

# **Hoitotyön kirjaamisen rakenteisuus psykiatrian avohoidossa**

Jenni Siekkinen

Opinnäytetyö

Kesäkuu 2018

Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma

Kliininen asiantuntija

Tekijä(t) Siekkinen, Jenni	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Kesäkuu 2018
	Sivumäärä 31	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Hoitotyön kirjaamisen rakenteisuus psykiatrian avohoidossa</b>		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma, Kliininen asiantuntija		
Työn ohjaaja(t) Pirjo Tiikkainen, Katja Raitio		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tarkoituksena on helpottaa potilastietojen kirjaamista, tietojen hakua sekä hoidon seurantaa. Yksi rakenteisen kirjaamisen merkittävistä hyödyistä on, että tietoa tarvitsee kirjata ainoastaan yhteen paikkaan, josta se on haettavissa ja ammattilaisen uudelleen käytettävissä. Hoitotyön kirjaamisen laadun arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa hoidosta, hoidon laadusta, sujuvuudesta, resursoinnista ja hoidon tuloksista. Arvioinnin kautta saadaan tietoa hoitotyön kehittämiseen ja perusteita toiminnan muutokseen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella rakenteisen kirjaamisen toteutumista psykiatrian avohoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada käsitys hoitotyön rakenteisen kirjaamisen nykytilasta ja nostaa esille hoitotyön kirjaamisessa kehitettävät alueet.</p> <p>Aineisto kerättiin takautuvana potilasasiakirja-analyysinä, joka auditoitiin käyttämällä Kailan ja Kuivalaisen (2012) auditointimittaria. Aineistoon kerättiin 19:n eri psykiatrian polikliinisen yksikön vuonna 2017 tehtyjä hoitotyön kirjauksia, joita oli yhteensä 160 kappaletta.</p> <p>Tulosten mukaan koko psykiatrian avohoidon kirjaaminen jäi auditointimittarin mukaan alle hyväksytyt tason. Yksiköiden välinen vaihtelu oli suurta. Matalin tulos yksikkötasolla oli kokonaisuutena 1.05 (ei - hyväksytty taso) ja korkein taso oli kokonaisuutena 9.50 (hyvä taso). Tuloksissa nousi esille, että kirjaamisen minimilaatutaso ja tavoitteellinen kirjaaminen olivat muita yksiköitä parempia niissä yksiköissä, joissa käytettiin kirjaamiseen kansallista tarve- ja toimintoluokitusta. Yksiköllisen kirjaamisen taso oli kuitenkin kaikissa yksiköissä heikkoa tasoa.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) Hoitotyön kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön tarve, hoitotyön tavoite, hoitotyön toiminnot, hoitotyön tulos, laadun arviointi, auditointi		
Muut tiedot		

Author(s) Siekkinen, Jenni	Type of publication Master's thesis	Date June 2018  Language of publication: Finnish
	Number of pages 31	Permission for web publication: x
Title of publication  <b>Structured nursing documentation in psychiatric outpatient care</b>		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Supervisor(s) Tiikkainen Pirjo, Raitio Katja		
Assigned by Central Finland Health Care District		
Abstract  <p>The purpose of structured nursing documentation is to facilitate patient records documentation, search for information and to monitor the level of care. One of the important benefits of structured nursing documentation is that information needs to be recorded only in one location where it can be searched and re-used by professionals. The aim of the evaluation of the quality of nursing documentation is to provide information on care, quality of care, fluency, resource allocation and treatment outcomes. Evaluation of documentation can be seen as evaluation of the treatment and the operational process. The evaluation provides information on the development of nursing care and a basis for changing conduct.</p> <p>The purpose of the thesis was to examine the implementation of structured nursing documentation in psychiatric outpatient care. The aim was to gain an insight into the current state of structured nursing documentation and to raise development targets.</p> <p>The material for the study was collected as a retrospective patient document analysis, which was audited by using the audit tool introduced by Kaila and Kuivalainen (2012). The data were acquired by auditing 19 psychiatric outpatient care units' nursing documentation from the year 2017. The total number of entries was 160.</p> <p>According to the results, level of the nursing documentation in psychiatric outpatient care was below the approved level. The variability between the units was significant. The lowest result on the unit level was 1.05 (an unacceptable level) and the highest level was 9.50 (a good level). The results highlighted the fact that the units using the Finnish care classification system for recording were on the minimum level and that target-oriented recording was clearly better than in the other units. However, the level of individuality in the documentation was on a weak level.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) nursing documentation, structured nursing documentation, nursing diagnoses, nursing interventions, nursing outcomes, quality assessment, audit		
Miscellaneous		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Hoitotyön kirjaaminen.....</b>	<b>3</b>
	Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen .....	5
<b>3</b>	<b>Kirjaamisen laadun arviointi .....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Opinnäytetyön toteuttaminen.....</b>	<b>8</b>
	5.1. Auditointiympäristön kuvaus.....	8
	5.2. Auditoinnin toteuttaminen.....	9
	5.3. Aineiston analysointi.....	12
<b>6</b>	<b>Auditoinnin tulokset.....</b>	<b>13</b>
	6.1. Kirjaamisen minimilaatutason toteutuminen.....	13
	6.2. Kirjaamisen tavoitteellisuuden toteutuminen.....	15
	6.3. Kirjaamisen yksilöllisyyden toteutuminen.....	17
<b>7</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>18</b>
	7.1. Opinnäytetyön luotettavuus.....	19
	7.2. Opinnäytetyön eettisyys .....	21
<b>8</b>	<b>Johtopäätökset ja kehittämissuhteet .....</b>	<b>22</b>
	<b>Lähteet .....</b>	<b>23</b>
	<b>Liitteet.....</b>	<b>26</b>

# 1 Johdanto

Suomen lainsäädäntö ohjaa potilasasiakirjoihin tehtäviä merkintöjä. Potilaslain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin kaikki tiedot, jotka ovat tarpeellisia potilaan hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 758/1992, 12§). Potilasasiakirjoihin kuuluu potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot. Potilaskertomukseen tulee merkitä keskeiset hoitotiedot jokaisesta potilaan polikliinisestä käynnistä, osastohoitojaksosta sekä terveydenhuollon ammattihenkilön käynnistä potilaan luona. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Potilasasiakirjojen tulee palvella hoidon suunnittelua, toteutusta ja edistää hoidon jatkuvuutta. Terveydenhuollon tulee laatia jokaisesta potilaasta aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus. (Nykänen & Junntila 2012, 3.)

Suomessa on kehitetty kansallinen hoitotyön rakenteinen kirjaamismalli, jonka tavoitteena on mahdollistaa hoitotyön kirjausten yhtenäinen käyttö ja jota voidaan hyödyntää hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Kirjaamismalli sisältää hoitotyön ydintiedot, jotka ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Kirjaamismallissa käytetään FinCC tarve- ja toimintoluokituskokonaisuutta. Tämän kirjaamismallin lisäksi Suomessa kirjataan myös yliopistollisten sairaaloiden yhteisesti kehittämän moniammatillisen hoitokertomuksen otsikorakenteen mukaan. (Junntila & Nykänen 2012, 15.) Hoitotyön kirjaamisessa rakenteisuutta tarvitaan sekä hoitotietojen kirjaamisessa että kirjattujen tietojen sisällön esittämisessä. Kansallisesti hyväksytyt hoitotyön ydintiedot (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus) kuvaavat keskeisiä hoidon sisältöjä ja mahdollistavat hoitotyön kannalta oleellisen tiedon säilyttämisen ja sen uudelleen hyödyntämisen. (Ensio 2008, 96.)

Hoitotyön kirjaamisen laatua voidaan tutkia tarkastelemalla potilasasiakirjoja sekä määrällisin että laadullisin tutkimusmenetelmin. Määrällisessä tutkimuksessa painopiste on tutkittavien asioiden objektiivisuudessa. Määrällisessä tutkimuksessa käytetään usein ennalta laadittua tiedonkeruulomaketta. (Hallila 2005, 112–113.)

Määrällisessä tutkimuksessa käytetyllä auditointimittarilla voidaan arvioida toistuvasti hoitotyön laatua. Hoitotyön kirjaamisen prosessin etenemistä ja kirjaamisen laatua voidaan todentaa yksikkö-, klinikka- ja organisaatiotasolla. Hoitotyön kirjaamisen auditoinnin tuloksissa on selkeästi nähtävissä keskeiset kirjaamisen kehittämisalueet. (Mykkänen, Huovinen, Miettinen & Saranto 2011, 64.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on toteutettu hoitotyön kirjaamisen auditointeja vuosina 2016-2018. Auditointien tavoitteena on ollut selvittää, millainen vaikutus vuonna 2016 otetulla rakenteisen kirjaamisen hoitokertomusalustalla (HOKE) ja siinä käytettävillä mallipohjilla on ollut hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen. (Kanerva 2016, 2.) Opinnäytetyö on osa koko Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön kirjaamisen auditointia ja opinnäytteessä auditoinnit toteutettiin sairaanhoitopiirin tutkimussuunnitelmaa noudattaen psykiatrian poliklinikan yksiköihin, joihin auditointi tehtiin ensimmäistä kertaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella rakenteisen kirjaamisen toteutumista psykiatrian avohoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on saada käsitys hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tilanteesta ja nostaa esille hoitotyön kirjaamisessa kehitettävät alueet, joihin jatkossa tehtävä kehittämissuunnitelma voidaan kohdentaa.

## **2 Hoitotyön kirjaaminen**

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä määrittelee valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden järjestämiseen liittyviä tehtäviä. Suomessa kansaneläkelaitos hoitaa potilasasiakirjojen säilytystä ja käyttöä varten olevaa arkistopalvelua, jonka osana on myös potilasasiakirjojen luovutusta varten ylläpidettävä hakemistopalvelu, josta potilas voi itse hakea omia tietojaan. Lisäksi kansaneläkelaitos hoitaa sosiaalihuollon arkistointipalvelua sosiaalihuollon asiakirjojen säilytystä varten. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrittää valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen toteutuksen edellyttämät tietosisällöt, käsitteet ja toimintaprosessit ja tukevat tietorakenteet. Tämän lisäksi terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastaa koo-

distopalvelun sisällöstä, jonka teknistä toteutusta hoitaa kansaneläkelaitos. Tähän koodistopalveluun sisältyy koodistot, joita tarvitaan asiakirjojen käsittelyssä. Väestörekisterikeskuksen tehtävänä on toimia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön ja muun henkilöstön ja tietoteknisten laitteiden vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä luottamuspalveluista. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvovavirasto ylläpitää palveluita ja koodistoja, joiden avulla eri toimijoille annetaan valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden käyttöä ja varmentamista varten terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisoikeuksia ja ammattinimikkeen käyttöoikeuksia sekä niiden voimassaolotietoja. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 14§.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009, 7§.) määrittelee ja ohjaa yksilötasoisista kirjaamista. Asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin on merkittävä hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävät tiedot. Merkinnot tulee tehdä selkeästi ja ymmärrettävästi ja niissä saa käyttää ainoastaan yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnot on tehtävät viivytyksettä, viimeistään viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun palvelutapahtuma päättyy. Hoidosta tehty yhteenveto toimitetaan viipymättä potilaalle sekä jatkohoitopaikkaan tai muuhun, potilaan kanssa sovittuun paikkaan. Myös kiireettömissä tapauksissa yhteenveto lähetetään viiden vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 8§.) Potilasasiakirjoihin kirjattavia tietoja ovat potilaan perustiedot, keskeiset hoitotiedot sekä sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnot. Potilaskertomukseen merkittävistä keskeisistä hoitotiedoista tulee käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmäärittely / terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairaudenkulku sekä loppulausunto. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 11§. )

Ensimmäinen sähköinen potilaskertomus otettiin Suomessa käyttöön vuonna 1982 Varkauden terveyskeskuksessa. 1980-luvun lopussa ja 1990-luvulla kehitettiin useita eri ohjelmistoja, jotka tulivat käyttöön perusterveydenhuollossa. 1990-luvulla otettiin myös erikoissairaanhoidossa käyttöön sähköisiä potilaskertomusohjelmistoja. Vuon-

na 2003 sähköisiä potilaskertomuksia oli käytössä perusterveydenhuollon organisaatioista 94 %:ssa, yksityisistä klinikoista 82 %:ssa ja erikoissairaanhoidon yksiköistä 62 %:ssa. Vuonna 2005 vastaavat luvut olivat perusterveydenhuollossa 96%, yksityisillä klinikoilla 89% ja erikoissairaanhoidossa 95%. Vuonna 2000 valmistui ensimmäiset potilaskertomuksen tietosisältömäärittelyt. Tuolloin rakenne määriteltiin kaksitasoiseksi ydin kertomukseksi ja perustason kertomukseksi. (Häyrinen & Ensio 2007, 97–100.)

### Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tarkoituksena on helpottaa potilastietojen kirjaamista, tietojen hakua sekä hoidon seuranta. Yksi rakenteisen kirjaamisen merkittävistä hyödyistä tulee siinä, että tieto voidaan kirjata ainoastaan yhteen paikkaan, josta se on haettavissa ja ammattilaiselle uudelleen käytettävissä. On tärkeää, että potilaskertomuksessa käytettävät rakenteet olisi valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja, jotta tietoja voidaan hyödyntää eri terveydenhuollon toimipaikoissa ja organisaatioissa. Organisaatiotasolla rakenteista kirjaamista voidaan hyödyntää palvelujen toteutumisen arvioinnissa, toiminnan ohjauksessa ja seurannassa aiempaa paremmin raportoinnin automatisoinnin avulla. Tämä helpottaa myös valtakunnallisia valvontaja seurantatehtäviä. Rakenteinen kirjaaminen ohjaa noudattamaan hoitoprosessia ja sitä kautta takaa myös potilaalle laadukkaampaa hoitoa. Samoin hoitotietojen käytettävyys yli organisaatorajojen lisää potilasturvallisuutta. Suomessa potilaskertomuksen tietoja voidaan tuottaa myös potilaan itsensä katseltavaksi valtakunnallisessa Omakanta palvelussa. (Mäkelä-Bengs, Virkkunen & Vuokko 2015, 15–16.)

Hoitosuunnitelmassa käytettävät ydintiedot / hoitoprosessin vaiheet ovat hoitotyön tarve, hoitotyön tavoite, hoitotyön toiminnot, hoitotyön tulos sekä hoitotyön yhteenvedo. Hoitotyön tarpeeseen kuvataan hoitotyöntekijän näkemys potilaan terveydentilasta ja siihen liittyvistä jo olemassa olevista ongelmista, tai tulossa olevista ongelmista, joita voidaan hoitaa tai lievittää hoitotoimien avulla. Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kannalta tärkeät hoidon tarpeet, jotka ovat perustana myös hoidon vaikuttavuuden arvioinnille. Hoitotyön tavoitteeseen kuvataan hoidon tavoite sekä odotetut tulokset. Tavoitteet tulee määrittellä suhteessa hoidon tarpeisiin. Tavoitteet



kuvataan potilaslähtöisesti, realistisesti sekä siten, että ne ovat myöhemmin arvioitavissa. Suunniteltuihin toimintoihin kuvataan ne hoitotyön toiminnot, joita on tarkoitus käyttää potilaan hoidossa, jotta päästään suunniteltuihin tavoitteisiin. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2007, 113.) Hoitotyön toimintoihin kuvataan potilaan saama hoitotyön toteutus. Tehdyt hoitotyön toiminnot kirjataan siten, että niistä käy ilmi hoidon kannalta merkittävät hoitotyön toiminnot eli keinot, joilla on pyritty vastaamaan potilaan hoidon tarpeeseen. Hoitotyön toimintoja ovat mm. potilaan tilan ja oireiden seuranta ja tarkkailu, avustaminen, tukeminen, auttaminen, hoitaminen sekä potilaan ohjaaminen. (Saranto ym. 2007, 114.; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 14-15.) Hoitotyön tuloksiin kuvataan potilaan tilassa tapahtuneet muutokset. Muutoksia verrataan alkutilanteeseen ja määriteltyihin tavoitteisiin. Arviointiin kuvataan myös toteutettujen hoitotyön toimintojen vaikutus. (Saranto ym. 2007, 114.; Hartikainen, Häyrinen, Luomala, Komulainen, Porrasmaa, & Suhonen, 2009, 24.; Liljamo ym 2012, 18.) Hoitotyön yhteenveto laaditaan hoitojakson lopuksi. Siihen koostetaan keskeiset tiedot hoitojaksolta, kuvataan hoidon alkutilanne, potilaan keskeiset hoidon tarpeet ja tavoitteet, käytetyt hoitotyön toiminnot ja niiden vaikutus, sekä kuvaus potilaan voinnista, sillä hetkellä, kun hän poistuu hoidosta. Hoitotyön yhteenvetoa voidaan hyödyntää mahdollisessa jatkohoitopaikassa. (Saranto ym. 2007, 114-115., Liljamo ym. 2012, 18.)

### **3 Kirjaamisen laadun arviointi**

Jos arviointia määritellään summittaiseksi laskemiseksi, tämän pohjalta voitaisiin ajatella, että hoitotyön kirjaamisen arviointi olisi luotettavaa. Toisaalta voidaan myös ajatella niin, että hoitotyön kirjaaminen ei aina kuvaa sitä, mitä on todellisuudessa tehty. Yleisesti ajatellaan, että hoitajat käyttävät monipuolisemmin erilaisia hoitotyönkeinoja potilaan hoidossa, kuin mitä he kirjaavat. Mittaamisen määritelmä kuvaa jonkin asian selvittämistä ja antaa täsmällisemmän kuvan siitä, mitä halutaan saada aikaan. Hoitotyön kirjaamisesta ei voida kuitenkaan varsinaisesti mitata, vaan sitä ennemminkin tutkitaan, tarkastellaan ja arvioidaan. Hoitotyön kirjaamisen tarkastelussa käytetään usein termiä auditointi. (Hallila 2005, 111-112.)

Auditoinnin voidaan kuvata olevan järjestelmällinen, arvioinnin kohteesta riippumaton ja dokumentoitu prosessi, jossa selvitetään vastaavatko nykyiset toiminnot ja niihin liittyvät tulokset odotuksia ja suunnitelmia. (European committee for standardization 2011., Itä-Suomen yliopisto 2018.). Auditointi on toiminnan tai laatu järjestelmän arviointia, joka voi sisältää esimerkiksi erilaisten dokumenttien arviointia. Auditoinnin tavoitteena on saada selville, kuinka organisaatiossa toimitaan ja miten toiminnan laatu vastaa kirjattuja laatu kriteerejä. Auditoinnin tavoitteena on myös tuoda esille toiminnan vahvuudet, haasteet ja kehittämiskohteet. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen, Seppänen 2014, 51.)

Hoitotyön kirjaamisen arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa hoidosta, hoidon laadusta, sujuvuudesta resursoinnista ja hoidon tuloksista. Kirjaamisen arvioinnin voidaan ajatella olevan hoitoprosessin arviointia sekä toiminnan arviointia. Arvioinnin kautta saadaan tietoa hoitotyön kehittämiseen ja perusteita toiminnan muutokseen. Hoitotyön kirjaamisen laatua voidaan arvioida laadullisin ja määrällisin tutkimusmenetelmin. Määrälliseen tutkimusmenetelmään on kehitetty erilaisia arviointimittareita, joista erityisesti kirjatun hoitotyön laadun arvioinnin yhteydessä käytetään nimitystä nursing audit – menetelmä. Tätä menetelmää käytettäessä tietoa arvioidaan tietyin kriteerein, jotka on usein arvotettu pisteiksi. Mittareissa arvioidaan hoidon laadun ohella asioiden esiintyvyyttä, onko sovitut tiedot kirjattu. (Saranto & Ensio 2007, 123, 126 – 127.) Hoitotyön kirjaamisen arvioimiseen on käytetty laajasti erilaisia tutkimusmalleja, joista tyypillisin on menneisyydestä koottu potilaskeskeinen kirjaaminen. Kansainvälisesti ei tehdä laajasti tutkimusyhteistyötä vaan käytetään paikallisia auditointimenetelmiä. Rakenteisten luokitusten käyttö mahdollistaa laajentaa mahdollisuuksia rakenteisen kirjaamisen laadun mittaamiseen. (Kinnunen & Saranto 2009, 464-467.)

## 4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella rakenteisen kirjaamisen toteutumista Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian avohoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on saada käsitys hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tilanteesta ja nostaa esille hoitotyön kirjaamisessa kehitettävät alueet, joihin jatkossa tehtävä kehittämistyö voidaan kohdentaa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

Miten kirjaamisessa on kuvattu hoitotyön ydintiedot?

Miten kirjaamisessa toteutuu hoidon tavoitteellisuus?

Miten kirjaamisessa toteutuu yksilöllisyys?

## 5 Opinnäytetyön toteuttaminen

### 5.1. Auditointiympäristön kuvaus

Opinnäytetyö on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön kirjaamisen auditointia, joka on toteutettu vuosina 2016 – 2018 kaikissa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yksiköissä. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri jakautuu hallinnollisesti kuuteen eri toimialueeseen, jotka jakautuvat eri vastuualueisiin. Psykiatrian toimialue jakautuu sairaalapsykiatrian vastuualueeseen, polikliinisen psykiatrian vastuualueeseen (psykiatrian avohoito) sekä nuorisopsykiatrian vastuualueeseen. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, psykiatria 2018.) Tässä opinnäytetyössä auditointiin psykiatrian poliklinikoiden sekä nuorisopsykiatrian poliklinikan hoitotyön kirjauksia. Psykiatrian avohoidossa on yhteensä 19 poliklinikkaa, joissa työskentelee 104 hoitotyöntekijää. Nuorisopsykiatrian poliklinikan yksiköitä on yhteensä neljä, joissa työskentelee 17 hoitotyöntekijää. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä käytetään Effica - potilastietojärjestelmää. Polikliinisen psykiatrian henkilökunta kirjaa pääasiassa erikoisalalehdelle - PSYKIA. Erikoisalalehti ei ole rakenteinen kirjaamisalusta, vaan perustuu kansallisten otsikko

rakenteiden käyttämiseen. Erikoisalalehti tukee enemmän narratiivista kirjaamista, ja se on suunniteltu pääosion lääkäreiden sekä erityistyöntekijöiden käyttöön. Psykiatrian toimialue on käyttänyt erikoisalalehdelle kirjaamista pitkään, koska monet eri ammattiryhmät tekevät samankaltaista työtä ja on koettu, että kaikkien kirjausten on tärkeää näkyä samalla näkymällä. Hoitotyön kirjaamisen tueksi erikoisalalehdelle on rakennettu ns. otsikko – paketti, johon on kasattu erilaisia otsikoita hoitotyön kirjaamisen tueksi. Muista poiketen kaksi poliklinikan yksikköä käyttävät rakenteista hoitokertomusta – HOKEa, joka perustuu kansalliseen FinCC - luokitukseen. Kirjaamisalusta on otettu heillä käyttöön sillä perusteella, että he tekevät päivittäismerkin-  
töjä ja kirjaamista tulee muita yksiköitä enemmän.

## 5.2. Auditoinnin toteuttaminen

Aineisto kerättiin numeraalitestisti. Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on tilastollinen tutkimusmenetelmä, jossa tulokset selvitetään lukumäärien avulla ja tuloksia havainnoidaan taulukon tai kuvioden kautta. Taulukoiden ja kuvioden esittämisen lisäksi tutkija tulkitsee ja selittää numerotietoa sanallisesti kuvaamalla. (Heikkilä 2008, 16.)

Aineisto kerättiin takautuvasti läpikäyden potilasasiakirjoihin tehtyjä hoitotyön kirjaamismerkintöjä. Potilasasiakirjamerkintöjä läpikäytiin auditointimittariin kuuluvan arviointiohjeen (Liite 2.) mukaan ja niistä saadut tulokset kirjattiin auditointimittariin kuuluvaan arviointilomakkeeseen (Liite 1.). Auditointilomake on Excel muotoinen lomake, joka laskee merkityt pisteet sen mukaan, onko arvioitavat osa-alueet kirjattu auditointikriteerien mukaisesti (Kyllä = 1 / Ei = 0). Pisteistä koostuu jokaisen osa-alueen keskiarvo sekä kunkin yksikön kirjaamisen tason keskiarvo. (Kanerva 2016, 6.)

Auditoinnissa läpikäyntiin yhteensä 160 potilasasiakirjaa (N=160), jotka sisältäsi 19 eri poliklinikan hoitotyöntekijän kirjaukset. Potilaan tai kirjauksia tehneen hoitajan tunnistetietoja ei kirjattu potilasasiakirjoista auditointilomakkeeseen. Potilasasiakirjat valittiin siten, että auditointi aloitettiin 1.1.2017 yksiköistä uloskirjatuista potilais-

ta. Psykiatrian toimialueella hoitajaksojen ollessa pitkiä, auditointiin käytettiin myös sellaisten potilaiden hoitotyön kirjauksia, joiden hoito oli edelleen käynnissä. Tällöin hoitotyönyhteenvedo kohdan arviointiin etsittiin takautuvasti edellisen 3kk:n ajalta väliarvio, joka arvioitiin hoitotyönyhteenvedon mukaisesti.

Auditointimittarin ovat kehittänyt Kaila ja Kuivalainen kahdessa eri hankkeessa vuosina 2007 ja 2009. Mittarin rakentamiseen käytettiin kolmea eri suomalaista aineistoa: 1) ydintieto-opasta ja FinCC luokituskokonaisuutta 2) vuonna 2008 tehtyä induktiivista sisällönanalyysia, jossa oli analysoitu 143 hoitosuunnitelmaa sekä 3) Pohjois-Karjalan keskussairaalassa vuonna 2008 kerättyä rakenteisen kirjaamisen tilastoa. Mittarin minimikriteerit muodostuivat hoitotyön ydintietoista (tarve, toiminnot, tulokset ja hoitotyön yhteenvedo). Tavoitteellisen kirjaamisen osion muodosti hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaan etenevä kirjaaminen, jossa painotettiin hoidon arvioimista suhteessa tarpeisiin, tavoitteisiin ja tehtyihin hoitotyön toimintoihin. Näistä tietoista muodostui ensimmäinen 13 kriteerin mittariversio, joka julkaistiin osana HoiData – hankkeen loppuraporttia (2009). Mittarin kehittämistä jatkettiin vuosina 2010 – 2012, jolloin mittarin yksi epäselvä kriteeri jaettiin kahdeksi eri kriteeriksi ja muista kriteereistä tarkennettiin. Vuonna 2011 julkaistu mittariversio sisältää 15 kriteeriä ja kolme osa-aluetta joihin jokaiseen sisältyi viisi kriteeriä; minimikirjaaminen, tavoitteellinen kirjaaminen ja yksilöllinen kirjaaminen. 15 kriteerin mittarissa tulos muodostuu välille 0-15 ja tulos arvioidaan seuraavalla tavalla: ei hyväksyttävä taso (0,00 – 4,99), heikko taso (5,00 – 8,30), hyvä taso (8,31 – 11,60), kiitettävä taso (11,61 – 15,00). (Kaila & Kuivalainen 2014, 115–119.)

#### Arviointimittarin minimilaatutason osio

1. Tarve: onko hoitotyön tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?
2. Tavoite: onko hoitotyön tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?
3. Toteutus: onko hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) kirjattu sille varattuun kohtaan?
4. Tuloksen arviointi: onko hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?
5. Yhteenveto: onko hoitotyön yhteenveto kirjattu hoitojaksosta, pitkäaikaispotilaasta > 3 kk tai sarjakäynnistä? Yksittäinen pkl-käynti arvioidaan kyllä=1

#### Arviointimittarin tavoitteellisen kirjaamisen osio

6. Onko valitut auttamismenetelmät (suunnitellut toiminnot) kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?
7. Onko suunnitteluvaiheessa valitun auttamismenetelmän tulos kirjattu?
8. Onko kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?
9. Onko kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?
10. Onko kirjatun tavoitteen ja tuloksen/ arvioinnin välillä yhteys?

#### Arviointimittarin yksilöllisen kirjaamisen osio

11. Onko hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti?
12. Onko hoitotyön tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen?
13. Onko hoitotyön toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?
14. Onko tulos/ arviointi kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?
15. Kun kaikki edelliset osiot 1- 14 ovat kyllä →Onko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti?

(Kaila & Kuivalainen 2012)

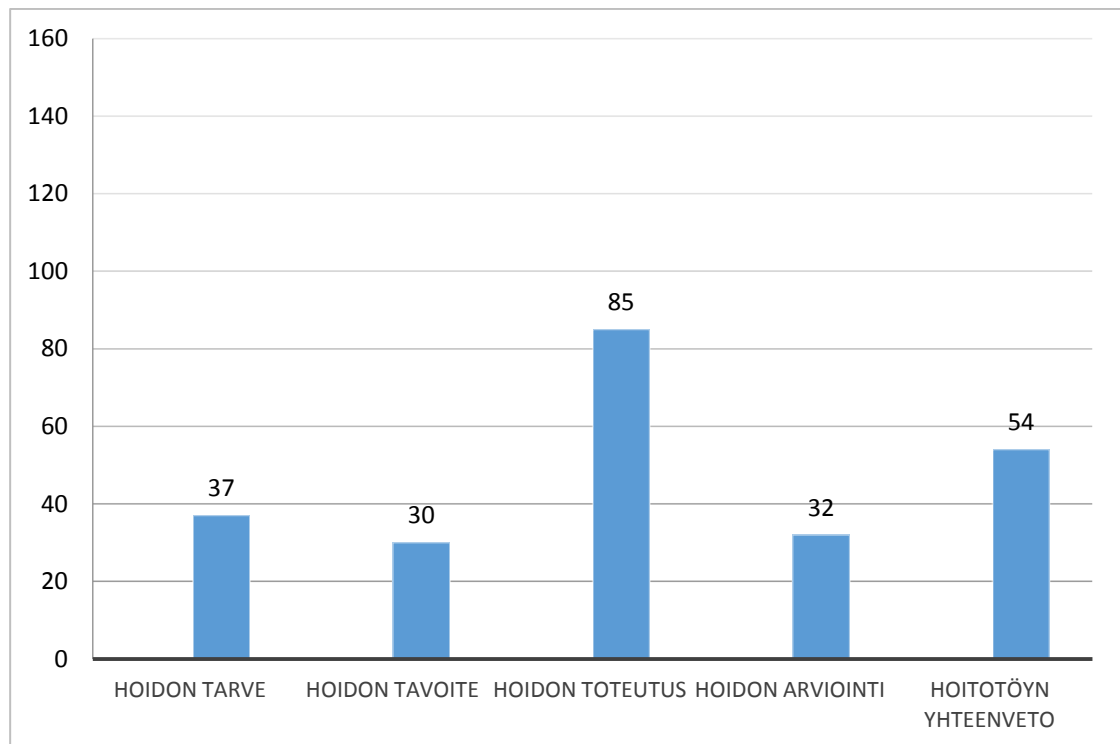
### 5.3. Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin määrällisesti Kailan ja Kuivalaisen (2012) mittarin mukaan. Aineiston keruuvaiheessa mittariin syötetyistä tiedoista kasautuu numeraalista tietoa Excel-muodossa olevaan auditointimittariin (Liite 1.). Excel-taulukkoon syötetyistä tuloksista (Kyllä = 1 piste, Ei = 0 pistettä) koostuu auditoinnin tulokset. Auditoinnissa tuloksen vaihteluväli on 0-15. Tulokset arvioidaan seuraavalla tavalla: ei hyväksyttävä taso (0,00 – 4,99), heikko taso (5,00 – 8,30), hyvä taso (8,31 – 11,60), kiitettävä taso (11,61 – 15,00). Auditointi tehtiin jokaisesta yksiköstä erikseen ja sen jälkeen yksiköiden tulokset yhdistettiin vastaamaan jokaista 15 osa-aluetta, jotka auditoinnissa käydään läpi. Nämä osiot yhdistettiin kuvioon, esittämään auditointimittariton mukaisesti kolme eri osa-aluetta kirjaamisen minimilaatutasoa, tavoitteellista kirjaamista sekä yksiöllistä kirjaamista. Kuvioihin on tuotu esille kokonaisotos (N=160) sekä auditoiduissa osioissa toteutuneiden kirjausten lukumäärät.

## 6 Auditoinnin tulokset

### 6.1. Kirjaamisen minimilaatutason toteutuminen

Minimilaatutason osiossa tarkasteltiin, oliko hoitotyönkirjauksissa kuvattu ydintiedot ja oliko ydintiedot kirjattu niille tarkoitettuun kohtaan.



Kuvio 1. Kirjaamisen minimilaatutaso eli ydintietojen kirjaamisen toteutuminen (N=160)

Hoidon tarve oli kirjattu sille kuuluvaan paikkaan 37 potilasasiakirjassa (N=160). Hoidon tarpeen kirjaamisessa oli yksiköittäin hajontaa; kolmessa auditoidussa yksikössä hoidon tarvetta ei ollut kirjattu lainkaan ja yhdessä yksikössä hoidon tarve oli kirjattu jokaiseen auditoitavaan potilasasiakirjaan. Kaikista auditoiduista kirjauksista 30 (N=160) oli tehty yksiköissä, joissa käytettiin FinCC luokitusta.

Hoidon tavoite oli kirjattu sille kuuluvaan kohtaan yhteensä 30 kertaa (N=160). Hoidon tavoite oli määritelty ainoastaan niissä yksiköissä, joissa käytettiin FinCC luoki-



tusta. Hoidon tavoitetta ei ole lainkaan määritelty erikoisalalehdelle tehtyyn otsikko – pakettiin, joten yksiköt, jotka kirjasivat erikoisalalehdelle, eivät voineet saada tästä osiosta pisteitä. Tästä seurasi se, että myös loppuissa osioissa joissa piste määräytyi tavoitteen mukaan, ei voinut saada pistettä.

Hoidon toteutus oli kirjattu sille kuuluvaan kohtaan yhteensä 85 kertaa (N=160). Hoidon toteutusta oli kirjattu yhtä yksikköä lukuun ottamatta kaikissa auditoiduissa yksiköissä. Yhdessä yksiköissä osasta käynneistä ei ollut kirjattu lainkaan tekstiä. Hoidon toteutusta oli kuvattu ajoittain hyvin pelkistetysti:

*”ryhmäkäynti 6/20”*

*”osallistui mt - kuntoutujien ryhmään”*

Hoidon arviointi oli kirjattu sille kuuluvaan kohtaan yhteensä 32 kertaa (N=160). Arvioinnin kirjaamisessa oli yksiköittäin suurta hajontaa. Arviointikirjauksista 20 oli tehty yhdessä yksikössä ja loput jakaantuivat muiden yksiköiden kesken. Yhdessä yksikössä ei ollut tehty yhtään arviointikirjausta. Arviointia oli kirjattu jonkin verran muun tekstin sekaan tai jonkun toisen otsikon alle, mutta ei sille kuuluvaan paikkaan. Arviointi oli kirjattu hyvin vaihtelevasti ja joko niin, että se kuvasti hyvin potilaan tilannetta:

*”tulee haastattelun aikana hyvin kontaktiin, on rauhallinen ja pystyy vastaamaan esitettyihin kysymyksiin”*

Vastaavasti arvioinneista oli vastaavasti tehty hyvin niukasti, ilman, että potilaan psyykkistä vointia oli kuvattu:

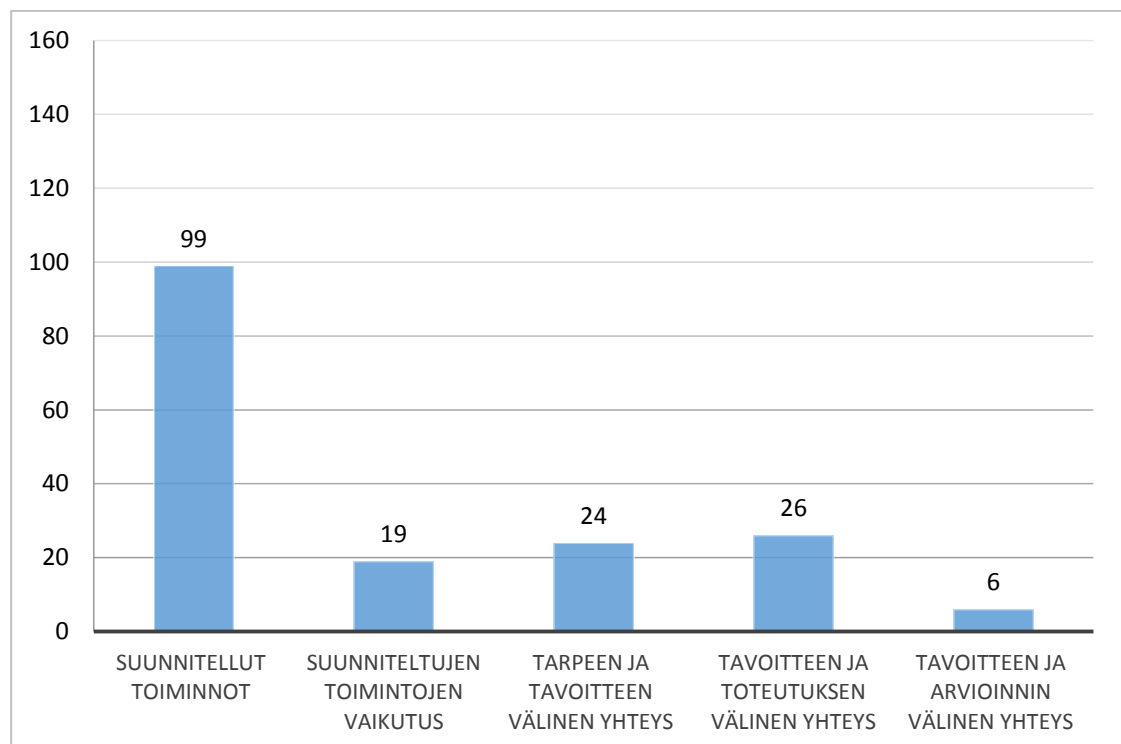
*”fyysisesti hyväkuntoinen”*

Hoitotyön yhteenveto oli kirjattu yhteensä 54 kertaa (N=160). Hoitotyön yhteenvetoon kirjaamisessa hajonta oli suurta. Yhdessä yksikössä hoitotyön yhteenvetoa ei oltu kirjattu lainkaan ja yhdessä yksikössä hoitotyön yhteenveto oli kirjattu jokaisen potilaan potilasasiakirjoihin.

Minimilaatutason osiossa yksiköt, jotka käyttivät kansallista tarve- ja toimintoluokitusta, saivat muita yksiköitä paremmat pisteet. Yksiköissä, joissa luokitus ei ollut käytössä, olivat usein poistaneet otsikko – pakettiin valmiiksi kirjoitettuja otsikoita ja kirjoittaneet paljon narratiivisesti yhden otsikon (esim. ”käynti”) alle. Tässä tapauksessa jäi koko minilaatutason osio pisteille 0, josta seurasi myös 0 pistettä kahteen seuraavaan osioon.

## 6.2. Kirjaamisen tavoitteellisuuden toteutuminen

Tavoitteellisen kirjaamisen osiossa tarkasteltiin, etenikö kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaisesti ja näkyikö kirjaamisessa hoidon arviointi suhteessa tarpeisiin, tavoitteisiin ja tehtyihin hoitotyön toimintoihin.



Kuvio 2. Kirjaamisen tavoitteellisuuden toteutuminen (N=160)

Suunnitellut toiminnot oli kirjattu 99 kertaa (N= 160). Suunniteltujen toimintojen kirjaamisessa oli yksiköittäin eroja. Joissain yksiköissä oli kirjattu suunniteltuihin toimintoihin hoitotyön sisältöjä:

*”verenpaineen, pulssin ja rytmien seuranta”*

Vastaavasti joissain kirjauksissa suunniteltuihin toimintoihin oli kirjoitettu niukasti tietoja, jotka ei sisältänyt suunniteluja hoitotyön toimintoja, esim.:

*”seuraava yksilöaika”*

Suunniteltujen toimintojen vaikutus oli kirjattu 19 kertaa (N=160). Kirjauksista kaikki oli kirjattu niissä kahdessa yksikössä, joissa oli käytössä FinCC – luokitus. Näiden kahden yksikön välillä hajonta oli suuri, kirjauksista 17 oli tehty toisessa yksikössä.

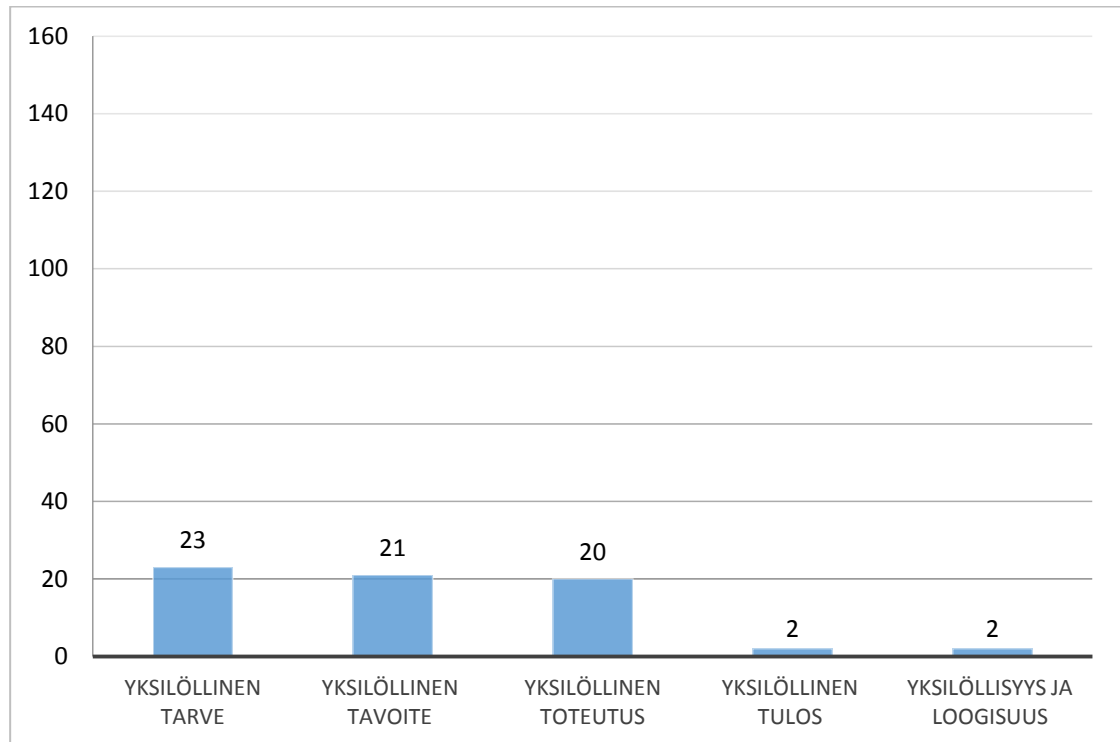
Tarpeen ja tavoitteen välinen yhteys oli kirjattu 24 kertaa (N=160). Kirjauksista kaikki oli kirjattu yksiköissä, joissa oli käytössä FinCC – luokitus. Joissain kirjauksissa tarpeen ja tavoitteet välinen kuvaus oli kirjattu potilaan tilannetta hyvin kuvaavasti:

*”Hoidon tarve: Haasteena aamuhäämiset ja arjen asioiden aloittamisen pulmat. Hoidon tavoite: Vuorokausirytmien säilyminen. Vuorovaikutustaitojen vahvistaminen”*

Tavoitteen ja toteutuksen välinen yhteys oli kirjattu 26 kertaa (N=160). Kirjauksista kaikki oli kirjattu yksiköissä, joissa oli käytössä FinCC – luokitus. Tavoitteen ja arvioinnin välinen yhteys oli kirjattu 6 kertaa (N=160). Kirjauksista kaikki oli kirjattu yksiköissä, joissa oli käytössä FinCC – luokitus.

### 6.3. Kirjaamisen yksilöllisyyden toteutuminen

Yksilöllisen kirjaamisen osiossa tarkasteltiin, oliko kirjaaminen yksilöllistä ja etenikö hoitotyön kirjaaminen loogisesti.



Kuvio 3. Kirjaamisen yksilöllisyyden toteutuminen (N=160)

Yksilöllinen tarve oli kirjattu 23 kertaa. Niissä kirjauksissa, joissa yksilöllinen tarve oli kirjattu, se oli kirjattu kuvaamaan potilaan yksilöllistä tilannetta:

*”Arvottomuuden ja tyhjyyden tunne. Masennuksesta johtuva ahdistuneisuus”*

Yksilöllinen tavoite oli kirjattu 21 kertaa. Niissä kirjauksissa, joissa yksilöllinen tarve oli kirjattu, se oli kirjattu kuvaamaan potilaan yksilöllistä tilannetta:

*”Mieliala kohoaa ja saa positiivisia onnistumisen kokemuksia. Terveiden ahdistuksenhallintakeinojen / itsehoitotaitojen oppiminen”*

Yksilöllinen toteutus oli kirjattu 20 kertaa. Yksilöllinen tulos oli kirjattu 2 kertaa. Yksilöllisyys ja loogisuus toteutuivat 2 kirjauksissa. Tässä osiossa yksilöllinen tavoite, yksilöllinen toteutus, yksilöllinen tulos ja yksilöllisyys ja loogisuus kirjattu niissä yksiköissä, joissa oli FinCC – luokitus.

## 7 Pohdinta

Auditoinnissa tuli esille se, että vaikka valmiit otsikko – paketit oli tehty erikoisalalehdelle käytettäväksi, työntekijät olivat usein poistaneet ne ja valinneet itse jonkin muun, yksittäisen otsikon tilalle. Nummelan (2006) tutkimuksessa nousi esille kirjaamisalustalle tehtyjen fraasien merkitys hoitotyön kirjaamisen laatuun. Tutkimuksen mukaan kirjaamisen laatu parani selvästi niillä osastoilla, joilla otsikko fraasit oli päivitetty suositusten mukaisiksi. Saman tutkimuksen mukaan joillain osastoilla jäi kirjaamatta hoidon tavoite, koska se ei noussut otsikoissa automaattisesti esille. (Nummela 2006, 45). Myös Mikkosen (2010) tutkimuksessa tavoitteiden kirjaaminen jäi puutteelliseksi, siitäkin huolimatta, että hoitajille suunnattiin koulutusta tutkimuksen aikana. Tämä tulos oli nähtävissä myös tämän opinnäytetyön tuloksissa. Hoidon tavoite osiosta ei voinut saada pistettä yksiköissä, joissa käytettiin erikoisalalehdelle kirjaamiseen otsikoita. Tämä johtui siitä, että otsikko – pakettiin ei oltu valmiiksi kirjattu hoidon tavoite kohtaa.

Hoidon tarpeen kuvaaminen oli joissain yksiköissä hyvin puutteellista. Huomionarvoista oli se, että niissä yksiköissä, joissa tarpeiden määrittely oli puutteellista, oli kirjattu kattavasti hoitotyön yhteenvedoa, johon potilaan tarpeet oli määritelty. Samanlainen asia nousi esille Mikkosen 2010 tutkimuksessa, jossa havaittiin, että potilaiden hoidon tarve oli määritelty hoitotyön yhteenvedoon tarkemmin kuin hoidon tarve kohtaan. (Mikkonen 2010, 37-38.)

Auditoinnissa näkyi myös selvästi kokonaishoitosuunnitelman puutteellisuus. Useat potilaan olivat hoidossa useissa psykiatrian yksiköissä (yksilötyöntekijä, ryhmätoiminnot, osastohoito), jolloin yhden potilaan potilasasiakirjaan tuli paljon eri työnteki-

jöiden merkintöjä. Näistä ei löytynyt yhteistä kokonaisuutta, koska hoidon tarve tai hoitosuunnitelma ei ollut löydettävissä. Kirjausten lukemista ja tiedon etsimistä hankaloitti myös se, että psykiatrian toimialueella on käytössä kaksi eri kirjaamisalustaa, joten tietoja joudutaan etsimään kahdesta paikasta.

Kokonaistuloksissa psykiatrian avohoidon kirjaamisen laatutaso jäi alle hyväksytyt tason. Yksiköiden välinen vaihtelu oli merkittävää, matalin tulos yksikkötasolla oli kokonaisuutena 1.05 (ei – hyväksytty taso) ja korkein taso oli kokonaisuutena 9.50 (hyvä taso). Kaikissa osa-alueissa nousi esille, että niissä yksiköissä, joissa oli käytössä FinCC – luokitus, hoitotyön kirjaamisen laatu oli korkeampaa. Tämä näkyi erityisesti tavoitteellisen ja yksilöllisen kirjaamisen osa-alueissa. Yksilöllisen kirjaamisen taso oli kaikissa yksiköissä heikkoa tasoa.

### 7.1. Opinnäytetyön luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin näkökulmista. Validiteetti tarkastelee sitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Ulkoinen validiteetti tarkastelee sitä, onko tulokset yleistettävissä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152.) Tästä opinnäytetyöstä saatuja tuloksia ei voida suoraan siirtää vastaamaan esim. sitä, miten hoitotyön rakenteinen kirjaaminen psykiatrian avohoidossa toteutuu muissa organisaatioissa tai Keski-Suomen alueella perusterveydenhuollossa. Pelkästään jo Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin sisällä käytännöt ja kirjaamisalustat vaihtelevat paljon. Varmuudella ei ole tiedossa, millaisia käytäntöjä ja kirjaamisalustoja muualla on käytössä, joten tutkimustuloksia ei voida näin ollen yleistää sairaanhoitopiirin ulkopuolelle.

Mittarin luotettavuus on tutkimuksen perusta ja vaikuttaa tutkimusten luotettavuuteen. Mittaria valittaessa on tärkeää miettiä, kattaako mittari kaikki tutkimusilmiön osa-alueet. Mittarin esitestaamisella pyritään selvittämään, onko mittari luotettava ja toimiiko se halutulla tavalla. Mittarin testaaminen tehdään pienelle kohdejoukolle,

ennen varsinaista tutkimuksen tekemistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152-154.) Tässä opinnäytetyössä käytettyä auditointimittaria oli käytetty Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön kirjaamisen auditoinneissa jo aikaisemmin, joten tähän opinnäytetyöhön ei tehty erillistä mittarin testaamista ennen opinnäytetyön aloittamista. Auditointimittarin soveltuvuutta tähän auditointiin jouduttiin kesken tutkimuksen miettimään. Mittariin kertyi joidenkin yksiköiden kohdalla niin paljon 0 tuloksia, että auditointi piti keskeyttää ja selvittää sitä, soveltuuko mittari yksiköiden auditointiin. Tämä ilmeni niissä yksiköissä, joissa ei ollut käytössä FinCC – luokitusta. Mittaria testattiin uudelleen testi kirjauksen avulla. Testaus toteutettiin siten, että testi potilaalle tehtiin erikoisalalehdelle sovittua otsikko – pakettia käyttämällä esimerkki kirjaus joka auditointiin. Tästä testikirjauksen auditoinnista saatiin sen verran pisteitä, että katsottiin, että mittarilla voidaan jatkaa kirjaamisen auditointia myös niissä yksiköissä, joissa ei ollut käytössä FinCC – luokitusta. Mittarin testaamisen tekivät opinnäytetyön tekijä ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön kirjaamisesta vastaava klinisen hoitotyön asiantuntija. Lisäksi hoitotyön kirjauksissa on paljon sellaisia kohtia, joissa piti miettiä, tuleeko kirjauksesta pistettä vai ei. Esimerkiksi tuleeko suunnitellut toiminnot osioon pistettä, jos suunnitelmassa on ainoastaan seuraava aika kirjattuna. Tämä nousi esille erityisesti niissä yksiköissä, joissa ei ollut käytössä FinCC – luokitusta. Nämä kohdat käytiin läpi yhdessä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön kirjaamisesta vastaavan klinisen hoitotyön asiantuntijan kanssa ja sovittiin, kuinka näitä kirjauksia tulkitaan, ja tätä tulkintaa noudatettiin läpi koko auditoinnin. Vilkan (2014, 153) mukaan tutkimuksen kokonaisluotettavuutta saadaan lisättyä, kun käytetään tutkimuksen aikana kommentoijaa. Kommentoijan kanssa voidaan arvioida tutkimuksen tekoa ja keskustelua mm. tutkimusaiheeseen liittyvistä valinnoista, tutkimusongelman muotoilusta, mittarin testauksesta, tutkittavien otannasta sekä tutkimuksen tuloksista ja siitä, kuinka tuloksia tulkitaan.

## 7.2. Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuseettisestä näkökulmasta toimitaan oikein silloin, kun aineistoa analysoiva henkilö ei tietoisesti etsi aineistossa esiintyviä henkilöitä. Jos tutkija kuitenkin tunnistaa aineistossa esiintyviä henkilöitä, ei näitä tietoja tuoda ulkopuolisten tietoon eikä näin ollen tutkimuksen tuloksiin. Myös tutkittavien henkilötietojen käsittelyn tulee olla hyvin suunniteltua ja perusteltua. Aineiston käsittelyssä on otettava huomioon, ettei yksityisyyden suoja rikkoonnu ja tutkimusaineisto säilytetään asianmukaisesti. (Kuula 2015, 208.) Näitä lähtökohtia noudatettiin tätä opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyössä tunnistettavuus koski sekä potilasasiakirjoihin merkintöjä tekeviä hoitotyöntekijöitä sekä potilaita. Psykiatrian avohoidon yksiköt ovat pieniä, ja niissä saattaa työskennellä hyvin pieni määrä hoitotyöntekijöitä. Tästä johtuen yksiköiden auditointeja yhdistettiin ja tulokset esitetään psykiatrian avohoidon kirjaamisen kokonaistuloksena, jotta vältetään hoitajien tunnistettavuus. Tästä syystä myös esimerkkien tuominen tuloksiin on suppeaa, koska useista kirjauksista pystyi tunnistamaan joko toimipisteen tai hoitotyöntekijän. Potilaiden tunnistettavuuden suojaamisesta huolehdittiin siten, että potilaiden tunnistetietoja ei tuotu auditointimittariin.

Opinnäytetyön tekijällä oli valmiiksi haettuna Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuslupa oli haettu koskemaan koko Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön kirjaamisen auditointeja, joiden tekeminen on osa opinnäytetyön tekijän työnkuvaa. Tutkimuslupa on opinnäytetyön tekijän osalta voimassa vuosina 2016 – 2022. Tutkimuksen tekemistä varten haettiin myös erilliset tutkimustyöhön tarkoitetut käyttäjä-tunnukset Effic – potilastietojärjestelmään.



## 8 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tuloksissa oli nähtävissä, että hoitotyön kirjaamisen laatu oli parempaa niissä yksiköissä, joissa käytettiin rakenteisen kirjaamisen mallia ja FinCC – luokituskokonaisuutta. Tulosten mukaan potilaan ydintietojen kirjaamisessa ja varsinkin niiden yksilöllistämässä oli puutteita eikä potilasasiakirjoista löytynyt selkää kokonaisuhoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelma oli kirjattu niissä yksikössä, joissa oli käytössä rakenteinen kirjaamisalusta.

Psykatrian avohoidossa kehittämistyön kohteeksi tulisi ottaa hoitosuunnitelman käytön kehittäminen ja sen laajentamisen kaikkiin yksiköihin. Potilaita hoidetaan useissa eri yksiköissä, joten kokonaisuunnitelman olisi ehdottoman tärkeää olla kaikilla potilasta hoitavilla tahoilla nähtävillä. Tämän lisäksi olisi hyvä pohtia sitä, onko erikoisalalehti soveltuva kirjaamisalusta hoitotyön kirjaamiseen vai tulisiko kirjaamisalusta vaihtaa rakenteiseen. Tämä tukisi hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittelyä, toisi hoitosuunnitelman kaikkien työntekijöiden nähtäville sekä tukisi kertakirjaamisen periaatetta, jolloin riittäisi että tieto kirjattaisiin yhteen paikkaan.

## Lähteet

Auditoinnin määritelmä. Itä-Suomen yliopisto. 2018. Viitattu 27.2.2018.

<https://www.uef.fi/auditointi>

European committee for standardization. Guidelines for auditing management systems (ISO 19011:2011). Brussels: Management Centre. Viitattu 27.2.2018. <http://qic-eg.com/wp-content/uploads/2015/08/BS-EN-ISO-19011-2011.pdf>

Hartikainen, K., Häyrinen, K., Luomala, T., Komulainen, J., Porrasmaa, J. & Suhonen, M. 2009. Kasallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. Viitattu 21.4.2018.

[http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot\\_otsikot\\_nakymat\\_opas\\_uusi.pdf](http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot_otsikot_nakymat_opas_uusi.pdf)

Hallila, L. 2005. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelu – nursing audit. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. painos. Helsinki: Edita.

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell.

Häyrinen, K. & Ensio, A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Julkaisussa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. p. Porvoo: WSOY.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2014. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointimittarin kehittäminen ja tulokset. Julkaisussa Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008-2013. Viitattu 21.4.2018. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/4571866/Kaila%2C%20Arja+Potilasohjaus+vaikuttavammaksi.pdf/c67dcf5e-3047-4ec8-af1a-10eb5e173cf5>

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2008. Versio 2012. Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje. Viitattu 22.4.2018.

<http://www.pkssk.fi/documents/601237/4571866/Kaila%2C%20Arja+Potilasohjaus+vaikuttavammaksi.pdf/c67dcf5e-3047-4ec8-af1a-10eb5e173cf5>

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2008. Versio 2012. Kirjaamisen arviointilomake. Viitattu 22.4.2018.

<http://www.pkssk.fi/documents/601237/4571866/Kaila%2C%20Arja+Potilasohjaus+vaikuttavammaksi.pdf/c67dcf5e-3047-4ec8-af1a-10eb5e173cf5>

Kanerva, A. 2016. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin intranet. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi ja kehittäminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä kirjaamisen audi-

toinnin avulla. Viitattu 15.4.2018.

<https://arkki.medikes.fi/tutkimukset/tutkimusmateriaali/SitePages/Kotisivu.aspx>

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, psykiatria. 2018. Viitattu 23.4.2018.

<http://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Erikoisalat/Psykiatria>

Kinnunen, U-M. 2017. Kirjaaminen sähköisissä potilastietojärjestelmissä – tulevaisuuden haasteet. Koulutuksen luentomateriaali.

Kinnunen, U-M. & Saranto, K. 2009. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 63, 3. 464 – 476.

Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Juvenes Print.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Viitattu 25.2.2018

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4>

L 159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Annettu 9.2.2007. Viim.muutos 29.6.2016. Viitattu 19.4.2018.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas.

SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. 2012. Päivitetty 2014. Viitattu 21.4.2018.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC->

[luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%c3%a4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%c3%a4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1)

Mikkonen, J. Kirjaamisen kehittäminen Pöytyän kotihoidossa. Opinnäytetyö YAMK.

Turun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Viitattu 7.5.2018.

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/16449/Mikkonen\\_Jenni.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/16449/Mikkonen_Jenni.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mykkänen, M., Huovinen, H., Miettinen, M. & Saranto, K. 2011. Dokumentointi parantaa turvallisuutta ja laatua. Sairaanhoitaja, 84, 6-7, 62 – 65.

Nurmela, E. 2016. Koulutusintervention vaikutus hoitotyön rakenteisen kirjaamisen laatuun. Pro Gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Viitattu 7.5.2018.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99144/GRADU-1464869393.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nykänen, P. & Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.10.2017.

[https://www.iulkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf](https://www.iulkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf)

Rajalahti, E. & Saranto, K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen haaste hoitotyönkoulutukselle ja työelämälle. Hoitotiede, 4, 243-255.

Salonen, A., Virta-Helenius, M., Renholm, M., Stenroos, M-L. & Vuorinen, R. 2012. Sairaanhoidaja, 85, 8, 55-57.

Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Julkaisussa Hoitotyön vuosikirja. Jyväskylä: Gummerus, 123 – 138.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. p. Porvoo: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 25.2.2018  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Vilka, H. 2014. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi. Viitattu 6.5.2018.  
<http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas Osa I. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 12.10.2107.  
[https://www.iulkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN\\_ISBN\\_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1](https://www.iulkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1)



## Liite 2. Kirjaamisen arviointiohje

Minimilaatutaso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1  Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerimukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
<b>1 Tarve: onko hoitotyön tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?</b>	Kyllä	Hoitotyön tarve on kirjattu sille varattuun kohtaan
	Ei	Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tarve (esim. on lääketieteellinen ongelma, dg, toimenpide, tulosy kuten astman seuranta tai suunniteltu toiminto esim. tarvitsee silmällä pitoa vrt. karkaaile)
<b>2 Tavoite: onko hoitotyön tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?</b>	Kyllä	Hoitotyön tavoite on kirjattu sille varattuun kohtaan
	Ei	Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tavoite (esim. leikkaus onnistuu) tai on suunniteltu toiminto (esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa, motivointi, saa tietoa leikkauksesta, sairaudesta vrt. potilas oppii, osaa, ymmärtää...)
<b>3 Toteutus: onko hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) kirjattu sille varattuun kohtaan?</b>	Kyllä	Hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) on kirjattu sille varattuun kohtaan tai päiväseurantaan
	Ei	Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön toteutusta (esim. on arviointia)
<b>4 Tuloksen arviointi: onko hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?</b>	Kyllä	Hoitotyön tulos on kirjattu sille varattuun kohtaan: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset
	Ei	Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tulos (esim. on toteutusta kuten ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty tai on tarpeen määrittelyä)
<b>5 Yhteenveto: onko hoitotyön yhteenveto kirjattu hoitajak-sosta, pitkäaikaispotilaasta &gt; 3 kk tai sarjakäynnistä? Yksittäinen pkl-käynti arvioidaan kyllä=1</b>	Kyllä	Hoitotyön yhteenveto on tehty TAI on yksittäinen pkl-käynti, josta ei tarvitsekaan tehdä yhteenvetoa
	Ei	Ei ole tehty päättyneestä hoitajak-sosta, pitkäaikaispotilaasta (3 kk välein) tai sarjahoitokäynnistä
<b>6 Onko valitut auttamismenetelmät (suunnitellut toiminnot) kirjattu jo suunnitteluvaiheessa?</b>	Kyllä	Suunnitellut toiminnot on kirjattu sille varattuun kohtaan TAI lyhyeltä pkl-käynniltä riittää pelkkä komponentti ja alaluokka ilman vapaata tekstiä
	Ei	Ei ole kirjattu tai eivät ole hoitotyön toimintoja
<b>7 Onko suunnitteluvaiheessa valitun auttamismenetelmän tulos kirjattu?</b>	Kyllä	On kirjattu vähintään yhden suunnitellun toiminnon/ auttamismenetelmän vaikutus sille varatussa kohdassa: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäileväinen vielä onnistuuko)
	Ei	On kirjattu suunniteltu toiminto/ auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa arviointikohdassa sen tuloksesta (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30 tai keskusteltu ravitsemuksesta)
<b>8 Onko kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?</b>	Kyllä	Kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys)
	Ei	Ei ole yhtään
<b>9 Onko kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?</b>	Kyllä	Kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys)
	Ei	Ei ole yhtään
<b>10 Onko kirjatun tavoitteen ja tuloksen/ arvioinnin välillä yhteys?</b>	Kyllä	Kirjatun tavoitteen ja arvioinnin välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti TAI asiayhteys)
	Ei	Ei ole yhtään

Minimilaatutaso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1 Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
11 <i>Onko hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti?</i>	Kyllä	Tarve on ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, huolena, tuttuutena, haluna, toiveena, kiinnostuksena, innostuksena, valmiutena (esim. muutokseen tai suhteessa ikään) sisältäen vapaata tekstiä (esim. kiinnostunut tietämään, missä mennään tai onko kunnossa, reipas, itsenäinen, yksin asuva, väliaikainen, vähäinen, ajoittainen, toistuva, jatkuva vaiva) <b>TAI</b> vähintään 4 eri tarpeen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tarve on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiininomaisella vapaalla tekstillä (esim. potilaan tiedon tarve kontrolliajasta)
12 <i>Onko hoitotyön tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen?</i>	Kyllä	Tavoite on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen ja se on ilmaistu potilaan konkreettisenä tekemisenä (esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, tilanne pysyy ennallaan) sisältäen vapaata tekstiä (esim. selviytyy ensin autettuna ruokailusta ja viikon kuluttua itsenäisesti) <b>TAI</b> vähintään 4 eri tavoitteen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tavoite ei ole yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen tai se on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiininomaisella vapaalla yleisluonteisella tekstillä (esim. vointi säilyy hyvänä, motivoituu omahoitoon)
13 <i>Onko hoitotyön toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?</i>	Kyllä	Toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen, tavoitteeseen ja tavoitteen saavuttamiseksi suunniteltujen toimintojen toteuttamiseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen <u>juuri tällä potilaalla</u> (esim. vähäinen, toistuva, jatkuva avustaminen; helppo, melko tai erittäin vaativa ohjaus; väliaikainen, hetkittäinen, toistuva, yhtäjaksoinen seuranta)
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai hoitajan toiminta on kirjattu rutiininomaisena tekemisen luettelemisena (esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta, muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään) tai on kuvattu potilaan toiminta irrallisena toteutuksena (esim. nukkunut, syönyt iltapalan, vieraita käymässä, potilas kertonut pahasta olostaan, ilman tarkempaa yksilöllistä sisältöä tai yhteyttä tarpeeseen ja tavoitteeseen)
14 <i>Onko tulos/ arviointi kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?</i>	Kyllä	Tulos on vertailua potilaan yksilöllisen tavoitteen saavuttamisesta ollen arvioivaa
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai tulos on irrallista toteavaa kuvausta hoitajan tekemisestä/ toteutuksesta
15 <i>Kun kaikki edelliset osiot 1-14 ovat kyllä → Onko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti?</i>	Kyllä	Osiot 1-14 ovat kyllä ja sen lisäksi on kirjattu hoitotyön kannalta olennaiset yksilölliset asiat myös loogisesti >1 yhteinen tekijä (sama komponentti <b>JA</b> asiayhteys) <b>TAI</b> yksittäiseltä lyhyeltä pkl-käynniltä riittää 1 yhteinen tekijä
	Ei	Osiot 1-14 eivät kaikki ole kyllä <b>TAI</b> osiot 1-14 ovat kyllä, mutta kirjaaminen on rönsyilevää ja/ tai joiltain osin niukkaa, jolloin on vaikea löytää olennaisia asioita