

Opinnäytetyö (AMK)  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
2011

Sini-Tuulia Reponen & Elina Salonen

# RAKENTEINEN KIRJAAMINEN AIKUISPSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ

– käyttöönoton loppumittaus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Marraskuu 2011 | Sivumäärä 52+8

Sini-Tuulia Reponen & Elina Salonen

# RAKENTEINEN KIRJAAMINEN AIKUISPSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

– käyttöönoton loppumittaus

Tämä tutkimus on osa Turun Sosiaali- ja terveystoimen HoiDok-hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää hoitotyön rakenteista kirjaamista. Hankkeen tavoitteena on käyttöönottaa valtakunnallisesti luotu kirjaamisen perusmalli, jonka avulla voidaan parantaa kirjaamisen ja hoitotyön laatua, sekä parantaa tiedonkulkua hoitoprosessin aikana. Lisäksi mallin avulla saadaan laadukasta tietoa hoitotyön johtamisen perustiedostoon. Rakenteisen kirjaamisen kehittymistä on arvioitu vuosittain opinnäytetöillä. Hankkeen ensimmäinen opinnäytetyö on tehty vuonna 2008. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä psykiatrisessa hoitotyössä toteutuvan rakenteisen kirjaamisen tilan loppumittaus aiempien hankkeen tutkimustuloksia vertaillen.

Tutkimusaineistona olivat 40 potilaan hoitokertomukset, jotka analysoitiin deduktiivista sisällönanalyysiä käyttäen, minkä jälkeen saadut arvot syötettiin SPSS 19.0-tilastointiohjelmaan. Hoitokertomukset olivat Turun Sosiaali- ja Terveystoimen psykiatrian tulosalueen vuodeosastoilta. Potilasaineiston ikäjakauma oli 19–60 vuotta.

Hankkeen aikana rakenteisessa kirjaamisessa on havaittu tapahtuneen kehitystä parempaan suuntaan. Hankkeen aikana huomattiin esimerkiksi hoitosuunnitelman käytön yleistyminen, potilaan hoidon tavoitteiden kirjaamisen lisääntyminen sekä potilaan näkemysten huomioiminen kirjaamisessa oli osittain parantunut. Tämän viimeisimmän tutkimuksen osalta on hahmottunut selkeitä kehittämiskohteita, joista tärkeimpiä olivat hoitosuunnitelman ajan tasalla pitäminen, potilaan hoidon loppuarvioinnin tekeminen sekä täsmällisempi ja potilaslähtöisempi kirjaaminen. Lisäksi havaittiin opetuksen/ohjauksen kirjaamisessa olevan vielä kehitettävää. Näitä kehittämällä kirjaamisesta saataisiin tarkoituksenmukaisempaa ja siten laadukkaampaa. Rakenteisen kirjaamismallin toteutumisesta on syytä tehdä jatkotutkimuksia vasta sitten, kun hoitajat ovat saaneet riittävästi tietoa ja kokemusta sen käytöstä. Tämä hanke on ajoittunut juuri sellaiseen ajankohtaan, kun hoitajat eivät välttämättä ole vielä ehtineet sisäistää täysin uuden kirjaamismallin toteuttamista.

## ASIASANAT:

Rakenteinen kirjaaminen, Psykiatrinen hoitotyö, Hoitosuunnitelma, Hoitotyön prosessi

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Registered nurse

November 2011 | Total number of pages 52+8

Sini-Tuulia Reponen & Elina Salonen

# STRUCTURED DOCUMENTATION IN ADULT PSYCHIATRIC NURSING

- Final measurement of the implementation

This research is part of Turku Municipal Social and Health Department of HoiDok-project, which purpose is to develop the structured documentation of nursing. The aim of the project is to introduce a nationally created basic model of the recording, which can be used to improve the quality of documentation and nursing as well as the communication during the nursing process. In addition, this model gives high-quality information for administrative nursing. The development of the structured documentation has been evaluated annually by bachelor's thesis. The first research part has been done in 2008. The purpose of this study was to make the final measurement in psychiatric nursing based on previous years' studies.

The research material consisted of 40 patient records, which were analyzed using a deductive content method. After this the results were entered into statistics program SPSS 19.0. The patient records were from the psychiatric ward of Turku's Municipal Health Care and Social Services Department.

During the project a good development of the structured recording has been noticed. There was noticed for example that the care plan's use became widely used, patient's goals of care were more recorded and recording of patient's views improved. This last study has led to highlighting clear development targets, like for example updating the care plan, carrying out patient's final evaluation and generally recording more specifically and patient-focused. In addition was noticed that there were need to develop recording of the teaching/guidance. By developing these details the structured documentation would be more appropriate and thus it would also have a higher quality. Further researches about the structured documentation should take place only after the nurses have got sufficient information about it. This project happened in a phase when the nurses have not maybe yet totally internalized the new recording model.

## KEYWORDS:

Structural documentation, Psychiatric nursing, Care plan, Nursing process

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN</b>	<b>7</b>
2.1 Kirjaamisen kehittyminen	7
2.2 Rakenteinen kirjaaminen	8
2.3 Rakenteisen kirjaamisen tuomat haasteet	11
2.4 Kirjaamiseen liittyvät säädökset	12
<b>3 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ</b>	<b>13</b>
3.1 Psykiatrisen hoitotyön luonne	13
3.1.1 Mielenterveys	13
3.1.2 Psykiatrinen hoitotyö	15
3.2 Psykiatrisen hoitotyön kirjaaminen	17
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA</b>	<b>18</b>
<b>5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS</b>	<b>18</b>
5.1 Aineiston hankkiminen	18
5.2 Aineiston käsittely ja analysointi	19
<b>6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>20</b>
6.1 Eettisyys	20
6.2 Luotettavuus	21
<b>7 TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>22</b>
7.1 Tarpeiden kirjaaminen	24
7.2 Tavoitteiden kirjaaminen	28
7.3 Hoitotyön keinojen kirjaaminen	30
7.4 Opetuksen ja ohjauksen kirjaaminen	31
7.5 Potilaan omien näkemysten kirjaaminen	33
7.5.1 Hoidon tarpeen kirjaaminen	33
7.5.2 Hoidon tavoitteen kirjaaminen	34
7.5.3 Hoitokeinojen kirjaaminen	35

7.5.4 Hoidon toteutuksen kirjaaminen	36
7.5.5 Hoidon arvioinnin kirjaaminen	37
7.6 Omaisten hoitoon osallistumisen kirjaaminen	38
7.7 Arvioinnin kirjaaminen	39
<b>8 YHTEENVETO</b>	<b>40</b>
8.1 Johtopäätökset	40
8.2 Kehittämiskohteet	46
<b>LÄHTEET</b>	<b>50</b>

## **LIITTEET**

Liite 1. Sisällönanalyysirunko

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Vuonna 2011 (n=40) tarpeiden sisällöt hoitosuunnitelmassa.	26
Kuvio 2. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä.	29

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Tulotilanteessa on kuvattu potilaan aiempi terveydentila.	24
Taulukko 2. Potilaalla hoitosuunnitelma.	24
Taulukko 3. Tarpeiden jakautuminen.	27
Taulukko 4. Tavoitteiden kirjaaminen.	30
Taulukko 5. Opetus-/ohjauskertojen kirjaaminen.	31
Taulukko 6. Potilas on kirjausten mukaan saanut opetusta/ohjausta ainakin kerran.	32
Taulukko 7. Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta on kirjattu ainakin kerran.	34
Taulukko 8. Potilaan oma näkemys hoidon tavoitteista on kirjattu ainakin kerran.	35
Taulukko 9. Potilaan oma näkemys hoitokeinoista on kirjattu ainakin kerran.	36
Taulukko 10. Potilaan oma näkemys hoidon toteutuksesta on kirjattu ainakin kerran.	37
Taulukko 11. Potilaan oma näkemys hoidon arvioinnista on kirjattu ainakin kerran.	38

# 1 JOHDANTO

Sähköisesti toteutettua rakenteista kirjaamista on tärkeä tutkia ja kehittää, jotta hoidon kirjaamisesta tulisi mahdollisimman laadukasta ja yhtenäistä eri ammattiryhmien kesken. Kehittämisen myötä tiedonsaanti ja -kulku paranevat eri hoitotahojen välillä, sekä päällekkäin kirjaamisen riski pienentyisi. Rakenteisen kirjaamisen avulla saadaan potilaan hoidon jatkuvuus turvattua, koska potilaasta kirjattu tieto on reaaliaikaista ja yhtenäistä ja siten tiedonkäsittely helpompaa. (Saranto ym. 2008, 96–100, 112–115, 128–131.)

Opinnäytetyön aihe on osa Turun Sosiaali- ja terveystoimessa (SoTe) vuosina 2008–2011 toteutettavaa HoiDok-hanketta. Hankkeen tavoitteena on ottaa käyttöön valtakunnallisesti luotu kirjaamisen perusmalli. Hankkeen tarkoituksena on parantaa kirjaamisen ja hoitotyön laatua, parantaa tiedonkulkua hoitoprosessin aikana, sekä saada laadukasta tietoa hoitotyön johtamisen perustiedostoon.

Kirjaamisen tilasta on tehty alkukartoitus vuonna 2008 ja sen jälkeen siitä on tehty vuosittain uudelleenarviointi. Hanke päättyy tänä vuonna loppumittaukseen. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on toteuttaa kirjaamisen tilan loppumittaus psykiatrisessa hoitotyössä Turun Sosiaali- ja terveystoimessa. Tutkimuksen avulla saadaan kuva siitä, miten rakenteinen kirjaaminen on vuosien aikana kehittynyt ja mitä puutteita siinä mahdollisesti vielä on. Tässä tutkimuksessa aineisto koostuu 40 hoitokertomuksesta, jotka analysoidaan deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Psykiatrisessa hoitotyössä kirjaaminen on pääsääntöisesti kerronnallista ja yksityiskohtaisesti kuvailevaa. Psykiatrisessa hoitotyössä rakenteinen kirjaaminen luo hoitajille uudenlaisen haasteen, koska siinä käsitteet eivät aina ole yksiselitteisiä. Rakenteisen kirjaamisen on kuitenkin todettu parantavan psykiatrisen hoidon laatua, koska se tuo hoitokertomusten tiedot selkeästi ja systemaattisesti esille. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 41–42.)

## 2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Potilasasiakirja on kattava tiedosto, joka sisältää potilaan kaikki hoidon järjestämisessä ja toteutumisessa käytettävät asiakirjat. Potilasasiakirja sisältää potilaan terveydentilaan liittyvät merkinnät ja henkilökohtaiset tiedot. Potilaskertomus puolestaan kattaa tiedot potilaan avohoito- ja kotihoitokäynneistä sekä osastohoitojaksoista. Niistä koostuu aikajärjestyksessä etenevä asiakirja. Hoitokertomus on yksi osa potilaskertomusta, johon eri ammattiryhmien henkilöt tekevät hoitoon liittyviä kirjauksia; suunnittelua, toteutusta, seurantaa sekä arviointia tietystä hoitojaksosta. (Saranto ym. 2007, 12–13, 76–77.)

### 2.1 Kirjaamisen kehittyminen

Perinteisestä kirjaamisesta eli kynällä tai kirjoituskoneella tehtävästä hoitokertomusten dokumentoinnista on luovuttu, koska se ei ole enää tarkoituksenmukaista, eikä vastaa enää nykypäivän palvelujärjestelmän tarpeita. Nykyään kirjaaminen tapahtuu elektronisesti eli potilaskertomukset kirjataan tietokoneelle. Ensimmäinen elektroninen potilaskertomus on otettu käyttöön Suomessa vuonna 1982 Varkauden terveyskeskuksessa. Tämän jälkeen järjestelmää on kehitetty ja käyttöön on otettu useita eri käyttöjärjestelmiä. Elektroninen dokumentointi parantaa potilaiden hoidon laatua sekä potilastietojen turvallisuutta. Lisäksi potilaiden terveydentilasta saadaan ajankohtaista tietoa riippumatta siitä, missä hoito tai tutkimus tapahtuu. Sen avulla voidaan myös ottaa käyttöön kustannustehokkaampia toimintamalleja. (Ahlstedt ym. 2005, 51–53; Saranto ym. 2007, 97–98.)

Hoitotyön kirjaamista on tutkittu paljon kansainvälisesti. Elektronisen kirjaamisen etuja ja haittapuolia on tutkittu esimerkiksi Yhdysvalloissa. Tutkimuksessa todettiin, että enemmistö hoitajista ottaa kannettavan

tietokoneen mukaan potilashuoneeseen, mikä tukee ajatusta, että kirjaaminen on helppoa ja kätevää tietojen ollessa heti saatavilla. Toisaalta suuri osa hoitajista kertoi tietokoneiden hitauden ja koneelle sisäänkirjautumisen vievän turhaa aikaa, mikä taas oli potilasajasta pois. Toisaalta tekstien muokkaaminen jälkikäteen kävi kätevästi, eikä käsin tehtävää kirjaamista juuri tarvinnut enää tehdä. Ne, joilla oli vähän kokemusta tietokoneista, kokivat elektronisen kirjaamisen haasteena ja hidastavana tekijänä hoitotyössä. (Whittaker, Aufdenkamp & Tinley 2009, 293–300.)

Kirjaamista on tutkittu Ruotsissa, jossa tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida elektronista hoitotyön kirjaamista terveyskeskuksessa. Tutkimus osoitti, että hoitajista elektroninen kirjaaminen tarjosi potilaille korkeatasoisempaa turvallisuutta ja lisäsi raporttien laatua hoitajien keskuudessa. Lisäksi hoitajista tuntui, että heidän oli helpompi hahmottaa, mitä pitää kirjata. (Törnvall, Wilhelmsson & Wahren 2004, 310–317.)

Elektronisen kirjaamisen haittapuolten tiedostaminen on tärkeää, jotta kirjaamista voidaan kehittää ja siten saada siitä toimiva kokonaisuus. Hoitajien asennoituminen elektroniseen kirjaamiseen riippui paljon siitä, kuinka hyvin hoitaja itse kykeni käsittelemään kirjaamiseen liittyviä hidasteita. (Whittaker, Aufdenkamp & Tinley 2009, 293–300.)

## 2.2 Rakenteinen kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisessa käytetään kansallisesti määritellyjä hoitotyön ydintietoja, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Ydintiedot antavat kokonaiskuvan potilaan terveys- ja sairaushistoriasta ja siihen liittyvistä hoidoista ja ohjauksista. Ydintiedot ovat siirrettävissä tietojärjestelmästä toiseen, jolloin tiedonkulku helpottuu ja nopeutuu. (Saranto ym. 2007, 104; Opas Fincc – luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa 2008, 4.)

Rakenteisten potilaskertomusjärjestelmien hoidollisissa päätöksenteoissa käytetään prosessimallin mukaista toimintaa. Hoidollinen



päätöksentekoprosessi jakautuu neljään eri vaiheeseen. Ensimmäiseksi arvioidaan hoidon tarve tietojen analysoinnin ja tietojen keruun avulla. Seuraavana vaiheena on hoidon suunnitelman laatiminen, jossa määritellään muun muassa hoidon tavoitteet ja toimintojen valinta. (Saranto ym. 2008, 76–78.) Hoitotyön tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä eli ne tulee kirjata potilaan näkökulmasta. (Kärkkäinen & Eriksson 2004, 234–235; Karlsen 2007, 575). Esimerkiksi ”ahdistuneisuuden lieventyminen” on potilaslähtöistä kirjaamista, toisin kuin ”ahdistuneisuuden lievittäminen” on kirjattu hoitajan näkökulmasta eli väärin. Potilaalle asetettujen tavoitteiden perusteella valitaan hoitotyön toiminnot. Kolmantena prosessivaiheena on itse hoitotyön toteuttaminen. Hoitotyön toteuttaminen tarkoittaa potilaan puolesta tekemistä, tukemista, ohjausta, voinnin ja tuntemusten seuraamista sekä itse hoitotoimenpiteiden tekemistä (Iivanainen & Syväoja 2009, 653). Lopuksi arvioidaan toteutunutta hoitotyötä ja onko asetettuihin tavoitteisiin päästy. Arvioinnissa tulee huomioida myös potilaan oma arviointi voinnistaan. Päivittäinen arviointi tukee potilaalle tehtyä hoitosuunnitelmaa ja siinä samassa voidaan havaita päivitystä tarvitsevia kohtia hoitosuunnitelmassa. (Saranto ym. 2007, 77–79.)

Hoidon lopussa on myös tärkeää tehdä potilaan tilasta loppuarviointi, jotta nähdään, onko hoito ollut riittävää. Loppuarviointi tulee kirjata huolellisesti, jotta siitä saa selkeän ja tiiviin kuvan potilaan sen hetkisestä tilasta. Kokonaisuudessaan huolellisesti tehty hoitosuunnitelma helpottaa hoitajien päivittäistä kirjaamista, koska siitä on helposti nähtävissä potilaan tilanteesta kokonaiskuva. Lisäksi huolellisesti tehty hoitosuunnitelma säästää aikaa ja turvaa potilaan hoidon jatkuvuuden. (Saranto ym. 2007, 76–79, 114.)

Hoitoprosessin eri vaiheet kirjataan rakenteisesti käyttämällä suomalaista Finnish Care Classification-luokitusta (FinCC). FinCC-luokitus muodostuu tarveluokituksesta (SHTaL), toimintoluokituksesta (SHToL) sekä hoidon tuloksen tilan luokituksesta (SHTuL). (Opas Fincc – luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa 2008, 4.) Luokitus pohjainen kirjaaminen edellyttää aina elektronista hoitokertomusta. Luokitusten avulla

pyritään käsitteellisesti selkeämpään kirjaamiseen, ja tämän avulla turvataan myös potilaan hoidon jatkuvuus. (Ensio & Saranto 2004, 44–46.)

Toiminto- ja tarveluokitukset koostuvat 19 samannimisestä komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta, jotka kuvaavat potilaan terveydentilaa, toimintakykyä, selviytymistä ja käyttäytymistä. Esimerkiksi komponentteja ovat kudoseheys, psyykinen tasapaino, aktiviteetti ja jatkohoito. Hoidon tilan luokitusta arvioidaan kolmella eri tavalla: ennallaan, parantunut tai heikentynyt. (Opas Fincc – luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa 2008, 3-4,6.) Komponentit muodostavat luokituksen ylimmän tason, jonka alle ryhmitellään potilaan hoitoon liittyviä diagnooseja ja toimintoja. Luokitus tukee hoitotyön prosessia, johon kuuluu hoitotyön tarpeen arviointi, diagnoosien määrittely, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteutus sekä sen arviointi. Komponenttien alla on pää- ja alaluokkia, ja varsinainen hoitotyön toiminnon kirjaaminen tapahtuu alaluokan alle. (Ensio & Saranto 2004, 46–47.) Esimerkiksi jos potilaalta halutaan seurata happikyllästyneisyyttä, valitaan komponentiksi ”hengitys.” Pääluokaksi valitaan ”hengityksen seuranta” ja vielä tämän alle tulee valita alaluokka ”happisaturaation seuranta”. Tähän alaluokan alle hoitajan tulee kirjata saatu happisaturaatioarvo. Jokaisen potilaan kohdalla valitaan yksitellen luokat hoitotyön prosessimallin mukaisesti. (Opas Fincc – luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa 2008, 9.)

Eri tutkimuksissa on todettu rakenteisen kirjaamisen lisäävän hoitajien kykyä tarjota potilaille tasa-arvoista ja korkealaatuista hoitoa sekä kehittävän raporttien laatua hoitajien keskuudessa (Björvell ym. 2003, 407–409; Kärkkäinen & Eriksson 2004, 229; Törnvall ym. 2004, 310–317; Fogelberg Dahm & Wadensten 2008, 2137–2144; Vainiomäki ym. 2008, 117). Kun rakenteista kirjaamismallia osataan hyödyntää ja toteuttaa oikein, se on aikaa säästävää ja näin hoitajilla on enemmän aikaa potilaille. Hoitotyön kirjaukset ovat erinomaisia tutkimuslähteitä ja niitä voidaan hyödyntää muun muassa koulutusmateriaalina hoidon kehittämisessä. (Kinnunen & Saranto 2009, 473;

Kaunonen ym. 2010, 489.) On todettu, että pitkällä aikavälillä toteutettu kehittämistyö parantaa kirjaamisen määrää ja laatua (Björvell ym. 2002, 39–40).

### 2.3 Rakenteisen kirjaamisen tuomat haasteet

Tutkimukset ovat osoittaneet kirjaamisen laadun kehittyneen: kirjaamisesta on tullut johdonmukaisempaa, systemaattisempaa ja tarkoituksenmukaisempaa. Rakenteisessa kirjaamismallissa on havaittu olevan myös erilaisia haittapuolia, esimerkiksi tarpeeton kirjaaminen ja kirjaamiseen käytetyn ajan lisääntyminen. Kirjaamisessa käytettävien luokitusten käyttö ei aina ole yhtenäistä hoitajien keskuudessa, mikä heikentää kirjausten laatua. (Björvell ym. 2003, 407–409; Kärkkäinen & Eriksson 2004, 229; Törnvall ym. 2004, 310–317.)

Rakenteinen kirjaaminen lisää hoitajille haasteita. Kirjatessaan hoitajien tulee miettiä enemmän toteuttamaansa hoitotyötä, jotta kirjaamisesta ei tulisi liian pinnallista ja rutiininomaista. (Björvell ym. 2003, 402; Eriksson & Kärkkäinen 2005, 207; Karlsen 2007, 575.) Esimerkiksi Karlsenin (2007, 575) tekemässä tutkimuksessa todettiin, että hoitajat ajattelevat liian teoreettisesti laatiessaan potilaan tavoitteita. Tällöin on riski, että hoitosuunnitelmasta tulee epämääräinen, eivätkä laaditut tavoitteet vastaa hoidon tarpeita (Karlsen, 2007, 575).

Hoitajan tulee osata kirjata potilaslähtöisesti ja huomioida kirjauksissaan potilaan ääni (Kärkkäinen 2007, 92). Potilaalla on oikeus tulla omassa hoidossaan kuulluksi, joten kirjauksissa tulee ilmetä potilaan esiin tuomat näkemykset ja tarpeet. (Karlsen 2007, 576; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.) On todettu, että potilaiden yksilölliset tarpeet jäävät herkemmin huomioimatta rakenteista kirjaamismallia toteuttamalla (Kärkkäinen & Eriksson 2005, 206–207; Fogelberg Dahm & Wadensten 2008, 2137–2144).

Omaiset ovat potilaalle usein tärkeä voimavara ja vaikuttavat osaltaan merkittävästi potilaan hyvinvointiin, joten heidän huomioiminen hoidossa on tärkeää. Hoitajan tulee kirjata kaikki omaisten antamat tiedot huolellisesti, koska

niillä voi olla potilaan hoidon kannalta suuri merkitys. (Ensio & Saranto 2007, 99–101, 107–108.) Myös potilasasiakirjoja koskevassa asetuksessa määrätään kirjattavan kaikista henkilöistä, jotka osallistuvat potilaan hoitoon (STM-asetus, 298/2009). Missään ei kuitenkaan määritellä miten omaisten osallistumisesta tulee käytännössä kirjata, joten hoitajan tulee itse osata määrittää riittävän tiedon kirjaaminen (Ensio & Saranto 2007, 99–101). Omaisten antamien tietojen kirjaamisen on todettu olevan puutteellista. Tutkimuksessa selvisi, että puutteellisen kirjaamisen syynä oli hoitajien kielteinen asennoituminen omaisia kohtaan, ei niinkään hoitajien tiedon ja taidon puute kirjaamisessa. (Hopia ym. 2007, 107–108.) Omaisten antamien tietojen kirjaamisen on todettu parantavan hoitotyön laatua, joten hoitajien tulisi keskittyä siihen erityisesti (Kinnunen & Saranto 2009, 474; Kaunonen ym. 2010, 494–495).

Puutteellisen ja epätarkan kirjaamisen on todettu vaarantavan potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta, sekä heikentävän potilaan hyvinvointia (Kinnunen & Saranto 2009, 473). Huolellisesti toteutettu kirjaaminen on hoitajan turva, koska ongelmatilanteissa hoitaja voi vedota tehtyihin kirjauksiin ja todistaa toteutuneen hoitotyön. Oikeus katsoo ongelmatilanteissa, että mitä ei ole kirjattu, ei ole myöskään tehty. (Eriksson & Kärkkäinen, 2005. 203.) Hoitajien motivaation ja itseluottamuksen puute tekemäänsä työtä kohtaan on todettu huonontavan kirjaamisen laatua. Myös opetuksen ja tuen puute voivat vaikuttaa heikentävästi rakenteisen kirjaamismallin toteutumiseen. (Cheevakasemsook ym. 2006, 396–371.)

## 2.4 Kirjaamiseen liittyvät säädökset

Valvira eli Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto ohjaa ja valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden toimintaa. Valviran toiminnan tarkoituksena on varmistaa potilasturvallisuuden, palvelujen laadun ja oikeusturvan toteutuminen terveydenhuollossa. (Valvira 2009.)

Rakenteisessa kirjaamisessa luodaan, täydennetään ja muutellaan potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjoissa on kaikki henkilökohtaiset tiedot

potilaasta, sisältäen myös tarkat tiedot potilaan hoidoista ja hänen terveydentilastaan. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt eri lakien nojalla potilasasiakirjoista tarkan asetuksen niiden laatimisesta ja säilyttämisestä. Asetuksessa määritellään, miten merkintöjä tulee tehdä ja mitä tietoja potilaasta tulee kirjata. Lisäksi siinä määritellään, miten tietoja muokataan jälkikäteen, sekä mitä jokaisesta osasto- tai laitoshoidosta tulee kirjata loppulausuntoon. (STM-asetus, 298/2009.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa potilasasiakirjoja käsittelevässä asetuksessa määritellään, ketkä saavat käsitellä potilasasiakirjoja ja tehdä niihin merkintöjä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Asetuksen mukaan ”potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevassa laissa sanotaan, että asiakastietojen sähköisen käsittelyn on toteuduttava siten, että se turvaa tietojen saatavuuden ja käytettävyyden. Lisäksi asiakastietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko niiden säilytysajan. Potilastietoja saa luovuttaa ainoastaan toiselle terveydenhuollon palvelujen antajalle, mikäli potilaan terveyden- ja sairaanhoidon järjestäminen ja toteuttaminen sen vaativat. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.)

## **3 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ**

### **3.1 Psykiatrisen hoitotyön luonne**

#### **3.1.1 Mielenterveys**

Mielenterveyttä pidetään ihmisen hyvinvoinnin voimavarana ja perustana. Mielenterveys on osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvää elämää.

Mielenterveyttä määrittävät neljä eri tekijää: yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot. (Noppi ym. 2007, 18–19; Kuhanen ym. 2010 16–19.)

Yksilölliset tekijät, jotka vaikuttavat ihmisen mielenterveyteen, luetaan muun muassa minäkäsitys, itsensä hyväksyminen, selviytymis- ja stressinhallintataidot sekä biologiset tekijät eli perimä ja sukupuoli. Näillä on vaikutusta siihen, miten jokainen ihminen määrittelee oman mielenterveytensä. (Noppi ym. 2007, 20–21; Kuhanen ym. 2010, 19–20.) Vuorovaikutuksella ja sosiaalisella tuella on taas tärkeä vaikutus siihen, mihin ihmisen mielenterveys tulee kehittymään. Vuorovaikutus luodaan jo varhain lapsena esimerkiksi vanhempiin. Varhaisen vuorovaikutuksen on todettu luovan hyvän pohjan itsetunnolle, minäkuvalle ja empaattisille taidoille. Myös kaikki muu, kuten koulu, työ, yhteisö ja ympäristö vaikuttavat ihmisen mielenterveyteen ja siihen, miten ihminen kokee oman mielenterveytensä. (Kuhanen ym. 2010, 21.)

Ihmisen mielenterveyteen vaikuttavat yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit. Näitä ovat taloudelliset seikat kuten asumis- ja elinolosuhteet sekä koulutukselliset resurssit ja työ. Esimerkiksi työttömyyden ja huonosti koetun taloudellisen tilanteen on todettu usein vaikuttavan ihmisen mielenterveyteen horjuttamalla sitä. (Kuhanen ym. 2010, 21.) Mielenterveyshäiriöt ovatkin suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava syy Suomessa (Lepola ym. 2008, 7). Myös kulttuuriset arvot vaikuttavat ihmisen mielenterveyteen ja ne ovat vahvasti sidoksissa yhteiskunnallisiin tekijöihin. Kulttuuriset arvot ovat ehkä eniten vuosien saatossa muuttuneet. Aikoinaan mielenterveysongelmat leimasivat vahvasti ihmisiä yhteiskunnassa ja hoito toteutettiin pakkokeinoin vankilamaisissa laitoksissa. Nykyään ihmisoikeuden ja tasa-arvon noustessa vahvasti esille eri yhteiskunnissa, mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset hyväksytään paremmin eri kulttuureissa, eikä niin suurta sosiaalista syrjintää pääse tapahtumaan. Myös se, että mielenterveydestä ja sen tuomista ongelmista voidaan nykypäivänä avoimemmin keskustella eri kulttuureissa auttaa ihmisiä ymmärtämään mielenterveyden ongelmista kärsiviä ihmisiä paremmin. (Noppi ym. 2007, 27–29; Kuhanen ym. 2010, 21.) Herrammin

(2001, 709) tekemässä tutkimuksessakin on todettu, että ihmisten ymmärtäessä paremmin mielenterveysongelmien hoidettavuuden, voidaan sillä rohkaista mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä hakeutumaan ja pääsemään nopeammin hoitoon. Tämän on todettu myös parantavan hoidon tuloksia ja vähentämällä samalla potilaiden leimatuksi ja syrjityksi tuleamista. Vielä nykypäivänkin mielenterveysongelmien on todettu olevan alidiagnosoituja ja -hoidettuja. Ongelmat alkavat jo varhain, uusiutuvat herkästi ja ovat hoidoiltaan pitkäkestoisia ja usein aika moniongelmaisiakin. (Lepola ym. 2008, 7.)

### 3.1.2 Psykiatrinen hoitotyö

Mielenterveystyö jaetaan kahteen alueeseen: mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveysongelmien hoitoon. Mielenterveystyön tärkeimmät tehtävät ovat ihmisten hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisääminen sekä persoonallisen kasvun edistäminen. Myös mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäiseminen, parantaminen ja oireiden lievittäminen ovat tärkeitä osa-alueita mielenterveyshoitotyössä. (Kuhanen ym. 2010, 25.) Mielenterveyspotilaan hoidossa käytettäviä hoitomuotoja ovat esimerkiksi omahoitajakeskustelut, hoitokokoukset, erilaiset terapiaryhmät ja lääkehoito. Mielenterveystyötä toteutetaan moniammatillisissa tiimeissä yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa, joihin kuuluvat muun muassa psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja, lähihoitaja, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Lisäksi potilaan lähiomaiset on myös tärkeää ottaa huomioon hoidon toteutuksessa, koska omaiset ovat usein potilaan tärkeä voimavara ja tuki. (Hietaharju & Nuutila 2010, 16–17, 102–103.)

Mielenterveyshäiriöitä ja -sairauksia hoidetaan joko psykiatrisessa sairaalassa (avo-, kuntoutus- ja suljetulla osastolla) tai psykiatrisen poliklinikoilla eli avohoidossa. Molemmat hoitomuodot kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin. Psykiatrista hoitoa pyritään yhä enemmän keskittämään avohoidon puolelle. Samalla vähennetään jatkuvasti psykiatrisia sairaalahoitopaikkoja, vaikka hoitopaikoista on pulaa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 22–23.)

Psykiatrinen hoitotyö poikkeaa somaattisesta hoidosta monella tapaa, mutta yksi ehkä merkittävimmistä eroista on, että potilas voidaan määrätä hoitoon vasten omaa tahtoaan. Mielenterveyslakiin perustuen ihminen voidaan ottaa tahdosta riippumatta psykiatriseen hoitoon, mikäli hän on mieleltään niin sairas, että ilman hoitoa se pahentaisi hänen tilaansa entisestään tai vaarantaisi merkittävästi hänen omaa terveyttään ja turvallisuuttaan. Vastentahtoiseen hoitoon voi joutua myös, jos henkilö vaarantaa muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta, tai jos on todettu, että mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu kyseisen henkilön hoitoon ja ovat hänelle riittämättömiä. Laki velvoittaa myös kirjaamaan hoitokertomukseen tarkasti kaikki asiat, mitkä liittyvät potilaan vastentahtoiseen hoitoon. (Mielenterveyslaki 11.12.2009/1066.)

Hoitajan työ mielenterveyspotilaan hoidossa on itsenäistä ja vastuullista. Hoito tulee toteuttaa potilaslähtöisesti eli potilaan mielipiteet ja osallistuminen tulee huomioida. (Kuhanen ym. 2010, 30–31.) Psykiatrisessa hoitotyössä opetus-ohjaustilanteet ovat erityisen tärkeitä, koska niiden avulla voidaan muun muassa edistää potilaan terveyttä ja toimintakykyä sekä parantaa hoitoon sitoutumista ja itsenäistä päätöksentekoa (Kyngäs & Hentinen 2009, 168: Kuhanen ym. 2010, 160–161). Hoitajan täytyy kyetä olemaan aidosti kiinnostunut potilaasta, eikä vain hänen ongelmistaan. Hoitajan edellytetään olevan samalla sekä asiantuntija, että ihminen. Mielenterveyshoitotyössä potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö, vuorovaikutus ja luottamus ovat ensiarvoisen tärkeitä asioita, koska hoitaja vastaa potilaan koko hoitoprosessista. Mielenterveystyössä potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö onkin kaiken lähtökohta hoidon onnistumisen kannalta. (Kuhanen ym. 2010, 30–31.) Psykiatrisessa hoitotyössä tähän pyritäänkin esimerkiksi nimeämällä potilaalle yksi tai useampi omahoitaja. Potilas käy omahoitajan kanssa omahoitajakeskusteluja, joissa keskustellaan potilaan vahvuuksista, myönteisistä puolista sekä kartoitetaan potilaan tilannetta. Omahoitajakeskustelut ovat samalla tärkeitä opetus-/ohjaustilanteita. (Kuhanen ym. 2010, 158–159). Potilaan onnistuneen hoidon tärkeänä kulmakivenä on myös hoidon jatkuvuuden turvaaminen, josta hoitajan on kannettava vastuunsa



esimerkiksi kirjaamalla potilaan tilasta huolellisesti. (Hietaharju & Nuutila 2010, 102–103.)

### 3.2 Psykiatrisen hoitotyön kirjaaminen

Psykiatrisen hoitotyön kirjaaminen on tyyliltään narratiivista eli kerronnallista ja yksityiskohtaisesti kuvailevaa. Psykiatriassa hoitotyön käsitteet eivät ole aina yksiselitteisiä, joten kirjauksessa käytettävien luokitusten käyttöä tulee suunnitella, jotta niitä osataan käyttää yhtenäisesti. Potilaan hoitoa on osattu suunnitella huolellisesti, mutta hoitosuunnitelma ei ole kuitenkaan vastannut hoidon päivittäistä toteutusta. Psykiatrisessa hoitotyössä käytössä olevat auttamismenetelmät (esimerkiksi kuuntelu, huolenpito, minän tukeminen, ymmärryksen ja tietoisuuden lisääminen) ovat ongelmallisia ryhmittelyn ja luokittelun vuoksi, koska ne esiintyvät hoitotilanteissa päällekkäisinä ja ne sekoittuvat helposti keskenään. Rakenteinen kirjaaminen tuo kuitenkin psykiatrisen hoitotyön kirjaamiseen selkeyttä ja samalla se vahvistaa työntekijöiden asemaa ja ammattiosaamista. Lisäksi se parantaa hoidon laatua ja potilastietojen saatavuutta. Kirjatessa hoitajan tulee huolellisesti pohtia ja konkretisoida työnsä sisältöä, tavoitteita ja suunniteltuja toimintoja. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 41–43.)

Psykiatrisessa hoitotyössä tulisi menetellä prosessimallin mukaisesti. Sen avulla hoitaja pääsee tutustumaan potilaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen tilanteeseen huomioiden potilaan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet. Hoitosuunnitelman luomiseen on tärkeää ottaa mukaan itse potilas, mutta myös mahdolliset omaiset, koska heiltä voidaan saada potilaan hoidon kannalta olennaista tietoa. Hoitajan on tärkeää nähdä prosessin jokainen vaihe terapeutisena ja potilaan terveyttä edistävänä. (Jones 2004, 396; Hopia ym. 2007, 105, 107–108; Karlsen 2007, 576; Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 42–44.)

Psykiatrisessa hoitotyössä hoidon tulee lähteä potilaan tarpeiden määrittelystä. Potilaan tarpeiden määrittelyn apuna voidaan käyttää esimerkiksi potilaan

toimintakykyä ja hoidon tarvetta arvioivaa GAF-mittaria. GAF-mittarilla arvioidaan numeerisesti nollasta sataan nimenomaan potilaan psykologista, sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä. Arviointiasteikolla arvo 100 kuvaa potilaan parasta mahdollista toimintakykyä ja nolla puolestaan potilaan merkittävästi heikentyntä toimintakykyä. (Caldeott-Hazard & Richard 1995, 1-6.) Hoidon tarpeen pohjalta pystytään määrittelemään potilaalle tavoitteet hänen todellisten mahdollisuuksien ja kykyjen mukaan. Potilaan hoidon kannalta on tärkeää luoda lyhyen ja pidemmän aikavälin tavoitteet. Näiden pohjalta valitaan hoitotyön toiminnot. Koko hoitajakson ajan on tärkeää arvioida potilaan tilaa ja hoidon vaikuttavuutta, jotta mahdollisiin muutoksiin voidaan puuttua. Hoidon päättyessä tulee jokaiselle potilaalle tehdä loppuarviointi. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 43–45.) Hoitoprosessin käyttöönotto mahdollistaa yksilöllisen hoidon psykiatrisessa hoitotyössä (Jones 2005, 396).

## **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on toteuttaa kirjaamisen tilan loppumittaus psykiatrisessa hoitotyössä Turun Sosiaali- ja terveystoimessa.

Tutkimusongelma:

1. Minkälainen on kirjaamisen tila tällä hetkellä psykiatrisessa hoitotyössä ja miten se on kehittynyt hankkeen aikana?

## **5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS**

### **5.1 Aineiston hankkiminen**

Tutkimusaineiston keruu tapahtui systemaattisella satunnaisotannalla eli suuremmasta joukosta valittiin tasavälein 40 potilaan hoitokertomukset opinnäytetyöhön. Otannassa huomioitiin kaikki SoTe:n aikuispsykiatrian osastot. Analysoitavat potilaskirjaukset on tulostettu Pegasos-

käyttöjärjestelmästä 01.02.-31.3.2011 välisenä aikana päättyneistä hoitokertomuksista. Kirjaukset on tulostettu kokonaisuudessaan eli ne alkavat hoidon suunnittelusta ja päättyvät loppuarviointiin.

## 5.2 Aineiston käsittely ja analysointi

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston sisällön kuvaamista systemaattisesti ja objektiivisesti (Sarajärvi & Tuomi. 2009, 103–106). Tutkimusaineistona ovat hoitokertomukset, joita varten oli valmis sisällönanalyysirunko koostuen 43 kysymyksestä. (Liite 1). Kysymyksillä kartoitettiin, miten hoitajat toteuttivat rakenteista kirjaamista. Analyysirungon avulla selvitettiin muun muassa hoitosuunnitelman käyttöä, potilaan omaa näkemystä hoidon eri vaiheista, omaisten osallistumista hoitoon, potilaan saaman ohjauksen määrää sekä sitä, löytykö potilaan tilasta päivittäin arvioivaa kirjaamista.

Tutkimuksessa aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysin toteuttaminen deduktiivisesti tarkoittaa teorialähtöistä päättelyä, jossa itse teoriaa pyritään tarkastelemaan käytännössä. Deduktiivinen sisällönanalyysi perustuu aikaisemman tiedon pohjalta kehitettyyn analyysirunkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 135–136.) Tutkijat analysoivat aineistoa ensin yhdessä, jolloin vielä varmistettiin yhtenäinen analysointitapa. Pääosin tutkijat kuitenkin analysoivat hoitokertomukset itsenäisesti ja tarkistivat vielä lopuksi toisen saamat tulokset kertaalleen. Hoitokertomuksista laskettavia asioita kirjattiin ensin paperille, jonka jälkeen tiedot syötettiin SPSS 19.0-tilastointiohjelmaan. Tilastointiohjelman avulla laskettiin aineiston frekvenssit, vaihteluvälit, keskiarvot sekä prosenttiosuudet. Tuloksia verrattiin edellisten vuosien (2008–2010) tuloksiin. Keskeisimmistä asioista on luotu taulukoita ja diagrammeja, jotka helpottavat tulosten tarkastelua.

## 6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

### 6.1 Eettisyys

Tutkimuksen kohteena olivat aikuispsykiatrian tulosalueen hoitokertomukset, joihin hoitajat olivat tehneet merkintöjä. Saatu aineisto pysyi luottamuksellisena eli tutkimustietoja ei luovutettu tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille ja aineistoa säilytettiin huolellisesti koko tutkimusprosessin ajan. (vrt. Janhonen & Nikkonen 2001, 39; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 177–179).

Tutkimuslupaa haettiin sosiaali- ja terveystoimen tutkimus- ja kehitysyksiköstä. Sosiaali- ja terveystoimen hallintopäällikkö oli päätöksellään antanut luvan rajattujen potilastietojärjestelmän tietojen tulostamiseen opinnäytetyötä varten. Potilastietojen tulostamisesta huolehti Pegasos-pääkäyttäjä sovittujen otantakriteereiden mukaisesti. Potilaiden yksityisyyden varmistamiseksi kirjauksista poistettiin potilaiden identifiointitiedot ennen niiden lähettämistä analysoijille. Henkilötiedoissa näkyi ainoastaan etunimi ja syntymävuosi. Tutkimuksen valmistuttua hoitokertomusaineistot palautetaan lähettäjälle, joka hävittää ne asianmukaisesti. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 174.)

Toteuttaakseen tutkimuksen eettisesti oikein, tulee noudattaa tutkimusetiikan normeja ja säädöksiä, joita määrittelevät muun muassa Helsingin julistus ja kansallinen lainsäädäntö, Tutkimuseettinen neuvottelukunta sekä Nürnbergin säännöstö. Saatavaa aineistoa käsiteltiin huolellisesti ja analysointi toteutettiin tieteellisesti luotettavasti hyödyntämällä koko aineistoa. Tutkimusaineistoa käytettiin ainoastaan tässä tutkimuksessa, minkä jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisella tavalla. (Kuula. 2006, 115). Tutkimuksessa käytettävä lähdekirjallisuus on luotettavaa ja sitä käytettiin oikein. Tutkimus perustuu kerättyyn materiaaliin ja se toteutettiin rehellisesti ilman, että käytettiin vilppiä tai plagiointia. (vrt. Leino-Kilpi & Välimäki. 2008, 362–363, 367, 369; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 173–176, 184.)

Hyvä tieteellinen käytäntö on tutkimuksen eettisyyden kannalta tärkeä asia. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimus toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaan eli tutkijat noudattivat yleistä huolellisuutta, tarkkuutta tutkimustyötä tehdessään ja olivat rehellisiä ja avoimia tuloksia kirjatessa, arvioitaessa ja julkaistessaan ne. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tässä työssä otettiin myös muiden hankkeen tutkijoiden työt ja tulokset asianmukaisesti huomioon kunnioittaen näiden töitä ja antaen heidän tulokselliseen asiankuuluvan arvon ja merkityksen omia tuloksia kirjatessaan. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 141.)

## 6.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tulee aina arvioida. Sitä arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen reliabiliteettia sekä validiteettia. Näiden avulla saadaan arvioitua tutkimustulosten ja tutkimuksessa käytetyn mittarin luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee selvittää, kuinka yleistettävissä saadut tulokset ovat ulkopuoliseen perusjoukkoon sekä kuinka hyvin otoskoko edustaa perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152, 157, 158.) Tulosten yleistettävyyttä on parantanut viime ja tämän vuoden otoksen kaksinkertaistaminen verrattuna vuosien 2008 ja 2009 tutkimuksiin. Aineisto on kerätty satunnaisesti, eikä vain tietyltä osastolta, mikä lisää myös tulosten yleistettävyyttä.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että otoskatoa ei tapahdu ja että tutkimuksessa käytetyt kirjallisuudella perustellut käsitteet on muutettu mitattavaan muotoon. Kvantitatiivisia tutkimuksia voi olla erityyppisiä ja ne voidaan jakaa esimerkiksi tutkimuksen keston mukaan. Tämä tutkimus on tyypiltään poikittaistutkimus, joka tarkoittaa, että aineisto on kerätty vain kerran. Koko HoiDok-hanke on puolestaan pitkittäistutkimus, koska aineistoa on kerätty useasti ja tutkimus on kestänyt vuosia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 42, 152–158.)

Merkittävin luotettavuuden perusta on tutkimuksessa käytetyn mittarin sisältövaliditeetti, joka tarkoittaa mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152–153.) Tässä tutkimuksessa käytetty mittari mittasi luotettavasti hoitajien kirjaamista, koska mittarissa oli huomioitu monipuolisesti eri osa-alueita (hoidon tarve, tavoite, suunnittelu, toteutus ja arviointi), joita rakenteiseen kirjaamiseen liittyy. Mittari oli rakennettu prosessimallin mukaisesti eikä se jättänyt mitään osa-aluetta huomioimatta.

Mittarin pysyvyydestä kertoo se, voidaanko mittarilla saada sama tulos eri mittauskerroilla. Tässä tutkimuksessa on käytetty sisällönanalyysiä, jonka luotettavuuden haasteena oli, pystyivätkö tutkijat käyttämään mittaria yhdenmukaisella tavalla etsiessään sen sisältämiä asioita potilaskirjauksista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152–158.) Tutkimuksessa on noudatettu samoja ohjeita mittarin käytöstä kuin kolmessa aiemmassa saman aiheen tutkimuksessa. Mittarin vastaavuutta arvioitiin vertailemalla keskenään tutkijoiden saamia analysointituloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152–158.) Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin kahdesti tarkastamalla toisen tutkijaosapuolen saadut tutkimustulokset, mikä osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää luotettavan lähdeaineiston käyttö (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172). Tutkimuksessa lähdeaineiston hakua varten käytettiin Cinahl-, Pubmed- ja Medic-tietokantoja. Hakusanoina käytettiin sekä suomeksi että englanniksi seuraavia sanoja: elektroninen kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, dokumentointi, rakenteinen kirjaaminen, hoitokertomus, psykiatria, psykiatrinen hoitotyö sekä hoitoprosessi.

## **7 TUTKIMUSTULOKSET**

Tässä tutkimuksessa on analysoitu 40 hoitokertomusta Turun terveystoimen psykiatrian tulosalueelta. Hoitokertomukset ovat aikuispsykiatrian

vuodeosastoilta. Otannan potilaat olivat iältään 19–60 –vuotiaita ja keski-ikä oli 38. Miehiä oli 18 (45 %) ja naisia 22 (55 %).

Vuonna 2011 tulotilanteessa potilaan aiempaa terveydentilaa oli kuvattu 12 (30 %) hoitokertomuksessa (n=40). Aikaisempi potilaan lääketieteellinen tila oli kuvattu kolmessa (7,5 %), kun taas potilaan tila hoitotyön näkökulmasta ilmeni kahdessa (5 %) hoitokertomuksessa. Sekä lääketieteellinen että hoitotyön näkökulmasta kuvattu potilaan tila oli kirjattu seitsemään (17,5 %) hoitokertomukseen. Tässä tutkimuksessa valtaosaan (70 %) ei ollut kirjattu potilaan aiemmasta terveydentilasta mitään. (Taulukko 1.) Tulotilanteessa kirjattu potilaan aiempi lääketieteellinen tila oli esimerkiksi ”ahdistunut, masentunut ja suuicidaalinen” ja ”paranoidinen psykoosi”. Hoitotyön näkökulmasta kuvattu tila oli esimerkiksi ”vauhdikkuus lisääntynyt viime päivinä, samoin näköharhat palanneet, nukkunut erittäin huonosti n. 2h yössä”.

Vuonna 2010 aiempaa terveydentilaa oli kuvattu 12 (30 %) hoitokertomuksessa (n=40). Lääketieteellinen tila oli kuvattu kolmessa (7,5 %) hoitokertomuksessa, hoitotyön näkökulmasta kuvattu terveydentila taas seitsemässä (17,5 %) hoitokertomuksessa. Sekä lääketieteellinen että hoitotyön näkökulmasta kuvattu terveydentila oli kuvattu kahden (5 %) potilaan kohdalla. (Taulukko 1.)

Vuonna 2009 potilaan tulosyy on kirjattu toteutuksen puolelle, koska hoitosuunnitelmaa ei ollut käytössä. Tuolloin lääketieteellinen tila oli kuvattu viidessä (25 %) hoitokertomuksessa (n=20). Hoitotyön näkökulmasta kuvattu terveydentila oli kuvattu puolestaan yhdeksän (45 %) potilaan kohdalla. Sekä lääketieteellinen että hoitotyön näkökulmasta kuvattu terveydentila oli kuvattu kuudella (30 %) potilaalla. (Taulukko 1.) Vuoden 2008 tutkimuksessa ei tutkittu tätä asiaa.

Taulukko 1. Tulotilanteessa on kuvattu potilaan aiempi terveydentila.

		Lääketieteellinen tila	Hoitotyön näkökulma	Molemmat	Ei kumpaakaan
<b>Kevät 2009</b> (n=20)	f %	25 %	45 %	30 %	0 %
<b>Kevät 2010</b> (n=40)	f %	7.5 %	17.5 %	5 %	70 %
<b>Kevät 2011</b> (n=40)	f %	7.5 %	5 %	17.5 %	70 %

### 7.1 Tarpeiden kirjaaminen

Tämän tutkimuksen aineistosta hoitosuunnitelma löytyy 39 (97,5 %) hoitokertomuksesta (n=40). Vuonna 2010 hoitosuunnitelma oli kahdeksassa (20 %) hoitokertomuksessa (n=40). Vuosina 2009 ja 2008 (n=20) hoitosuunnitelmaa ei käytetty yhdenkään potilaan kohdalla. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Potilaalla hoitosuunnitelma.

		On	Ei ole
<b>Kevät 2008</b> (n=20)	f %	0 %	100 %
<b>Kevät 2009</b> (n=20)	f %	0 %	100 %
<b>Kevät 2010</b> (n=40)	f %	20 %	80 %
<b>Kevät 2011</b> (n=40)	f %	97.5 %	2.5 %

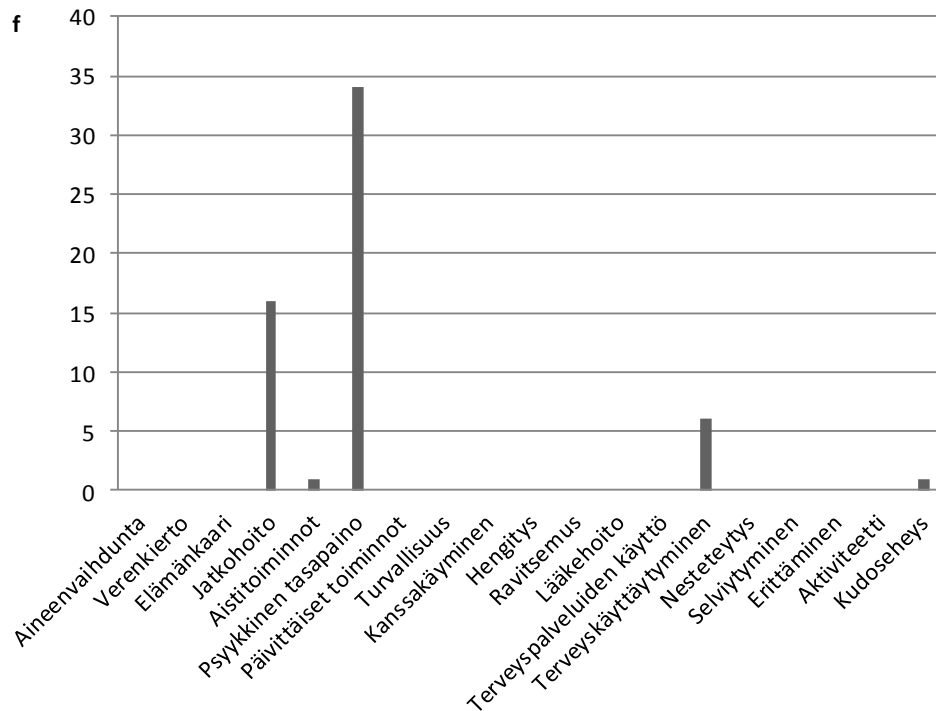
Vuonna 2011 (n=40) tarpeiden päivittäinen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan toteutui täysin yhden (2,5 %) potilaan kohdalla ja jossain määrin sitä oli kolmella (7,5 %) potilaalla. 36 (90 %) potilaan kohdalla tarpeita ei kirjattu päivittäin



hoitosuunnitelmaan. Vuonna 2010 (n=40) tarpeiden päivittäinen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan ei toteutunut yhdenkään potilaan kohdalla.

Vuonna 2011 hoitosuunnitelmasta ja toteutuksesta laskettu tarpeiden määrä koko aineistossa (n=40) oli yhteensä 101. Vaihteluväli oli 1-7. Keskimäärin tarpeita oli 2,5 yhtä potilasta kohden. Tarpeeksi oli kirjattu esimerkiksi ”mielialan muutos”, ”hoito jatkuu erikoissairaanhoidossa” sekä ”harhaisuus”. Vuonna 2010 (n=40) tarpeita oli kirjattu yhteensä 117. Vaihteluväli oli 0-12. Tuolloin tarpeita oli keskimäärin 3 yhtä potilasta kohden. Vuonna 2009 (n=20) tarpeiden yhteismäärä oli 56, vaihteluväli 1-10 sekä keskiarvo potilasta kohden oli 3. Vuonna 2008 (n=20) tarpeita oli yhteensä 76, vaihteluväli 1-10 sekä keskiarvo potilasta kohden oli 4.

Vuonna 2011 (n=40) hoitosuunnitelman tarpeiden sisällöt jakautuivat seuraavasti: terveyskäyttäytyminen mainittiin kuudessa hoitokertomuksessa, jatkohoito 16:ssa, psyykinen tasapaino 34:ssä, aistitoiminto yhdessä sekä kudoseheys yhdessä hoitokertomuksessa. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vuonna 2011 (n=40) tarpeiden sisällöt hoitosuunnitelmassa.

Tässä tutkimuksessa (n=40) hoitosuunnitelmaan ja toteutukseen kirjatuihin tarpeisiin fyysisiä oli 28 (27 %), psyykkisiä 49 (48 %) sekä sosiaalisia 24 (24 %). Fyysiseksi tarpeeksi määritellään esimerkiksi ”kirurginen haava”, psyykkiseksi ”ahdistuneisuus” ja sosiaalisiksi ”hoito jatkuu erikoissairaanhoidossa”. Vuoden 2010 (n=40) tutkimuksessa fyysisiä tarpeita oli 27 (27 %), psyykkisiä 64 (65 %) ja sosiaalisia (8 %). Vuonna 2009 (n=20) fyysisiä tarpeita oli 14 (25 %), psyykkisiä 38 (68 %) sekä sosiaalisia 4 (7 %). Tarpeiden jakautuminen vuonna 2008 (n=20) oli: fyysiset 30 (33 %), psyykkiset 41 (46 %) sekä sosiaaliset 19 (21 %). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Tarpeiden jakautuminen.

	<b>Fyysiset</b>	<b>Psyykkiset</b>	<b>Sosiaaliset</b>
<b>Kevät 2008 (n=20)</b>	33 %	46 %	21 %
<b>Kevät 2009 (n=20)</b>	25 %	68 %	7 %
<b>Kevät 2010 (n=40)</b>	27 %	65 %	8 %
<b>Kevät 2011 (n=40)</b>	27 %	48 %	24 %

Vuonna 2011 jatkohoito oli kirjattu hoitosuunnitelmaan tarpeeksi 16 (40 %) hoitokertomuksessa (n=40). Vuonna 2010 se oli kirjattu neljään (10 %) hoitokertomukseen (n=40). Vuosina 2008 ja 2009 (n=20) hoitosuunnitelmaa ei ollut.

Vuonna 2011 (n=40) hoitosuunnitelmien mukaan potilaan hoidon tarpeen määrittelyssä käytettiin mittareita 38:n (95 %) potilaan kohdalla. Mittarina käytettiin ainoastaan Gaff:ia. Toteutusosan puolelta löytyi kirjauksia muidenkin mittareiden (MDI-kaavake, verenpainemittari, BDI-kaavake) käytöstä, mutta niitä ei ole laskettu mukaan. Vuonna 2010 (n=40) mittaria käytettiin kuudella (15 %) potilaalla. Mittareiden käyttö laskettiin vuosina 2009 sekä 2008 (n=20) toteutusosan puolelta, koska hoitosuunnitelmaa ei ollut. Molempina vuosina mittareita käytettiin viiden (25 %) potilaan kohdalla.

Hoitosuunnitelmasta etsittiin potilaan voimavaroja. Tässä tutkimuksessa niitä löytyi kolmesta (7,5 %) hoitokertomuksesta (n=40). Voimavaroja olivat: ”korvauslääkkeen saaminen”, ”raskaus” sekä ”kuntoutuspoliklinikka”. Vuonna 2010 voimavaroja löytyi yhdeksästä (23 %) hoitokertomuksesta (n=40). Vuosina 2009 ja 2008 (n=20) voimavaroja etsittiin hoitosuunnitelman puuttumisen vuoksi toteutusosan puolelta. Vuoden 2009 tutkimuksessa voimavaroja löytyi neljästä

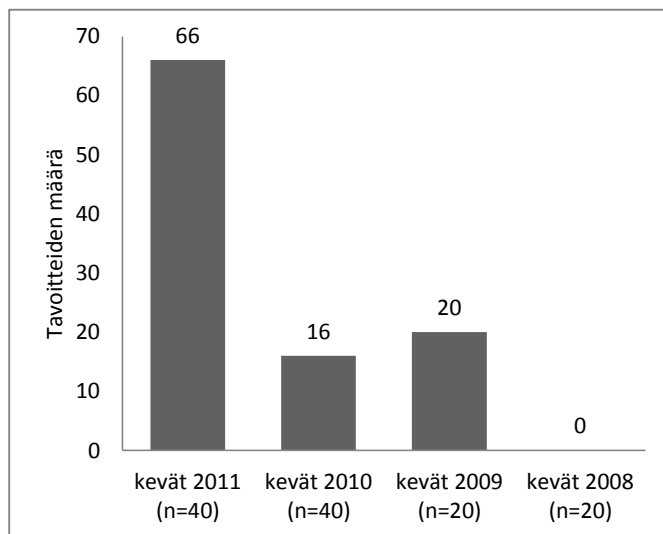
(20 %) hoitokertomuksesta (n=20). Vuonna 2008 voimavaroja ei löydetty yhtäkään.

## 7.2 Tavoitteiden kirjaaminen

Vuonna 2011 potilaan päivittäistä tavoitteiden kirjaamista hoitosuunnitelmaan ei ollut tehty yhdellekään potilaista (n=40). Jossain määrin tavoitteita on kirjattu päivittäin yhden (2,5 %) potilaan kohdalla. 39:n (97,5 %) potilaan kohdalla päivittäistä tavoitteiden kirjaamista ei ole tehty lainkaan. Vuonna 2010 päivittäistä tavoitteiden kirjaamista ei ollut yhdenkään potilaan (n=40) kohdalla. Vuosina 2009 ja 2008 hoitosuunnitelmaa ei ole ollut.

Vuonna 2011 hoitosuunnitelmien tavoitteiden määrä oli yhteensä 66. Vaihteluväli oli 0-5. 39 (97,5 %) potilaalla oli ainakin yksi tavoite, eli yhdeltä potilaalta puuttui tavoite/tavoitteet kokonaan. Vuonna 2010 tavoitteita oli yhteensä 16 ja vaihteluväli oli 0-7. Ainakin yksi tavoite löytyi seitsemältä (18 %) potilaalta. (Kuvio 2.)

Vuosina 2009 ja 2008 aineiston määrä oli 20. Tuolloin tavoitteet etsittiin toteutusosan puolelta hoitosuunnitelman puuttumisen vuoksi. Tavoitteiden määrä oli vuoden 2009 tutkimuksessa 20. Vaihteluväli oli 0-6. Ainakin yksi tavoite löytyi 11 (55 %) potilaalta. Vuonna 2008 ei kirjattu yhtäkään tavoitetta. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä.

Vuonna 2011 tavoitteiden kirjaaminen muodollisesti oikein toteutui 83 %:ssa (55 tavoitetta 66:sta oli kirjattu oikein). Esimerkiksi hoitosuunnitelmaan oli kirjattu väärin: ”Potilaan harhaisuuden vähentäminen”, oikein kirjattuna se olisi ollut ”potilaan harhaisuuden väheneminen”. Tavoite vastasi hoidon tarvetta täysin 65 %:n kohdalla (43 tavoitetta). Vuoden 2010 tutkimuksessa tavoitteet oli kirjattu muodollisesti oikein 44 %:n kohdalla (7 tavoitetta 16:sta oli kirjattu oikein). Tavoite vastasi hoidon tarvetta 5 %:n kohdalla (2 tavoitetta). Vuonna 2009 (n=20) toteutusosan puolelta lasketut tavoitteet oli kirjattu muodollisesti oikein 65 %:ssa (13 tavoitetta 20:stä oli kirjattu oikein). Tavoite vastasi hoidon tarvetta 70 %:ssa (14 tavoitetta). Vuonna 2008 ei kirjattu yhtäkään tavoitetta. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Tavoitteiden kirjaaminen.

	Kevät 2008 (n=20)	Kevät 2009 (n=20=)	Kevät 2010 (n=40)	Kevät 2011 (n=40)
<b>Tavoite vastaa hoidon tarvetta</b>	0 %	70 %	5 %	65 %
<b>Tavoite kirjattu muodollisesti oikein</b>	0 %	65 %	44 %	83 %

### 7.3 Hoitotyön keinojen kirjaaminen

Vuonna 2011 hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitotyön keinoja oli kirjattu yhteensä 323. 39 (97,5 %) potilaalle (n=40) oli kirjattu ainakin yksi hoitotyön keino. Yhdeltä (2,5 %) potilaalta puuttui hoitosuunnitelma kokonaan, joten hoitokeinoja ei sen vuoksi ollut kirjattu. Vaihteluväli oli 0-14. Keskimääräisesti yhdeltä potilaalta löytyi hoitosuunnitelmasta kahdeksan hoitotyön keinoa. Hoitotyön keinoksi on laskettu esimerkiksi ”psykykkisen tilan seuranta”, ”lääkkeen vaikutuksen seuranta” sekä ”omahoitajakeskustelu”.

Vuonna 2010 (n=40) hoitotyön keinoja etsittiin hoitosuunnitelman lisäksi myös toteutusosan puolelta. Hoitotyön keinoja oli yhteensä 216 (n=40). Hoitosuunnitelmista 95 %:lle potilaista oli kirjattu ainakin yksi hoitotoimenpide. Vaihteluväli oli 0-48. Keskimääräisesti yhdeltä potilaalta löytyi 5,4 hoitotyön keinoja.

Vuonna 2009 hoitotyön keinoja etsittiin vain toteutusosan puolelta. Jokaisesta hoitokertomuksesta (n=20) löytyi ainakin yksi hoitotyön keino. Hoitotyön keinoja oli yhteensä 299. Vaihteluväli oli 2-58. Keskimääräisesti yhdeltä potilaalta löytyi 15 hoitotyön keinoja.

Myös vuonna 2008 hoitotyön keinoja etsittiin vain toteutusosan puolelta. Jokaisesta hoitokertomuksesta (n=20) löytyi ainakin yksi hoitotyön keino.

Hoitotyön keinoja oli yhteensä 125. Vaihteluväli oli 2-13. Keskimääräisesti yhdeltä potilaalta löytyi 6,25 hoitotyön keinoja.

Vuonna 2011 hoitotyön toteutuksessa kuvattu toiminta vastasi täysin hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja yhden (2,5 %) potilaan (n=40) kohdalla. Jossain määrin sen on arvioitu toteutuvan 32 (80 %) potilaan kohdalla. Yhden (2,5 %) potilaan kohdalla hoitotyön toiminnot eivät vastanneet lainkaan hoitosuunnitelmaan kirjattuja keinoja.

Vuoden 2010 tutkimuksessa hoitotyön toteutuksessa kuvattu toiminta vastasi täysin hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja neljän (10 %) potilaan (n=40) kohdalla. Jossain määrin sen arvioitiin toteutuvan yhdellä (2,5 %) potilaalla. Kahdella (5 %) potilaalla hoitokeinoja ei ollut kirjattu lainkaan hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelma puuttui 32 potilaalta (80 %). Vuosina 2009 ja 2008 hoitosuunnitelmaa ei ollut käytössä.

#### 7.4 Opetuksen ja ohjauksen kirjaaminen

Kaiken kaikkiaan opetus/ohjaus mainittiin 129 kertaa koko aineistossa. Opetus/ohjaustilanteeksi on kirjattu esimerkiksi ”lääkehoidon ohjaus” ja ”näytteenottoon liittyvä ohjaus”. Myös ”omahoitajakeskustelu” on laskettu ohjaustilanteeksi. Koko aineistossa opetuksen/ohjauksen aihe mainittiin 66:lla (51 %) ohjaukskerralla. 58:lla (45 %) ohjaukskerralla on myös arvioitu, kuinka potilas on ymmärtänyt tai reagoinut ohjaukseen. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Opetus-/ohjaukskertojen kirjaaminen.

	Opetus-/ohjaukskertoja yhteensä	Aihe kirjattu	Arviointi ymmärtämisestä/reagoinnista
<b>Kevät 2010</b> (n=40)	65	55 (85 %)	11 (17 %)
<b>Kevät 2011</b> (n=40)	129	66 (51 %)	58 (45 %)

Vuonna 2010 (n=40) potilaan opetus-/ohjaukset oli kirjattu yhteensä 65. Opetuksen/ohjauksen aihe mainittiin 55:ssä (85 %) kirjauksessa. Opetuksen/ohjauksen ymmärtäminen ja siihen reagointi mainittiin 11 (17 %) ohjaukserillä. (Taulukko 5.) Vuosien 2009 ja 2008 opetus-/ohjaukseterien määriä ei ollut saatavissa.

Hoitokertomusten hoitosuunnitelman ja toteutusosan mukaan opetusta/ohjausta on ainakin kerran saanut 33 (83 %) potilasta. (Taulukko 6.) Vaihteluväli oli 0-5. Seitsemässä (18 %) hoitokertomuksessa ei ollut minkäänlaista mainintaa opetuksesta/ohjauksesta. Keskimäärin opetus/ohjaus mainittiin 3,9 kertaa yhden potilaan kohdalla. Ainakin kerran opetusta/ohjausta saaneiden potilaiden (33) ohjauksen aihe mainittiin 25 potilaan (76 %) kohdalla. Näistä 33 potilaasta 21:n (64 %) kohdalla oli myös arvioitu, miten potilas ymmärsi opetuksen/ohjauksen tai reagoi siihen.

Taulukko 6. Potilas on kirjausten mukaan saanut opetusta/ohjausta ainakin kerran.

<b>Kevät 2008</b> (n= 20)	<b>Kevät 2009</b> (n=20)	<b>Kevät 2010</b> (n=40)	<b>Kevät 2011</b> (n=40)
45 %	60 %	45 %	83 %

Vuoden 2010 tutkimuksessa opetusta/ohjausta on kirjausten perusteella ainakin kerran saanut 18 (45 %) potilasta (n=40). (Taulukko 6.) Vaihteluväli oli 0-13. Keskimäärin opetus/ohjaus mainittiin 3,6 kertaa yhtä potilasta kohden. Kirjausten perusteella ainakin kerran opetusta/ohjausta saaneiden potilaiden (18) ohjauksen aihe mainittiin 17 potilaan (94 %) kohdalla, eli yhden potilaan kohdalla aihetta ei mainittu lainkaan. Kirjausten perusteella ainakin kerran opetusta/ohjausta saaneista potilaista (18) 11 (61 %) kohdalla oli myös arvioitu, miten potilas oli ymmärtänyt tai reagoanut ohjaukseen.

Vuoden 2009 tutkimuksessa opetusta/ohjausta on kirjausten perusteella ainakin kerran saanut 12 (60 %) potilasta (n=20). (Taulukko 6.) Vaihteluväli oli 0-13. Keskimäärin opetus/ohjaus mainittiin 4,1 kertaa yhtä potilasta kohden.



Kirjausten perusteella ainakin kerran opetusta/ohjausta saaneiden potilaiden (12) ohjauksen aihe mainittiin 11 potilaan (92 %) kohdalla, eli yhden potilaan kohdalla aihetta ei mainittu. Kirjausten perusteella ainakin kerran opetusta/ohjausta saaneen potilaasta (12) seitsemän (58 %) kohdalla oli myös arvioitu, miten potilas oli ymmärtänyt tai reagoinut ohjaukseen.

Vuoden 2008 tutkimuksessa opetusta/ohjausta on kirjausten perusteella ainakin kerran saanut 9 (45 %) potilasta (n=20). Vaihteluväli oli 0-5. Keskimäärin opetus/ohjaus mainittiin 1,9 kertaa yhtä potilasta kohden. Kirjausten perusteella ainakin kerran opetusta/ohjausta saaneiden potilaiden (9) ohjauksen aihe mainittiin jokaisen potilaan kohdalla. Kirjausten perusteella ainakin kerran opetusta/ohjausta saaneen potilaasta (9) kuuden (67 %) kohdalla oli myös arvioitu, miten potilas oli ymmärtänyt tai reagoinut ohjaukseen.

Kotihoitoon liittyvää ohjausta sai kirjausten perusteella ainoastaan kaksi (5 %) potilasta (n=40). Vuonna 2010 samalla otoskoolla vastaava luku oli neljä (10 %). Vuonna 2009 kotihoito-ohjausta sai 6 (30 %) potilasta (n=20). Vuoden 2008 tutkimuksessa kyseistä asiaa ei tutkittu.

## 7.5 Potilaan omien näkemysten kirjaaminen

### 7.5.1 Hoidon tarpeen kirjaaminen

Tässä tutkimuksessa potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta kirjattiin ainakin kerran 36 hoitokertomukseen (n=40), mikä vastaa 90 %. (Taulukko 7.) Vaihteluväli oli 0-27. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 6,5, kun taas 36 hoitokertomuksen keskiarvo oli 7,2. Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta oli esimerkiksi ”potilas kertoo olonsa ahdistuneeksi” ja ”potilas kertoo kärsivänsä unettomuudesta”.

Vuonna 2010 potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta kirjattiin ainakin kerran 24 (60 %) hoitokertomukseen (n=40). (Taulukko 7.) Vaihteluväli oli 0-13. Koko

aineiston keskiarvo kirjauksista oli 2, kun taas 24 hoitokertomuksen keskiarvo oli 3,2.

Vuonna 2009 potilaan näkemys hoidon tarpeesta kirjattiin ainakin kerran 17 (85 %) hoitokertomukseen (n=20). Vaihteluväli oli 0-5. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 0,6, kun taas 17 hoitokertomuksen keskiarvo oli 0,5. Vuonna 2008 (n=20) määrä oli 19 (95 %). Vaihteluväliä ja keskiarvoa ei voitu määrittää, koska tuolloin kirjausten määriä ei laskettu. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta on kirjattu ainakin kerran.

	Kyllä	Ei
<b>Kevät 2008</b> (n=20)	95 %	5 %
<b>Kevät 2009</b> (n=20)	85 %	15 %
<b>Kevät 2010</b> (n=40)	60 %	40 %
<b>Kevät 2011</b> (n=40)	90 %	10 %

### 7.5.2 Hoidon tavoitteen kirjaaminen

Tässä tutkimuksessa potilaan oma näkemys hoidon tavoitteista kirjattiin ainakin kerran 11 (27,5 %) hoitokertomukseen (n=40). (Taulukko 8.) Vaihteluväli oli 0-3. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 0,5, kun taas 11 hoitokertomuksen keskiarvo oli 1,8. Potilaan oma näkemys hoidon tavoitteesta oli esimerkiksi ”toivoo pysyvänsä päihteettömänä jatkossakin” ja ”tupakkaa kertonut myös koittavansa vähentää sikiön kasvun ja kehityksen turvaamiseksi”.

Vuonna 2010 potilaan oma näkemys hoidon tavoitteista kirjattiin ainakin kerran kolmeen (7,5 %) hoitokertomukseen (n=40). (Taulukko 8.) Vaihteluväli oli 0-1. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 0,08, kun taas kolmen hoitokertomuksen keskiarvo oli 1.

Vuonna 2009 potilaan oma näkemys hoidon tavoitteista kirjattiin ainakin kerran kuuteen (30 %) hoitokertomukseen (n=20). (Taulukko 8.) Vaihteluväli oli 0-2. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 0,4, kun taas kuuden hoitokertomuksen keskiarvo oli 1,3.

Vuonna 2008 potilaan oma näkemys hoidon tavoitteista kirjattiin ainakin kerran kolmeen (15 %) hoitokertomukseen (n=20). (Taulukko 8.) Vaihteluväliä ja keskiarvoa ei voitu määrittää, koska tuolloin kirjausten määriä ei laskettu.

Taulukko 8. Potilaan oma näkemys hoidon tavoitteista on kirjattu ainakin kerran.

	Kyllä	Ei
<b>Kevät 2008</b> (n=20)	15 %	85 %
<b>Kevät 2009</b> (n=20)	30 %	70 %
<b>Kevät 2010</b> (n=40)	7,5 %	92,5 %
<b>Kevät 2011</b> (n=40)	27,5 %	72,5 %

### 7.5.3 Hoitokeinojen kirjaaminen

Tässä tutkimuksessa potilaan oma näkemys hoitokeinoista kirjattiin ainakin kerran 34 (85 %) hoitokertomukseen (n=40). (Taulukko 9.) Vaihteluväli oli 0-28. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 7,2, kun taas näiden 34 hoitokertomuksen keskiarvo oli 8,5. Potilaan oma näkemys hoitokeinosta oli esimerkiksi ”tuli pyytämään Diapamia” ja ”haluaisi saada lääkkeet mahdollisimman tarkasti sovittuun aikaan”.

Vuonna 2010 potilaan oma näkemys hoitokeinoista kirjattiin ainakin kerran 14 (35 %) hoitokertomukseen (n=40). (Taulukko 9.) Vaihteluväli oli 0-5. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 0,5, kun taas näiden 14 hoitokertomuksen keskiarvo oli 1,4.

Vuonna 2009 potilaan oma näkemys hoitokeinoista kirjattiin ainakin kerran 12 (60 %) hoitokertomukseen (n=20). (Taulukko 9.) Vaihteluväli oli 0-2. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 0,9, kun taas näiden 12 hoitokertomuksen keskiarvo oli 1,6.

Vuonna 2008 potilaan oma näkemys hoitokeinoista kirjattiin ainakin kerran 18 (90 %) hoitokertomukseen (n=20). (Taulukko 9.) Vaihteluväliä ja keskiarvoa ei voitu määrittää, koska tuolloin kirjausten määriä ei laskettu.

Taulukko 9. Potilaan oma näkemys hoitokeinoista on kirjattu ainakin kerran.

	Kyllä	Ei
<b>Kevät 2008</b> (n=20)	90 %	10 %
<b>Kevät 2009</b> (n=20)	60 %	40 %
<b>Kevät 2010</b> (n=40)	35 %	65 %
<b>Kevät 2011</b> (n=40)	85 %	15 %

#### 7.5.4 Hoidon toteutuksen kirjaaminen

Tässä tutkimuksessa potilaan oma näkemys hoidon toteutuksesta kirjattiin ainakin kerran 35 (87,5 %) hoitokertomukseen (n=40). (Taulukko 10.) Vaihteluväli oli 0-49. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 9,9, kun taas näiden 35 hoitokertomuksen keskiarvo oli 11,3. Potilaan oma näkemys hoidon toteutuksesta oli esimerkiksi ”huomista poliklinikkakäyntiään hieman jännittää ja miettii mitä siellä mahdetaan hänelle tehdä” ja ”aamulla ihmeteltyt miksei hoitajilla ole aikaa mennä toimintaterapiahuoneeseen potilaiden kanssa”.

Vuonna 2010 potilaan oma näkemys hoidon toteutuksesta kirjattiin ainakin kerran 9 (22,5 %) hoitokertomukseen (n=40). (Taulukko 10.) Vaihteluväli oli 0-3.

Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 0,3 kun taas näiden 9 hoitokertomuksen keskiarvo oli 1,3.

Vuonna 2009 potilaan oma näkemys hoidon toteutuksesta kirjattiin ainakin kerran 10 (50 %) hoitokertomukseen (n=20). (Taulukko 10.) Vaihteluväli oli 0-4. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 0,85 kun taas näiden 10 hoitokertomuksen keskiarvo oli 1,7.

Vuonna 2008 potilaan oma näkemys hoidon toteutuksesta kirjattiin ainakin kerran 14 (70 %) hoitokertomukseen (n=20). (Taulukko 10.) Vaihteluväliä ja keskiarvoa ei voitu määrittää, koska tuolloin kirjausten määriä ei laskettu.

Taulukko 10. Potilaan oma näkemys hoidon toteutuksesta on kirjattu ainakin kerran.

	Kyllä	Ei
<b>Kevät 2008</b> (n=20)	70 %	30 %
<b>Kevät 2009</b> (n=20)	50 %	50 %
<b>Kevät 2010</b> (n=40)	22.5 %	77.5 %
<b>Kevät 2011</b> (n=40)	87.5 %	12.5 %

#### 7.5.5 Hoidon arvioinnin kirjaaminen

Tässä tutkimuksessa potilaan oma näkemys hoidon arvioinnista kirjattiin ainakin kerran 25 (62,5 %) hoitokertomukseen (n=40). (Taulukko 11.) Vaihteluväli oli 0-13. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 3, kun taas näiden 25 hoitokertomuksen keskiarvo oli 4,9. Potilaan oma näkemys hoidon arvioinnista oli esimerkiksi ”kertoo iltaloman menneen hyvin” ja ”kertoo voinnin olevan hyvä”.

Vuonna 2010 potilaan oma näkemys hoidon arvioinnista kirjattiin ainakin kerran 12 (30 %) hoitokertomukseen (n=40). (Taulukko 11.) Vaihteluväli oli 0-11. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 1,4, kun taas näiden 12 hoitokertomuksen keskiarvo oli 4,6.

Vuonna 2009 potilaan oma näkemys hoidon arvioinnista kirjattiin ainakin kerran 12 (60 %) hoitokertomukseen (n=20). (Taulukko 11.) Vaihteluväli oli 0-3. Koko aineiston keskiarvo kirjauksista oli 0,8, kun taas näiden 12 hoitokertomuksen keskiarvo oli 1,3

Vuonna 2008 potilaan oma näkemys hoidon arvioinnista kirjattiin ainakin kerran 13 (65 %) hoitokertomukseen (n=20). (Taulukko 11.) Vaihteluväliä ja keskiarvoa ei voitu määrittää, koska tuolloin kirjausten määriä ei laskettu.

Taulukko 11. Potilaan oma näkemys hoidon arvioinnista on kirjattu ainakin kerran.

	Kyllä	Ei
<b>Kevät 2008</b> (n=20)	65 %	35 %
<b>Kevät 2009</b> (n=20)	60 %	40 %
<b>Kevät 2010</b> (n=40)	30 %	70 %
<b>Kevät 2011</b> (n=40)	62.5 %	37.5 %

## 7.6 Omaisten hoitoon osallistumisen kirjaaminen

Tässä tutkimuksessa omaisten antamia tietoja oli kirjattu kaiken kaikkiaan 17 kertaa ja ne esiintyivät kahdeksassa (20 %) eri hoitokertomuksessa (n=40). Vaihteluväli oli 0-7. Vuonna 2010 omaisten antamia tietoja kirjattiin viiteen (13 %) eri hoitokertomukseen (n=40), yhteensä 10 kertaa. Vaihteluväli oli tuolloin 0-4. Vuonna 2009 omaisten antama tieto kirjattiin kuuteen (30 %) ja vuonna 2008

seitsemään (35 %) hoitokertomukseen (n=20). Vuonna 2009 vaihteluväli oli 0-2, kun taas vuonna 2008 se oli 0-9. Omaisten antamia tietoja on tänä vuonna kirjattu muun muassa seuraavanlaisesti:

*”Äiti kertonut potilaan olevan kiukkuinen.”*

*”Vanhemmat kertoneet potilaan olevan pysähtyneen oloinen.”*

*”Äidin mukaan hyvinvoivana potilas ei ole rasisti.”*

*”Vaimo kertoi Jonilla olevan keliakia, eikä syö sianlihaa.”*

Tässä tutkimuksessa omaisten osallistuminen hoitoon oli kirjattu 17 (43 %) eri hoitokertomukseen (n=40). Vaihteluväli oli 0-25. Vuonna 2010 (n=40) vastaava luku oli 7 (18 %) ja vaihteluväli 0-5. Vuoden 2009 luku oli 4 (20 %) ja vaihteluväli 0-2. Vuoden 2008 määrä oli 11 (55 %) ja vaihteluväli 0-5. Vuonna 2008 ja 2009 otoskoot olivat 20.

Tänä vuonna omaisten osallistumisesta hoitoon oli kirjattu esimerkiksi seuraavasti:

*”Vaimo osallistunut hoitokokoukseen.”*

*”Äiti laittanut silmätippoja potilaalle.”*

*”Isä haki lomalle klo 13:40.”*

*”Äiti tuonut vaatteita ja luettavaa.”*

## 7.7 Arvioinnin kirjaaminen

Tämän vuoden tutkimuksessa arvioivaa kirjaamista oli 34 (85 %) hoitokertomuksessa (n=40) ja ei-arvioivaa kuudessa (15 %). Vuoden 2010 tutkimuksessa (n=40) arvioivan kirjaamisen määrä oli täsmälleen sama. Vuosina 2009 ja 2008 arvioivan kirjaamisen määrä oli 90 % (n=20).

Tässä tutkimuksessa arvioinnin apuna käytettyjä mittareita ei käytetty yhdessäkään hoitokertomuksessa (n=40). Vuonna 2010 (n=40) mittareita

käytettiin vain yhden (2,5 %) potilaan kohdalla. Vuonna 2008 ja 2009 aineistoa oli puolet vähemmän. Vuonna 2009 mittareita käytettiin vain yhdessä (5 %) kertomuksessa ja vuoden 2008 tutkimuksessa niitä kirjattiin kahteen kertomukseen (10 %).

Vuonna 2011 hoidon loppuarviointi oli tehty kirjausten perusteella ainoastaan yhdelle potilaalle (n=40). Vuosina 2010 (n=40) ja 2008 (n=20) loppuarviointia ei tehty yhdellekään potilaalle, kun taas vuoden 2009 tutkimuksessa loppuarviointi oli kolmessa (15 %) hoitokertomuksessa (n=20).

## 8 YHTEENVETO

### 8.1 Johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää rakenteisen kirjaamisen toteutumista psykiatrisessa hoitotyössä. Tarkoituksena oli myös verrata hankkeen aiempien opinnäytetöiden tuloksia ja tehdä niiden pohjalta loppumittaus rakenteisen kirjaamisen kehittymisestä. Toteuttaakseen rakenteista kirjaamista hoitajien täytyy miettiä enemmän toteuttamaansa hoitotyötä (Björvell ym. 2003, 402). Ongelmat rakenteisen kirjaamisen toteuttamisessa voivat olla hoitajien ominaisuuksista riippuvaisia. On tutkittu, että hoitajilta puuttuu motivaatio ja itseluottamus tekemäänsä työtä kohtaan. Lisäksi on huomattu, että hoitajat eivät ole saaneet tarpeeksi opetusta ja tukea oikeaoppiseen kirjaamiseen. (Cheevakasemsook ym. 2006, 369–371.)

Potilaan tulovaiheessa kuvatun terveydentilan kirjaamisessa ei ole viime vuoteen verrattuna tapahtunut merkittävää muutosta. Yleisesti katsottuna tämän ja viime vuoden tutkimuksessa potilaan aiempaa terveydentilaa tulotilanteessa oli kuvattu yllättävän harvassa potilaskertomuksessa, vain 12 potilaalla (30 %). Vuonna 2009 määrä on ollut korkeampi, mutta tuolloin tulotilanteen terveydentila on etsitty toteutusosan puolelta, eikä näin ollen ole vertailukelpoinen näiden kahden uusimman tutkimuksen kanssa. Rakenteiseen kirjaamismalliin kuuluu kirjata tulotilanteessa potilaan aiempi terveydentila ja



sairaushistoria, koska se on osa potilaan hoitoprosessin ydintietoja. (Saranto ym. 2007 99–100, 104–106.) Hoitosuunnitelman puutteellisuus voi johtua hoitajien henkilökohtaisista ominaisuuksista. Yksinkertaisesti tiedon ja taidon puute voi olla syynä siihen, etteivät hoitajat tiedä mitä hoitosuunnitelmaan tulee kirjata. (Cheevakasemsook ym. 2006, 370; Björvell ym. 2002, 35.)

Hoitosuunnitelman käytössä on tapahtunut merkittävää kehitystä hankkeen aiempiin tutkimuksiin verrattuna. Vuosina 2008 ja 2009 hoitosuunnitelmaa ei ollut lainkaan käytössä, kun taas viime vuonna (n=40) se oli käytössä kahdeksan potilaan kohdalla. Tänä vuonna (n=40) hoitosuunnitelma löytyi yhtä lukuun ottamatta jokaiselta potilaalta. Vaikka hoitosuunnitelman käyttö on selkeästi lisääntynyt, on sen käytössä havaittavissa vielä huomattavia puutteita. Esimerkiksi hoitosuunnitelmat olivat harvoin täysin ajan tasalla, koska päivittäistä tarpeiden kirjaamista tapahtui ainoastaan yhden potilaan kohdalla. Tilanne ei ole muuttunut viime vuodesta, koska silloin päivittäistä tarpeiden kirjaamista ei tapahtunut yhdenkään potilaan kohdalla. Päivittäistä tavoitteiden kirjaamista ei ole tänä vuonna tapahtunut yhdenkään potilaan kohdalla, kuten ei viime vuonnakaan. Potilaan hoidon tarve ja tavoitteet voivat muuttua päivittäin, joten hoitosuunnitelman ajan tasalla pitäminen on potilaan hoidon ja hoitotyön laadun kannalta tärkeää. Käytännössä tämä tarkoittaa, että työvuoron vaihtuessa seuraava hoitaja saa ajan tasalla olevaa tietoa hoitamastaan potilaasta ilman, että hänen täytyisi lähteä selaamaan toteutusosaa saadakseen potilaan tilasta ja hoidosta olennaisen tiedon. Hoitosuunnitelman käyttö säästää myös aikaa ja turvaa hoidon jatkuvuutta (Saranto ym. 2007, 76–79).

Tavoitteiden kokonaismäärä on viime vuoteen verrattuna merkittävästi kasvanut; viime vuonna niitä oli vain 16, kun taas tänä vuonna niitä oli peräti 66. Määrät ovat suorassa suhteessa hoitosuunnitelmien käyttämiseen, toisin sanoen hoitosuunnitelmia on ryhdytty käyttämään kuluneen vuoden aikana huomattavasti enemmän. Vuonna 2009 tavoitteet etsittiin toteutusosan puolelta, minkä vuoksi tulosta ei voida täysin verrata tämän ja viime vuoden tuloksiin.

Hoitotyön tavoitteiden tulisi olla potilaslähtöisiä ja ne tulisi myös kirjata muodollisesti oikein (Kärkkäinen & Eriksson 2004, 234–235). Viime vuonna

hoitosuunnitelmaan kirjatusta tavoitteista 44 % oli kirjattu muodollisesti oikein, ja tänä vuonna määrä oli lähes kaksinkertaistunut (83 %). Hoitajien ongelmana voi olla, että potilaan hoidon tavoitteita kirjatessaan he ajattelevat liian teoreettisesti. Tällöin hoitosuunnitelmasta saattaa helposti tulla epämääräinen, eikä näin ollen tavoitteet enää vastaa hoidon tarpeita. (Karlsen 2007, 575.)

Tutkimuksen perusteella hoitajat ovat kehittyneet hoitosuunnitelmaan kirjattavien hoitokeinojen kirjaamisessa. Viime vuonna hoitokeinot vastasivat täysin tai jossain määrin toteutunutta hoitotyötä vain 12,5 %:n kohdalla, kun taas tänä vuonna vastaava arvo oli kasvanut 82,5 %:iin. Tämä kertoo siitä, että hoitajat ovat osanneet kirjata hoitokeinoja huolellisemmin hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelman huolellisen laatimisen johdosta päivittäinen hoitotyön kirjaaminen helpottuu huomattavasti. (Saranto ym. 2007, 114.)

Tässä tutkimuksessa on olennaista tutkia hoitajien tämänhetkistä taitoa kirjata toteuttamaansa hoitotyötä oikein. Kaiken kaikkiaan opetus-/ohjauskertojen määrä nousi hankkeen aikana, mutta niiden laatu puolestaan huononi. Jokaiseen opetus-/ohjaustilanteeseen tulisi kirjata opetuksen/ohjauksen aihe ja myös arviointi siitä, onko potilas ymmärtänyt opetus-/ohjaustilanteen ja miten hän on reagoinut siihen. Tänä vuonna ainakin kerran opetusta/ohjausta saaneiden potilaiden (83 %) kohdalla aihe mainittiin 76 %:lla. Viime vuonna potilaat ovat kirjausten mukaan saaneet vähemmän opetusta/ohjausta (45 %), mutta toisaalta opetusten/ohjausten aihe oli kirjattu lähes jokaisessa tapauksessa (94 %). Vuonna 2009 (n=20) opetusta/ohjausta sai ainakin kerran 60 % potilaista, joista 92 %:n kohdalla mainittiin opetuksen/ohjauksen aihe. Vuonna 2008 ainakin kerran opetusta/ohjausta sai 45 % potilaista ja niissä aihe mainittiin jokaisessa tapauksessa. Opetus-/ohjaustilanteiden kirjaamisen laadussa oli hankkeen aikana havaittavissa muutosta huonompaan suuntaan ja näyttää siltä, että hoitajat eivät enää kirjaa yhtä täsmällisesti opetus-/ohjaustilannetta kuin vuonna 2008. Opetuksen/ohjauksen huolellinen kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta, eli tarvittaessa voidaan hoitokertomuksesta tarkistaa, onko potilas saanut riittävää ohjausta. Täsmällinen kirjaaminen on myös hoitajan turva, koska ongelmatilanteissa

hoitaja voi todistaa toteuttamansa ohjaamisen hoitokertomuksesta. Tosiasiahan on, että mitä ei ole kirjattu, ei ole myöskään tehty. (Eriksson & Kärkkäinen 2005, 203.)

Opetuksen/ohjauksen yhteydessä on tärkeää arvioida myös, miten potilas on ymmärtänyt ja reagoinut ohjaukseen, koska sen avulla voidaan havaita potilaan voinnissa tapahtuvia muutoksia ja mahdollista lisäohjauksen tarvetta. Vuonna 2008 opetus-/ohjaustilanteessa 67 %:n kohdalla oli arvioitu, kuinka potilas ymmärsi opetuksen/ohjauksen. Vuonna 2009 vastaava määrä oli 57 %, viime vuonna määrä oli 61 % ja tänä vuonna 64 %. Näiden välillä ei ollut merkittävää muutosta tapahtunut, mutta voidaan todeta, että hoitajien tulisi tähän asiaan kiinnittää jatkossa enemmän huomioita.

Tänä vuonna melkein jokaisen (95 %) potilaan kohdalla käytettiin GAF-mittaria, jolla arvioitiin potilaan toimintakykyä ja hoidon tarvetta (Caldeott-Hazard & Richard 1995, 1-6). Aikaisemmissa hankkeen tutkimuksissa tarpeen määrittelyssä käytettyjä mittareita oli kaiken kaikkiaan käytetty erittäin vähän. GAF:n käyttö on ollut lähes olematonta hankkeen aiemmissa töissä, mutta sen sijaan tarpeen määrittelyssä oli käytetty apuna muita mittareita.

Tämän tutkimuksen tulkinnanvaraisin osuus oli se, jossa arvioitiin potilaan omaa näkemystä hoidon eri vaiheista (Liite 1: kysymykset 35–44). Hoitoprosessin vaiheiden (tarve, tavoite, hoitokeino, toteutus ja arviointi) erotteleminen oli haastavaa, koska kirjatut toiminnot olivat kirjoitustyyliältään hyvin paljon toisiaan muistuttavia. Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta oli tärkeää, että hankkeen kaikissa opinnäytetöissä tutkijat analysoivat aineistoa yhtenäisellä tavalla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152–158).

Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta oli kirjattu 90 %:iin hoitokertomuksista. Vuonna 2010 vastaava luku oli 60 %, vuonna 2009 85 % ja vuonna 2008 määrä oli 95 %. Suurin muutos oli tapahtunut viime ja tämän vuoden välillä, jolloin potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta oli lisääntynyt reilulla kolmanneksella. Koko hankkeen aikana oli havaittavissa, että keskimääräinen kirjaamismäärä yhden potilaan kohdalla oli lisääntynyt. Tänä vuonna oli kirjattu potilaan oma

näkemys hoidon tarpeesta keskimäärin seitsemän kertaa, kun taas vuonna 2010 määrä oli kolme ja vuonna 2009 määrä oli vain yksi. Parhaimmillaan yhden potilaan kohdalla oli kirjattu 27 kertaa potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta, viime vuonna vastaavasti vain 13 kertaa ja vuonna 2009 ainoastaan viisi kertaa.

Potilaan omaa näkemystä hoidon tavoitteista oli kirjattu joka vuonna kaiken kaikkiaan vähän. Tänä vuonna se oli kirjattu 28 %:iin hoitokertomuksista, viime vuonna määrä on ollut vain 8 %, vuonna 2009 30 % ja vuonna 2008 15 %. Potilaan oma näkemys hoidon tavoitteista oli myös keskimääräisesti kirjattu yhden potilaan kohdalla erittäin vähän. Tänä vuonna se oli kirjattu keskimäärin kaksi kertaa, edellisinä vuosina keskimäärin vain kerran. Oli huomattavissa, että potilaan näkökulma jäi helposti huomiotta ja kirjaaminen toteutui potilaan sijaan enemmänkin hoitajan näkökulmasta. Tämä voi johtua siitä, että hoitajien kirjaamistyyli on liian pinnallista ja rutiininomaisesti tapahtuvaa, jolloin potilaslähtöinen hoitotyön kirjaaminen ei toteudu. (Eriksson & Kärkkäinen 2005, 207; Karlsen 2007, 575.)

Potilaan omia näkemyksiä hoitokeinoista ja hoidon toteutuksesta oli kirjattu tänä vuonna runsaasti. Esimerkiksi parhaimmillaan yhden potilaan kohdalla oli kirjattu 49 kertaa potilaan oma näkemys hoidon toteutuksesta ja oma näkemys hoitokeinoista 28 kertaa. Myös vuosina 2009 ja 2008 kirjauksia potilaan omia näkemyksiä hoitokeinoista ja hoidon toteutuksesta löytyi kohtuullisen paljon. Huomioita herättävää oli vuoden 2010 tutkimustulokset, jossa kyseisiä kirjauksia oli tapahtunut huomattavasti vähemmän aiempiin vuosiin verrattuna. Tämä voi johtua esimerkiksi tutkijoiden eriävästä analysointitavasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 136).

Potilaan oma näkemys hoidon arvioinnista oli kirjattu tänä vuonna noin 60 %:iin hoitokertomuksista, sama tilanne oli myös vuosina 2008 ja 2009. Vuonna 2010 määrä oli puolestaan puolet pienempi. Viime vuodesta positiivisempaan suuntaan tapahtunut muutos voi johtua esimerkiksi siitä, että potilaat ovat yksinkertaisesti osallistuneet hoitoonsa enemmän ja heidän mielipiteitään on osattu ottaa huomioon paremmin (Karlsen 2007, 576.) Potilaalla on oikeus tulla

hoidossaan huomioiduksi, tämä määritellään myös lainsäädännössä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Päivittäistä arvioivaa kirjaamista toteutusosan puolella oli tapahtunut jokaisen vuoden tutkimuksessa kiitettävästi. Päivittäisellä hoidon arvioinnilla saadaan selville, onko toteutuneella hoitotyöllä ollut haluttu vaikutus potilaan terveydentilaan. Arvioinnissa tulee ottaa myös huomioon potilaan omat tuntemukset ja mielipiteet ja arvioida hoidon aikana tapahtuneita muutoksia. Päivittäinen arviointi tukee potilaalle tehtyä hoitosuunnitelmaa ja siten voidaan huomata mahdollisia päivitystä tarvitsevia kohtia. (Ensio ym. 2007, 77–79.)

Hoitotyön ammattilaisen tulee tietää, että perheellä ja omaisilla on suuri merkitys potilaan hyvinvoinnissa ja hoidossa. Omaiset on usein tärkeä voimavara potilaalle, joten heidän huomioiminen hoidossa on potilaan kannalta tärkeää. (Ensio & Saranto 2007, 99–101, 107–108.) Kaikissa hankkeen tutkimuksissa ilmeni, että omaisten antamia tietoja potilaasta oli kirjattu melko vähän. Myös omaisten osallistumisesta potilaan hoitoon oli kirjattu niukasti, mutta hankkeen aikana sen suhteen oli kuitenkin havaittavissa pientä kehitystä parempaan suuntaan. Potilasasiakirjojen lainsäädännössä määrätään, että hoitokertomukseen tulisi kirjata kaikista henkilöistä, jotka osallistuvat potilaan hoitoon. Missään ei kuitenkaan määritellä sitä, miten niitä tulisi kirjata. Tämä lisää hoitajalle haastetta, ja se voi olla osasy syy siihen, miksi omaisten osallistumisesta hoitoon kirjataan niin vähän. (Ensio & Saranto 2007, 99–101.) Tämän tutkimuksen aineiston perusteella voitiin huomata, että omaisista kirjatut tiedot olivat varsin yksipuolisesti kirjattu, eivätkä ne olleet kovin informaatiota antavia. Potilaan hoitokertomukseen oli saatettu kirjata esimerkiksi ”äiti käynyt vierailulla”, mikä ei välttämättä kerro vielä mitään oleellista potilaan kannalta. Kirjaukseen olisi voinut esimerkiksi lisätä, miten vierailu oli sujunut ja miten potilas oli käyttäytynyt vierailun aikana. Omaisten antamat tiedot voivat olla potilaan hoidon kannalta varsin tärkeitä, joten niistä olisi tärkeää hoitajan kirjata. (Hopia ym. 2007, 105, 107–108.) On myös tutkittu, että omaisten antamia tietoja tulisi kirjata enemmän hoidon laadun parantamiseksi (Kinnunen & Saranto 2009, 474; Kaunonen ym. 2010, 494–495).

Hoidon loppuarvioinnin tekeminen on kirjausten mukaan toteutunut jokaisena vuotena varsin huonosti. Tänä vuonna loppuarviointi löytyi vain yhdeltä potilaalta, vuonna 2009 se löytyi kolmelta, kun taas vuosina 2010 ja 2008 sitä ei löytynyt yhdeltäkään potilaalta. Loppuarvioinnin puuttuminen on yksi merkittävimpiä epäkohtia, eikä sen tila ole kehittynyt mihinkään kuluneina vuosina. Jatkohoidon kannalta on tärkeää tehdä potilaasta loppuarviointi, koska sillä voidaan määritellä vielä paremmin hoidon jatkuvuuden tarve. Loppuarvioinnissa nähdään myös se, onko potilaan tila hoitoon tulovaiheessa muuttunut ja onko hoito ollut riittävää. Hyvin kirjattu loppuarviointi antaa selkeän ja tiivistetyn kuvan potilaan sen hetkisestä tilasta. (Ensio ym. 2007, 78.)

## 8.2 Kehittämiskohteet

Rakenteisen kirjaamisen kehittämiskohteiden huomioiminen on tärkeää, jotta kirjaamisen ja hoitotyön laatu paranevat. Yleisesti voidaan todeta, että hankkeen aikana rakenteinen kirjaaminen on kehittynyt oikeaan suuntaan psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksen aikana ilmeni kuitenkin monia asioita, joita kehittämällä kirjaamisesta saataisiin entistä laadukkaampaa ja systemaattisempaa. Yhtenä keinona voisi olla se, että hoitajat arvioisivat paremmin omaa kirjaamistaan, jotta siitä voitaisiin kitkeä pois niin sanottu turha, ”kaavamainen” kirjaaminen. Turhaa kirjaamista voi olla tieto, jolla ei ole potilaan hoidon kannalta oleellista merkitystä.

Hoitosuunnitelman käytön parantaminen on ensisijaisin asia, johon hoitajien tulisi kiinnittää huomioita. Hoitosuunnitelma on vielä sen verran uusi käytäntö, joka osaltaan selittää sen puutteellisen käytön. Suurin ongelma oli se, että hoitosuunnitelma ei ollut ajan tasalla. Päivittäin tulisi tarkistaa, että potilaan hoitosuunnitelma on ajan tasalla, ja tehdä siihen tarvittavat muutokset. Hoitajat eivät ehkä vielä ymmärrä hoitosuunnitelman hyödynnettävyyttä päivittäisessä hoitotyössään, jossa siitä erityisesti olisi hyötyä esimerkiksi raporttia pidettäessä. Ajanpuute voi olla myös yksi syy siihen, miksi hoitosuunnitelmat ovat puutteellisia. Yksinkertaisesti riittävän ajan järjestäminen lisäisi varmasti

hoitosuunnitelmien oikeanlaista täyttämistä. Toisaalta hoitajat eivät välttämättä osaa tehdä hoitosuunnitelmaa, joten sen vuoksi olisi järjestettävä riittävää ohjausta asian suhteen.

Hoitosuunnitelman yhtenä puutoksena oli myös se, että hoitajat eivät olleet kirjanneet tulosyys-kohtaan potilaan aiempaa terveydentilaa. Hoitajat kuitenkin hyötyisivät sen kirjaamisesta, koska siitä he saisivat nopeasti ja tiiviissä muodossa olevan tiedon potilaan terveydellisestä taustasta. Tulosityn kirjaaminen hyödyttää hoitajaa myös sen vuoksi, että hän voi loppuarviointia tehdessään nähdä siitä helposti potilaan hoitajakson vaikuttavuuden.

Arvioivaa kirjaamista oli tutkimuksen perusteella toteutettu hyvin. Arvioinnin apuna käytettäviä mittareita ei taas käytetty lainkaan, ja hankkeen aiemmissakin tutkimuksissa vain muutaman potilaan kohdalla. Voi olla, että hoitopaikassa ei ole yhteisesti käytössä hoitotyön tulosta arvioivaa mittaria, jota hoitajat voisivat tai osaisivat käyttää. Yhtenä kehittämisehdotuksena voisi olla, että osastoilla otettaisiin käyttöön tutkitusti luotettavia hoidon arvioinnin mittareita, joita jokainen osaston hoitaja osaisi käyttää. Tämä olisi yksi keino myös parantaa hoitotyön laatua.

Loppuarvioinnin puuttuminen oli yksi yleisimmistä puutteista hoitotyön kirjaamisessa. Sen puuttumiseen voi olla syynä jo aiemmin todettu ajan puute, joten sen laatimiseen tulisi pystyä järjestämään riittävästi aikaa. Toisaalta loppuarviointi on saatettu kirjata yhteenvetoon, joita ei tässä tutkimuksessa ollut käytettävissä. Hoitajien tulisi käytännössä ymmärtää se, kuinka hyödyllinen loppuarvioinnin kirjaaminen on esimerkiksi hoidon jatkuvuuden kannalta. Jos loppuarvioinnin tekeminen määriteltäisiin pakolliseksi, voisivat hoitajat ymmärtää paremmin sen merkityksellisyyden.

Kuten jo johtopäätöksissä todettiin, hoitajat kirjaavat nykyään paremmin potilaiden omaisista ja heidän osallistumisestaan potilaan hoitoon. Yleisesti katsoen kirjaaminen on vielä vähäistä ja puutteellista. Tähän hoitajien tulisi kiinnittää enemmän huomioita ja osastolla voitaisiinkin yhteisesti puuttua siihen. On todettu, että puutteellinen kirjaaminen johtuu hoitajien asennoitumisesta

omaisia kohtaan, ei niinkään tiedon ja taidon tai ajan puuttumisesta (Hopia ym. 2007, 107).

Opetus-/ohjaustilanteen kirjaaminen vaatii vielä kehittämistä. Hankkeen aikana opetus-/ohjaustilanteiden kirjaamisen laatu oli heikentynyt. Useista opetus-/ohjaustilanteista puuttui aiheen mainitseminen, ja vielä harvemmin oli kirjattu arvio potilaan reaktiosta ja ohjaustilanteen ymmärtämisestä. Saattaa olla, että hoitajat eivät vain viitseliäisyyttään jaksaa kirjata opetuksesta/ohjauksesta riittävästi. Osastoilla olisi hyvä ottaa yhteisesti tämäkin aihe puheeksi ja kerrata kaikkien hoitajien kesken täsmällisen, narratiivisen kirjaamisen perusajatus. Osastoilla voitaisiin myös yhdessä määritellä se, mitä esimerkiksi lääkehoidon ohjauksessa tulee kirjata. Tämän tutkimuksen aineistossa esiintyi usein lyhyt kirjaus Lääkehoidon ohjaus-otsikon alla: ”lääkkeet jaettu dosettiin”. Tähän kohtaan olisi voinut kirjata enemmän, esimerkiksi miten lääkkeenjako oli sujunut potilaalta tai ilmenikö tilanteessa jotakin erityistä. Hoitajat ovat saattaneet valita ohjaukseen liittyvän otsikon, mutta kirjauksen perusteella ohjausta ei ole kuitenkaan toteutunut. Hoitajien tulisi siis harkita tarkemmin otsikoiden käyttöä.

Myönteisenä asiana tuli esille opetus-/ohjaustilanteista omahoitajakeskustelut, jotka olivat kirjattu varsin kuvailevasti ja yksityiskohtaisesti. Niissä oli kuvattu hyvin esimerkiksi potilaan ajatuksia ja tunteita. Hoitajien tulisi ymmärtää muiden ohjaustilanteiden tärkeys ja kirjata niistä yhtä täsmällisesti kuin omahoitajakeskusteluista.

Rakenteinen kirjaamismalli tukee potilaslähtöistä hoitotyötä, koska siinä nousee merkittäväksi osaksi potilaan oma näkemys ja kokemus hoidosta. Tämän hankkeen myötä potilaslähtöinen kirjaaminen ja hoitaminen ovat kehittyneet oikeaan suuntaan, mutta se vaatii vielä tietynlaista täsmällisyyttä ja johdonmukaistamista (Karlsen 2007, 575). Potilaalla on oikeus saada yksilöllistä hoitoa, jonka yhtenä edellytyksenä on, että potilaan tärkeäksi kokemat asiat kirjataan nimenomaan potilaan näkemysten ja kokemusten mukaan (Kärkkäinen 2007, 92). Selkeät ja systemaattisesti toteutetut hoidon kirjaukset ovat aikaa säästäviä ja lisäksi ne toimivat erinomaisina tutkimuslähteinä, joita



voidaan hyödyntää esimerkiksi koulutusmateriaalina hoidon kehittämisessä (Kinnunen & Saranto 2009, 473; Kaunonen ym. 2010, 489.)

Tämä hanke on ajoittunut juuri sellaiselle ajalle, että hoitajat eivät välttämättä ole ehtineet vielä sisäistää täysin rakenteisen kirjaamismallin toteuttamista. Jatkotutkimuksia kirjaamisen kehittymisestä on syytä tehdä vasta, kun hoitajat ovat saaneet riittävästi koulutusta ja kokemusta sen käytöstä. Tätä ajatusta tukee myös tosiasia, että nimenomaan pitkällä aikavälillä toteutettu kehittämistyö parantaa kirjaamisen määrää ja laatua (Björvell ym. 2001, 39–40).

## LÄHTEET

Björvell, C.; Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. 2002. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 16 No. 1, 34-42.

Björvell, C.; Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. 2003. Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 43 No. 4, 402-410.

Caldeott-Hazard, S. & Richard, C.W. 1995. Global Assessment of Function a modified scale. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 36 No. 2, 1-6. Viitattu 10.11.2011  
<http://dmh.mo.gov/docs/mentalillness/globalassess.pdf>

Cheevakasemsook, A.; Chapman, Y.; Francis, K. & Davies, C. 2006. The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing practice*, Vol. 12 No. 6, 366-374.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen*. Suomen sairaanhoitajaliitto. Sipoo.

Ensio, A. & Saranto, K. 2007. *Hoitotyön kirjaamisen arviointi*. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2.*, painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 123-138.

Eriksson, K. & Kärkkäinen, O. 2005. Recording the content of the caring process. *Journal of Nursing Management*, Vol. 13 No. 3, 202-208.

Fogelberg D. & Wadensten B. 2008. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic records – a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17 No. 16, 2137-2145.

Herrman, H. 2001. The need for mental health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 35 No. 6, 709-715.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. *Käytännön mielenterveystyö*. Latvia: Livonia print.

Hopia, H.; Schildt, T. & Hovikoski, K. 2007. *Perhe hoitotyön kirjaamisessa*. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2.*, painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 97-110.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. *Hoida ja kirjaa. 1.-3. painos*. Helsinki: Tammi

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos*. Helsinki: WSOY.

Jones, A. 2005. Perceptions on individualized approaches to mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 12 No. 4, 396-404.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. *Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos* Helsinki: WSOY.

Kärkkäinen O. & Eriksson K. 2004. Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 18 No. 2, 229-236.

- Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2., painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 89-96.
- Karlsen, R. 2007. Improving the nursing documentation: professional consciousness-raising in a Northern-Norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 14 No. 6, 574-577.
- Kaunonen, M.; Laitinen, H. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 19 No. 3-4, 489-497.
- Kinnunen, U-M. & Saranto K. 2009. Evaluating nursing documentation –research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 65 No. 3, 464–476.
- Kuhanen, C.; Oittinen, P.; Kanerva, A.; Seuri, T. & Schubert C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.+
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. Viitattu 9.11.2011 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Lepola, U.; Koponen, H.; Leinonen, E.; Joukamaa, M.; Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. 1.-3. Painos. Helsinki: WSOY.
- Mielenterveyslaki11.12.2009/1066. Viitattu 14.11.2011 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Noppari, E.; Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Opas Fincc –luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. 2008. Viitattu 15.3.2011 <http://www.vsshp.fi/fi/4519>
- Sainola-Rodriguez, K. & Ikonen, H. 2007. Luokitusten luovuus –kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2., painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 41-56.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 1. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Saranto, K.; Ensio, A.; Tantt, K. & Sonninen, A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston verkkosivut (Valvira). 2009. Potilasasiakirjat. Viitattu 17.02.2011. [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 30.11.2011 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- STM-asetus 298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Viitattu 17.02.2011 [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39502&name=DLFE-8803.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-8803.pdf)

Törnvall, E.; Wilhelmsson, S. & Wahren, L. K. 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 18 No. 3, 310-317.

Vainiomäki, S.; Kuusela, M.; Vainiomäki, P. & Rautava, P. 2008. The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 26 No. 2, 117-122.

Whittaker, A.; Aufdenkamp, M. & Tinley, S. 2009. Barriers and Facilitators to Electronic Documentation in rural hospital. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 41 No. 3, 293-300.

# Sisällönanalyysirunko

## Hoitotyön kirjaaminen

### TAUSTATIEDOT

#### 1. Toimialue

##### 1. Perusterveydenhuolto

a) Sairaanhoidajan vastaanotto

b) Hoidon tarpeen arviointi

##### 2. Kaupunginsairaala

a) Vuodeosasto

b) Poliklinikka

##### 3. Pitkäaikaissairaanhoito

##### 4. Kotihoito

##### 5. Kotihoitoa tukevat vuodeosastot

##### 6. Psykiatria

a) Aikuispsykiatria

a1) Vuodeosasto

a2) Poliklinikka

b) Geropsykiatria

b1) Vuodeosasto

b2) Poliklinikka

b1) Vuodeosasto

b2) Poliklinikka

## 2. Yksikön luonne

1. Vuodeosasto
2. Vastaanotto toiminta (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 (tulosityy-kohtaan) on kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila (liittyy kysymykseen 59)

1. Kyllä
2. Ei

## 9. Hoitosuunnitelma

1. On
2. Ei ole

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

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

**11. Tarpeiden/ongelmien määrä hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?**

**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, kpl?**

*Aktiviteetti*

*Erittäminen*

*Selviytyminen*

*Nesteytys*

*Terveyskäyttäytyminen*

*Terveyspalveluiden*

*käyttö*

*Lääkehoito*

*Ravitsemus*

*Hengitys*

*Kanssakäyminen*

*Turvallisuus*

*Päivittäiset toiminnot*

*Psyykinen tasapaino*

*Aistitoiminnot*

*Kudoseheys*

*Jatkohoito*

*Elämäнкаari*

*Verenkierto*

*Aineenvaihdunta*

**19. Mitä tarpeita/ongelmia (hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä)?**

**Fyysiset kpl**

**Psyykkiset kpl**

**Sosiaaliset kpl**

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

**21. Mitä omaisten antamia tietoja on kirjattu?**

**22. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan**

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

**23. Tavoitteiden määrä hoitosuunnitelmassa?**

**26. Kuinka monta tavoitetta on kirjattu muodollisesti oikein/kpl?**



*Konkreettisena  
asiakkaan/potilaan  
voinnin tai  
käyttäytymisen  
muutoksena*

*Tavoite vastaa  
hoidon tarvetta*

**27. Hoitotyön toiminnot/keinot hoitosuunnitelmassa, kpl**

*Suunniteltujen  
hoitotyön  
toimintojen/keinojen  
määrä*

*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 (myös keskustelu yms.) on mainittu hoitotyön keinot -kohdassa hoitosuunnitelmassa ja toteutuksessa yhteensä?**

**33. Kuinka monen opetus-/ohjauskerran yhteydessä on mainittu opetuksen/ohjauksen aihe?**

**34. Kuinka monen opetus-/ohjauskerran yhteydessä on arvioitu, miten asiakas/potilas ymmärsi opetuksen/ohjauksen tai miten hän reagoi siihen?**

**35. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemykset hoidon tarpeesta (potilaan pyynnöstä, potilas kertoo...) on kirjattu ainakin kerran**

1. *Kyllä*

2. *Ei*

**36. Kuinka monen asian kohdalla?**

**37. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemykset hoidon tavoitteesta on kirjattu ainakin kerran**

1. *Kyllä*

2. *Ei*

**38. Kuinka monen asian kohdalla?**

**39. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemykset hoitokeinoista on kirjattu ainakin kerran**

1. *Kyllä*

2. *Ei*

**40. Kuinka monen asian kohdalla?**

**41. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon toteutuksesta on kirjattu ainakin kerran**

1. *Kyllä*

2. *Ei*

**42. Kuinka monen asian kohdalla?**

**43. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon arvioinnista on kirjattu ainakin kerran**

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. Onko hoidosta tehty loppuarviointi?**

1. *Kyllä*

2. *Ei*

**51. Löytyykö päivittäisestä kirjaamisesta arvioivaa kirjaamista?**

1. *Kyllä*

2. *Jossain määrin*

3. *Ei*

**56. Arvioinnin apuna on 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 kumpikaan*

**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*