joka tarkoittaa 35 % koko aineistomme huomioiden. Kirjaukset tämän asian kohdalla olivat lähinnä yksittäisiä, sillä ainoastaan kahden potilaan kohdalla kirjauksia oli enemmän kuin yhden asian kohdalla. Edellisen tutkimusryhmän kohdalla tulokset olivat olleet parempia, sillä heidän aineistossaan potilaan oma näkemys hoitokeinoista oli kirjattu jopa 60 %:sesti. Tosin vaihteluväli oli meidän tutkimuksessamme hieman laajempi, 0-5 vrt. 0-2. Potilaiden omia näkemyksiä hoidon toteutuksesta oli kirjattu melko vähän. Ainoastaan yhdeksän asiakkaan (23 % koko aineistosta) kohdalla tällainen kirjaus oli tehty. Vuoden 2009 kevään tutkimuksessa vastaava prosentuaalinen luku oli 50 %, vuoden 2008 tutkimuksessa 90 %.

Potilaiden omia näkemyksiä hoidon arvioinnista oli kirjattu kahdentoista potilaan kohdalla (30 %). Vaihteluväliä oli suhteellisen laaja (0-11). Edellisen tutkimusryhmän vastaava luku oli 60 % vaihteluvälin ollessa ainoastaan 0-3. Vuonna 2008 potilaiden omia näkemyksiä oli kirjattu 65 % hoitokertomuksista.

6.5 Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon

Omaisten antamaa tietoa oli kirjattu yhteensä 10 kertaa viidessä (13 %) eri hoitokertomuksessa. Edellisellä tutkimuskerralla omaisten antamaa tietoa oli kirjattu 30 %:een hoitokertomuksista. Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon oli kirjausten mukaan vähäistä, kuten edellisessäkin tutkimuksessa. Meidän tutkimuksessamme asiaa koskevaa kirjausta oli tapahtunut 18 %:ssa tapauksista, kun kevään 2009 tutkimusryhmän vastaava tulos oli 20 %. Vuonna 2008 vastaava luku oli peräti 55 %. Vaihteluväleissä oli jonkin verran eroja. Tämän tutkimuksen vaihteluväli oli 0-5, samoin kuin vuonna 2008 tehdyn tutkimuksen. Kevään 2009 tutkimusryhmän vaihteluväli oli ainoastaan 0-2. Omaiset osallistuivat potilaan hoitoon esimerkiksi seuraavasti;

”Äiti kertoo potilaalla mahdollisesti olevan hiivatulehdus.”

”Isä hakee potilaan osastolta jatkohoitoon.”

”Potilas palaa kotilomilta miehensä saattamana.”

6.6 Loppuarviointi

Varsinaista loppuarviointia ei oltu tehty saamamme kirjausaineiston mukaan yhdellekään potilaista. Kevään 2009 ryhmän kohdalla vastaava kirjaus oli tehty ainoastaan 15 %:lle. Vuonna 2008 loppuarviointia ei oltu tehty yhdellekään potilaalle.

6.7 Arvioiva kirjaaminen

Arvioivan kirjauksen määrä päivittäisessä kirjaamisessa/muussa toteutuksen kirjaamisessa tuli ilmi 85 % kirjauksista. Aiempien ryhmien kohdalla arvioivaa kirjaamista oli tehty 90 %:iin kaikista kirjauksista. Arvioivan kirjauksen apuna oli käytettyjä mittareita ainoastaan kerran. Tilanne oli sama myös edellisen ryhmän kohdalla. Meidän tutkimuksessamme se tarkoittaa 2,5 % ja edellisen ryhmän

kohdalla 5 %. Vuonna 2008 mittareita oli käytetty kahden potilaan kohdalla kahdestakymmenestä (10 %).

7 Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimuksemme tarkoituksena oli tarkastella psykiatrian tulosalueen kirjausten kehitystä Turussa. Vertasimme tuloksiamme kahteen aiemmin (kevät 2008 ja kevät 2009) tehtyyn tutkimukseen. Tutkimusaineistomme oli 40:n potilaan hoitokertomukset, joita analysoimme sisällönanalyysin avulla. Aineistomme oli edellisiin tutkimuksiin verrattuna huomattavasti suurempi, sillä aiemmissa toteutuksissa tutkimusaineistona oli käytetty kahtakymmentä hoitokertomusta.

Yksi merkittävimmistä muutoksista projektin aiempiin tutkimuksiin verrattuna oli se, että hoitosuunnitelmia oltiin alettu ottamaan jonkin verran käyttöön. Keväällä 2008 ja keväällä 2009 tehdyissä projektin aiemmissa toteutuksissa hoitosuunnitelmaa ei oltu tehty yhdellekään potilaalle. Meidän aineistossamme hoitosuunnitelma oli tehty kahdeksalle potilaalle neljästäkymmenestä (20 %). Tätä voitaneen pitää kohtuullisena määränä ottaen huomioon selkeän murrosvaiheen niiden käytössä. Huolestuttavampaa mielestämme kuitenkin oli se, ettei näistä yhdessäkään kirjauksessa ollut selkeästi havaittavissa päivittäistä ongelmien/tarpeiden kirjaamista. Täytyy kuitenkin ottaa huomioon, että koko hoitosuunnitelman käsite toteutustapoineen ei varmasti ole vielä henkilökunnalle täysin selvä tai ainakaan ns.rutinoitunut. Sainola-Rodriguez ja Ikonen (2007, 41) toteavatkin, että vaikka psykiatrisella hoidolla onkin melko pitkät perinteet moniammatillisen hoidon suunnittelussa, ovat suunnitelmat kuitenkin irrallaan päivittäisestä toteutuksesta eivätkä näin ole päässeet toistaiseksi vakiintumaan osaksi yleistä kirjaamiskäytäntöä. Hoitosuunnitelma on vielä verrattain vähän tunnettu apuväline psykiatrian tulosalueella somaattiseen tulosalueeseen verrattuna. Mielenterveyden keskusliiton vuonna 2008 tekemän kyselyn mukaan ainoastaan yksi (n=16) kyselyyn osallistuneista psykiatrisessa hoidossa olleista potilaista tiesi hoitosuunnitelmastaan. (Mielenterveyden keskusliitto 2008).

Potilaan oma käsitys tai näkemys hoidon tarpeesta oli kirjattu 60 %:iin hoitokertomuksista. Keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa potilaan omia näkemyksiä hoidon tarpeesta oli kirjattu 85 %:iin kaikista kirjauksista. Keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa potilaan omia näkemyksiä hoidon tarpeesta oli siis kirjattu selkeästi enemmän. Tutkimuksestamme kävi ilmi, että joidenkin potilaiden kohdalla omia näkemyksiä oli kirjattu melko paljon, kun taas osa potilaista oli jäänyt kokonaan ilman tällaisia kirjauksia. Laajasta vaihteluvälistä huolimatta (0-13) yleisin kirjauksien määrä potilaiden omia käsityksiä tai näkemyksiä hoidon tarpeesta tarkasteltaessa oli kuitenkin yksi.

Potilaan omia käsityksiä tai näkemyksiä hoidon tavoitteesta oli kirjattu todella vähän. Koko aineistosta (n=40) oma näkemys hoidon tavoitteesta oli kirjattu ainoastaan kolmen potilaan kohdalla. Vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessa (n=20) potilaan omat näkemykset hoidon tavoitteesta oli kirjattu kuuteen potilaskertomukseen. Vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa (n=20) potilaan omat näkemykset hoidon tavoitteesta oli kirjattu myöskin vain kolmen potilaan kohdalla. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että hoitajilla ei ole aikaa tai muita resursseja kirjata potilaiden näkemyksiä kovinkaan tarkasti (Whittaker ym. 2009, 295). Toisaalta taas psykiatrian osa-alueella potilaan omat mielipiteet saattavat jäädä vähäisiksi, riippuen tietysti potilaan sen hetkisestä sairauden tilasta.

Hoitokeinojen, toteutuksen sekä arvioinnin kohdalla asiakkaiden omia näkemyksiä oli kirjattu vähemmän kuin projektin aiemmassa osassa. Muutoksen suuntaus on otettava huomioon, sillä jos potilaan hoitotiedot olisivat tarkkaan rakenteisesti ja systemaattisesti kirjattu, lisäisi se niiden tuloksellista tarkastelua sekä potilaan äänen kuuluvuutta kirjauksissa (Ensio, Saranto, Sonninen & Tanttu 2007, 14-15). Tällöin hoitajien olisi helpompi havaita mikäli potilaan omien näkemyksien ja mielipiteiden määrä jää kirjauksissa vähälle huomiolle. Erot saattavat tietenkin johtua potilasaineistosta, mutta syynä voi olla mahdollisesti

myös koko hoitotyön kirjaamisessa parhaillaan käynnissä oleva muutosvaihe. Kyse ei välttämättä ole pelkästään todellisesta asiakkaiden näkemysten muutoksesta. Koko rakenteisen kirjaamisen mallin soveltaminen psykiatrisessa hoitotyössä perinteiltään narratiiviseen kirjaamistapaan on ollut ja on edelleen haastavaa (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 41), joten suhteellisen radikaalikin poikkeavuudet ovat vielä mahdollisia varsinkin melko pienet potilasaineistot huomioiden.

Kaikista ohjauskerroista opetuksen/ohjauksen aihe oli mainittu 84,6 %:sesti. Muutos projektin edellisiin tutkimuksiin on erittäin positiivinen, sillä keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa vastaava luku oli ainoastaan 24,5 % ja vuonna 2008 aihe oli mainittu 14,2 %:sesti. Syynä näin selkeästi parantuneeseen tulokseen saattaa olla se, että kirjaaminen on muuttunut täsmällisemmäksi. Myös kirjaamisen rakenteisuus on ohjannut kirjaamista myönteisellä tavalla parempaan suuntaan. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 42.)

Ainestossamme vähintään yksi tavoite oli kirjattu ainostaan 17,5 %:lle potilasta. Tämä on selkeä muutos keväällä 2009 tehtyyn tutkimukseen, jolloin vähintään yksi tavoite oli kirjattu jopa 55 %:lle potilaista. Tosin vuonna 2008 tehdyssä projektin ensimmäisessä osassa vähintään yksi tavoite oli kirjattu ainoastaan 10 %:lle. Näin selkeät erot saattavat johtua eriävistä tulkintatavoista, hoitosuunnitelmien mukanaolosta tai yksinkertaisesti pienistä potilasaineistoista. Myös hoitosuunnitelmissa, tai tutkimuksemme kohdalla usein toteutuksessa, kirjattujen selkeiden tavoitteiden määrä oli pieni. Keskimääräinen kirjausmäärä yhtä potilaskertomusta kohden olikin ainoastaan 0,4. Luku on mielestämme huolestuttavan pieni ja suunta pitäisi tämän asian kohdalla ehdottomasti saada ylöspäin, sillä tavoitteiden asettelulla on selkeä yhteys potilaan päivittäiseen selviytymiseen (Latvala 1998, 60;71).

Tulotilanteessa tarpeiden sisältöjä oli kirjattu yhteensä 60 kappaletta. Lähes puolet (48,3 %) näistä koskivat psyykkistä tasapainoa. Tämän jälkeen yleisimpiä olivat lääkehoito (13,3 %) ja terveystyö (11,7 %). Näiden yleisyys on ymmärrettävää sitä kautta, että psykiatrisia ongelmia lähestytään usein yksilöpsykologisen ja biolääketieteellisen mallin kautta. Yksilöpsykologinen malli lähestyy psykiatrisia ongelmia sen kautta, että sairaus perustuu mielen sisäisten rakenteiden häiriöön. Biolääketieteellinen lähestyy psykiatrisia ongelmia sen kautta, että sairaus perustuu orgaaniseen vaurioon tai aivo-orgaaniseen vaurioon. Myös terveystyön edistäminen on tärkeä osa psykiatrista hoitoa. Potilaan on kuitenkin ensin löydettävä elämälleen jokin tarkoitus, jotta hän voisi olla motivoitunut terveytensä edistämiseen ja säilyttämiseen. (Lehtinen, Ojanen, Pukuri, Tuori, Antti-Poika, Kokkola 1994, 10-11).

Arvioivaa kirjaamista on tehty projektin kaikkien tutkimusvaiheiden aikana. Projektin kahdella edellisellä kerralla arvioivaa kirjaamista oli tehty 90% kaikkien potilaskirjausten kohdalla. Tämän tutkimuksen kohdalla vastaava luku oli 85%. Kirjaamisen tulisikin olla päivittäisten toimintojen osalta enemmänkin arvioivaa kuin vain toteavaa. Arvioivalla kirjaamisella tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että pohditaan, kuinka hoitotyön auttamiskeino vaikutti potilaaseen, tai mitä mieltä potilas on jostain tietystä asiasta ollut. (Hallila 1998, 18).

Lähteet

- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto. Sipoo.
- Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro gradu –tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyvärinen, K. & Väättäinen, E. 2008 Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen – Projektisuunnitelma. Kuopio.
[http://www.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/230909143550109/\\$FILE/Hoitotyön_kirjaaminen_proj_suunnitelma_3.1.pdf](http://www.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/230909143550109/$FILE/Hoitotyön_kirjaaminen_proj_suunnitelma_3.1.pdf)
- Johnson, D. & Martin, K. 1996. Preparing for Electronic Documentation. Nursing Management. 1996; 27(7): 43-44. Viitattu 4.4.2010
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=105&sid=f704078f-526c-4322-9425-6c43df46cb72@sessionmgr111>
- Karttunen, T.; Rosqvist, L.; Sinisalo, A.; Harju, M. & Heiskanen, M. 2008. Efficia hoitokertomuskäyttöönottosuunnitelma Kotkan perusterveydenhuollossa.
- Kinnunen, U-M.; Saranto, K. & Ensio, A. 2008. Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. Hoitotiede Vol.20 No.2/2008, 70-81. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.
- Latvala, E; Visuri, T & Janhonen, J. 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Lehtinen, K. Ojanen, J. Pukuri, T. Tuori, T. Antti-Poika, M. Kokkola, A. 1994. Psykiatrisen hoidon suunnittelussa ja seurannassa tarvittavan tiedon dokumentoinnin kehittäminen. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.
- Lauri, S.; Murto, S. & Lehti, T. 1997. Poliklinisen hoidon elektroninen kirjaaminen – selvitys kehittämiskokeilusta Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Hoitotyön julkaisusarja C:16, 1997.
- Lepola, E; Koponen, H; Leinonen, E; Joukamaa, M; Isohanni, M & Hakola, P. 2008. Psykiatria. Helsinki: WSOY.
- Mielenterveyden keskusliitto 2008. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma. [Viitattu 7.4.2010]. Saatavissa:
http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/vaikuttamistoiminta/kuukauden_kysymys/lokakuu_2008_hoitosuunnitelma/
- Mustonen, E-R. 2007. Tiedonhallinta opiaattiriippuvuuden korvaushoidossa- moniammatillisen työryhmän kirjaamisen kehittäminen. Pro Gradu –tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Sainola-Rodriguez, K. & Ikonen, H. 2007. Luokituksen luovuus: kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Sarajärvi, A. 2002. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Oulun yliopisto. Oulu.

Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki:Wsoy.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston verkkosivut. Potilasasiakirjat. [viitattu 20.1.2010].
Saataavissa:
http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat

STM-asetus 298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. [viitattu 20.1.2010]. Saataavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

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

VSSHP 2007. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok-hanke) vaihe-I loppuarviointi. Viitattu 5.10.2009 <http://www.vsshp.fi> > projektit > hoitotyön hanke > HoiDok loppuraportti osa1.

VSSHP 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok-hanke) vaihe-II loppuarviointi. Viitattu 5.10.2009 <http://www.vsshp.fi> > projektit > hoitotyön hanke > HoiDok loppuraportti osa2 loppuarviointi.

Välimäki, M; Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki:WSOY.

Whittaker, A.A; Aufdenkamp, M & Tinley, S. 2009. Barriers and Facilitators to Electronic Documentation in rural hospital. Journal of Nursing Scholarship. 2009; 41:3, 293-300. Viitattu 4.4.2010
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=105&sid=f704078f-526c-4322-9425-6c43df46cb72@sessionmgr111>

LIITE 1: Sisällönanalyysirunko

Hoitotyön kirjaaminen

TAUSTATIEDOT

1. Toimialue

1. Perusterveydenhuolto

a) Sairaanhoidajan vastaanotto

b) Hoidon tarpeen arviointi

2. Kaupunginsairaala

a) Vuodeosasto

b) Poliklinikka

3. Pitkäaikaissairaanhoito

4. Kotisairaanhoito

5. Kotisairaanhoitoa tukevat vuodeosastot

6. Psykiatria

a) Aikuispsykiatria

a1) Vuodeosasto

a2) Poliklinikka

b) Geropsykiatria

b1) Vuodeosasto

b2) Poliklinikka

b1) Vuodeosasto

b2) Poliklinikka

2. Yksikön luonne

1. Vuodeosasto

2. Vastaanottotoiminta (esim. terveysasema, poliklinikka, neuvola, hoidon tarpeen arviointi)

3. Avoterveydenhuolto

4. Toimenpideosasto

5. Muu, mikä?

4. Asiakkaan ikä

5. Asiakkaan sukupuoli

1. *Nainen*
2. *Mies*

6. Tulotilanteessa on kirjattu, kenelle potilasta koskevia tietoja saa antaa

1. *Kyllä*
2. *Ei*

7. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila

1. *Kyllä*
2. *Ei*

8. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisemmat kokemukset hoidosta

1. *Kyllä*
2. *Ei*

9. Hoitosuunnitelma

1. *On*
2. *Ei ole*

10. Asiakkaan/potilaan tarpeet/ongelmat on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*
5. *Päivittäistä kirjausta ei voi olla*

11. Tarpeiden/ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?**12. Ongelmiin voidaan vaikuttaa hoitotyön keinoin**

1. *Kyllä*
2. *Ei*

13. Mitä voimavaroja on kirjattu?**16. Onko hoidon tarpeen määrittelyssä ollut käytössä mittareita?**

1. *Kyllä*
2. *Ei*

17. Mitä mittareita?**18. Tarpeiden/ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa + tulovaiheessa, kpl**

0 1 2 3 4 5

*Aktiviteetti**Erittäminen**Selviytyminen**Nesteytys**Terveyskäyttäytyminen*

Terveyspalveluiden

käyttö

Lääkehoito

Ravitsemus

Hengitys

Kanssakäyminen

Turvallisuus

Päivittäiset toiminnot

Psyykinen tasapaino

Aistitoiminnot

Kudoseheys

Jatkohoito

Elämänkaari

Verenkierto

Aineenvaihdunta

19. Mitä tarpeita/ongelmia? Minkä otsikkojen alle ne on kirjoitettu hoitosuunnitelmassa ja/tai toteutuksessa?

(Psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien ero on siinä, että edellinen liittyy ihmisen tunteisiin tai kognitioon, esim. pelko tai tiedon/taidon puute, ja jälkimmäinen ihmissuhteisiin, esim. läheisyyden tarve.)

Fyysiset kpl

Psyykkiset kpl

Sosiaaliset kpl

20. Montako kertaa omaisten antama potilasta koskeva tieto on kirjattu?

21. Mitä omaisten antamia tietoja on kirjattu?

22. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*
5. *Päivittäistä kirjausta ei voi olla*

23. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa?**26. Kuinka monta tavoitetta on kirjattu muodollisesti oikein/kpl?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

*Konkreettisenä**asiakkaan/potilaan**voinnin tai**käyttäytymisen**muutoksena**Täsmällisesti**Aikaraja**määritelty**Tavoite vastaa**hoidon tarvetta***27. Hoitotyön toiminnot/keinot hoitosuunnitelmassa tai toteutuksessa, kpl**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

*Suunniteltujen**hoitotyön**toimintojen/keinojen**määrä**Kuinka moneen**tavoitteeseen on**kirjattu ainakin yksi**hoitotyön keino?**Kuinka moneen**tavoitteeseen ei ole*

kirjattu hoitotyön

keinoa?

29. Vastaako toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja?

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Hoitokeinoja ei ole kirjattu hoitosuunnitelmaan*
5. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*

32. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (sis. keskustelun) on mainittu hoitotyön keinot -kohdassa ja/tai toteutuksessa?

33. Opetus/ohjaus on yksi hoitotyön keino. Jos se on mainittu, niin onko mainittu

opetuksen/ohjauksen aihe

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Opetusta/ohjausta ei ole mainittu*

34. Jos opetus/ohjaus on mainittu, niin onko arvioitu, miten potilas ymmärsi opetuksen/ohjauksen tai reagoi niihin?

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*
4. *Opetusta/ohjausta ei ole mainittu*

35. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemyks hoidon tarpeesta kirjattu (potilaan pyynnöstä, potilas kertoo...)

1. *Kyllä*
2. *Ei*

36. Kuinka monen asian kohdalla?

37. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemyks hoidon tavoitteesta kirjattu

1. *Kyllä*
2. *Ei*

38. Kuinka monen asian kohdalla?

39. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoitokeinoista kirjattu

1. *Kyllä*
2. *Ei*

40. Kuinka monen asian kohdalla?

41. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon toteutuksesta kirjattu

1. *Kyllä*
2. *Ei*

42. Kuinka monen asian kohdalla?

43. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon arvioinnista kirjattu

1. *Kyllä*
2. *Ei*

44. Kuinka monen asian kohdalla?

45. Montako kertaa omainen on osallistunut kirjausten mukaan potilaan hoitoon?

46. Miten omainen on kirjausten mukaan osallistunut?

50. Loppuarviointi

1. *Kyllä*
2. *Ei*

51. Arvoivaa kirjaamista päivittäisessä kirjaamisessa/muussa toteutuksen kirjaamisessa

1. *Kyllä*
2. *Jossain määrin*
3. *Ei*

52. Arviointi on tehty tavoitteeseen määriteltynä ajankohtana/kpl

56. Arvioinnin apuna käytetty mittareita

1. *Kyllä*
2. *Ei*

57. Mitä mittareita?

59. Mitä terveydentilasta on kirjattu? (Liittyy kysymykseen 7.)

1. *Potilaan lääketieteellinen tila*
2. *Potilaan tila hoitotyön näkökulmasta*
3. *Molemmat*

60. Onko asiakas / potilas saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta

1. *Kyllä*

2. *Ei*

61. Onko jatkohoito merkitty hoitosuunnitelmaan tarpeeksi / toiminnoksi?

1. *Kyllä*

2. *Ei*

3. *Hoitosuunnitelmaa ei ole*