

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

2010

Riitta Katunpää & Tiina Koponen

RAKENTEINEN JA SYSTE- MAATTINEN KIRJAAMINEN GEROPSYKIATRIAN OSAS- TOILLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Riitta Katunpää & Tiina Koponen

Rakenteinen ja systemaattinen kirjaaminen geropsykiatrian osastoilla

Tämä opinnäytetyö kuuluu Turun sosiaali- ja terveystoimen projektiin ”Hoitotyön sähköinen kirjaaminen ja sen käytäntöön implementointi Turun sosiaali- ja terveystoimeen valtakunnallisen, hoitotyön ydintietoihin perustuvan rakenteisen kirjaamisen mukaan”. Projektin tarkoituksena on jalkauttaa hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen ja kansallinen kirjaamismalli Turun sosiaali- ja terveystoimeen. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159) määrää, että sähköiseen potilastietojärjestelmään terveydenhuollon organisaatioissa tulee siirtyä vuoden 2011 loppuun mennessä.

Tutkimusongelmiksemme muodostuivat: Minkälaista kirjaaminen on geropsykiatrisilla osastoilla? Minkälaista muutosta kirjaamisen tilassa on tapahtunut verrattuna alkuvuoteen 2009 geropsykiatrian osastoilla?

Opinnäytetyön aineisto oli koottu kolmelta geropsykiatrian osastolta Turun sosiaali- ja terveystoimessa. Hoitokertomuksia oli yhteensä 40, jotka valittiin käyttäen systemaattista satunnaisotantaa. Jotta potilaiden yksityisyys säilyisi, oli niistä poistettu henkilötiedot. Aineisto on analysoitu käyttäen deduktiivista sisällönanalyysia.

Tutkimuksemme tuloksista selvisi, että kirjaamisen tilassa on tapahtunut muutosta molempiin suuntiin. Rakenteinen kirjaaminen on yleistynyt geropsykiatrian osastoilla, jonka huomaa esimerkiksi hoitosuunnitelmien yleistymisestä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Turun sosiaali- ja terveystoimen geropsykiatrian osastoilla kirjaamisen laadun kehittämiseen.

ASIASANAT: rakenteinen kirjaaminen, psykiatria, sähköinen kirjaaminen, geriatria.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing | Registered Nurse

April 2010 | 35 pages + 4 appendices

Riitta Katunpää & Tiina Koponen

Structured and systematic documentation in geropsychiatric wards

This thesis is a part of a project of Turku Social- and Health Care. Its purpose is to implant the structural and national documentation model based on the main issues of nursing to Turku Social- and Health Care. The law of electronic processing of client data of social and healthcare services (2007/159) ordains that the healthcare organizations need to switch to an electronic patient data system by the end of 2011.

The material was received from three geropsychiatric wards in Turku Social- and Health Care. We analyzed 40 nursing records that were chosen by using systematic random sampling. To preserve patients' privacy, all identification data were deleted.

There were two research problems: what sort of documentation is in geropsychiatric wards and what kind of changes you can find in documentation compared to an earlier study that was conducted at the beginning of year 2009?

As a result of this study, there have been changes for better and for worse. Computerized documentation has become general in geropsychiatric wards. They also do care plans to the patients more than for example one year earlier. The results of the study can be used to develop quality of documentation in geropsychiatric wards.

KEYWORDS: computerized documentation, psychiatry, geriatric.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KANSALLISESTI YHTENÄINEN HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	7
2.1 Rakenteinen kirjaaminen	7
2.2 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt ja merkitys	8
2.3 Sähköisen kirjaamisen käyttöönoton haasteet	9
3 GEROPSYKIATRINEN HOITOTYÖ	11
3.1 Geropsykiatrisen hoitotyön luonne	11
3.2 Ikääntyneen skitsofreniaa sairastavan hoitotyön luonne	13
3.2 Masennusta sairastavan vanhuksen hoitotyö	14
3.3 Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon	16
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	17
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	18
5.1 Tutkimusaineisto- ja menetelmä	18
5.2 Aineiston käsittely ja analysointi	18
6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	19
7 TULOKSET	21
7.1 Kirjausten taustatiedot ja tulotilanne	21
7.2 Hoitotyön tarpeiden ja ongelmien kirjaaminen	3
7.3 Hoitotyön tavoitteiden ja toimintojen kirjaaminen	25
7.4 Potilaiden ohjaus / opetus ja arvioiva kirjaaminen	27
7.5 Potilaan omien mielipiteiden kirjaaminen	28
7.6 Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon	29
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	29
LÄHTEET	34

LIITTEET

LIITE 1: Sisällönanalyysirunko

KUVIOT

Kuvio 1. Maininta potilaan aikaisemmasta terveydentilasta tulovaiheessa (fr) (n=40).	22
Kuvio 2. Onko hoitosuunnitelma tehty?	23
Kuvio 3. Tarpeiden ja ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa ja tulovaiheessa yhteensä (n=40).	24
Kuvio 4. Onko tavoitteet kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan (%).	26

TAULUKOT

Taulukko 1. Maininta potilaan aikaisemmasta terveydentilasta tulovaiheessa.	22
Taulukko 2. Tarpeet eriteltyinä (%).	25

1 Johdanto

Opinnäytetyömme aiheena on systemaattinen kirjaaminen geropsykiatriassa. Se liittyy ”hoitotyön sähköinen kirjaaminen - käytäntöön implementointi” (HoiDok) -projektiin, jonka tarkoituksena on jalkauttaa hoitotyön ydintietoihin perustuva rakenteinen ja kansallinen kirjaamismalli Turun sosiaali- ja terveystoimeen. Systemaattisen kirjaamisen jalkautuessa Turun sosiaali- ja terveystoimeen, se tuo paljon muutoksia kirjaamiseen. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159) määrää, että sähköiseen potilastietojärjestelmään terveydenhuollon organisaatioissa tulee siirtyä vuoden 2011 loppuun mennessä. Tiedot tulee kirjoittaa järjestelmään rakenteisessa muodossa. Kun tiedot on kirjoitettu rakenteisesti, potilastietoja voidaan hyödyntää tehokkaasti ja niiden sähköinen arkistointi mahdollistuu. (Salmela 12.5.2009.)

Opinnäytetyössä tutkimme deduktiivisen sisällönanalyysin avulla kuinka rakenteinen kirjaaminen on asettunut geropsykiatrian kirjaamiskäytäntöihin. Tarkoituksena on antaa tietoa HoiDok -hankkeen tuloksesta Turun sosiaali- ja terveystoimessa geropsykiatrian osastoilla muutoksen aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on arvioida projektin tulosta eli kirjaamisen kehittymistä geropsykiatriassa. (Salmela 12.5.2009.)

Turun sosiaali- ja terveystoimen ”Hoitotyön sähköinen kirjaaminen – käytäntöön implementointi” -projekti on aloitettu marraskuussa 2007. Vuoden 2008 alussa projektiin valittiin asiantuntijasairaanhoidajat, jotka sisäistettyään asian kouluttavat ja sitouttavat muun hoitohenkilökunnan uuteen kirjaamiskäytäntöön. Samana keväänä laadittiin yhteinen hoitonäkemys, sekä kirjaamisen laatuvaatimukset ja -kriteerit. Keväällä 2009 mukaan otettiin kirjaamisvastaavat, joille on annettu koulutusta kevään 2009 aikana. Heidän tehtävänä on pitää huolta omalla osastollaan siitä, että kirjaaminen toteutuu vaatimusten mukaan. Projektin tulosta on aikaisemmin arvioitu opinnäytetöinä touko-lokakuussa 2009. (Salmela, 10/2009.)

2 Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen

2.1 Rakenteinen kirjaaminen

HoiDok–hanke on valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 5). Siinä on kehitetty hoitotyöntekijöille yhtenäinen systemaattinen kirjaamismalli. Potilaita koskevat keskeiset tiedot tulee kirjata yhtenäisen kaavan mukaan koko valtakunnassa. Ydintiedot, jotka koostuvat hoidon tarpeesta, hoitotyön toiminnoista, hoidon tuloksista ja hoitotyön yhteenvedosta, kirjataan rakenteisesti käyttäen Finnish Care Classification (FinCC) -luokituskokonaisuutta. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23.)

Hankkeen lähtökohtana oli Sosiaali- ja terveysministeriön edellytys, että vuoden 2007 loppuun mennessä on otettava käyttöön ydintietomääräysten mukaiset tietorakenteet kaikissa sähköisissä potilasasiakirjajärjestelmissä. Lähtökohtana on se, että potilastiedot kirjataan kaikkialla samalla tavalla. Tietojen hyödyntäminen ja hoitotietojen sähköiseen dokumentointiin siirtyminen edellyttää systemaattista kirjaamista. (VSSH 2008, 7.)

Hoitotietojen systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoitotietojen kirjaamista sähköisiin potilastietojärjestelmiin hoitotyön päätöksenteon vaiheiden mukaan. Kirjaaminen rakentuu rakenteellisesti järjestetyistä ydintiedoista, termistöistä ja teksteistä, jotka niitä täydentävät. (Saranto ym. 2007, 14.)

Tiedot tulee kirjata systemaattisesti käyttäen valmiita komponentteja, sekä niiden alta aukeavia otsikoita (Tanttu 2008, 5). Hoitotyön prosessi alkaa tarpeen määrittelyllä. Tietoa kerätään potilaan tullessa sairaalaan. (Hallila 2005, 61.) Hoitoprosessin suunnitelmallisuudessa ja hoitomenetelmien käytössä korostuu hoitajien ammattitaito. Yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa laaditaan suunnitelma hoidolle, ja pohditaan hoidon tarpeita ja sen toteutusta. (Tiri 2000, 87–98.) Jo tulohaastattelussa tulee huomioida potilaan yksilöllisyys, jotta hän kokee tulohaastattelun luottamusta herättävänä ja turvallisena. Tulohaastattelu

on oiva mahdollisuus alkaa muodostaa luottamuksellista ja hyvää hoitosuhdetta. Tulohaastatteluvaiheessa tulee huomioida myös syy minkä vuoksi potilas tulee hoitoon. (Hallila 2005, 61.)

Tarpeiden määrittelyn jälkeen seuraa suunnittelu, joka sisältää hoidon tavoitteiden asettamisen, sekä hoitotyön toimintojen määrittämiset joilla tavoitteet saavutetaan. Jotta hoidon komplikaatioiden määrä olisi mahdollisimman vähäinen, tulee sairaanhoitajan pohtia mitä ongelmakohtia hoidossa saattaa tulla, ja miten niistä selvittää. (Mäkilä 2007, 36–37.)

Hoidon toteutuksessa korostuu hoitotyön kirjaaminen. Kun potilaan tarpeet ja tavoitteet on hyvin kirjattu potilastietoihin, on toteutuksen kirjaaminen tällöin helpompaa. Jos potilaan tarpeita ei ole määritetty ennen hoidon toteutusta, on hoitajien vaikeampaa kirjoittaa tehtyä hoitotyötä selkeästi ja johdonmukaisesti. (Mäkilä 2007, 37–38.) Osana hoitotyön prosessia on arviointi. Arvioinnin tulee perustua hoidolle asetettuihin tavoitteisiin ja arviointia tulee tehdä koko hoidon ajan. (Ensio 2009, 15.)

Norjassa vuonna 1999 tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin rakenteisen kirjaamisen toteutumista eri vuodeosastoilla. Tuloksista selvisi, että 62 %:ssa hoitokertomuksista oli hoitosuunnitelma tehty, ja 18 %:sta puuttui tavoite. Suunnitelmien päivittämisessä esiintyi myös puutteita, vain 40 %:a kertomuksista oli päivitetty. (Stokke & Kalfoss 1999, 21–22.)

2.2 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt ja merkitys

Käytännön tasolla ajatellen kliininen päätöksenteko tulee helpommaksi ja potilaan hoito helpottuu, kun tietoja saadaan haettua helposti ydintietojen ja luokitusten otsikoilla. Myös tiivistelmät saadaan helposti käsiin, kun esimerkiksi mietitään potilaan jatkohoitosuunnitelmia. (Tanttu 2008, 9.) Lisäksi rakenteellinen hoitosuunnitelma helpottaa uuden työntekijän perehtymistä hoitopaikan potilaisiin, sillä se turvaa hoidon jatkuvuuden (Ala-Hiiri & Pitkänen 2009, 19).

Kun potilaan tiedot on kirjattu rakenteellisesti oikein, on ne helppo löytää potilaskertomusjärjestelmästä, mikä turvaa luotettavan ja yhtenäisen tiedon saata-

vuoden. Rakenteisen kirjaamisen tärkein asia on, että samaa aihetta koskeva tieto kirjataan aina samaan tiettyyn sovittuun kohtaan potilaan hoitokertomusta. (Tanttu & Rusi 2007, 116.) Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa yksiköissä hiljaisen raportoinnin. Hoitajat näkevät potilastiedostosta suoraan potilaan hoidon tavoitteet, ja voivat toimia parhaansa mukaan, jotta tavoitteet toteutuisivat. (Ala-Hiiri & Pitkänen 2009, 19.) Potilastietojen tarkoitus on palvella ensisijaisesti potilasta itseään. Jotta tietoja voidaan hyödyntää, tulee niiden olla samassa muodossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 28.)

Rakenteisen kirjaamisen avulla saadaan myös hyvin tietoa hoidon etenemisestä. Luokitusten käytöstä saatua tilastotietoa pystytään hyödyntämään yksikön toiminnan kehittämisessä ja koulutuksen suunnittelussa. Johtamisen tasolla rakenteisesta kirjaamisesta hyödytään esimerkiksi siten, että kirjaamistietojen perusteella voidaan tehdä erilaisia tilastoja ja raportteja hoitotyöstä muun muassa luokitusten käytöstä, ja siitä millaisia tarpeita ja toimintoja esiintyy. Kirjaamistiedoista saadaan arvokasta tietoa hoidon tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta, tutkimalla hoitotyön prosessia ja hoitoisuutta. (Tanttu 2008, 10.)

2.3 Sähköisen kirjaamisen käyttöönoton haasteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä (2007/159) koskevassa laissa on tarkoituksena edistää asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä. Lain on tarkoitus toteuttaa yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä, jotta potilastietojen käsittely ja niiden arkistointi olisi potilasturvallista ja tehokasta. Näin edistetään myös potilaan tiedonsaamista. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007/159.)

Laki määrää, että rakenteiseen kirjaamiseen on siirryttävä vuoteen 2011 loppuun mennessä (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23–24). Kun siirrytään valtakunnalliseen systemaattisen kirjaamisen-malliin, hoitotyön johdolta vaaditaan sitoutumista hoitohenkilökunnan kouluttamiseen ja hoitotyön kehittämiseen (Ala-Hiiri & Pitkänen 2009, 19). Kaikki hoitotyöntekijät ja valmistuvat hoitajat tarvitsevat koulutusta yhtenäiseen hoitotyönkirjaamiseen FinCC-luokituksia noudattaen. Koulutuksen tarve on erittäin suuri sekä työelämässä että oppilai-

toksissa, ja siihen tarvitaan useampia tukijärjestelmiä mallin juurruttamiseen. (Tanttu & Ora-Hyytiäinen 2008, 23–24.)

Sähköisen kirjaamisen jalkautuessa terveydenhuoltoon, se on tuonut mukanaan lukuisia haasteita. Kuopion yliopistossa tehdyssä pro gradussa tiedusteltiin sairaanhoitajilta sähköisen potilastietojärjestelmän tuomista muutoksista. Siinä kävi ilmi, että tietokoneet tuovat murheita monelle. Monen hoitajan mielestä potilastietojen kirjaaminen tietokoneelle on aikaa vievää ja hankalaa. Sähköinen kirjaaminen myös edellyttää tietokoneiden jatkuvasti saatavilla olemista ja verkon toimimista. (Hartikainen 2008, 41–43.)

Sairaanhoitajilla tulee olla yhteinen ymmärrys käsitteistä, joita rakenteissa kirjaamisessa käytetään. Se kuitenkin vaatii paljon keskustelua ja konkreettista käsitteiden määrittelyä osaston henkilökunnan kesken, mutta silti saattaa tulla väärinymmärryksiä. Haasteena on myös tarve- ja toimintoluokitusten oikeanlainen käyttö. Hoitohenkilökunnan tulee osata käyttää oikein hoitotyön tarpeiden määrittelyn kohdalla hoitotyön tarveluokitusta ja hoitotyön toimintoja määritellessä hoitotyön toimintoluokitusta. Potilaan hoidolle tulee asettaa tavoitteita, jotka ovat potilaslähtöisiä ja ne tulee kirjata oikeassa muodossa. Työyksikössä tulee olla tarpeeksi tietokoneita, jotta asianmukainen kirjaaminen on mahdollista. Hoitajien tulee päästä päätteille ilman jonotusta ja odottelua. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 49–51.)

Psykiatrisen hoitotyön kirjaaminen on hyvin kuvailevaa ja sitä rakenteinen kirjaaminen ei tue, joten kirjaaminen saattaa tuntua kankealta ja pelkistetyltä vieraidenkin käsitteiden ympärillä. Hoitotyöntekijöillä on paljon ennakkoaajatuksia rakenteista kirjaamista kohtaan, ja sen vuoksi hoitajien tulisinkin asennoitua avoimesti siihen ja haluta oppia uutta. Psykiatrisen hoitotyön hektisessä arjessa olisi hyvä, jos hoitajat näkisivät kirjaamisen kehittämisen hyvänä ja tarpeellisena asiana. Hoitajat ovat myös kokeneet, että eräänlainen luovuus jää pois, kun kirjaamisesta tulee eräällä tavalla pelkistettyä. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 52.)

Hartikaisen (2008, 55–65) tutkielmassa tutkittiin sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän mukanaan tuomista muutoksista. Osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että on helpompi kirjoittaa tiedot ensiksi paperille ja siirtää ne vasta sitten tietokoneelle, vaikka tiedostivatkin tekevän näin kaksinkertaisen työn. Osa sairaanhoitajista taas kirjoitti asiat mieluummin suoraan tietokoneelle. Sairaanhoitajat myös kokivat, että sähköinen potilaskertomusjärjestelmä vie muutenkin enemmän aikaa. Sähköisen järjestelmän tuleminen onkin aiheuttanut eriäviä mielipiteitä, se kuitenkin ymmärretään, että hoidon jatkuvuuden kannalta tiedot pitää kirjata hyvin järjestelmään.

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin hoitajien kokemuksia ja mielipiteitä rakenteisten hoitosuunnitelmien käyttämisestä. Tutkimuksessa selvisi, että heillä on positiivinen asenne rakenteista hoitosuunnitelmaa kohtaan. Hoitajat olivat sitä mieltä, että rakenteisten hoitosuunnitelmien myötä he pystyivät antamaan yhtä laadukasta hoitoa kaikille potilaille. Heidän mielestään hoitosuunnitelman tekeminen vähensi tarpeetonta kirjaamista ja säästi myös aikaa. Rakenteisten hoitosuunnitelmien käyttäminen vaatii kuitenkin koulutusta. Hoitajien mielestä heidän tietonsa ja taitonsa kirjaamiseen liittyen olivat tyydyttäviä. Myös hoitosuunnitelmat olivat usein puutteelliset. Moni hoitajista myönsi, ettei arvioi potilaan tavoitteita hoitosuunnitelmaan ollenkaan ja yksilöllisiä hoitosuunnitelmia tehtiin harvoin. Vain 19 % hoitajista kertoi kirjaavansa tavoitteet hoitosuunnitelmaan. (Dahm & Wadensten 2008, 2140–2143.)

3 Geropsykiatrinen hoitotyö

3.1 Geropsykiatrisen hoitotyön luonne

Väestörakenteen voimakkaasti vanhentuessa lähivuosikymmeninä vanhusten mielialahäiriöt ja dementiaan liittyvät erilaiset käytösoireet tulevat aiheuttamaan merkittävää lisäkuormitusta hoitotyössä. Psykogeriatrinen asiantuntemus on

tärkeä osa palvelukokonaisuutta ikääntyvän väestön hoitotyössä. Myös vanhus-
ten somaattinen sairastaminen vaikeuttaa hoitoa. (Koponen 2002, 4925.)

Eräässä tutkimuksessa selvitettiin mielenterveyden hoidon sopeuttamista vanhainkoteihin. Tutkimuksessa selvisi, että asukkaiden mielenterveysongelmat vaikuttivat vahvasti heidän fyysisen hoidon tarpeeseensa. Kuitenkin vanhainkoti-
en henkilöstö on koulutettu vain vanhuksien hoitoon, joilla ei ole psykiatrisia ongelmia. (Depla ym. 2003, 1278–1279.) Vastaavasti psykiatrisilla potilailla voi olla somaattisia sairauksia, joiden esiintymistä olisi seurattava ja kirjattava.

Psykiatristen potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan joskus rajoittamaan potilaan oman tai toisten turvallisuuden vuoksi. Suhosen (2007, 29, 54–55) tutkimuksessa psykiatrisia potilaita oli haastateltu toteutuiko heidän itsemääräämisoikeutensa psykiatrisessa hoidossa. Potilaiden mielestä itsemääräämisoikeus toteutuu, kun heitä kuunnellaan, kunnioitetaan ja he saavat osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon. Potilaiden mielestä jossakin tilanteissa hyvää hoitoa on se, että potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rikkomaan, kun mietitään potilaan parasta esimerkiksi potilasta rajoitettaessa. Kaiken kaikkiaan potilaat kokivat, että heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioitettiin hyvin.

Heikkisen ja Tirin (1999, 16–21) tutkimuksessa oli tarkoituksena kuvata potilaiden ja hoitajien näkökantoja potilaiden eristämiseen liittyvissä asioissa. Tutkimuksessa tutkittiin muun muassa asioita, jotka johtivat potilaan eristämiseen. Tutkimukseen osallistui 38 potilasta. Tutkimuksesta ilmeni, että kaikkia potilaita oli yritetty hoitaa jollain muulla hoitomenetelmällä ennen kuin oli päädytty eristykseen. Vaihtoehtoisina hoitomenetelminä olivat esimerkiksi keskustelu hoitajan kanssa, lääkkeellinen hoito ja mahdollisuus olla yksin. Yksi potilaista oli toivonut pääsevänsä eristykseen. Potilaista suurin osa koki eristämistilanteen epäoikeudenmukaiseksi.

Jos potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, tulee se kirjata sähköiseen potilastietojärjestelmään huolellisesti. Kirjauksesta tulee käydä ilmi rajoittamisen syy, luonne ja kesto, sekä arvio siitä kuinka se mahdollisesti vai-

kuttaa potilaaseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298.)

3.2 Ikääntyneen skitsofreniaa sairastavan hoitotyön luonne

Psykiatrisessa hoidossa olevista vanhuksista 35–60 % kärsii skitsofreniasta. Ikääntyneiden skitsofreniapotilaiden hoito on yhtä hankalaa kuin nuorempienkin, koska ikääntymisen myötä kognitiiviset ja päivittäisten toimintojen korostuvat. (Koponen 2002, 4925.)

Skitsofreniaan sairastuminen vanhuusiällä on harvinaisempaa kuin aikuisiällä. Vanhuksen sairastuessa skitsofreniaan on se yhtä mullistava kokemus hänelle itselleen, kuin hänen läheisilleenkin. Vanhuusiän skitsofrenian oireille tyypillistä ovat harha-aistimukset, kuten näkö- ja kosketusaistimukset. Vanhus saattaa alkaa ajatella vainoharhaisesti, kuten esimerkiksi hänen naapurinsa on käynyt omilla avaimillaan hänen luonaan, hänen ollessaan kaupassa. Syylliseksi yleensä vanhus nimeää henkilöitä omasta lähipiiristään. Läpäisyharhat ovat myös ominaista skitsofreniaa sairastavalle vanhukselle. Läpäisyharhoja omaavalle vanhukselle tyypillistä on kuvitella, että oman kodin seinät ja katto ei suojaa häntä itseään, vaan hajut ja säteilyt tulevat niistä läpi. (Tilvis ym. 2001, 105.)

Suurin osa vanhuusiällä skitsofreniaan sairastuneista on naisia. Riskitekijänä skitsofreniaan sairastuneilla pidetään muun muassa kuuloaistin heikkenemistä. Siitä saattaa seurata ikääntyneen eristäytymistä kotiin, ja eristäytyminen puolestaan voi aiheuttaa myös psykoosin. Toisaalta, jos sairastuu psykoosiin, voi ikääntynyt sen vuoksi eristäytyä kotiin. Epätodennäköisenä tekijänä pidetään perinnöllisyyden vaikutuksia sairastumiseen vanhuusiällä, toisin kuin aikuisiällä sairastuttaessa. (Tilvis ym. 2001, 105.)

Skitsofrenian vaikuttavuus potilaan elämäntilanteeseen on merkittävä. Hoidoilla on suuri positiivinen vaikutus, mutta silti noin 1/3 joutuu elämään vaikeiden oireiden kanssa. Iäkkäillä skitsofreniaa sairastaville henkilöille tyypillistä on negatiivisten oireiden vahvistuminen ja positiivisten oireiden väheneminen. Sen vuoksi useilla skitsofreniaa sairastavilla on todettu masennusta. Skitsofrenian vaikutus vanhukseen on yksilöllistä, josta johtuu myös vanhuksen pärjääminen

arjen rutiineissa ja itsensä huolehtimisessa. Skitsofrenia saattaa vaikuttaa niin-kin voimakkaasti vanhukseen, että hän tarvitsee tuettua asumismuotoa, vaikka toiset ikätoverit pärjäävät sairautensa kanssa kotona. Tärkeää on hoitaa myös potilaan somaattisia sairauksia hyvin, jotta ne eivät pahenna skitsofrenian oireita. (Tilvis ym. 2001, 106.)

Hoidon kulmakivenä skitsofreniapotilasta hoidettaessa on luottamukseen perustuva hoitosuhde. Keinot joilla skitsofreniaa hoidetaan, ovat lääkehoito ja psykososiaalinen hoito. Tukiverkon merkitys potilaalle on suuri. Hoidon tavoitteina ovat elämänlaadun kohottaminen ja uuden psykoosin ennaltaehkäisy. Jos vanhus sairastaa myös masennusta, hoitoon kuuluu psykoosilääkkeen lisäksi masennuslääke. (Tilvis ym. 2001, 106–107.)

Skitsofreniapotilaan hoidon perusta on hoitosuunnitelma, jonka moniammatillinen työryhmä on yhdessä potilaan kanssa luonut. Tärkeää olisi, jos hoitokokouksessa, jossa hoitosuunnitelmaa suunnitellaan, olisi mukana joku potilaan läheisistä ihmisistä. Hoitosuunnitelmaa olisi hyvä tarkistaa säännöllisin väliajoin, ja katsoa onko tavoitteet edelleen realistisia ja ovatko hoitokeinot potilaan hoitoa edistäviä. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008.) Hoitosuunnitelman ollessa potilaan hoidon perusta, korostuu sen tärkeys hoitotyön näkökulmasta. Tutkimusten mukaan vanhusten pitkäaikaissairaanhoidon kirjaamisessa esiintyy myös paljon puutteita. Tampereen yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että jopa 38 %:lta puuttui hoitotyön suunnitelma kokonaan. Hoitotyön suunnitelman puuttuminen voi vaarantaa potilaan turvallisuuden. Puutteita ilmenee lähinnä tavoitteiden määrittämisessä, sekä ajan tasalla olevista hoitotyön suunnitelmista. (Muurinen 2003, 108–128.)

3.2 Masennusta sairastavan vanhuksen hoitotyö

Depressiolle eli masennustilalle ominaisin oire on mielialan lasku, johon kuuluu toimettomuus arkiaskareiden suorittamiseen. Asioista iloitseminen ja niistä nauttiminen ei onnistu ja pienikin yritys nauttia asioista johtaa uupumiseen. Masennustilan vakavuutta arvioidaan oireiden lukumäärän, niiden laadun, toimintakyvyn laadun ja oireiden vaikeuden mukaan. Edelliset kuvaukset masennuksen

oireista vaikuttavat siihen mihin vaikeusasteeseen masennus sijoittuu. Masennus voi olla lievää, keskivaikeaa tai vaikeaa. Vanhusten masennusta diagnosoidessa käytetään aikuisten taudinmääritysluokitusta. Masennusta esiintyy vähemmän 64–75-vuotiailla kuin yli 75-vuotiailla. Vanhusten masennustilojen riskiryhmään kuuluvat leskeksi jääneet ja ne vanhukset, jotka ovat riippuvaisia jostakin yhteiskunnallisesta palvelumenetelmästä esimerkiksi pitkäaikaissairaanhoidosta. (Tilvis ym. 2001, 111–112.)

Masennustilojen oireet voidaan ryhmitellä seuraaviin ryhmiin: emotionaaliset, somaattiset, kognitiiviset ja volitionaaliset (tahtotoimintaan liittyvät) oireet. Emotionaalisia oireita voivat olla muun muassa surullisuus, mielenkiinnon menettäminen asioihin, itkuisuus, pelot, ahdistuneisuus, huolestuneisuus ja epäonnistumisen tunteet. Somaattisia oireita voivat olla esimerkiksi kivut ja säryt, väsymisyys ja unihäiriöt, sekä eräs merkittävimmistä eli ruokahalun puute. Kognitiivisia oireita saattavat olla esimerkiksi itsearvostuksen väheneminen, kriittisyys, häpeä, itsemurha-ajatukset ja keskittymisvaikeudet. Volitionaalinen oire (tahtotoimintaan liittyvä) voi olla muun muassa motivaation puute asioiden tekemisen suhteen. (Tilvis ym. 2001, 112.)

Vanhusten masennuksen hoidon pääkohdat ovat lääkehoito, psyykinen tukeminen ja psykoterapeuttinen asennoituminen. Hoidossa pitää huomioida potilaan riittävä ravinnonsaanti, fyysisten sairauksien hyvä hoito, perhekeskeisen toiminnan tukeminen ja asianmukainen lääkehoito. Tärkeää on myös omaisten osallistuminen hoitoon ja heidän tukeminen. Potilaan tukeminen ulkonäöstä huolehtimiseen on myös oleellista. Lievän masennuksen hoidossa suositetaan erityisesti kaikkia muita hoitokeinoja paitsi lääkehoitoa. Tulee kuitenkin muistaa, että lievä masennus voi olla vakava-asteisen masennuksen esiaste. (Tilvis ym. 2001, 116.)

Koska masentunut vanhus ei osaa nähdä elämässään onnistumisia, vaihtoehtoja eikä mahdollisuuksia, tulee hoitoryhmän tukea ja kannustaa vanhusta kohtaamaan uusia asioita ja elämänmuutoksia. Sähkösoikkihoitoa suositetaan erityisesti masennuspotilailla, joilla on itsemurha-ajatuksia tai he eivät reagoi hoitoon. (Kuokka 2008.)

3.3 Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon

Perhettä pidetään edelleen keskeisenä sosiaalisaation, tuen, suojan ja tyydytyksen antajana myös ikääntyneelle väestölle. Potilaan omaiset ovat myös keskeinen vuorovaikutuksen tai avun lähde hoitojen kannalta, vaikka lakiin perustuvaa vanhusten hoitovelvollisuutta omaisilla ei enää ole. Hoivan ja riippuvuuden tarve kasvaa ikääntymisen myötä, eikä hoivasuhde välttämättä toimi aina hyvin. (Isohanni 1989, 36–38.) Omaiset ovat halukkaita useimmiten osallistumaan pieniin apuihin, ja vanhukset ovat tyytyväisiä avunantojen määrään. Vanhukset eivät kuitenkaan halua olla liian riippuvaisia omaisistaan. (Laitinen-Junkkari ym. 1999, 65.)

Omaisten vierailuilla ja yhteydenpidoilla on voimakas myönteinen vaikutus laitoksessa olevan vanhuksen hyvinvointiin. Myös omaisten henkinen hyvinvointi kasvaa, kun vuorovaikutus hoitavan henkilöstön kanssa on kunnossa. (Laitinen-Junkkari ym. 1999, 73.) Mäkisen ja Routasalon (2003, 18) tutkimuksessa tutkittiin sairaanhoitajan ja iäkkään potilaan omaisen suhdetta toisiinsa. Siinä selvisi, että omaisten vuorovaikutus oli vaihtelevaa. Osa hoitajista oli tavannut potilaan omaisia, kun taas osa ei ollut koskaan keskustellut omaisten kanssa. Hoitajat pitivät tiedottamista omaisille tärkeänä, todeten kuitenkin, että aloite tulisi lähteä omaiselta itseltään.

Jo 1970-luvulla on tiedostettu omaisten merkitys psykiatrasta sairastavan potilaan terveydelle. Hoitotyölle tärkeänä piirteenä pidetään omaisten osallistumista potilaan hoitoon, mutta kuitenkin käytännön tasolla siinä on vielä puutteita. Omaiset kokevat läheisensä sairaalaan joutumisen kahdenlaisina tunteina. Omaisilla voi olla voimakastakin ikävän ja surun tunnetta, mutta kuitenkin he ovat tyytyväisiä, että heille tärkeä ihminen saa apua. Aikaisemmissa tutkimuksissa on hyvin vähän tutkittu millaisia asioita potilaiden omaisista on kirjattu ja miten omaiset ovat osallistuneet potilaan hoitoon. Potilaiden omaisista kirjaaminen on olennainen osa potilaan hyvää hoitoa. Omaisista kirjaaminen liittyy potilaan hoidon suunnitteluun, sen toteutukseen ja arviointiin. (Hopia ym. 2007, 98–99.)

Potilaan toimintakyvyllä on tärkeä osuus sairauksista paranemiseen. Potilaan hyvä toimintakyky edistää myös yhteyksien pitoa omaisiin. Tirin (2000, 87–98) tutkimuksessa tutkittiin psykiatrisen hoidon tuloksellisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa oli haastateltu 25 potilasta, 15 omaista, 26 työntekijää ja 18 päättäjää erään sairaanhoitopiirin psykiatrisilla osastoilla. Kaikkien kyseisten ryhmien mielestä tärkein tuloksellisuuteen vaikuttava tekijä on potilaan toimintakyky. Hyvän toimintakyvyn omaava potilas pystyy ottamaan itsestään ja läheisistään vastuuta ja potilas itse pystyy tekemään ratkaisuja omaan hoitoonsa liittyen. Potilaan voidessa hyvin, kykenee hän pitämään omaisiinsa paremmin yhteyttä. Potilaan ja hänen omaistensa hyvinvointi on tiukasti yhteyksissä toisiinsa, kun potilas voi hyvin, voivat omaisetkin paremmin.

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksella tulee aina olla jokin tehtävä tai tarkoitus. Tutkimuksen tarkoituksena voidaan pitää neljää eri asiaa; kartoittava, kuvaileva, selittävä tai ennustava tarkoitus. (Hirsjärvi ym. 2004, 128–129). Tutkimusongelma tulisi esittää mahdollisimman selkeästi ja tarkasti, ja tutkimukseen tulisi löytää juoni, jota voidaan pitää pääongelmana (Hirsjärvi ym. 2004, 117.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on antaa kuvailevaa tietoa HoiDok-hankkeen tuloksesta Turun sosiaali- ja terveystoimessa geropsykiatrian alueella parin vuoden jälkeen projektin alkamisesta. Tutkimusongelmiksi muodostui:

- Minkälaista kirjaaminen on geropsykiatrisilla osastoilla?
- Minkälaista muutosta kirjaamisen tilassa on tapahtunut verrattuna alkuvuoteen 2009 geropsykiatrian osastoilla?

5 Tutkimuksen empiirinen toteuttaminen

5.1 Tutkimusaineisto- ja menetelmä

Tutkimusmenetelmä ja -ongelma liittyvät vahvasti toisiinsa. Pohdittaessa tutkimuksessa käytettävää menetelmää, tulee miettiä minkälaista tietoa etsitään ja keneltä. (Hirsjärvi ym. 2004, 173.) Aineistoa pystytään analysoimaan monin eri tavoin, ja tarkoituksena olisi valita sellainen menetelmä, joka tuo parhaiten vastauksen tutkimusongelmaan (Hirsjärvi ym. 2004, 212). Tässä tutkimuksessa menetelmänä on deduktiivinen sisällönanalyysi, jonka aineistona käytetään geropsykiatrian hoitokertomuksia (n=40). Tällaista analysointimenetelmää käytetään, kun halutaan saada tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus tutkitavasti ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Kun tutkijat haluavat varmentaa jo aiemmin tutkittua tietoa tai sen totuudellisuutta halutaan tutkia uudessa tilanteessa, käytetään deduktiivista lähestymistapaa (Lauri & Elomaa 1999, 77). Oleellisinta deduktiivisessa lähestymistavassa on se, että tutkittava tieto on määrällistä, jotta sitä voidaan tutkia tilastollisilla menetelmillä (Lauri & Kyngäs 2005, 63). Käytössämme olevat hoitokertomukset ovat ajalta 1.-31.10.2009, ja ne on valittu käyttäen systemaattista eli tasaväliotantaa (Salmela 5.10.2009).

5.2 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineistoa analysoitiin valmiilla sisällönanalyysirungolla (Liite 1.). Meitä ohjeistettiin erillisellä luennolla käyttämään analyysirunkoa oikein, jotta tulkitseminen olisi yhtenäistä kaikilla. Analyysirungon avulla etsimme kysymyksiin vastauksia saamistamme hoitokertomuksista. Kirjasimme myös erikseen asioita esimerkiksi potilaan omien mielipiteiden kirjaamisesta ja omaisten osallistumisesta, jotta pystyisimme ottamaan niistä esimerkkejä työhömmme. Sisällönanalyysirunko oli lähes samanlainen kuin edellisissäkin tutkimuksissa. Joitakin kysymyksiä oli jätetty pois ja uusia oli tullut tilalle. Ensimmäisen kerran kirjaamisen tilaa tutkittiin Turun sosiaali- ja terveystoimessa vuonna 2008.

Hoitokertomukset numeroitiin, ja ne käsiteltiin jokainen erikseen. Tämä mahdollisti sen, että pystyimme virheiden sattuessa palaamaan oikean hoitokertomuksen kohdalle. Kun kaikki hoitokertomukset oli analysoitu, siirsimme hoitokertomuksista syntyneet vastaukset sähköiseen muotoon tietokoneelle, käyttäen SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 -ohjelmaa.

SPSS 17.0 -ohjelman avulla pystyimme vertaamaan tutkimuksemme tilastollisia tietoja aikaisempaan tutkimukseen, esimerkiksi käyttäen ristiintaulukointia. Samalla saimme myös laskettua Khiin neliön avulla erojen merkittävyyden. Erot olivat kuitenkin niin pieniä, että niitä ei esitetä tuloksissa. Laskimme myös kaikista mahdollisista osista suhteelliset frekvenssit, keskiarvot ja vaihteluvälit. Tutkimuksessamme havainnollistamme tuloksia kuvioin ja taulukoin.

6 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyttä tulisi miettiä tutkimuksen eri vaiheissa perustellusti. Tutkimuksen kohteina olevien hoitokertomusten eettinen käsittely on vaativaa. Aineistoa kerätessä tulee ottaa huomioon muun muassa anonyymiyden takaaminen, luotamuksellisuus ja aineiston asianmukainen tallentaminen (Hirsjärvi 2004, 27).

Tutkimusluvan saimme hoitotyönosaston hallintoylihoitajalta. Hoitotyönosasto on saanut luvan rajattujen potilastietojen tulostamiseen terveystieteiden hallintopäälliköltä. Potilaiden nimet poistettiin ennen niiden toimittamista meille, jotta potilaiden yksityisyys säilyisi. Hoitokertomuksiin oli kuitenkin jätetty ikä ja sukupuoli näkyviin, koska ne olivat olennaisen tärkeää tietoa tutkimuksellemme. Kun tutkimus on valmis, potilaskertomukset lähetetään takaisin osastolle, jossa ne hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimuksemme viitekehykseen olemme koonneet teoreettista ja tutkittua tietoa tutkimukseemme liittyvistä eri osa-alueista. Tutkimuksia olemme hakeneet ammattikorkeakoulumme elektronisen aineistojen hakuohjelmien avulla. Hakuohjelmina käytettiin Medic:iä ja Cinahl:ia. Hakusanoina kyseisissä ohjelmissa käy-

timme: kirjaaminen, vanhukset, ikääntyneet, psykiatria, geriatria, mielenterveys, omaiset, nursing documents, documentation. Teoreettista tietoa olemme hake-
neet kirjastoista ja internetistä. Hoitotieteellisiä lehtiä ja kirjoja olemme lainan-
neet Turun ammattikorkeakoulun Ruiskadun toimipisteen kirjastosta, Turun
pääkirjastosta ja Turun yliopiston lääketieteen kirjastosta.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan mittaamisen ja aineiston keruun suhteen,
sekä tulosten luotettavuudella. Mittareiden luotettavuus on olennaisena osana
kvantitatiivisissa tutkimuksissa. Tutkimuksen tulokset ovat yhtä luotettavia kuin
tutkimuksessa käytetty mittari. Käytössä olevan mittarin tulee olla rajattu niin
hyvin, että virhetulkintojen määrä on minimoitu. Mittarissa käytössä olevat käsit-
teet tulee olla täsmällisiä. Tutkimuksessa käytettävän mittarin avulla tulee saada
tarkkaa tietoa asiasta jota tutkitaan eli tutkimusongelmasta. (Vehviläinen-
Julkunen & Paunonen 1997, 206–207.)

Tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan kaikissa tutkimuksissa. Reliaa-
belius eli mittaustulosten toistettavuus, tarkoittaa sen kykyä antaa tuloksia, jotka
eivät ole ei-sattumanvaraisia. Mittareiden luotettavuutta voidaan arvioida erilais-
ten menettelytapojen avulla esimerkiksi mittarin esitestauksella. (Hirsjärvi ym.
2004, 216.) Mittarissa mahdollisesti esiin tulevat epätarkkuudet voivat johtua
itse mittarista tai tutkijan tulkinnanvaraisuudesta. Tässä työssä luotettavuuson-
gelma on mittarin käytön tulkinnan sattumanvaraisuus. Sitä pyritään minimoi-
maan yhteisillä ohjeilla, joihin meidät on ohjeistettu yhteisin säännöin. Tulkin-
nanvaraisuutta voidaan minimoida myös kouluttamalla tutkijat niin hyvin, että he
toimisivat samalla tavalla (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210). Tut-
kimuksessamme tulkinnanvaraisuus nousee esille, kun pohdimme kevään 2009
tutkimusta, sillä tutkijat saattavat käsittää mittarin kysymykset eri tavalla.

Jotta tutkimustuloksemme olisivat luotettavat, analysoimme osan hoitokerto-
muksista yhdessä, jotta ymmärtäisimme sisällönanalyysinrunгон kysymykset
samalla tavalla. Analysointivaiheen aikana olimme usein yhteydessä toisiimme,
jotta emme käsittäisi mittarin kysymyksiä tietyissä tapauksissa eri tavalla. Tutki-
joiden tukena olivat myös koko ryhmälle jaetut säännöt, jotka koskivat ana-
lyysirunгон kysymyksiä. Säännöt olisivat voineet olla vielä tarkemmat ja käsit-

teet tarkemmin selitettyjä, jotta tulkintavirheiden määrä olisi saatu vielä pienemmäksi. Luotettavuutta kuitenkin lisää se, että tutkimuksemme ohjaajana toimi sama henkilö kuin kevään 2009 tutkimuksessa.

Tutkimuksessa koemme kuitenkin, että tutkimustuloksemme ovat luotettavampia kuin edellisinä vuosina, koska analysoimme 40 hoitokertomusta, joka on tuplasti enemmän kuin kevään 2009 tutkimuksessa. Mitä enemmän hoitokertomuksia tutkimuksessa on, sitä luotettavampaa tietoa kirjaamisen tilasta saadaan.

7 Tulokset

7.1 Kirjausten taustatiedot ja tulotilanne

Opinnäytetyössämme tutkimme 40 potilaan hoitokertomuksia, ja myös sitä minäikälaista muutosta kirjauksissa on tapahtunut edelliseen tutkimukseen verrattuna. Hoitokertomukset on kerätty kolmelta eri geropsykiatrian vuodeosastolta. Potilaista naisia oli 29 (72,5 %) ja miehiä 11 (27,5 %). Heidän keski-ikänsä oli 78. Nuorin potilaista oli 57-vuotias ja vanhin 92-vuotias.

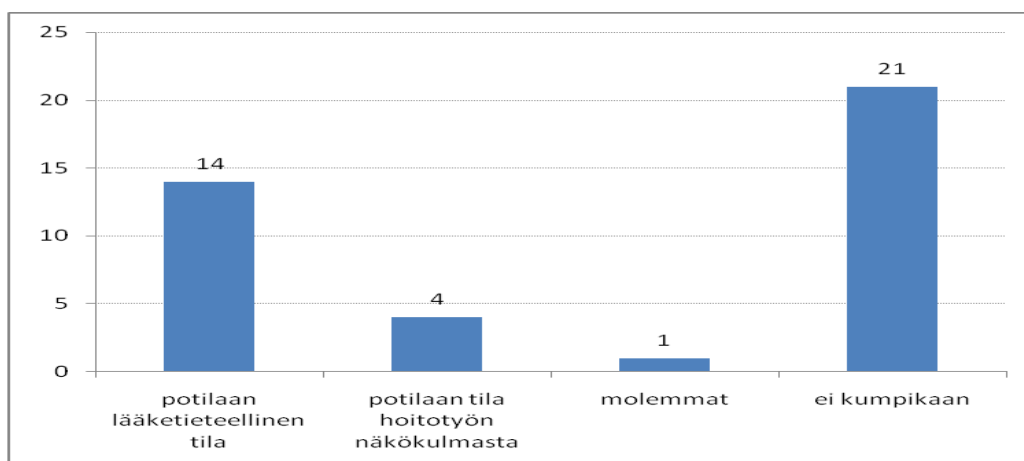
Kevään 2009 tutkimuksessa oli analysoitu 20 potilaan hoitokertomuksia samoilta osastoilta, heistä 14 (70 %) oli naisia, ja miehiä 6 (30 %). Potilaiden keski-ikä oli 79 vuotta, iän vaihdellessa 68 vuodesta 88 vuoteen. Sekä keski-ikä että naisten ja miesten osuus on pysynyt samana edelliseen tutkimukseen verrattuna.

Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen on kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila (Taulukko 1.) paremmin kuin edellisessä tutkimuksessa. Keväällä 2009 aikaisempi terveydentila oli mainittu vain 10 %:ssa hoitokertomuksista, kun taas syksyllä 2009 se oli jo mainittu melkein puolella potilaista (42,5 %). Vaikka kirjaaminen potilaan aikaisemmasta terveydentilasta on lisääntynyt, ei kuitenkaan niin paljon, että siinä olisi mainittu aikaisempia kokemuksia hoidosta.

Taulukko 1. Maininta potilaan aikaisemmasta terveydentilasta tulovaiheessa.

	kyllä	ei
kevät 2009 n=20	2 (10,0 %)	18 (90,0 %)
syksy 2009 n=40	17 (42,5 %)	23 (57,5 %)

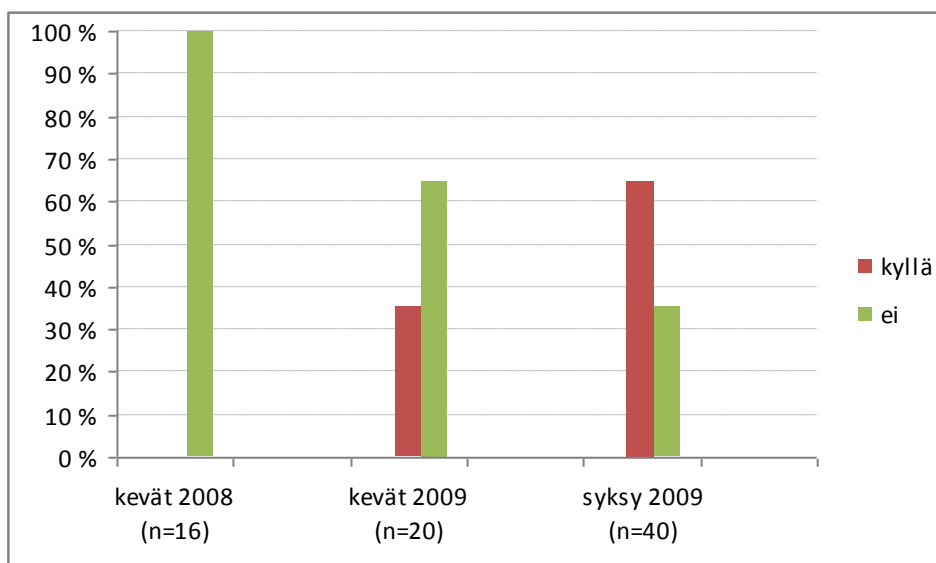
Potilaan aikaisempaa terveydentilaa ei ole mainittu puoleessa hoitokertomuksista (Kuvio 1.). Jos se kuitenkin oli mainittu, se oli useimmiten potilaan lääketieteellinen tila, joka oli mainittu 14 potilaan kohdalla. Lääketieteellisellä tilalla tarkoitetaan, että hoitokertomuksessa oli mainittu esimerkiksi sairauden diagnoosi (esimerkiksi diabetes / skitsofrenia / masennus) tai anamneesi tulovaiheessa. Vain neljässä hoitokertomuksessa potilaan tila oli mainittu hoitotyön näkökulmasta, joka taas tarkoittaa esimerkiksi taudin vaikutuksia potilaan arkipäiväiseen selviytymiseen (esimerkiksi potilas liikkuu rollaattorilla, koska polvissa on nivelrikko) tai muuhun toimintakykyyn.



Kuvio 1. Maininta potilaan aikaisemmasta terveydentilasta tulovaiheessa (fr) (n=40).

Hoitosuunnitelmia oli tehty huomattavasti enemmän kuin puoli vuotta aikaisemmin. Keväällä 2009 vain 35 %:lla potilaista oli hoitosuunnitelma, mutta jo

samana syksynä niitä oli tehty 65 %:lle potilaista (Kuvio 2.). Keväällä 2008 hoitosuunnitelmia ei tehty potilaille ollenkaan.



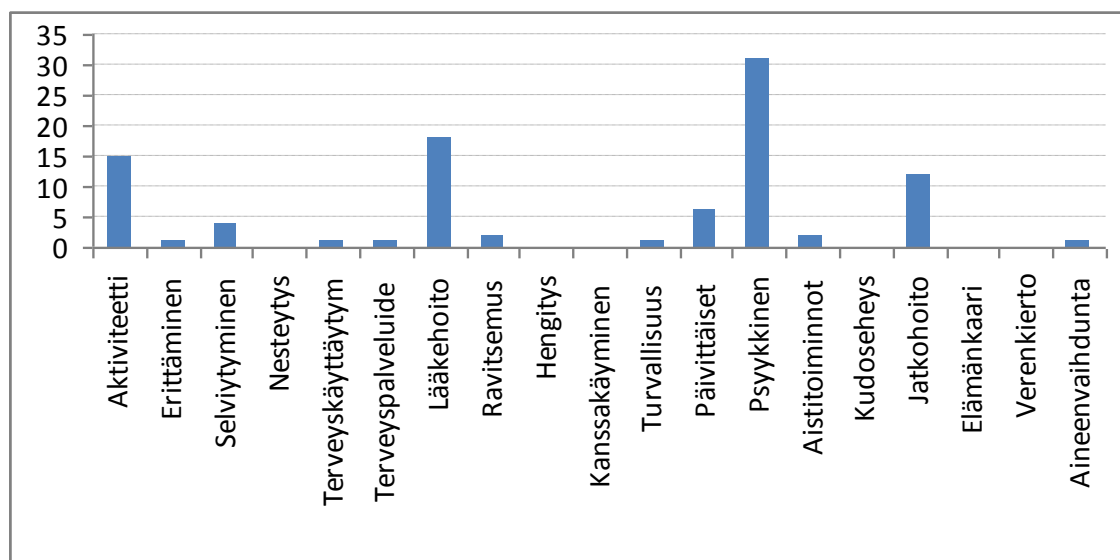
Kuvio 2. Onko hoitosuunnitelma tehty?

7.2 Hoitotyön tarpeiden ja ongelmien kirjaaminen

Tarpeet ja ongelmat laskettiin sekä potilaan tulotilanteessa että myöhemmin tapahtuvista kirjauksista yhteensä. Kaikilla osastoilla ei ollut siirrytty vielä rakenteeseen kirjaamiseen, jolloin hoitosuunnitelma puuttui osalta potilaista. Jos hoitosuunnitelmaa ei ollut tehty, laskettiin tarpeiden ja ongelmien määrä MTTRAP- ja MTTSAL -lehdiltä, sekä jos meidän mielestämme toteutuksessa ilmeni jokin tarve/ongelma useamman kerran.

Päivittäistä kirjaamista potilaan tarpeista ja ongelmista ei tapahtunut juuri ollenkaan, sillä tarpeet ja ongelmat oli kirjattu pelkästään hoitosuunnitelmaan, josta ei voi nähdä mahdollisten "uusien" tarpeiden lisäystä. Tarpeita ja ongelmia hoitokertomuksissa oli määritelty yhteensä 110 kpl. Hoitosuunnitelmaan ja toteutukseen määriteltyjä tarpeita ja ongelmia oli kirjattu suurimmalle osalle (77,5 %) enemmän kuin yksi, parhaimmassa tapauksessa niitä oli jopa 12. Useimmissa hoitosuunnitelmissa (62,5 %) oli käytetty tarpeen määrittelynä apuna gaf-mittaria, mikä on huomattavasti enemmän kuin edellisessä tutkimuksessa (35 %).

Yleisimmät määritellyt tarpeet ja ongelmat olivat ”aktiviteetti” (n=12), ”lääkehoito” (n=15), ”päivittäiset toiminnot” (n=6) sekä ”psykykinen tasapaino” (n=27). ”Jatkohoito” oli merkitty tarpeeksi 12 potilaan (30 %) kohdalla (Kuvio 3.), mikä on hieman enemmän kuin keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa, jolloin joka viidennellä jatkohoito oli yksi tarpeista.



Kuvio 3. Tarpeiden ja ongelmien sisällöt hoitosuunnitelmassa ja tulovaiheessa yhteensä (fr) (n=40).

Tarpeet ja ongelmat määriteltiin kolmeen eri osaan; psyykkisiin, fyysisiin ja sosiaalisiin. Fyysisten tarpeiden alle tulivat esim. tarpeet kuten; ”aktiviteetti” (unettomuus, aktiviteetin heikkeneminen), ”selviytyminen” (muistihäiriö, aloitekyvyttömyys), ”lääkehoito” (lääkeriippuvuus, avun tarve lääkkeiden ottamisessa) ja ”päivittäiset toiminnot” (peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avuntarve). Psykykiseksi tarpeeksi katsottiin esim. ”psykykinen tasapaino” (aggressiivisuus, masentuneisuus, rauhattomuus). Sosiaalseksi tarpeeksi katsottiin ”jatkohoito”. Tutkimuksessamme tarpeet olivat useammin fyysisiä kuin psyykkisiä. Fyysisiä tarpeita oli yhteensä 64 kpl ja niitä oli kirjattu yhteensä 21 potilaalle (52,5 %), kun taas psyykkisiä tarpeita yhteensä 35 kpl, joita oli kirjattu 24 potilaalle (60 %). Sosiaalinen tarve oli ”jatkohoito”, ja se oli kirjattu yhteensä 8 (20 %) potilaalle 11 kertaa (Taulukko 2.). Keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa fyysisten tarpeiden määrä

oli 24 kpl, psyykkisten 38 kpl ja sosiaalisten 11 kpl. Keskiarvo tarpeiden suhteen on laskenut, keväällä 2009 oli kirjattu 3,2 tarvetta/potilas, ja syksyllä 2,4 tarvetta/potilas. Keväällä 2009 tarpeita oli kirjattu yhteensä 72 kpl, keskimäärin 3,2 tarvetta potilasta kohden.

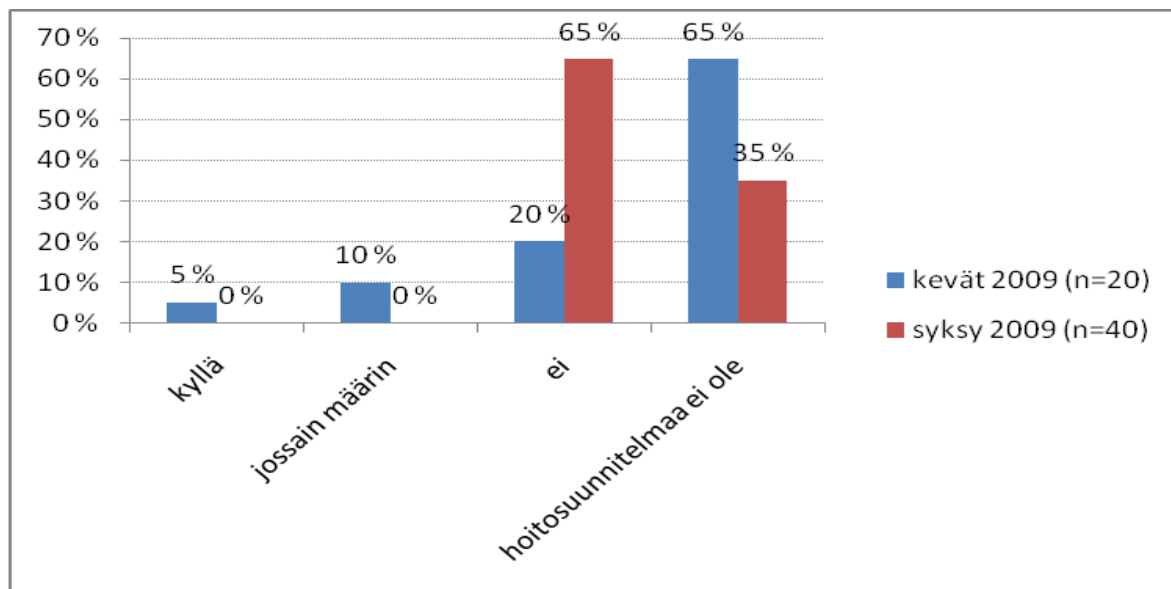
Taulukko 2. Tarpeet eriteltyinä (%).

	Tarpeet (ka/potilas)	Fyysisiä %	Psyykkisiä %	Sosiaalisia %
Kevät 2009, n=20	3,2	70	100	50
Syksy 2009, n=40	2,4	57,5	60	20

Voimavaroja hoitokertomuksista löytyi niukasti, tässä tutkimuksessa niitä oli vain yhdellä potilaalla. Kyseisessä hoitokertomuksessa potilaan luona sairaalassa oli käynyt runsaasti ystäviä ja hän oli niiden kanssa paljon yhteyksissä. Keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa voimavaroja oli kirjattu kahden potilaan kohdalle.

7.3 Hoitotyön tavoitteiden ja toimintojen kirjaaminen

Tutkimuksessamme hoitotyön tavoitteita ei ole kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmiin tai koko hoitosuunnitelmaa ei ole ollut (Kuvio 4.). Samanlaiset tulokset olivat myös aiemmassa tutkimuksessa, joten muutosta ei ole tapahtunut. Koska hoitosuunnitelmassa ei näy kirjaamispäivämääriä, emme tiedä onko tavoitteet laitettu hoitosuunnitelmaan eri päivinä. Kevään 2009 tutkimuksessa tavoitteita on kirjattu päivittäin tai jossain määrin hoitosuunnitelmaan kolmen potilaan kohdalla, mutta tässä tutkimuksessa sitä ei ole tapahtunut yhdenkään potilaan kohdalla. Kevään 2009 tutkimuksessa tavoitteita ei ole kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmiin neljän hoitokertomuksen (n=20) kohdalla, kun taas tässä tutkimuksessa 26 hoitokertomuksessa (n=40) sitä ei ole tehty. Vastaavasti tässä tutkimuksessa 14 (35 %) hoitokertomuksessa hoitosuunnitelmaa ei ole ollenkaan ja keväällä 2009 tutkimuksessa hoitosuunnitelmaa ei ollut 13 (65 %) hoitokertomuksessa.



Kuvio 4. Onko tavoitteet kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan (%).

Hoitosuunnitelmia oli tehty 26 potilaalle, joissa tavoitteita oli yhteensä 47 kpl. Tavoitteiden lukumäärä vaihteli 1-5 kpl, keskimäärin 1,8 tavoitetta potilasta kohden. Melkein kaikki näistä 47 kpl:sta oli kirjattu muodollisesti oikein konkreettisenä potilaan voinnin tai käyttäytymisen muutoksena, eli tavoite oli potilaslähtöinen (esim. potilaan kipujen ”lieventyminen”, ei ”lieventäminen”). Vain kuudessa hoitosuunnitelmassa oli täsmällinen tavoite, eli tavoite oli riittävästi tietoa antava ja selvä lukijalle. Aikarajaa, esimerkiksi potilaan arvioitua tavoitteen saavuttamisaikaa ei määritelty minkään tavoitteen kohdalla, mutta tavoite vastasi kaikissa kuitenkin hoidon tarvetta. Keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa hoitosuunnitelmia oli vain 7 kpl, joihin oli kirjattu tavoitteita yhteensä 19 kpl. Keskimäärin niitä oli 2,7 tavoitetta/potilas, lukumäärien vaihdellessa yhdestä viiteen. Tavoitteista vain 10 % oli ilmaistu muodollisesti oikein. Myöskään tällöin aikarajaa ei määritelty tavoitteiden kohdalla. Tavoitteet vastasivat hyvin hoidon tarvetta.

Hoitosuunnitelmasta laskettiin myös suunniteltujen ja toteutuksen hoitotyön toimintojen määrä, joita oli yhteensä 173 kpl. Keskimäärin jokaista potilasta kohden oli määritelty 4,3 hoitotyön keinoa, määrien vaihdellessa 0-11 kpl. Jos hoitosuunnitelmaa ei ollut, laskettiin toiminnot ”karkeasti” toteutuksesta. Hoitotyön toiminnoksi laskettiin esimerkiksi omahoitajakeskustelu, ruokailussa avustaminen ja mielialan seuranta. Kaikkiin tavoitteisiin ei ollut mainittu hoitotyön keinoja

(fr=13), mutta suurimpaan osaan oli. Tämä saattaa johtua siitä, että hoitosuunnitelmia ei ollut kaikilla tai ne olivat puutteelliset. Kevään 2009 tutkimuksessa hoitotyön toimintoja oli kirjattu yhteensä 131 kertaa, keskimääräisesti 6,6 keinoa potilasta kohden. Jokainen hoitotyön keino vastasi määritettyä tavoitetta täysin. Vuoden 2008 tutkimuksessa (n=16) hoitotyön keinoja oli kirjattu keskimäärin saman verran kuin keväällä 2009 (n=20).

Toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta vastaa hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitotyön keinoja täydellisesti tai jossain määrin 25 hoitokertomuksessa. Voidaan sanoa, että lähes kaikissa tehdyissä hoitosuunnitelmissa hoitotyön toiminta vastaa kirjattuja hoitotyön keinoja. Vain yhden hoitosuunnitelman kohdalla toteutukseen kuvattu hoitotyön toiminta ei vastannut hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja. Myös viime kevään tutkimuksessa saatiin samanlaisia tuloksia.

7.4 Potilaiden ohjaus / opetus ja arvioiva kirjaaminen

Ohjaus/opetus oli mainittu 19 potilaan (47,5 %) kohdalla ainakin kerran, yhteensä 49 kertaa, keskimäärin ohjausta oli annettu 1,2 kertaa potilasta kohden. Jos ohjaus oli mainittu, oli siihen myös kirjattu ohjauksen aihe 49 ohjauksen kohdalla. Jokaisen ohjauksen kohdalla oli siis mainittu myös ohjauksen aihe. Laskimme ohjaukseksi, kaikki samaa tarkoittavat sanat, kuten ohjaus, opetus ja opastus. Ohjauksen aiheita olivat esimerkiksi ”...ohjattu wc:hen” ja ”...ohjattu takaisin huoneeseen”. Niiden ohjauksien kohdalla, joissa ohjaus oli mainittu, vain kuuden ohjauksen yhteyteen oli mainittu potilaan reagointi ohjaukseen. Kevään 2009 tutkimuksessa ohjaus oli mainittu 13 potilaan (65 %) kohdalla ainakin kerran, ja reagointi ohjaukseen oli kirjattu 13 aiheen (57 %) kohdalla.

Kolme potilasta (7,5 %) oli saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta hoitojaksonsa aikana. Kotihoitoon liittyvä ohjaus oli esimerkiksi kotihoito-ohjeiden antaminen ja suullinen ohjeistus. Keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa kotihoidonohjausta oli saanut kaksi potilasta (10 %).

Arvioivaa kirjaamista päivittäisessä kirjaamisessa ei juuri tapahtunut. Vain 10 (25 %) hoitokertomuksessa kirjaaminen oli arvioivaa vain jossain määrin. Lo-

puissa hoitokertomuksissa arvioivaa kirjaamista ei tapahtunut ollenkaan. Arvioivaa kirjaamista olivat esimerkiksi maininnat potilaan lääkkeidenotosta, ohjeiden ymmärtämisestä ja mielialasta. Apuna arvioinnin määrittelyssä oli kolmen potilaan kohdalla käytetty mittareita, käytetyt mittarit olivat MMSE ja GDS-15. Kevään 2009 tutkimuksessa arvioivaa kirjaamista oli tapahtunut 75 %:ssa hoitokertomuksista. Tässä kohdassa korostuu tutkijaparien väliset tulkintatavat, joten tässä tutkimuksessa tutkijaparilla on ollut todennäköisesti tiukempi näkemys arvioivasta kirjaamisesta. Tässä tutkimuksessa loppuarviointi oli vain kahdella (5 %) potilaista ja keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa yhdenkään potilaan kohdalla tätä ei ollut.

7.5 Potilaan omien mielipiteiden kirjaaminen

Potilaan oma käsitys/näkemys hoidon tarpeesta oli kirjattu 21 (52,5 %) hoitokertomukseen ainakin kerran. Yhteensä potilaan käsitys/näkemys hoidon **tarpeesta** oli kirjattu 77 kertaa. Hoidon tarpeeksi luettiin esimerkiksi *”potilas valitellut hengittämisen vaikeutta”, ”huomaa muistinsa heikentyneen”* ja *”sanoi olevansa väsynyt”*. Tutkimuksessamme potilaan käsitys/näkemys hoidon **tavoitteesta** oli kirjattu ainakin kerran vain yhden potilaan kohdalla (2,5 %), potilaan ilmoittaessa, että haluaa olla sairaalassa kunnes tulee kuntoon. Kevään 2009 tutkimuksessa tulokset olivat huomattavasti parempia. Sillä esimerkiksi potilaan omat mielipiteet hoidon tarpeesta oli kirjattu 90 %:ssa hoitokertomuksista, ja mielipiteet tavoitteista oli 40 %:ssa hoitokertomuksista.

Potilaan oma käsitys/näkemys **hoitokeinoista** oli kirjattu 15 (37,5 %) hoitokertomuksessa ainakin kerran. Yhteensä näitä oli kirjattu 94 kertaa. Esimerkiksi potilaan pyytäessä lääkettä kipuihin tai särkyihin, univaikeuksiin, ahdistuneisuuteen yms. laskettiin potilaan omaksi näkemykseksi hoitokeinoista. Esimerkkejä kirjauksista: *”pyynnöstä tenox”, ”pyynnöstä para-tabs”* ja *”tulee pyytämään tarvittavaa lääkettä”*. Aiemmassa tutkimuksessa, keväällä 2009, potilaan oma näkemys hoitokeinoista oli kirjattu peräti 65 %:ssa hoitokertomuksista.

Potilaan oma käsitys/näkemys hoidon **toteutuksesta** oli kirjattu ainakin kerran 5 (12,5 %) potilaan kohdalla, yhteensä 8 kertaa. Esimerkiksi potilaan ilmoittaessa

haluavansa jäädä sairaalaan loppuun saakka, tai ettei suostu menemään jatko-hoitopaikkaan. Keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa potilaan oma mielipide hoidon toteutuksesta oli mainittu 80 %:ssa hoitokertomuksista.

Potilaan oma käsitys/näkemykset hoidon **arvioinnista** oli kirjattu ainakin kerran 14 (35 %) potilaan kohdalla, yhteensä näitä oli kirjattu 26 kertaa. Potilaan oma käsitys arvioinnista oli kirjattu esimerkiksi: *”murehtii pärjäämistä kotona hoitojakson päätyttyä”*, *”kertoi lääkkeen auttaneen”* ja *”kotiloma mennyt omasta mielestään hyvin”*. Myös keväällä 2009 tulokset olivat samansuuntaiset, sillä heillä potilaan oma mielipide oli kirjattu 40 %:ssa hoitokertomuksista.

7.6 Omaisten osallistuminen potilaan hoitoon

Noin puolella potilaista (65 %) omaisen osallistuminen potilaan hoitoon oli kirjattu ainakin kerran. Keskimäärin omaiset olivat osallistuneet potilaan hoitoon 1,5 kertaa, osallistumismäärien vaihdellessa 1-10. Useimmiten omaisten osallistuminen potilaan hoitoon oli esimerkiksi vierailut potilaiden luona, hoitokokouksiin osallistumisia tai kotikäynnin järjestämistä. Kevään 2009 tutkimuksessa omaisten osallistuminen oli kirjattu 70 %:lla potilaista.

Omaisten antamia tietoja oli kirjattu kuuden potilaan (15 %) kohdalla yhteensä yhdeksän kertaa. Neljän potilaan kohdalla omaisen oli antanut tietoja kerran, kun taas yhden potilaan kohdalla jopa viisi kertaa. Omaisten antamat tiedot koskivat yleensä potilaan sairauden kuvaa ennen sairaalaan pääsyä: esimerkiksi *”omaisen kertoo muistin olleen huonoa”*, tai *”sisar soitellut, ja kertonut että on valitellut särkyjä jo vuosia”*. Kevään 2009 tutkimuksessa omaiset olivat antaneet tietoja jopa joka toisen potilaan kohdalla.

8 Johtopäätökset ja pohdinta

Edelliseen, vuonna 2009 tehtyyn tutkimukseen verrattuna kirjaamisessa oli tapahtunut muutosta sekä parempaan että huonompaan suuntaan. Tässä tutkimuksessa hoitokertomuksia oli 40, kun edellisessä tutkimuksessa niitä oli puolet

vähemmän. Tämä vaikuttaa hieman tulosten verrattavuuteen, joten aineistoja verrattaessa tulee käyttää prosentuaalisia osuuksia. Tutkimuksemme tulokset ovat joissakin tapauksissa vain suuntaa antavia, koska pienet määrät voivat antaa suuren prosentuaalisen eron verrattuna aiempaan tutkimukseen.

Tulovaiheessa potilaan aiempi terveydentila oli kirjattu huomattavasti paremmin kuin kevään 2009 tutkimuksessa, jolloin vain 10 %:ssa oli maininta aiemmasta terveydentilasta hoitokertomuksessa. Nyt tehdyssä tutkimuksessa aikaisempi terveydentila oli mainittu 42,5 %:ssa hoitokertomuksista. Tämä tulos on suoraan verrannollinen tehtyjen hoitosuunnitelmien määrään. Hoitosuunnitelmaa suunniteltaessa kysytään erikseen potilaan aikaisempi terveydentila, kun taas aikaisemmin ei kirjoitettu erillistä hoitosuunnitelmaa, johon se olisi ollut mahdollista laittaa ja se olisi ollut selvästi nähtävissä.

Hoitosuunnitelmia oli tehty runsaasti. Aiemmassa tutkimuksessa vain 35 %:lla potilaista oli hoitosuunnitelma, kun taas tässä tutkimuksessa se oli tehty jo 65 %:lle. Tässä kehitystä on tapahtunut. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muista tutkimuksista (Stokke & Kalfoss 1999, 22; Muurinen 2003, 107). Tämä johtunee mahdollisesti siitä, että hoitosuunnitelmat kuuluvat rakenteiseen kirjaamiseen ja jokaiselle potilaalle tulee tehdä sellainen.

Päivittäistä tarpeiden ja ongelmien kirjaamista hoitosuunnitelmiin ei tapahtunut ollenkaan, sillä hoitosuunnitelmista ei pystynyt näkemään mahdollisten tarpeiden ja ongelmien ”päivittämistä” hoitosuunnitelmiin tai hoitosuunnitelmia ei ollut. Sama tulos oli myös aiemmassa tutkimuksessa keväällä 2009. Mittareita käytettiin tarpeen määrittelyn apuna useammin kuin edellisessä tutkimuksessa.

Yleisimmät tarpeet ja ongelmat mitä kirjattiin, olivat samansuuntaiset sekä keväällä 2009 että syksyllä 2009 tehdyissä tutkimuksissa, jolloin ”psykykinen tasapaino” on yleisin määritelty tarve. ”Jatkohoito” oli määritelty tarpeeksi tutkimuksemme hieman useammin kuin edellisessä vastaavassa tutkimuksessa. Kirjaamistyyli pysyvät usein osastoilla samanlaisina, vaikka henkilökunta välillä vaihtuisikin, jolloin potilaiden hoitosuunnitelmia saatetaan tehdä osastolle ominaisen tyylin mukaan.

Tarpeet ja ongelmat voitiin jakaa sisällönanalyysirungon avulla kolmeen eri osaan: psyykkisiin, fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Vaikka hoitokertomusten määrä oli tässä tutkimuksessa kaksinkertainen, se ei näy tarpeiden lukumäärissä. Tarpeita oli kirjattu tässä tutkimuksessa yhteensä 110 kpl, kun keväällä 2009 tarpeita oli yhteensä 72 kpl. Ainoastaan fyysisiä tarpeita oli kirjattu selvästi enemmän syksyn 2009 tutkimuksessa. Psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden määrät ovat lähes samat molemmissa tutkimuksissa. Tarpeiden kirjaaminen on vähentynyt selvästi, vaikka tarpeiden yhteenlaskettu määrä onkin suurempi. Erot voivat johtua siitä, että aiemmassa tutkimuksessa tarpeet laskettiin karkeasti toteutuksesta, ja tehtyjä hoitosuunnitelmia oli vähemmän. Hoitosuunnitelmista tarpeet voidaan laskea helposti ja ne näkyvät selkeästi, kun taas toteutuksessa ilmaantuneet tarpeet ovat tulkinnanvaraisia.

Jokaisessa hoitosuunnitelmassa oli potilasta kohden ainakin yksi tavoite. Melkein kaikissa tavoite oli potilaslähtöinen, jolloin se oli kirjattu muodollisesti oikein potilaan voinnin tai käyttäytymisen muutoksena, mutta vain kuudesta hoitokertomuksesta löytyi täsmällisesti asetettu tavoite. Kevään 2009 tutkimuksessa tavoitteista vain puolet oli ilmaistu muodollisesti oikein, kun meidän tutkimuksessa lähes jokainen tavoite oli kirjattu muodollisesti oikein. Dahmin ja Wadens-tenin (2008, 2142) tutkimuksessa vain 19 % hoitajista kertoi kirjaavansa tavoitteet hoitosuunnitelmaan. Tutkimuksemme hoitosuunnitelmissa tavoite vastasi hoidon tarvetta kaikissa hoitokertomuksissa, sekä myös hoitotyön toteutus vastasi kirjattua hoitotyön keinoja. Kaikkien tavoitteiden kohdalla ei kuitenkaan ollut mainittu hoitotyön keinoja, mikä johtunee siitä, että hoitosuunnitelmia ei ollut kaikilla. Tällöin tavoitteet pystyttiin löytämään erilliseltä MTTSAl-lehdeltä, mutta siihen ei ollut erikseen mainittu hoitotyönkeinoja. Ennen rakenteista kirjaamista, tiedot kirjattiin vain esimerkiksi MTTSAl-lehdelle.

Hoitosuunnitelmiin oli jokaista potilasta kohden määritelty keskimäärin 4,3 hoitotyön keinoja. Tämä on hieman vähemmän kuin aiemmassa tutkimuksessa, jolloin määrä oli 6,6 keinoja potilasta kohden. Myös kevättä 2009 edeltävässä tutkimuksessa keskimääräisesti keinoja oli potilasta kohden enemmän. Tämä tarkoittaa siis sitä, että keinoja kirjataan joka vuosi vähemmän ja vähemmän. Tä-

mä voi johtua siitä, että hoitosuunnitelmiin määritellään suunnitteluvaiheessa tietyt keinot, joihin potilaan hoito perustuu koko hoitojakson ajan. Tällöin potilaan hoidossa käytetään vain ja ainoastaan hoitosuunnitelmaan suunniteltuja keinoja, kun taas ennen rakenteista kirjaamista potilaan keinot valittiin joka kerta erikseen ilman valmiiksi suunniteltuja keinoja. Myös tutkimuksemme todisti asian. Kun keinot ovat valmiiksi suunniteltu, ovat ne myös niitä keinoja, joita hoitotyössä yleisimmin käytetään.

Opetus ja ohjaus näkyivät kirjauksissa noin joka toisen potilaan kohdalla. Edelliseen tutkimukseen verrattuna tulokset ovat muuttuneet hieman huonompaan suuntaan. Ohjauksen yhteyteen oli kirjattu vain kuuden ohjauskerran kohdalle miten potilas ohjaukseen reagoi, kun taas keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa potilaan reagointi kirjattiin noin joka toisen ohjauskerran yhteydessä. Potilaat ovat jo vanhoja ja monia vaivaa muistin heikentyminen, mikä vaikuttaa ohjeiden ymmärtämiseen ja myös niiden antamiseen. Ehkä tästä syystä ohjeistamiseen ja niiden ymmärtämiseen tulisi kiinnittää enemmän huomioita. Kotihoitoon liittyvää ohjausta ei juuri ilmaantunut. Potilaiden hoitojaksot jatkuivat tutkimuksen yli, ja harva potilaista kotiutui, jolloin kotihoito-ohjeille ei ollut tarvetta.

Potilaan omia näkemyksiä oli kirjattu melko hyvin. Näin oli myös aiemmissa tutkimuksissa aiheeseen liittyen. Eniten potilaan omia näkemyksiä oli kirjattu liittyen hoidon tarpeeseen ja sen arviointiin, kun taas kevään 2009 tutkimuksessa nousivat esille potilaan omat näkemykset hoidon tarpeesta ja sen toteutuksesta. Tulkintavirheet voivat osaltaan vaikuttaa tulosten poikkeavuuteen. Kevään 2009 tutkimuksessa oli laskettu esimerkiksi potilaan lääkepyynnöt sekä potilaan omiin näkemyksiin hoidon tarpeesta että potilaan omiin näkemyksiin hoidon toteutuksesta. Tässä tutkimuksessa lääkepyynnöt laskettiin vain potilaan omiin näkemyksiin hoitokeinoista.

Kevään 2009 tutkimuksessa arvioivaa kirjaamista päivittäin tapahtui 75 %:ssa hoitokertomuksista, kun taas meidän tutkimuksessamme sitä ei tapahtunut juuri ollenkaan. Hoitosuunnitelmat rajaavat hoidon toteutusta, jolloin kirjaaminen on nykyään suppeampaa. Rakenteisen kirjaamisen myötä luovuus jää pois ja kirjaaminen muuttuu pelkistetyksi (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 49–52), jo-

ten arvioiva kirjaaminen saattaa näin ollen jäädä vähäiseksi. Tätä ei kuitenkaan tulisi hyväksyä, vaan hoitohenkilökuntaa tulisi kannustaa vapaan tekstikohdan käyttöön ja siinä tuoda esiin kuvailevaa tietoa potilaista.

Omaisten osallistuminen hoitoon on tärkeä osa psykiatrisen potilaan hoitotyötä ja siitä on tärkeä kirjata. Omaisista kirjaaminen liittyy potilaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Hopia ym. 2007, 98–99.) Tutkimuksessamme 65 %:lla potilaista oli kirjattu omaisten osallistumisesta hoitoon. Tulokset ovat melko samanlaiset myös aiemmassa tutkimuksessa, jolloin omaisten osallistuminen oli kirjattu 70 %:lla potilaista, vaikkakin siinä tutkimuksessa he eivät pitäneet omaisten vierailuja osallistumisena potilaan hoitoon. Omaisten antama tieto on hoitavalle yksikölle tärkeää. Tutkimuksessa ilmeni, että vain kuuden potilaan kohdalla (15 %) omainen oli antanut tietoja potilasta koskien. Keväällä 2009 tehdyssä tutkimuksessa omaiset olivat antaneet tietoja ahkerammin, jopa joka toisen potilaan kohdalla. Selitystä tälle on vaikea löytää, joko asiasta on kirjattu huonommin tai omaiset ovat antaneet tietoja potilasta koskien vähemmän.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää niin psykiatrisilla kuin vanhusten pitkäaikaissairaanhoidon osastoilla kirjaamisen laadun parantamiseen, ja näin ollen potilaiden turvallisempaan hoitoon. Koska rakenteinen kirjaaminen on vielä hyvin uutta Turun sosiaali- ja terveystoimessa, jatkotutkimukset tulevat tarpeeseen.

LÄHTEET

Ala-Hiiro, T. & Pitkänen, S. 2009. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen kansallinen struktuuri on merkittävin hoitotyön kehittämishanke hoitajan työssä. Sairaalaviesti 2/2009, 19-21.

Dahm, M. & Wadensten, B. 2008. Nurses' experiences of and opinions about standardised care plans in electronic health records. Journal of clinical nursing Vol. 17 No. 16/2008, 2137-2145. Viitattu 17.3.2010 <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&hid=101&sid=0eeb25b8-553e-48828e1d3634851cbb6f%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010006316>.

Depla, M.; Pols, J.; de Lange, J.; Smits, C.; de Graaf, R. & Heeren, T. 2003. Integrating mental health care into residential homes for the elderly: An analysis of six Dutch programs for older people with severe and persistent mental illness. Journal of the American Geriatrics Society Vol. 51 No. 9/2003, 1275-1279.

Ensio, A. 2007. Hoitotyön systemaattinen, rakenteinen kirjaamismalli. Kuopion yliopisto. Viitattu 6.10.2009 <http://www.kirke.fi/AE09.pdf>.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otava.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Kuopio: Kuopion yliopisto. Viitattu 15.9.2009 <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2008/3161.pdf>.

Heikkinen, A. & Tiri, H. 1999. Potilaan eristäminen psykiatrisella osastolla. Tutkiva hoitotyö Vol. 2 No. 2/2004, 16-21.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Hopia, H.; Schildt, T. & Hovikoski, K. 2007. Perhe hoitotyön kirjaamisessa. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus, 97–110.

Isohanni, M. (toim.) 1989. Ikääntyminen ja vanhusten hoitoyhteisö. Porvoo: WSOY.

Koponen, H. 2002. Vanhusten mielenterveysongelmien varhainen toteaminen ja hoito. Suomen Lääkärilehti 48/2002, 4925-4927. Viitattu 12.10.2009 <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2002/SLL482002-4925.pdf>.

Kuokka, P. 2008. Masentuneen vanhuksen hoito. Viitattu 7.3.2010 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=masennus.

Laitinen-Junkkari, P.; Isola, A.; Rissanen, S. & Hirvonen, R. 1999. Moninainen vanhustenhoitotyö. Porvoo: WSOY.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 1.7.2007/159.

Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. 3., uudistettu painos. Juva: WSOY.

Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. 1., painos. Vantaa: WSOY.

Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 15.9.2009 <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5683-1.pdf>.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus, 35-40.

Mäkinen, B. & Routasalo, P. 2003. Sairaanhoidaja ja iäkkään potilaan omainen. Tutkiva Hoitotyö Vol. 1 No. 2/2003, 16-21.

Sainola-Rodriguez, K. & Ikonen, H. 2007. Luokitusten luovuus – kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus, 41–56.

Sarajärvi, A. 2002. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 13.3.2010 <http://herkules oulu.fi/isbn9514266749/html/x283.html>.

Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Kansallinen sähköinen potilastietojen arkistopalvelu. Viitattu 4.10.2009 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3866.pdf&title=Kansallinen_sahkoinen_potilastietojen_arkistopalvelu__Toiminnallinen_vaatimus_mairittely_fi.pdf.

Stokke, T. & Kalfoss, M. Structure and content in Norwegian nursing care documentation. Scandinavian journal of caring sciences. Vol. 13 No. 1/1999, 18-25.

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelututkimus potilaiden kokemuksia. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavissa myös <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01546.pdf>.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2008. Skitsofrenia. Käypä hoito suositus. Viitattu 16.2.2010 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050#s2>.

Tantt, K. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli ja sen kansallinen käyttöönotto. Viitattu 15.9.2009 www.vsshp.fi/fi/dokumentit/15157/hoitotyön-systemaattinen-kirjaaminen-ja-sen-kayttoonotto.pdf.

Tantt, K. & Ora-Hyytiäinen, E. 2008. Systemaattinen kirjaamismalli haltuun. Sairaanhoidaja 11/2008, 23-24.

Tantt, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. Hoitotyön kirjaaminen – Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus, 113-122.

Tilvis, R.; Hervonen, A.; Jäntti, P.; Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) 2001. Geriatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tiri, H. 2000. Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Hoitotiede Vol. 13 No. 2/2001, 87–98.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 206–214.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke – loppuraportti osa 1. Viitattu 15.9.2009 <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/16562/HoiDok-Loppuraportti-osa-1-090908.pdf>.

LIITE 1 (1/4)

LIITE 1. Sisällönanalyysirunko

1. Toimialue

1. Perusterveydenhuolto
 - a) Sairaanhoitajan 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

2. Yksikön luonne

1. Vuodeosasto
2. Vastaanottotoiminta (esim. terveysasema, poliklinikka, neuvola, hoidon tarpeen arviointi)
3. Avoterveydenhuolto
4. Toimenpideoosasto
5. Muu, mikä?

4. Asiakkaan ikä

5. Asiakkaan sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

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

LIITE 1 (2/4)

2. Jossain määrin
 3. Ei
 4. Hoitosuunnitelmaa ei ole
 5. Päivittäistä kirjausta ei voi olla
11. Tarpeiden / ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?
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
- a) Aktiviteetti
 - b) Erittäminen
 - c) Selviytyminen
 - d) Nesteytys
 - e) Terveyskäyttäytyminen
 - f) Terveyspalveluiden käyttö
 - g) Lääkehoito
 - h) Ravitseminen
 - i) Hengitys
 - j) Kanssakäyminen
 - k) Turvallisuus
 - l) Päivittäiset toiminnot
 - m) Psyykinen tasapaino
 - n) Aistitoiminnot
 - o) Kudoseheys
 - p) Jatkohoito
 - q) Elämäntapa
 - r) Verenkierto
 - s) Aineenvaihdunta
19. Mitä tarpeita / ongelmia, kpl?
- Fyysiset
- Psyykkiset
- Sosiaaliset
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 ja toteutuksessa yhteensä?
26. Kuinka monta tavoitetta on kirjattu muodollisesti oikein, kpl?
1. Konkreettisenä asiakkaan/potilaan voinnin tai käyttäytymisen muutoksena
 2. Täsmällisesti
 3. Aikaraja määritelty
 4. Tavoite vastaa hoidon tarvetta
27. Hoitotyön toiminnot / keinot hoitosuunnitelmassa tai toteutuksessa, kpl
1. Suunniteltujen hoitotyön toimintojen / keinojen määrä
 2. Kuinka moneen tavoitteeseen on kirjattu ainakin yksi hoitotyön keino?
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
 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
 3. Ei
 4. Opetusta / ohjausta ei ole mainittu
35. Asiakkaan / potilaan oma käsitys / näkemys hoidon tarpeesta kirjattu (potilaan pyynnöstä, potilas kertoo)
1. Kyllä
 2. Ei
36. Kuinka monen asian kohdalla?
37. Asiakkaan / potilaan oma käsitys / näkemys 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?

LIITE 1 (4/4)

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 aikaisemmasta terveydentilasta on kirjattu? (Liittyy kysymykseen 7.)**
1. Potilaan lääketieteellinen tila
 2. Potilaan tila hoitotyön näkökulmasta
 3. Molemmat
 4. Ei kumpaakaan
- 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