Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2011

Jarno Kaukola & Inkeri Virtanen

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN TURUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN VANHUSPSYKIATRIAN OSASTOILLA

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Marraskuu 2011 | 49 sivua + 4 liitesivua

Jarno Kaukola & Inkeri Virtanen

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN TURUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN VANHUSPSYKIATRIAN OSASTOILLA

Tämä opinnäytetyö on toteutettu osana Turun sosiaali- ja terveystoimen hanketta: ”Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käytäntöön implementointi Turun sosiaali- ja terveystoimessa”, joka on käynnistetty valtakunnallisen HoiDok-projektin myötä. Hankkeen tarkoituksena on helpottaa rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa työelämässä, löytää sen mahdolliset ongelmakohdat ja tuottaa parannusehdotuksia kirjaamiseen.

Tutkimusaineisto opinnäytetyöhön koottiin kahdelta vanhuspsykiatrian osastolta Turun sosiaali- ja terveystoimesta. Tutkimusaineisto kokonaisuudessaan käsitti 40 hoitokertomusta, jotka oli valittu mukaan systemaattisella satunnaisotannalla. Tulokset aineistosta kerättiin käyttäen deduktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimusongelmat olivat: ”Minkälaista hoitotyön kirjaaminen on Turun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspsykiatrian osastoilla?” ja ”Miten hoitotyön kirjaaminen on muuttunut hankkeen aikana?”.

Vuonna 2008 suoritettiin tämän hankkeen alkumittaus ja vuoden 2009 aikana tehtiin kaksi tätä työtä vastaavaa opinnäytetyötä, jotka ovat toimineet myös pohjana tälle työlle. Vuonna 2008 kerättiin 16 hoitokertomusta, keväällä 2009 20 hoitokertomusta ja syksyllä 2009 40 hoitokertomusta, jotka kaikki analysointiin deduktiivisella sisällönanalyysillä käyttäen samaa sisällönanalyysirunkoa, joka oli käytössä myös tässä työssä.

Nelivuotisen hankkeen aikana osastoilla siirryttiin vanhasta kirjaamismallista uuteen rakenteiseen kirjaamiseen. Tänä aikana selkeitä parannuksia oli tapahtunut hoitosuunnitelmien luomisessa; keväällä 2008 ei hoitosuunnitelmia ollut käytössä vielä yhdelläkään potilaalla ja nyt keväällä 2011 kaikille potilaille oli hoitosuunnitelma perustettu. Kehittämistä edelleen kaipaavat hoitosuunnitelmien päivittäminen sekä hoidon suunnitelmallisuuden parempi esille tuonti. Lisäksi selkeää parannusta tarkastelujaksolla oli tapahtunut GAF-mittarin käytössä sekä hoidon tavoitteiden asettamisessa.

ASIASANAT:

rakenteinen kirjaaminen, psykiatria, geriatria.

BACHELOR´S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Registered Nurse

November 2011 | 49 pages + 4 appendices

Jarno Kaukola & Inkeri Virtanen

STRUCTURED DOCUMENTATION IN CITY OF TURKU MUNICIPAL HEALTH CARE AND SOCIAL SERVICES DEPARTMENTS GEROPSYCHIATRIC WARDS

This thesis is a part of the project called: “Implementation of Structured recording of nursing practice in Turku Municipal Health Care and Social Services Department”. This project has been launched after national HoiDok-strategy that defines foundations to structured documentations in Finland. The goal to the project is to ease the introduction of structured documentation into the practical nursing and find its possible problematic scenarios and make proposal of improvements about how to record the data.

The research material for the thesis was collected from two geropsychiatric wards in Turku Municipal Health Care and Social Services Department. The research material consists of 40 nursing records that were selected to the study by randomized systematic sampling. The nursing records were analyzed by using deductive content analysis. The research problems were: “What kinds of data are recorded in nursing records in geropsychiatric wards?” and “How the documentation of nursing records has been changed during this project?”

The initial measurement of the project was conducted in year 2008 and during year 2009 were conducted two theses similar to this one. Those three studies are used as examples to this one. In year 2008 were collected 16 nursing records and in 2009 were collected 20 nursing records at the spring and 40 at the autumn. All of these records were analyzed by the same structured frame, which is also used in this thesis.

During this four-year project all of the wards have moved from the old recording system to the new structured recording. The creation of care plans has improved significantly during this time; on the spring 2008 none of the patients had a care plan grounded but on the spring 2011 all of the patients had one. The updating of the care plans and the visualization of the planning still needs more improvement. Also use of the GAF-scale and recording of the goals of the nursing care has improved clearly during this four-year project.

KEYWORDS:

structured recording, psychiatry, geriatric.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO **6**

2 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN **7**

2.1 Rakenteisen kirjaamisen kehittyminen Suomessa 7

2.2 Kirjaaminen vanhuspsykiatrisessa hoitotyössä 8

3 VANHUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ **11**

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT **13**

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN **14**

5.1 Aineiston hankkimisen käytännön toteutus 14

5.2 Aineiston käsittely ja analysointi 14

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS **16**

7 TULOKSET **18**

7.1 Potilaiden taustatiedot 18

7.2 Hoitotyön tarpeet 22

7.3 Hoitotyön tavoitteet 26

7.4 Hoitotyön toiminnot 28

7.5 Potilaan ohjaus, opetus ja arvioiva kirjaaminen 30

7.6 Potilaan ja omaisten huomioiminen hoitotyössä 35

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA **41**

8.1 Taustatiedot 41

8.2 Tarpeet 41

8.3 GAF ja muut mittarit 42

8.4 Tavoitteet ja opetus 43

8.5 Toiminnot 44

8.6 Potilaan ja omaisen huomiointi 45

8.7 Kotihoito-ohjeet ja jatkohoito 45

8.8 Yhteenveto 46

LÄHTEET **48**

LIITTEET

Liite 1. Sisällönanalyysirunko.

KUVIOT

Kuvio 1. Sukupuolijakauma aineistoittain. 19
Kuvio 2. Potilaiden keski-ikä. 19
Kuvio 3. Hoitokertomukseen oli kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila. 20
Kuvio 4. Mitä aikaisemmasta terveydentilasta on kirjattu. 21
Kuvio 5. Onko potilaalle tehty hoitosuunnitelma. 21
Kuvio 6. Onko potilaan tarpeet kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan. 22
Kuvio 7. Tarpeiden sisällöt. 24
Kuvio 8. Tarpeiden jaottelu ryhmittäin. 25
Kuvio 9. Onko tarpeiden määrittelyssä käytetty mittareita. 26
Kuvio 10. Onko hoitotyön tavoitteet kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan. 27
Kuvio 11. Kuinka monta tavoitetta on kirjattu muodollisesti oikein. 28
Kuvio 12. Suunniteltujen hoitotyön toimintojen määrien keskiarvo. 29
Kuvio 13. Hoitosuunnitelman tavoitteisiin oli kirjattu ainakin yksi keino. 29
Kuvio 14. Vastaako toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta hoitosuunnitelmaa. 30
Kuvio 15. Opetus tai ohjaus on mainittu ainakin kerran hoitotyön keinoissa. 31
Kuvio 16. Onko opetuksen tai ohjauksen aihe kirjattu 32
Kuvio 17. Onko kirjattu miten potilas ymmärsi opetuksen tai ohjauksen. 33
Kuvio 18. Löytyykö päivittäisestä kirjaamisesta arvioivaa kirjaamista. 34
Kuvio 19. Onko arvioivan kirjaamisen apuna käytetty mittareita. 34
Kuvio 20. Potilaan oma käsitys hoidon tarpeesta on kirjattu ainakin kerran. 35
Kuvio 21. Potilaan oma käsitys hoidon tavoitteesta on kirjattu ainakin kerran. 36
Kuvio 22. Potilaan oma käsitys hoitotoiminnoista on kirjattu ainakin kerran. 36
Kuvio 23. Potilaan oma käsitys hoidon toteutuksesta on kirjattu ainakin kerran. 37
Kuvio 24. Potilaan oma käsitys hoidon arvioinnista on kirjattu ainakin kerran. 38
Kuvio 25. Omainen on osallistunut potilaan hoitoon ainakin kerran. 38
Kuvio 26. Onko hoitojaksosta tehty loppuarviointi. 39
Kuvio 27. Onko potilas saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta. 40
Kuvio 28. Onko jatkohoito merkitty hoitosuunnitelmaan. 40

1 JOHDANTO

Rakenteisen kirjaamisen tärkein tavoite hoitotyössä on jäsentää hoitajan omaa ajattelua ja parantaa hoidon tuloksellisuutta. Lisäksi hoitotietojen keskinäinen vertailu, luettavuus ja arkistointi on helpompaa, kun kaikki hoitotiedot noudattavat samaa kaavaa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 13.)

Rakenteista kirjaamista on alettu kehittää Suomessa 2000-luvun alussa, kun saatiin valmiiksi ensimmäinen tietosisältömäärittely sähköiselle potilaskertomusjärjestelmälle. Suurimmat haasteet rakenteiselle kirjaamiselle ovat sen luokkien ja komponenttien tulkinnanvaraisuus (Van Achterberg ym. 2005, 440; Lake ym. 2009, 383). Miten varmistaa, että kaikki kirjaavat samalla tavalla samat asiat samoihin paikkoihin?

Vuonna 2008 on aloitettu projekti: *Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käytäntöön implementointi Turun sosiaali- ja terveystoimessa,* Turun sosiaali- ja terveystoimen sekä Turun ammattikorkeakoulun Terveysalan tulosalueen välillä, jonka tarkoituksena on jalkauttaa rakenteinen kirjaaminen hoitotyöhön. Tavoitteena on parantaa hoitotyön ja kirjaamisen laatua sekä yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä. Lisäksi on tarkoitus saada laadukas hoitotyö näkyväksi hoitotyön kirjaamisessa sekä saada hoitotyön johtamisen perustiedostoon laadukasta tietoa.

HoiDok-hankkeen aikana on annettu koulutusta rakenteisesta kirjaamisesta osastojen henkilökunnalle asiantuntijoiden ja kirjaamisvastaavien toimesta. Tämän ja aikaisempien opinnäytetöiden tarkoitus on ollut mitata projektin etenemistä. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on suorittaa kirjaamisen tilan loppumittaus Turun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspsykiatrian osastoilla ja tarkastella sitä miten hoitotyön rakenteinen kirjaaminen on kehittynyt ja muuttunut koko projektin aikana. Opinnäytetyön tavoitteena on pyrkiä löytämään rakenteisen kirjaamisen ongelmakohdat vanhuspsykiatrisessa hoidossa ja löytää mahdollisia kehitysehdotuksia näiden ongelmien välttämiseksi.

2 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Hoitotyön kirjaaminen on ollut kautta aikain hyvin monimuotoista ja vaihdellut osastojen ja sairaaloiden välillä hyvin paljon. Sähköisten järjestelmien korvatessa vanhoja manuaalisia kirjaamismenetelmiä, on törmätty tietojen tallentamisessa moniin ongelmiin ja näistä on lähtenyt liikkeelle yhtenevän kirjaamismallin kehittäminen. (Saranto & Tanttu 2008, 12.)

2.1 Rakenteisen kirjaamisen kehittyminen Suomessa

Rakenteisen kirjaamisen mallin kehitystyö on aloitettu Suomessa vuonna 2003 (Kivekäs & Hakala-Ewing 2009, 790). Mallin pohjana käytettiin amerikkalaista Clinical Care Classification (CCC) -luokitusta (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 47). Tämän pohjalta kehitettiin kolme eri kokonaisuutta, suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL 2.0.1), suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL 2.0.1) ja hoidon tuloksen tilan luokitus (SHTuL 1.0), jotka yhdessä muodostavat suomalaisen hoitotyön luokituksen eli Finnish Care Classification (FinCC) (Liljamo & Kaakkinen 2009, 774-5). Laki potilastietojen sähköisestä kirjaamisesta määrää, että ennen vuotta 2011 tulee kaikki terveydenhuolto-organisaatiot olla mukana kansallisen kirjaamisen mallissa. Niiden tulee käyttää yhtenevää luokitusta, terminologiaa ja ydintietoja. (Rajalahti & Saranto 2009, 858.)

Hoitotyössä potilaskertomusteksti on rakenteistettu eri tasoille. Ylimmällä tasolla ovat otsikot jotka muodostavat moniammatillisen hoitoprosessin vaiheet jotka ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Kirjaamista ohjaa hoitotyön päätöksentekoprosessi. Hoitotyön ydintiedot kytkeytyvät moniammatillisen hoitoprosessin otsikoihin ja luokitusten avulla ne rakenteistetaan. Ydintietoja ovat tarve, toiminnot, tulokset, hoitoisuus ja yhteenveto. (Tanttu & Rusi 2007, 114.)

Rakenteiseen hoitotyön kirjaamiseen ollaan siirtymässä tai on siirrytty jo ympäri maailmaa, koska se mahdollistaa hoitotyön mittaamisen ja arvioinnin (Häyrinen & Saranto 2009, 342-6). Lisäksi rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa hoitotietojen käyttämistä hallinnollisissa ja tutkimuksellisissa tarkoituksissa (Liljamo & Kaakkinen 2009, 774-5). Lisäksi tutkimusten mukaan valmis strukturoitu malli tukee hoidon tuloksellisuutta ja parantaa tiedon laatua ja sen löytymistä hoitokertomuksista (Whittenburg 2009, 51-5; Häyrinen & Saranto 2010, 269-73).

Tutkimustyötä hoitotietojen rakenteisesta kirjaamisesta on tehty runsaasti. Esimerkiksi USA:ssa on tutkittu miten sairaanhoitajaopiskelijat ovat oppineet rakenteista kirjaamista ja mikä sen oppimisessa on ongelmallisinta (Mahon ym. 2010, 615-21). Suomessa hoitotietojen rakenteiseen kirjaamiseen tullaan siirtymään pitkälti ammattikorkeakoulujen voimin, joissa sairaanhoitajia koulutetaan. Lisäksi Opetusministeriö on mukana rahoittamassa hanketta. (Ora-Hyytiäinen ym. 2009, 834).

Suurin haaste rakenteiselle kirjaamiselle on henkilökunnan koulutus ja tämä vaatii hyvää johtamista tuekseen (Ala-Hiiro ym. 2010, 421-3). Lisäksi on todettu, että sähköisen potilastietojärjestelmän sujuva käyttöönotto vaatii hyvää yhteistyötä osastonhoitajien, informaatiotukihenkilöiden ja ylihoitajien välillä (Klehr ym. 2009, 169-80; Peres ym. 2010, 279–83). Kun nämä seikat huomioidaan ja rakenteisen kirjaamisen käyttöönotossa huomioidaan riittävästi henkilökunnan koulutus, tulee kirjaamisesta potilaslähtöistä ja näin saadaan parannettua hoidon laatua ja tuloksellisuutta (Laitinen ym. 2010, 489–97).

2.2 Kirjaaminen vanhuspsykiatrisessa hoitotyössä

Hoitotyön kirjallinen suunnittelu edellyttää henkilöstöltä hyvää tietoperustaa ja ammattitaitoa. Hoitotyön henkilöstöltä edellytetään myös että heillä on kyky tunnistaa hoitotyön tarve, käyttää mahdollisuuksia tuloksellisesti, seurata ja arvioida hoitotyön panosta ja kehittää jatkuvasti hoitotyötä. Psykiatrisessa hoidossa hoitotyön prosessia (tarpeen määrittely, suunnittelu ja toteutus) on kuvattu liian kaavamaiseksi ja kankeaksi, siinä jäävät liian vähäiselle huomiolle yksilöllisyys,

vuorovaikutus hoitajan kanssa ja potilaan kokemukset. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 45.)

Käytännön työssä hoitoa ja kirjaamista ohjaavat tarve- ja toimintoluokitus hoitotyön prosessin mukaisesti. Suunnittelu lähtee potilaan tarpeesta, esimerkiksi ahdistuneisuudesta, ja tarvittavat komponentit löytyvät tarveluokituksesta. Toteutuksen kirjaamista ohjaa annettu hoito, esimerkiksi potilaan rauhoittaminen ja nämä hoitotoimet löytyvät toimintoluokituksesta. Komponentti- otsakkeiden alle kirjataan vapaalla tekstillä hoidon tavoitteet ja arviointi. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 45.)

Hoitotyön prosessimalli koostuu neljästä vaiheesta. Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena on määrittää hoitotyön tarve potilaan näkökulmasta. Periaatteena on tunnistaa potilaan ongelmat joihin hoitotyöllä voidaan vaikuttaa. Ongelmat voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia. Ongelmien tunnistuksen voi tehdä potilas itse tai sairaanhoitaja. Kaikilla ei kuitenkaan tarvitse olla ongelmia joihin voisi hoitotyön keinoilla vaikuttaa. Toisessa vaiheessa tunnistetuille ongelmille asetetaan tavoitteet niiden ratkaisemiseksi. Tässä vaiheessa tulee päättää, kuinka potilasta hoidetaan ja kirjata päätökset hoitosuunnitelmaan. Kolmannessa vaiheessa toteutetaan hoitosuunnitelma. Potilaan ongelmat kohdataan ja ratkaistavissa olevat ongelmat ratkaistaan. Kolmanteen vaiheeseen kuuluu niin psyykkisen kuin fyysisenkin puolen huomiointi. Neljännessä vaiheessa tapahtuu tuloksen arviointi. Tässä vaiheessa saadaan selville onko hoitotyö ollut tehokasta ja onko toisessa vaiheessa asetetut tavoitteet saavutettu. Käytännössä kuitenkin jokaista prosessin vaihetta toteutetaan koko hoidon ajan. (Kratz 1993, 16-17.)

Vanhuspsykiatria antaa oman haasteensa rakenteelliselle kirjaamiselle. Useimmiten vanhuksen psyykkiset haasteet ja ongelmat ovat moniulotteisempia kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Psykiatristen luokittelujen tarkkarajaisuutta uhmaa oireiston moninaisuus, päällekkäisyys ja fyysiseen terveyteen liittyvät tekijät jotka korostuvat vanhuudessa. Vanhusten mielenterveyden tilaan vaikuttavat niin lähiaikoina tapahtuneet asiat kuin menneisyydessä kohdatut ongelmat. (Raitanen ym. 2004, 193.) Vanhusten mielenterveysongelmat sekoitetaan hyvin

helposti somaattisiin sairauksiin, koska monilla somaattisilla sairauksilla on samanlaisia oireita kuin mielenterveysongelmilla. Tässä asiassa psykiatrinen hoitohenkilökunta tarvitsee lisäohjausta. On huomattu että hoitohenkilökunta ei välttämättä erota onko kyseessä esimerkiksi masennustila vai dementia. (Koponen & Leinonen 2007, 631–640.) Tässä korostuu kirjaamisen merkitys, hoitajan tulee noudattaa kirjaamisessaan kansallisen kirjaamisen mallia, jotta kirjaamisesta tulee laadullisesti pätevää (Häyrinen ym. 2010, 554-64).

Psykiatriassa potilaan arviointi hetkellä olevaa toimintakykyä, niin ammatillista, psykologista kuin sosiaalista, kuvataan GAF-asteikolla (Global Assessment of Functioning scale). Periaatteena on, että potilas sijoitetaan toimintakykynsä mukaan asteikolle 1:stä 100:aan. Arvo 1 kuvaa potilaan psyykkisesti heikointa mahdollista vointia ja arvo 100 kuvaa psyykkisesti täysin tervettä ihmistä. Asteikolla voidaan luotettavasti kuvata hyvinkin erilaisten potilaiden toimintakykyä ja siinä tapahtuvia muutoksia. (Lönnqvist ym. 2007, 66.)

Muistia mittaava testit MMSE ja CERAD eivät suoranaisesti liity psykiatrisen potilaan hoitotyöhön, mutta vanhuspsykiatriassa alkava muistisairaus voi selittää oireita ja potilas pystytään ohjaamaan oikean hoidon piiriin. Mittareiden avulla voidaan tunnistaa mitkä potilaan oireista selittyvät muistisairaudella ja mitkä taas johtuvat psykiatrisista sairauksista. (Raitanen ym. 2004, 325.)

3 VANHUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Maailmalla, myös Suomessa, on ollut lähes jokaisessa suuressa mielisairaalasssa vanhuspsykiatriaan erikoistuneita osastoja, joissa hoidettiin mielenterveysongelmista kärsiviä vanhuksia, joilla useimmilla oli takanaan pitkä, jopa vuosikymmeniä kestänyt hoitojakso mielisairaalassa. Ylitettyään 65-vuoden iän psykiatriset potilaat siirtyivät näille vanhuspsykiatriaan erikoistuneille osastoille. Satunnaisesti näillä osastoilla hoidettiin myös akuutisti psyykkisesti sairastuneita vanhuksia ja myös dementoituneita, joilla oli yleensä vaikeita käytöshäiriöitä. Psykiatrisessa hoidossa tapahtunut rakennemuutos 60-90 -luvuilla vaikutti myös psykogeriatrisen hoidon muutokseen. Tavoitteena oli akuutin hoidon takaaminen pitkäaikaisasumisen ohella. Valitettavasti vanhuspsykiatriset palvelut eivät ole Suomessa vieläkään kattavat vaikka parannusta tapahtuu koko ajan. (Juhela 2006, 1.)

Oman haasteensa vanhuspsykiatriaan tuovat vanhusten somaattiset sairaudet, tärkeimpänä aivosairaudet, erityisesti etenevien aivosairauksien hallinta. Vanhuspsykiatrian suurimmat saavutukset ovat saavutettu juuri tällä alueella. Psykiatristen sairauksien tieteellinen tutkimus on lisääntymään päin vaikka se ei ole ollut yhtä laajaa kuin esimerkiksi dementioiden tutkimus. Helposti koetaan, että ikääntyneiden ongelmat ovat liian haastavia ja tutkimuksien ulkopuolelle suljetaan lähes aina monisairaat vanhukset. Erityisen haastaviksi on koettu ikääntyneiden erilaiset riippuvuusongelmat, kuten esimerkiksi alkoholiongelma. Lähitulevaisuudessa tämä tulee kuitenkin olemaan merkittävä ongelma suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle. (Juhela 2006, 3.)

On huomattu, että valtaosa vanhuksista hakeutuu psykiatristen palvelujen sijaan perusterveydenhuoltoon somaattisten vaivojen turvin. Tämä voi johtua siitä, että vanhukset ovat eläneet ajassa, jolloin mielenterveysongelmista ei puhuttu vaan psyykkisesti sairaat ihmiset suljettiin laitoksiin ja unohdettiin. Mielisairaus oli häpeällinen sairaus. Vanhukset eivät välttämättä tunnista psyykkisiä ongelmiaan, vaan voivat ajatella, että esimerkiksi unihäiriöiden taustalla on jotain

aivan muuta kuin psyykkistä ongelmaa. Heillä ei välttämättä ole tarvittavaa tietoa mielenterveyspuolen palveluista eikä heillä välttämättä ole mahdollisuutta ottaa asioista selvää. He saattavat nähdä terveyskeskuksen parhaana ja ainoana vaihtoehtona vaikka terveyskeskuksen henkilökunnalla ei välttämättä ole tarpeeksi tietotaitoa havaita mielenterveysongelmia. Monilla pienemmillä paikkakunnilla on myös puutteelliset psykiatrian palvelut, etenkin vanhuspsykiatrian osalta. (Raitanen ym. 2004, 325.)

On olemassa kahdenlaista psykiatrista hoitoa. Vapaaehtoista, jolloin potilas itse hakeutuu hoitoon ja pystyy itse vaikuttamaan hoidon kulkuun ja myös lopettamaan hoitonsa näin halutessaan sekä tahdosta riippumatonta, jolloin potilas pidetään tahdonvastaisesti sairaalahoidossa ja hänellä on hyvin rajatut oikeudet hoitonsa suhteen. Laki potilaan itsemääräämisoikeudesta määrää, että vapaaehtoisesti hoidossa olevaa potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hänelle ehdotetuista hoitokeinoista tai hoitotoimenpiteistä ja tällöin häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, mikäli hänen todetaan olevan mielisairas tai hänen hoitoon toimittamatta jättäminen vaarantaisi hänen tai muiden henkilöiden turvallisuuden tai pahentaisi hänen mielisairauttaan tai jos muut palvelut eivät ole riittäviä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 30.12.2010/1335.)

Psykiatrisen potilaan hoidon tarve harvoin loppuu välittömästi hoitojakson päätyttyä, koska ongelmat eivät ratkea hetkessä. Näin ollen melkein jokainen vanhuspsykiatrinen potilas tulee tarvitsemaan ainakin jonkinlaista jatkohoitoa osastohoidon päätyttyä. Tästä johtuen jatkohoidon tarve ja paikka olisi hyvä määritellä jo osastojakson aikana. (Lönnqvist ym. 2007, 120.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoitus on suorittaa kirjaamisen tilan loppumittaus Turun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspsykiatrian osastoilla ja tarkastella sitä miten hoitotyön rakenteinen kirjaaminen on kehittynyt ja muuttunut hankkeen aikana.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaista hoitotyön kirjaaminen on Turun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspsykiatrian osastoilla?
2. Miten hoitotyön kirjaaminen on muuttunut hankkeen aikana?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Aineiston hankkimisen käytännön toteutus

Tutkimuksen aineisto kerättiin Turun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspsykiatrian osastojen hoitokertomuksista, jotka ovat päättyneet 1.2.–31.3.2011 välisenä aikana. Tutkittavaksi otettiin kaiken kaikkiaan 40 hoitokertomusta, jotka valittiin systemaattisella satunnaisotannalla kaikkien hoitokertomusten joukosta. Tämä tarkoittaa sitä, että jos esimerkiksi potilaita on listassa yhteensä 200, niin 40 potilaan otokseen heistä otetaan joka viides eli 200:40. Periaatteena otannassa oli, että jokaiselta otantaan tulevalta potilaalta saadaan tarkastelun kohteeksi kirjausten kokonaisuus eli koko toteutunut hoitoprosessi hoidon suunnittelusta hoidon loppuarviointiin. Hoitokertomukset oli kerätty vanhuspsykiatrian osastoilta G1 ja G2.

5.2 Aineiston käsittely ja analysointi

Sisällönanalyysi on menettelytapa jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tässä yhteydessä dokumentteina voidaan käsittää melkein mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää myös täysin jäsentelemättömän tiedon analysointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.)

Tässä työssä käytettiin yllä kuvatusta syystä deduktiivista sisällön analysointia, joka tarkoittaa, että sisällön analyysin toteutusta ohjaa aikaisempi tutkittu tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Tämä tukee erittäin hyvin rakenteisen hoitokertomusten analysointia. Aineiston analysointiin käytettävää sisällönanalyysirunkoa (LIITE 1) on käytetty aikaisemmissakin töissä. Tunnilla käytiin läpi sisällönanalyysirungon käyttöä jotta kaikkien tulokset olisivat yhtenäisiä. Lisäksi keskusteltiin ohjaajan kanssa kysymysten asettelusta ja miten ne tulee tulkita. Ana-

lysoinnin aikana keskusteltiin myös kysymysten asettelusta ja niiden tulkinnasta vielä uudelleen tarkentavasti. Tuloksia verrattiin edellisiin opinnäytetöihin.

Hoitokertomukset jaettiin puoliksi, kummallekin 20 kappaletta. Tämän jälkeen hoitokertomuksista analysoitiin vastaukset sisällönanalyysirungon kysymysten avulla ja tiedot syötettiin väliaikaisesti Excel-taulukkoon. Kun itse analysointivaihe oli suoritettu ja kaikki tiedot kirjattu Excel-taulukkoon, koottiin ne yhteen ja siirrettiin SPSS-ohjelmaan. Seuraavassa työvaiheessa tuloksia analysoitiin SPSS-ohjelmalla, jolla vertailtiin saatuja tuloksia aikaisempien opinnäytetöiden tuloksiin. Lopuksi saatu data siirrettiin takaisin Excel-ohjelmaan, jolla piirrettiin tuloksista kuvioita. Exceliä päädyttiin käyttämään SPSS:n sijaan puhtaasti esteettisistä syistä, sillä Excelin tuottamat kuviot näyttivät paremmalta ja olivat näin ollen helppolukuisempia.

Tulokset ilmoitetaan kuvioissa pääsääntöisesti prosentteina paremman vertailtavuuden vuoksi. Hoitokertomuksia oli kerätty eri määrä kullakin otannalla, joten tulosten ilmoittaminen prosentteina on ainoa järkevä tapa ilmoittaa ne vertailukelpoisesti.

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Potilaskertomukset luokitellaan arkaluontoisiksi henkilötiedoiksi henkilötietolain mukaan ja tällöin niiden käsittely on laissa kielletty. Poikkeuksellisesti niitä saa käyttää tieteellisessä tutkimuksessa; tällöin hoitokertomuksessa esiintyvältä tarvitaan suostumus tutkimukseen tai materiaaleista on asianmukaisesti poistettava henkilötiedot. (Henkilötietolaki 1999.) 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. Vaikka potilaskertomuksista ei pysty saamaan selville potilaan henkilöllisyyttä, täytyy aineiston kanssa olla silti varovainen eikä niistä saa puhua julkisilla paikoilla tai näyttää niitä ulkopuolisille. Tutkimusten valmistuttua kirjaukset palautetaan Turun sosiaali- ja terveystoimen tutkimus- ja kehitysyksikköön, jossa ne hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimuslupaa haettiin sosiaali- ja terveystoimen tutkimus- ja kehitysyksiköstä. Lain mukaan tutkimuksiin toimitettavasta materiaalista tulee poistaa kaikki potilaan tunnistetiedot, kuten esimerkiksi sosiaaliturvatunnus ja nimi, potilaan oikeusturvan vuoksi. Näkyviin olisi pitänyt jäädä vain viimeinen etunimi ja syntymävuosi. Tämä ei kuitenkaan täysin toteutunut, sillä enemmän kuin yhteen hoitokertomukseen oli ilmeisesti vahingossa jäänyt näkyviin sosiaaliturvatunnus ja koko nimi. Näissä tapauksissa hoitosuunnitelma jatkui toiselle sivulle josta oli unohtunut tunnistetietojen mustaus.

Itse analysointia tehdessä tulee kiinnittää erityisesti huomiota mittaristoon ja pitää huolta siitä, että tulkitsee kulloinkin juuri oikeaa asiaa. Tulkinnanvaraisuus on aina ydinkysymyksenä, kun tulkittavana on vapaassa tekstimuodossa oleva aineisto. Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat vaikka virheiden syntymistä pyritään välttämään. Tästä syystä kaikissa tutkimuksissa pyrkimyksenä on pohtia tutkimuksen luotettavuutta ja arvioida sitä erilaisilla mittaus- ja tutki-

mustavoilla. Yksi tutkimuksen luotettavuuden arviointikeino on selvittää, ovatko tutkimuksen mittaustulokset toistettavissa. Tätä menetelmää kutsutaan reliaabeliudeksi. Tutkimus on reliaabeli, jos se antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Esimerkkinä tästä, jos kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen tai tutkimuksen kohdetta tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja tulos on sama, on tulos luotettava. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Toinen luotettavuuden arviointiin liittyvä käsite on validius eli pätevyys. Tässä on kysymyksessä tutkimusmenetelmän kyky tarkastella asioita juuri niin kuin on tarkoituskin. Kyselylomakkeissa tulkinnanvaraisuus on isossa roolissa tulosten tulkinnassa. Kyselylomakkeeseen vastaaja voi tulkita kysymyksen eritavalla kuin tutkija on tarkoittanut ja jos tätä ei oteta huomioon, tuloksia ei voida pitää luotettavina. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.)

Aikaisemmissa opinnäytetöissä hoitokertomuksia oli kerätty osastoilta G1, G2 ja G3. Kevään 2011 aineistossa ei ollut mukana hoitokertomuksia osastolta G3 ja tämä on saattanut vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Suunnitelman mukaan osaston G3 piti olla otannassa mukana, mutta saamamme materiaali koostui kuitenkin vain osastojen G1 ja G2 hoitokertomuksista.

Opinnäytetyön luotettavuus olisi lisääntynyt jos hoitokertomukset olisi analysoitu kahteen kertaan ja saatuja tuloksia olisi verrattu keskenään. Ajanpuutteen vuoksi tämä ei tullut kysymykseen. Työn luotettavuutta arvioitiin keskustelemalla ongelmakohdista ja pohtimalla ratkaisuja yhdessä. Jotta tulokset olisivat mahdollisimman yhteneviä, tulisi samojen ihmisten tehdä tietojen analysointi joka tutkimuskerta. Tämä projekti toteutettiin opinnäytetöinä ja näin ollen analysoijat, eli opiskelijat, vaihtuivat joka kerta. Tämä heikensi tutkimuksen luotettavuutta ja aineiston keskinäistä vertailtavuutta.

Tiedonhaussa käytettiin Nelli-portaalia, josta valittiin Medline, Cinhal, Cochrane ja Medic tietokannat. Hakusanoina käytettiin nursing, electronic ja documentation. Haut rajattiin vuosien 2007–2011 väliin, kieli englantiin ja että tutkimuksista on saatavilla sähköisesti koko teksti. Aineisto valittiin mukaan sillä perusteella käsittelikö se hoitotyön kirjaamista.

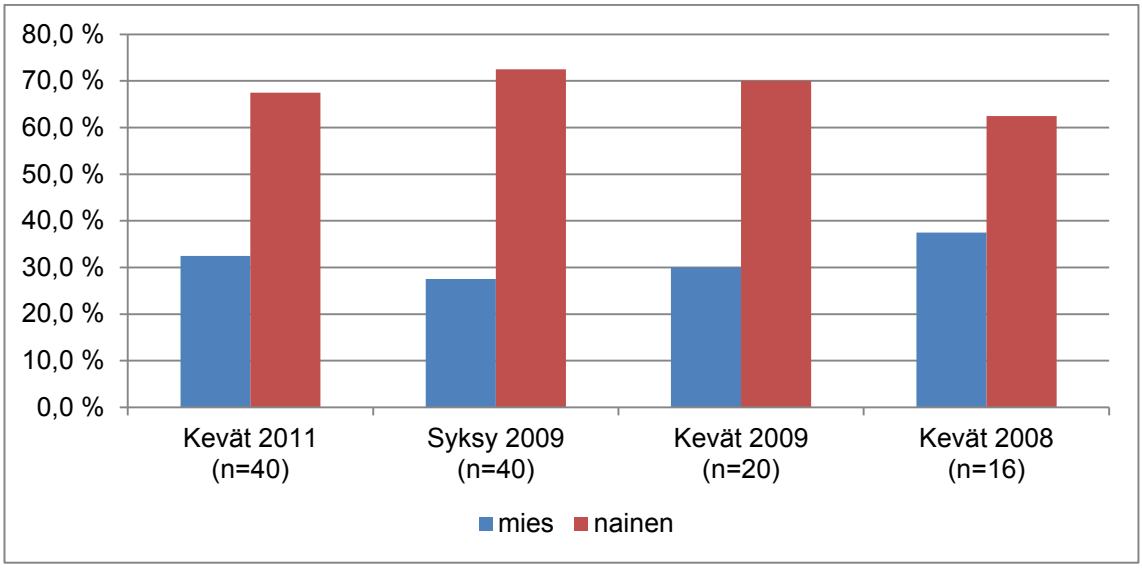
7 TULOKSET

Opinnäytetyössä tutkittiin osastoilta G1 ja G2 40 hoitojaksolta kerättyä hoitokertomusta. Hoitojaksot olivat päättyneet kevään 2011 aikana. Koska kyseessä on ”Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen käytäntöön implementointi Turun sosiaali- ja terveystoimessa” -hankkeen loppumittaus, verrattiin saatuja tuloksia kaikkiin aikaisempiin tuloksiin erikseen. Muutamassa tapauksessa verrattiin kevään 2011 aineistoa aikaisempaan aineistoon kokonaisuudessaan sisältäen myös kevään 2011 aineiston, josta käytettiin nimitystä koko aineisto. Aineistoa kerättiin keväällä 2008 16 hoitokertomusta, keväällä 2009 20 hoitokertomusta, syksyllä 2009 ja keväällä 2011 kumpanakin 40 hoitokertomusta. Tulokset ilmoitetaan kuvioissa pääsääntöisesti prosentteina hoitokertomusten vaihtelevan määrän takia, mutta tarkat lukuarvot tuomme esille aina tekstissä.

Hoitokertomuksella tarkoitetaan kirjauksia potilaan hoidosta, jotka on tehnyt hoitotyön ammattilainen. Hoitosuunnitelma ja hoitotyön toteutus yhdessä muodostavat hoitokertomuksen. Hoitosuunnitelmassa määritellään potilaan hoidon tarve ja tavoitteet sekä keinot millä tavoitteet saavutetaan. Hoitotyön toteutukseen kirjataan päivittäiset toiminnot jossa toteutetaan hoitosuunnitelmaa. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 45.)

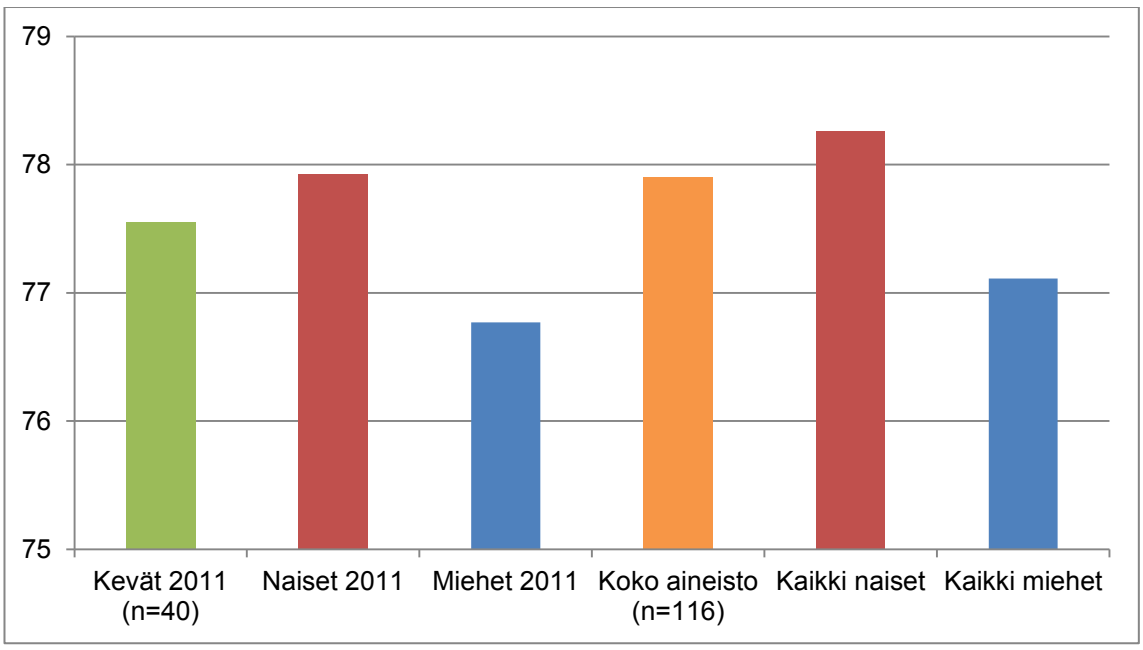
7.1 Potilaiden taustatiedot

Kevään 2011 aineistossa sukupuoli jakautui siten, että naisia oli 27 ja miehiä 13 (n=40). Muiden aineistojen osalta luvut olivat: syksy 2009 naisia 29 ja miehiä 11 (n=40), kevät 2009 naisia 14 ja miehiä 6 (n=20) sekä kevät 2008 naisia 10 ja miehiä 6 (n=16) (Kuvio 1.). Kun koko aineisto laskettiin yhteen, oli naisia kaikkiaan 80 ja miehiä 36.



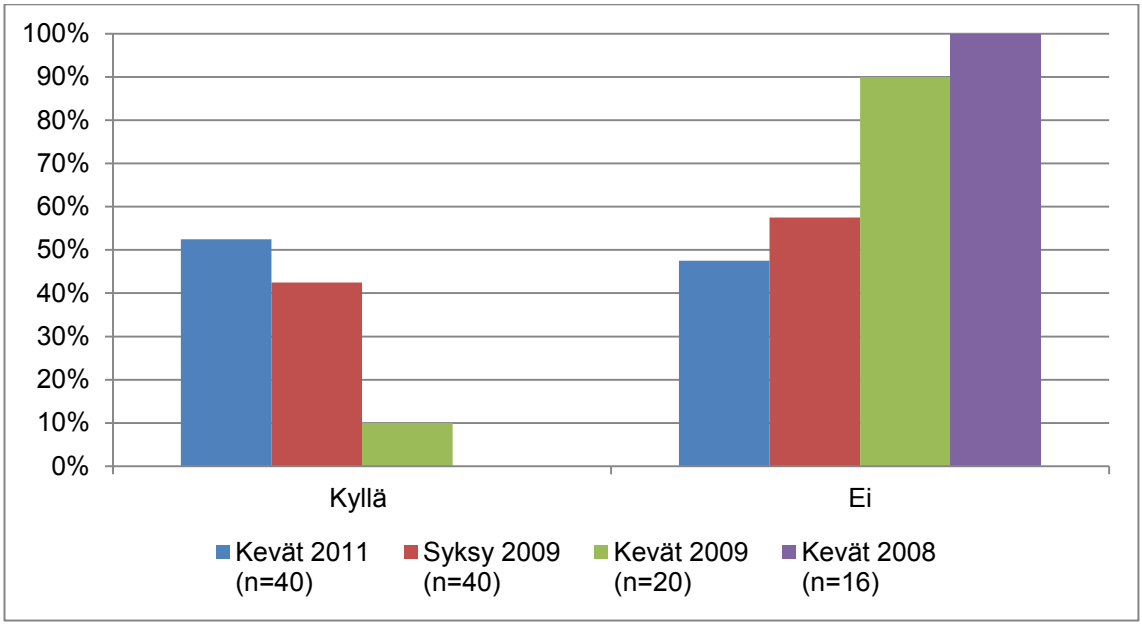
Kuvio 11. Sukupuolijakauma aineistoittain.

Kevään 2011 aineistossa nuorin potilas oli 61-vuotias ja vanhin 93-vuotias ja heidän keski-ikänsä oli 77,6 vuotta (n=40). Eriteltynä naisten keski-ikä oli 77,9 vuotta ja miesten 76,8 vuotta. Koko aineiston nuorin oli 57-vuotias ja vanhin 93-vuotias ja kaikkien yhteenlaskettu keski-ikä oli 77,9 vuotta (n=116). Koko aineistosta eriteltynä naisten keski-ikä oli 78,2 vuotta ja miesten 77,1 vuotta (Kuvio 2.).



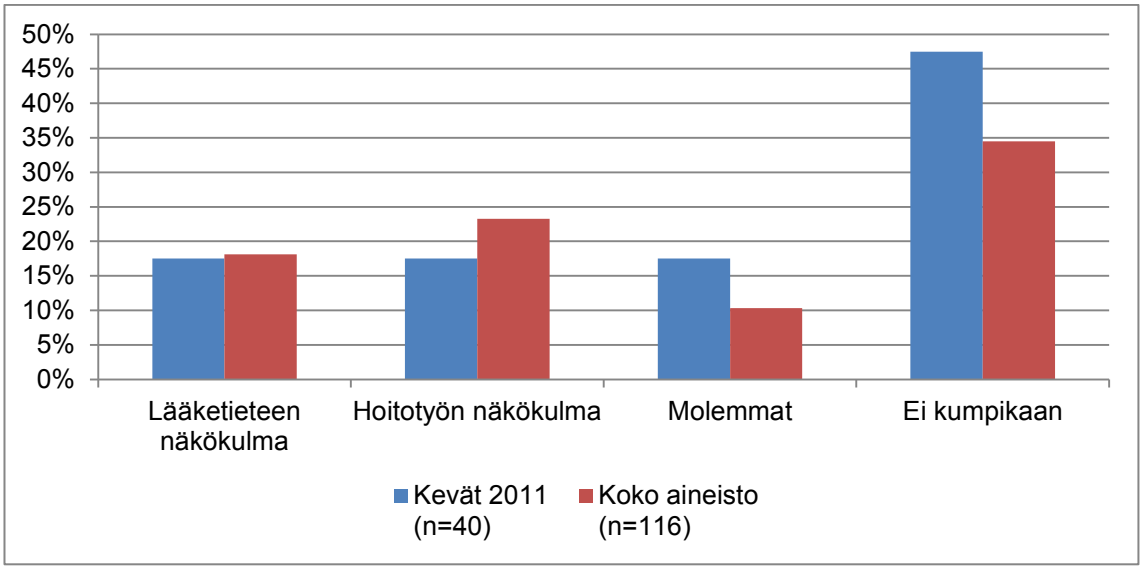
Kuvio 22. Potilaiden keski-ikä.

Tarkasteltaessa oliko hoitokertomuksiin kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila, voitiin todeta, että kevään 2011 aineistossa terveydentila oli kirjattu useammin kuin koko aineistossa. Kevään 2011 aineistossa aikaisempi terveydentila oli mainittu 21 hoitokertomuksessa (n=40). Syksyn 2009 osalta aikaisempi terveydentila oli mainittu 17 hoitokertomuksessa (n=40). Kevään 2009 aineistossa 2:ssa oli mainittu (n=20) ja kevään 2008 aineistossa ei ollut mainittu kertaakaan (n=16) (Kuvio 3.). Koko aineiston osalta aikaisempi terveydentila oli siis mainittuna 40 hoitokertomuksessa 116:sta.



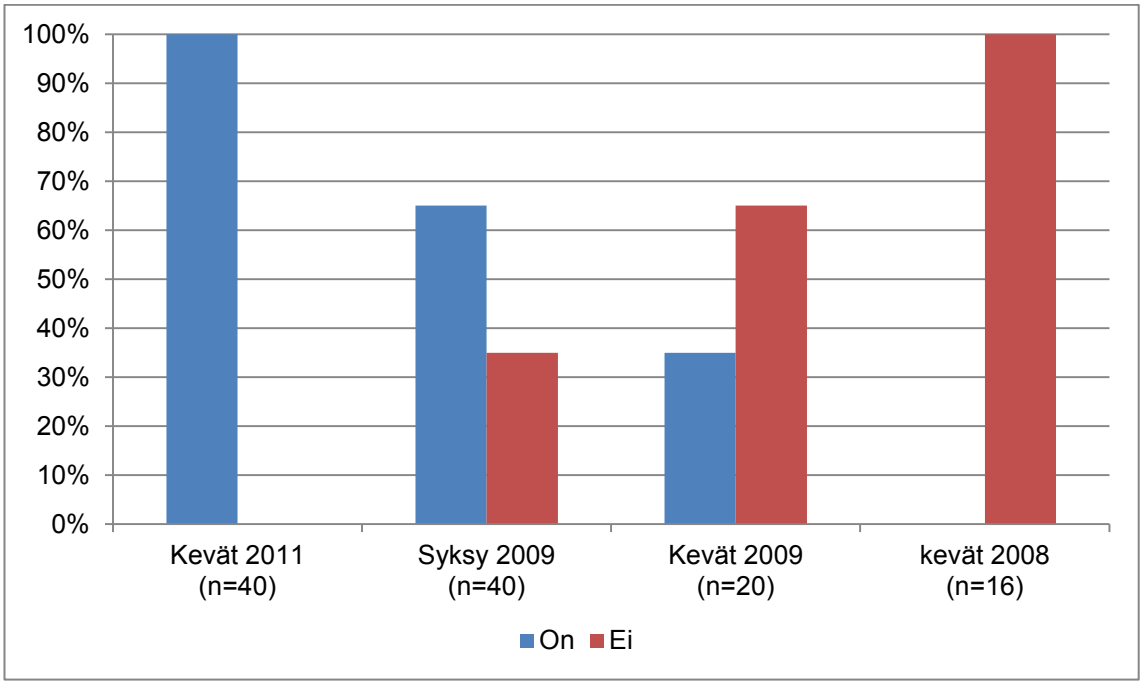
Kuvio 33. Hoitokertomukseen oli kirjattu potilaan aikaisempi terveydentila.

Keväällä 2011 21 hoitokertomuksessa oli mainittu potilaan aikaisempi terveydentila. Terveydentila oli kuvattu 7 tapauksessa lääketieteellisestä näkökulmasta, 7 tapauksessa hoitotyön näkökulmasta ja 7 tapauksessa sekä lääketieteellisestä että hoitotyön näkökulmasta. Koko aineiston osalta lääketieteellinen näkökulma oli mainittu 21 tapauksessa, hoitotyön näkökulma 27 tapauksessa ja kumpikin näkökulma 12 tapauksessa. Koko aineiston osalta kevään 2008 tiedot puuttuu, koska tätä ei vielä tuolloin ollut tutkittu (Kuvio 4.).



Kuvio 44. Mitä aikaisemmasta terveydentilasta on kirjattu.

Keväällä 2008 hoitosuunnitelmia ei tehty osastoilla vielä laisinkaan. Keväällä 2009 hoitosuunnitelmia oli perustettu 7 potilaalle (n=20) ja syksyllä 2009 hoitosuunnitelmia oli jo 26 kappaletta (n=40). Keväällä 2011 kaikille potilaille oli perustettu hoitosuunnitelma (n=40). Tätä kohtaa analysoidessa ei kiinnitetty huomiota hoitosuunnitelman laatuun vaan riitti, että se on perustettu (Kuvio 5.).

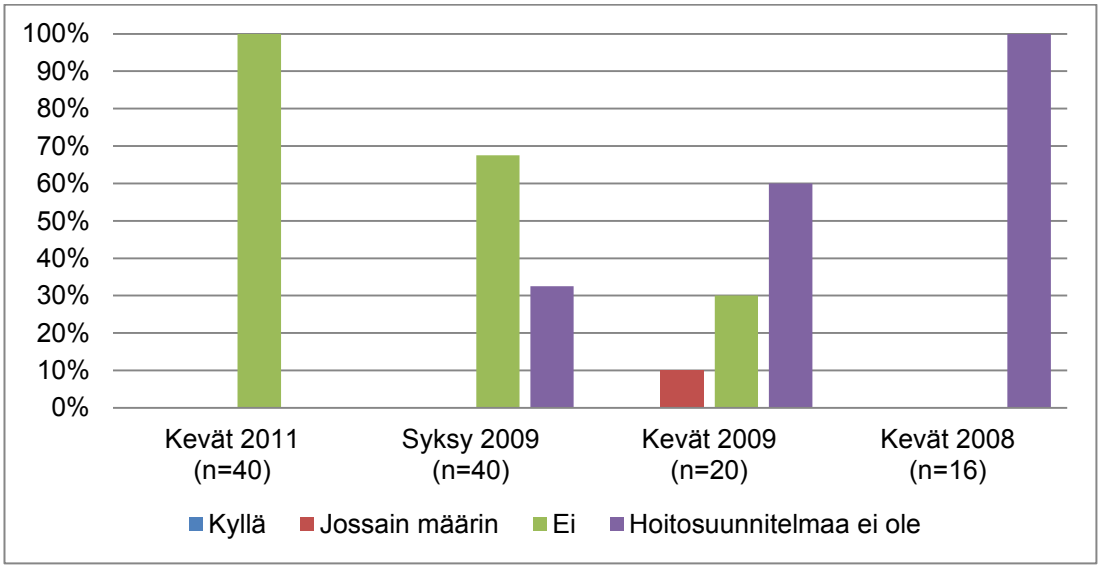


Kuvio 55. Onko potilaalle tehty hoitosuunnitelma.

7.2 Hoitotyön tarpeet

Hoitojakson alussa potilaalle luodaan hoitosuunnitelma ja siihen määritellään hänen tarpeet, joita pyritään hoitotyön toteutuksessa täyttämään. Potilaan voinnin parantuessa ja muuttuessa tarpeet myös muuttuvat ja niitä pitää päivittää hoitosuunnitelmaan sitä myötä ja päättää tarpeet, jotka eivät ole enää ajankohtaisia.

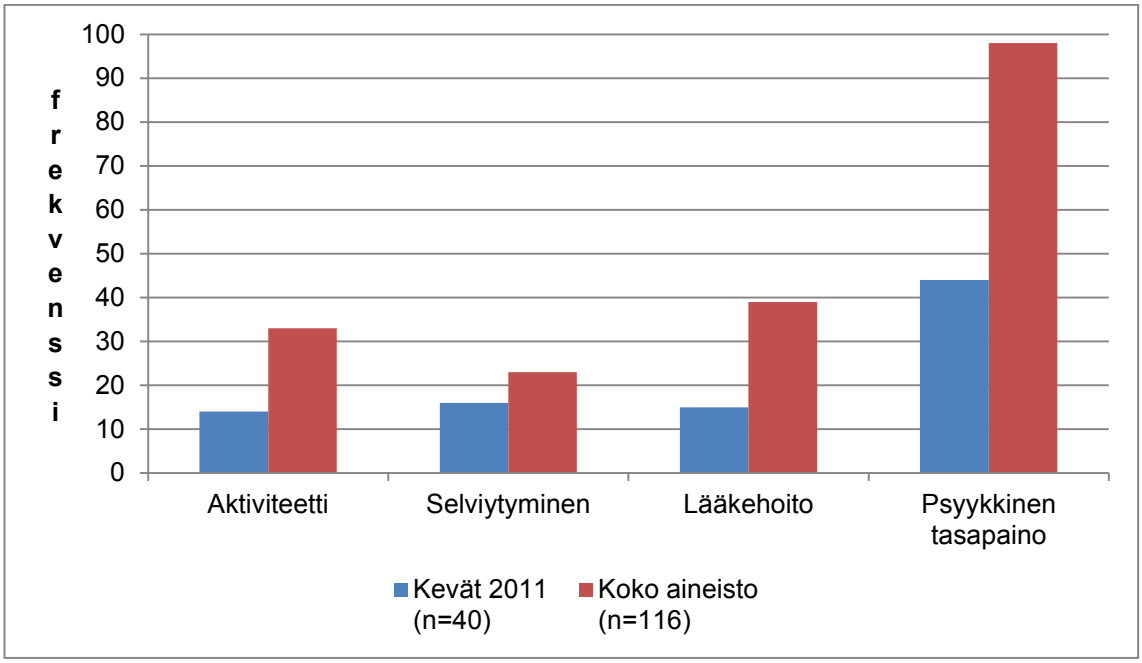
Keväällä 2011 tarpeita ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan päivittäin kertaakaan. Syksyllä 2009 27 hoitokertomuksessa tarpeita ei ollut kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan ja 13 hoitokertomuksessa ei ollut hoitosuunnitelmaa ollenkaan (n=40). Keväällä 2009 tarpeita oli kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan jossain määrin 2 hoitokertomuksessa, 6 hoitokertomuksessa niitä ei ollut kirjattu lainkaan ja 12 hoitokertomuksessa hoitosuunnitelmaa ei ollut (n=20). Keväällä 2008 hoitosuunnitelmaa ei ollut ensimmäisessäkään hoitokertomuksessa (Kuvio 6.).



Kuvio 66. Onko potilaan tarpeet kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan.

Hoitosuunnitelmaan tarpeiden kohdalle tulisi kirjata potilaan voimavaroja eli asioita joihin potilas kykenee vielä itse tai jotka tukevat potilaan selviytymistä, kuten esimerkiksi harrastukset. Aikaisempia tutkimuksia tulkittaessa tultiin siihen johtopäätökseen, että potilaan voimavaroja oli kirjattu kaiken kaikkiaan niukasti ja ei kertaakaan hoitosuunnitelman puolelle, vaan voimavarat oli kirjattu toteutuksen puolelle. Kevään 2011 osalta tilanne oli vastaava; voimavaroja ei ollut kirjattu hoitosuunnitelmaan lainkaan. Toteutuksen puolella voimavaroja oli kuitenkin mainittu huomattavasti enemmän kuin aikaisemmissa aineistoissa. Keväällä 2011 voimavaroja oli kirjattu 11 hoitokertomuksen toteutukseen (n=40). Näissä tapauksissa voimavaroiksi oli kirjattu useimmiten omainen tai omaiset ja yksittäisinä tapauksina oli mainittu jalkapallo ja kuntosali. Aikaisemmasta aineistosta (n=76) löytyi 3 merkintää voimavaroista joissa oli mainittu ystävät, huumori ja yhtä kohtaa ei pystytty tulkitsemaan, koska osa merkinnästä oli tuhoutunut.

Hoitotyön tarpeet on jaoteltu 19 otsikkoon, joilla määritellään hoitotyön prosessissa potilaan hoidon tarve. Kevään 2011 hoitosuunnitelmissa eniten käytetty tarve oli psyykkinen tasapaino jota oli käytetty kaikissa hoitosuunnitelmissa. Toiseksi eniten käytetty tarve oli selviytyminen, jota oli käytetty 16 hoitosuunnitelmassa ja kolmanneksi lääkehoito, jota oli käytetty 15 hoitosuunnitelmassa (Kuvio 7.). Koko aineistossa eniten käytetty tarve oli psyykkinen tasapaino, seuraavaksi eniten käytetty oli lääkehoito ja kolmanneksi aktiviteetti.

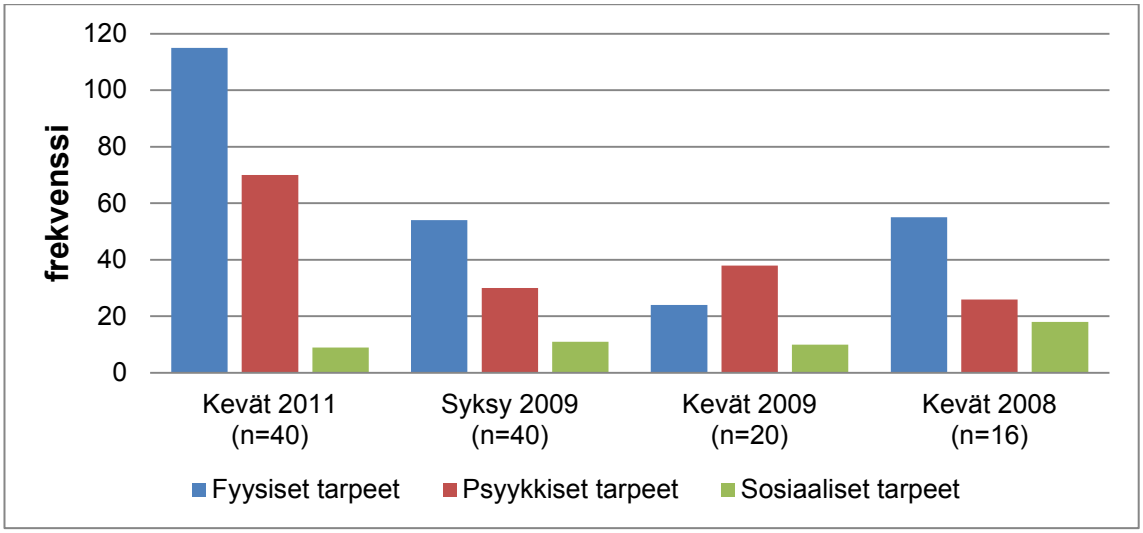


Kuvio 77. Tarpeiden sisällöt.

Tarpeet on jaoteltu fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin seuraavin perustein: fyysisten tarpeiden alle tulivat esimerkiksi kirjaukset aktiviteetin seurannasta ja puhtaudesta huolehtiminen. Psyykkiset tarpeet olivat esimerkiksi harhaisuus ja masentuneisuus. Sosiaalisiin tarpeisiin luettiin esimerkiksi hoidon jatkuvuuden tarve. Tärkein erottava tekijä psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden välillä oli, että psyykkiset tarpeet liittyivät ihmisen tunteisiin ja sosiaaliset tarpeet liittyivät ihmissuhteisiin.

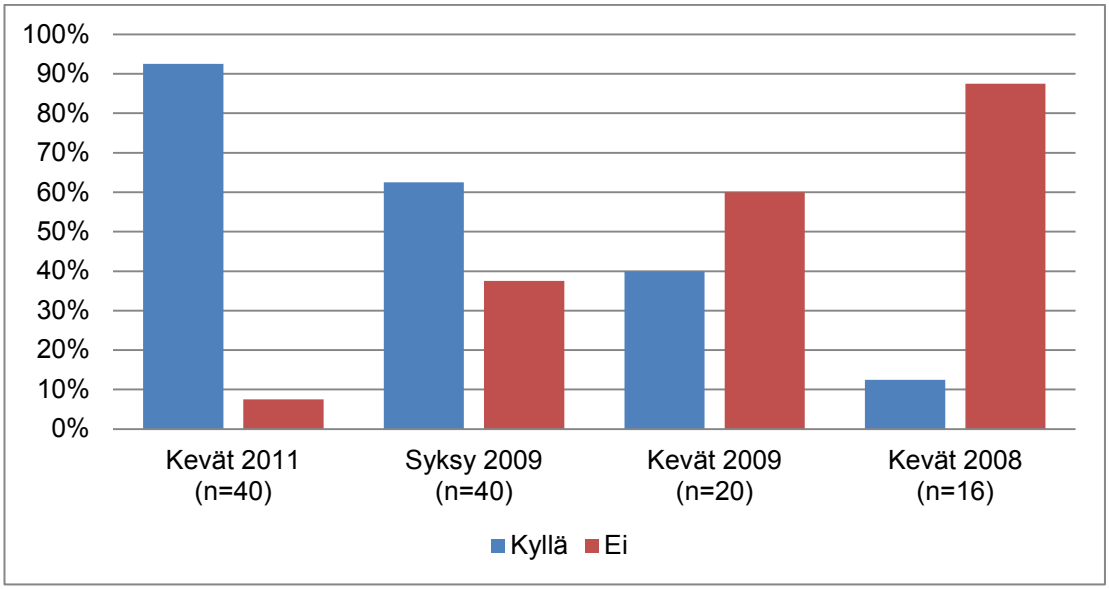
Kevään 2011 aineistossa (n=40) fyysisiä tarpeita oli 37 hoitokertomuksessa yhteensä kirjattuna 115 kertaa, psyykkisiä tarpeita 40 hoitokertomuksessa yhteensä kirjattuna 70 kertaa ja sosiaalisia tarpeita 9 hoitokertomuksessa 9 kertaa. Syksyn 2009 aineistossa (n=40) fyysisiä tarpeita oli 23 hoitokertomuksessa yhteensä kirjattuna 54 kertaa, psyykkisiä tarpeita 24 hoitokertomuksessa yhteensä kirjattuna 30 kertaa ja sosiaalisia tarpeita 8 hoitokertomuksessa 11 kertaa. Kevään 2009 aineistossa (n=20) fyysisiä tarpeita oli 15 hoitokertomuksessa yhteensä kirjattuna 24 kertaa, psyykkisiä tarpeita 20 hoitokertomuksessa yhteensä kirjattuna 38 kertaa ja sosiaalisia tarpeita 10 hoitokertomuksessa 10 kertaa. Kevään 2008 aineistossa (n=16) fyysisiä tarpeita oli 14 hoitokertomuksessa yh-

teensä kirjattuna 55 kertaa, psyykkisiä tarpeita 15 hoitokertomuksessa yhteensä kirjattuna 26 kertaa ja sosiaalisia tarpeita 13 hoitokertomuksessa 18 kertaa (Kuvio 8.).



Kuvio 88. Tarpeiden jaottelu ryhmittäin.

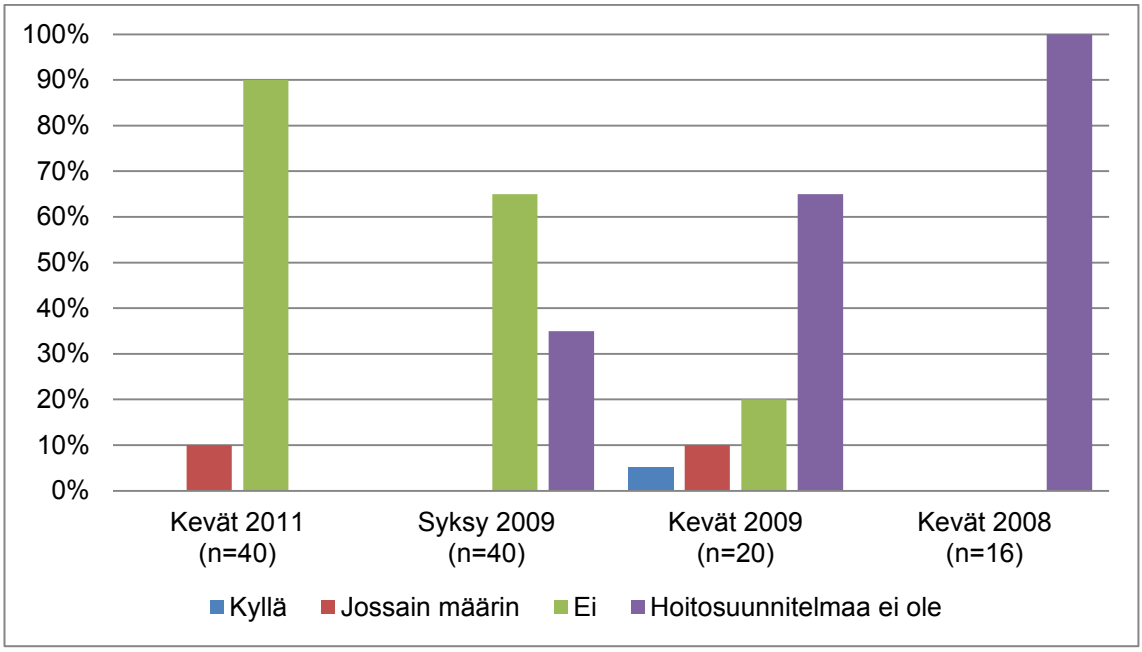
Hoidon tarpeen määrittelyn apuna pääsääntöisesti käytettiin GAF-mittaria sekä muutamissa tapauksissa oli käytetty MMSE ja CERAD -testejä, jotka liittyvät muistin testaamiseen ja GDS-testiä joka on masennustesti. Kevään 2011 aineistossa GAF-mittaria oli käytetty 37 hoitokertomuksessa, syksyllä 2009 25 hoitokertomuksessa, keväällä 2009 8 hoitokertomuksessa ja keväällä 2008 2 hoitokertomuksessa (Kuvio 9.). Koko aineistossa potilaan voinnin määrittämisessä GAF-mittaria oli käytetty 72 hoitokertomuksessa (n=116).



Kuvio 99. Onko tarpeiden määrittelyssä käytetty mittareita.

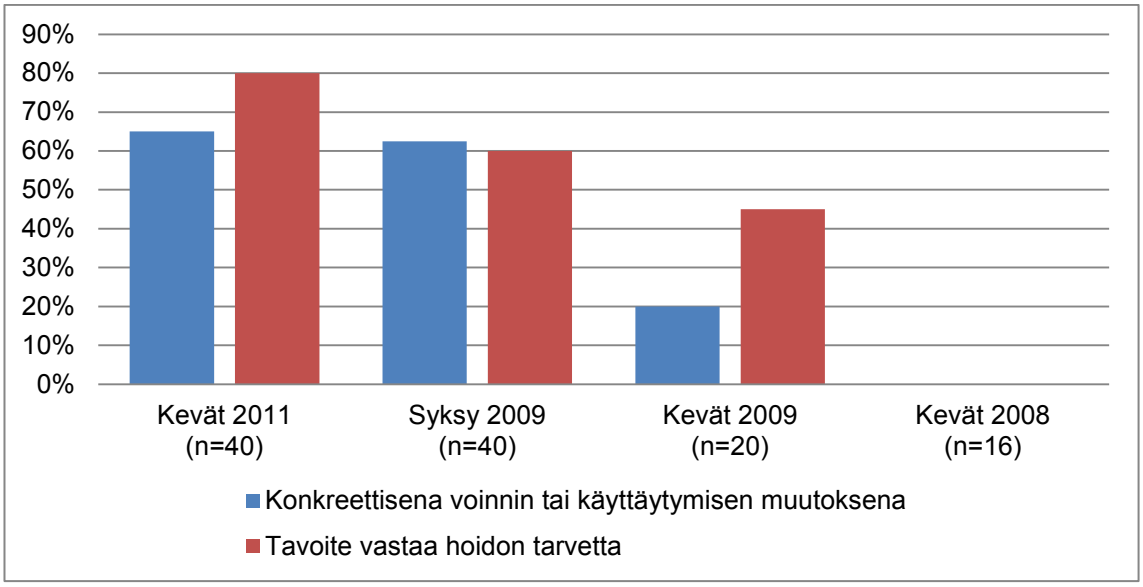
7.3 Hoitotyön tavoitteet

Hoitotyön tavoitteita ei ollut kevään 2011 aineistossa kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmiin ja sama toistuu läpi koko materiaalin. Kevään 2011 aineistossa ainoastaan 4 hoitokertomuksessa 40:stä oli jossain määrin hoitotyön tavoitteita kirjattu muulloinkin kuin hoitojakson perustamisen yhteydessä. Tämä ilmeni tavoitteiden päättämisenä hoitosuunnitelmassa. Kun tavoite päätetään hoitosuunnitelmassa, tulee tavoitteen alle sana: ”Päätetty” ja päivämäärä (Kuvio 10.). Koko aineiston 116 hoitokertomuksesta 1:ssä oli tavoitteita päivitetty säännöllisesti ja 6 jossain määrin ja lopuissa tavoitteet oli määritelty ainoastaan hoitojakson alussa.



Kuvio 1010. Onko hoitotyön tavoitteet kirjattu päivittäin hoitosuunnitelmaan.

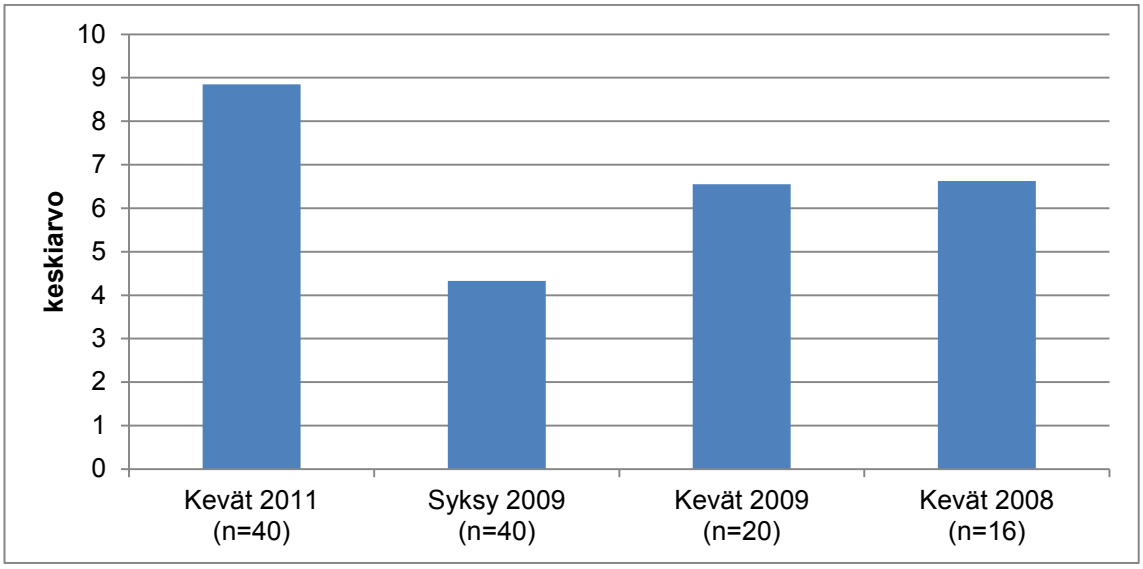
Tavoitteiden arviointia mitattiin kahdella tavalla. Ensimmäisessä tarkasteltiin onko tavoite esitetty konkreettisena voinnin tai käyttäytymisen muutoksena ja toisessa vastaako tavoite hoidon tarvetta. Tavoitteita oli kirjattu keskimäärin vähän, kuitenkin keväällä 2011 ja syksyllä 2009 vähintään puolissa hoitosuunnitelmissa oli edes yksi tavoite. Keväällä 2011 26 hoitosuunnitelmassa tavoite oli kirjattu muodollisesti oikein konkreettisena voinnin tai käyttäytymisen muutoksen ja 32:ssa tavoite vastasi tarvetta (n=40). Syksyllä 2009 25 hoitosuunnitelmassa tavoite oli kirjattu muodollisesti oikein konkreettisena voinnin tai käyttäytymisen muutoksen ja 24:ssä tavoite vastasi tarvetta (n=40). Keväällä 2009 4 hoitosuunnitelmassa tavoite oli kirjattu muodollisesti oikein konkreettisena voinnin tai käyttäytymisen muutoksen ja 9:ssä tavoite vastasi tarvetta (n=20). Keväällä 2008 hoitosuunnitelmia ei vielä ollut (Kuvio 11.).



Kuvio 1111. Kuinka monta tavoitetta on kirjattu muodollisesti oikein.

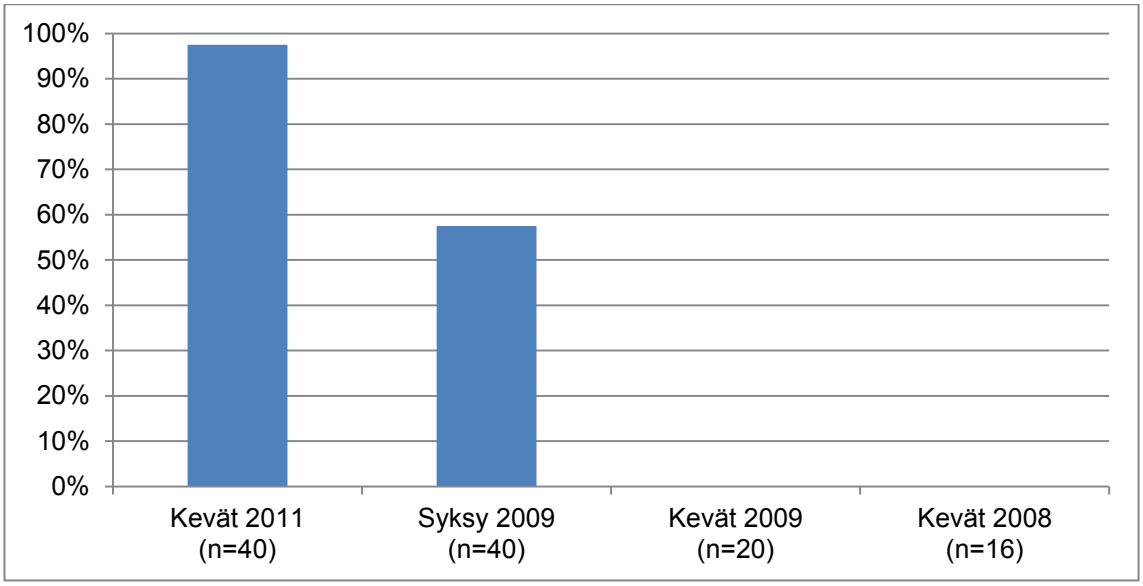
7.4 Hoitotyön toiminnot

Keväällä 2011 suunniteltuja hoitotyön toimintoja oli enimmillään yhdessä hoitosuunnitelmassa 28 kappaletta ja vähimmillään ei yhtään. Keskiarvoksi saatiin 9 hoitotyön toimintoa per hoitosuunnitelma (n=40). Syksyllä 2009 suunniteltuja hoitotyön toimintoja oli enimmillään yhdessä hoitosuunnitelmassa 11 kappaletta ja vähimmillään ei yhtään. Keskiarvoksi saatiin 4 hoitotyön toimintoa per hoitosuunnitelma (n=40). Keväällä 2009 suunniteltuja hoitotyön toimintoja oli enimmillään yhdessä hoitosuunnitelmassa 10 kappaletta ja vähimmillään yksi. Keskiarvoksi saatiin 7 hoitotyön toimintoa per hoitosuunnitelma (n=20). Keväällä 2008 ei potilaille ollut vielä perustettuna hoitosuunnitelmia, joten toiminnot on laskettu toteutuksesta. Hoitotyön toimintoja oli enimmillään yhdessä hoitosuunnitelmassa 13 kappaletta ja vähimmillään yksi. Keskiarvoksi saatiin 7 hoitotyön toimintoa per hoitosuunnitelma (n=16) (Kuvio 12.).



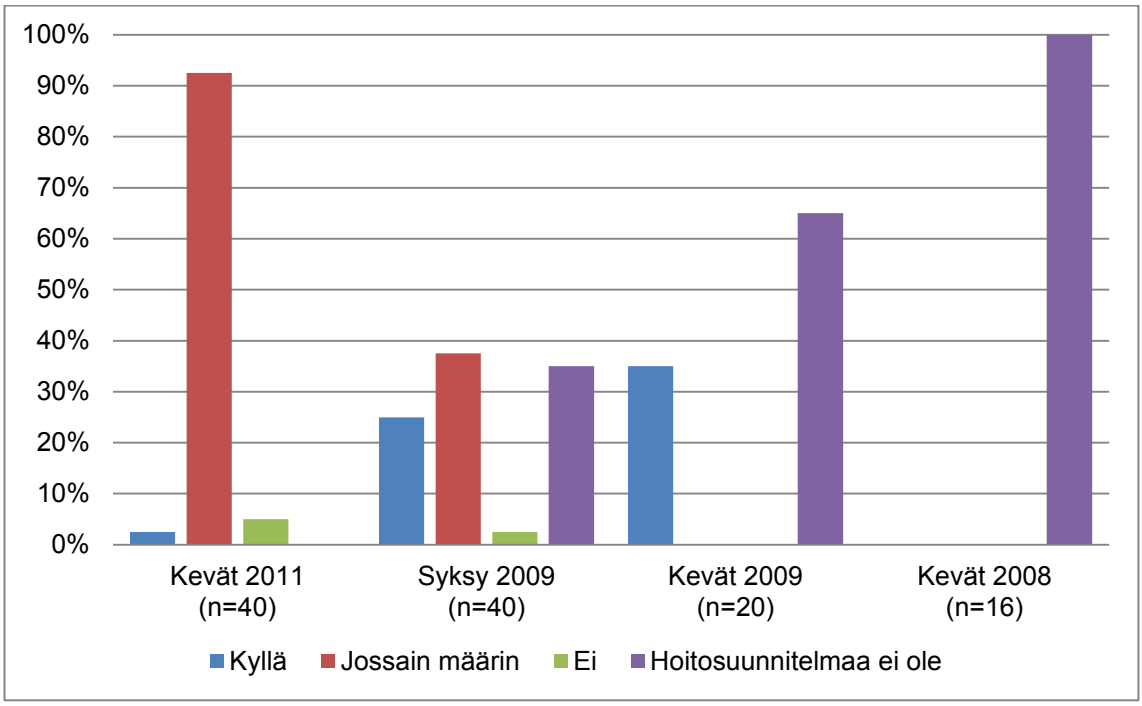
Kuvio 1212. Suunniteltujen hoitotyön toimintojen määrien keskiarvo.

Hoitosuunnitelman keinoja per tavoite laskettaessa riitti, että edes yhteen tavoitteeseen oli kirjattu keino, jotta se laskettiin mukaan tähän kohtaan. Hoitosuunnitelman tavoitteisiin oli kirjattu ainakin yksi hoitotyön keino 38 hoitosuunnitelmassa keväällä 2011 (n=40). Syksyllä 2009 vastaavasti 23 hoitosuunnitelmaan oli kirjattu ainakin yksi hoitotyön keino (n=40). Keväällä 2009 ei ollut yhteenkään tavoitteeseen kirjattu keinoa ja keväällä 2008 hoitosuunnitelmia ei vielä ollut (Kuvio 13.).



Kuvio 1313. Hoitosuunnitelman tavoitteisiin oli kirjattu ainakin yksi keino.

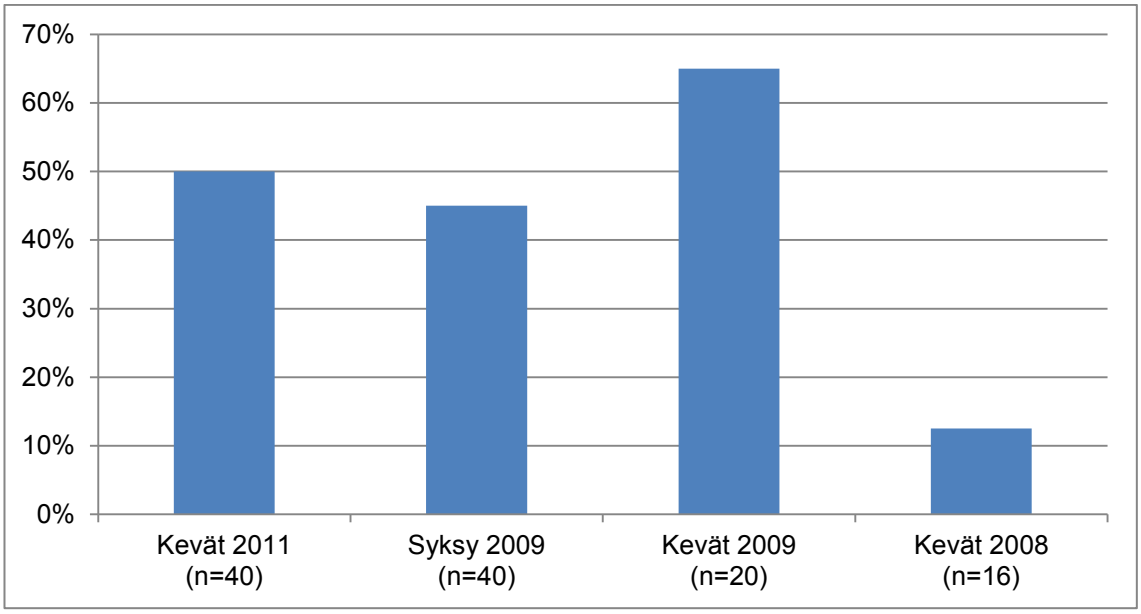
Verratessa hoitosuunnitelmia toteutukseen huomattiin, että suunnitelma ei täysin vastaa esiintyvää hoidon tarvetta. Tilastoa vääristää hoitosuunnitelmien puute, etenkin keväiden 2008 ja 2009 osalta. Keväällä 2011 ainoastaan yhdessä hoitokertomuksessa toteutus vastasi hyvin hoitosuunnitelmaa, 37 hoitokertomuksessa toteutus vastasi jossain määrin ja kahdessa tapauksessa toteutus ei vastannut lainkaan suunnitelmaa (n=40). Syksyllä 2009 toteutus vastasin hyvin hoitosuunnitelmaa 10 hoitokertomuksessa, jossain määrin 15 hoitokertomuksessa ja ei lainkaan yhdessä kertomuksessa. Hoitosuunnitelma puuttui 14 hoitokertomuksesta (n=40) (Kuvio 14.).



Kuvio 1414. Vastaako toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta hoitosuunnitelmaa.

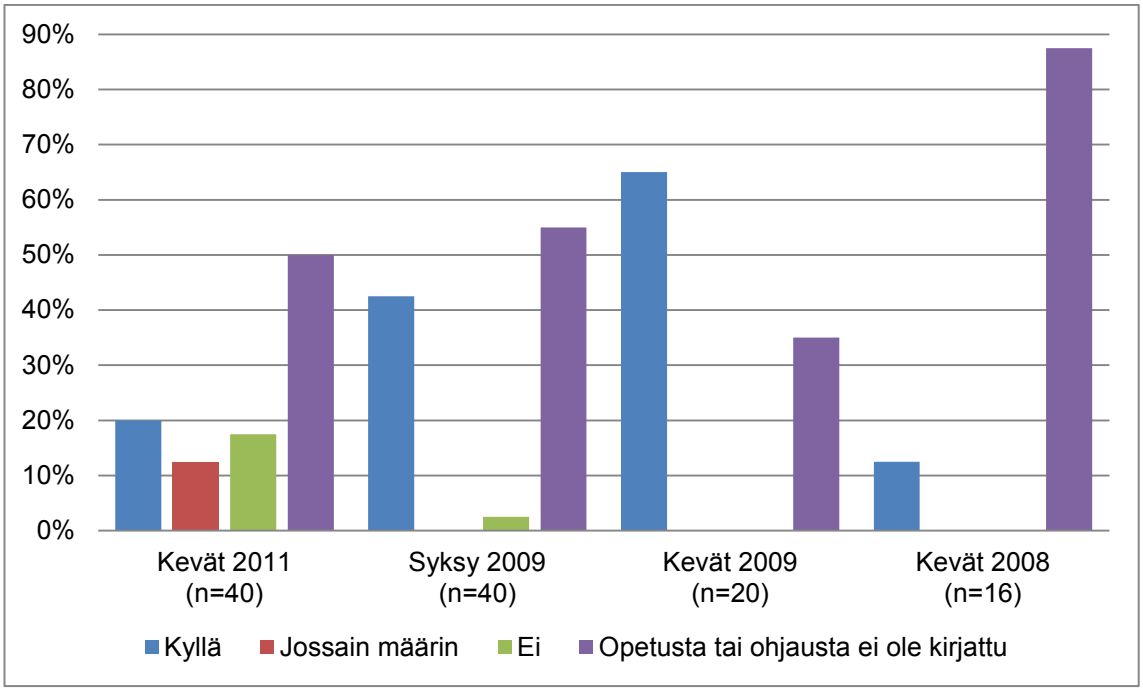
7.5 Potilaan ohjaus, opetus ja arvioiva kirjaaminen

Potilaan ohjausta ja opetusta oli kirjattu keväällä 2011 20 hoitokertomukseen (n=40). Syksyllä 2009 opetusta oli kirjattu hieman harvemmin, 18 hoitokertomuksessa (n=40). Keväällä 2009 13 hoitokertomuksisssa oli mainittu potilaan opetus tai ohjaus (n=20). Vastaavasti taas keväällä 2008 vain kahdessa hoitokertomuksessa oli mainittu opetus tai ohjaus (n=16) (Kuvio 15.).



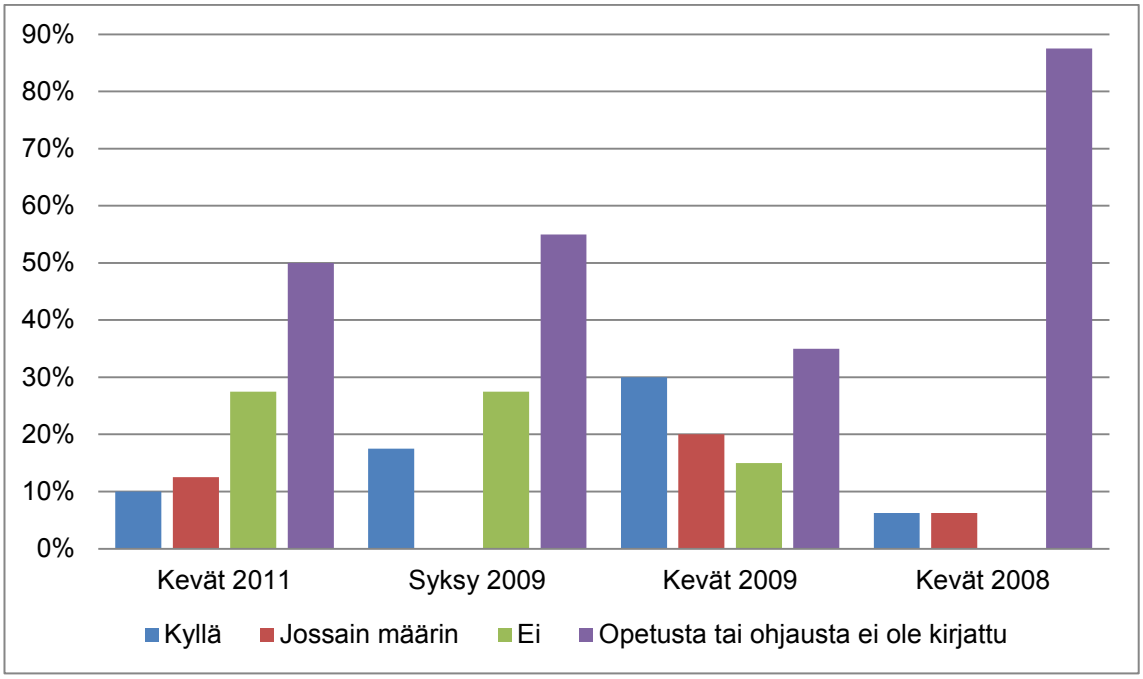
Kuvio 1515. Opetus tai ohjaus on mainittu ainakin kerran hoitotyön keinoissa.

Vaikka hoitokertomuksissa oli mainittu opetus tai ohjaus niin sen aihetta ei välttämättä ollut määritelty. Keväällä 2011 8 opetus- tai ohjauskerrassa oli mainittu aihe täysin, 5:ssä jossain määrin, 7:ssä ei ollut mainittu aihetta lainkaan ja 20 hoitokertomuksessa opetusta tai ohjausta ei ollut kirjattu (n=40). Syksyllä 2009 opetuksen tai ohjauksen aihe oli mainittu 17 hoitokertomuksessa ja yhdessä se oli jätetty mainitsematta. Opetusta tai ohjausta ei ollut kirjattu 22 hoitokertomuksessa (n=40). Keväällä 2009 opetuksen tai ohjauksen aihe oli mainittu kaikkina 13:sta kertana jolloin opetus tai ohjaus oli kirjattu ja 7 hoitokertomuksessa opetusta tai ohjausta ei ollut kirjattu lainkaan (n=20). Keväällä 2008 opetuksen tai ohjauksen aihe oli mainittu 2 hoitokertomuksessa, joista toisessa aihe oli mainittu täysin ja toisessa jossain määrin. Opetusta tai ohjausta ei ollut annettu lainkaan 14 hoitokertomuksessa (n=16) (Kuvio 16.).



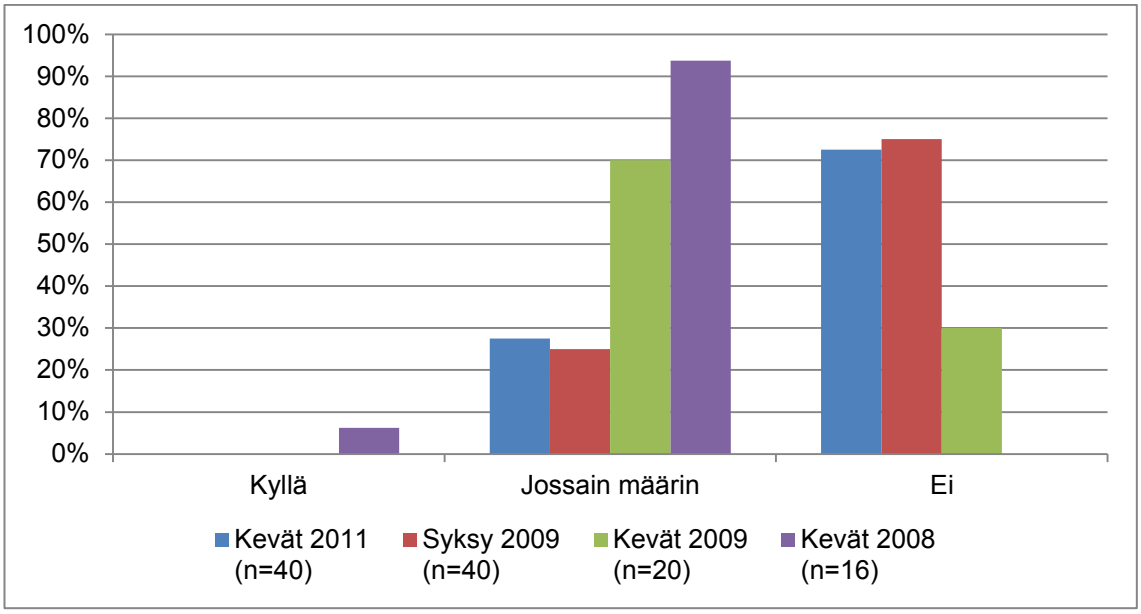
Kuvio 1616. Onko opetuksen tai ohjauksen aihe kirjattu

Potilaan ymmärrystä opetuksesta ja ohjauksesta on arvioitu ja kirjattu keväällä 2011 melko hyvin. Potilaan ymmärrys opetuksesta tai ohjauksesta oli kirjattu 9 hoitokertomuksessa kun taas aiheesta ei ollut kirjauksia 11 hoitokertomuksessa (n=40). Syksyllä 2009 suunta on ollut laskussa; potilaan ymmärrys on enemmin jätetty kirjaamatta kuin kirjattu. Kyllä ja jossain määrin kirjauksia löytyi 18 hoitokertomuksesta kun taas 22 hoitokertomuksessa sitä ei ollut kirjattu (n=40). Keväällä 2009 kyllä ja jossain määrin vastauksia oli 10 ja 3 hoitokertomuksessa ymmärryksen arviointia ei ollut mainittu (n=20). Keväällä 2008 toisella opetus tai ohjauskerralla oli arvioitu ja kirjattu potilaan ymmärrys hyvin ja toisella jossain määrin (n=16) (Kuvio 17.).



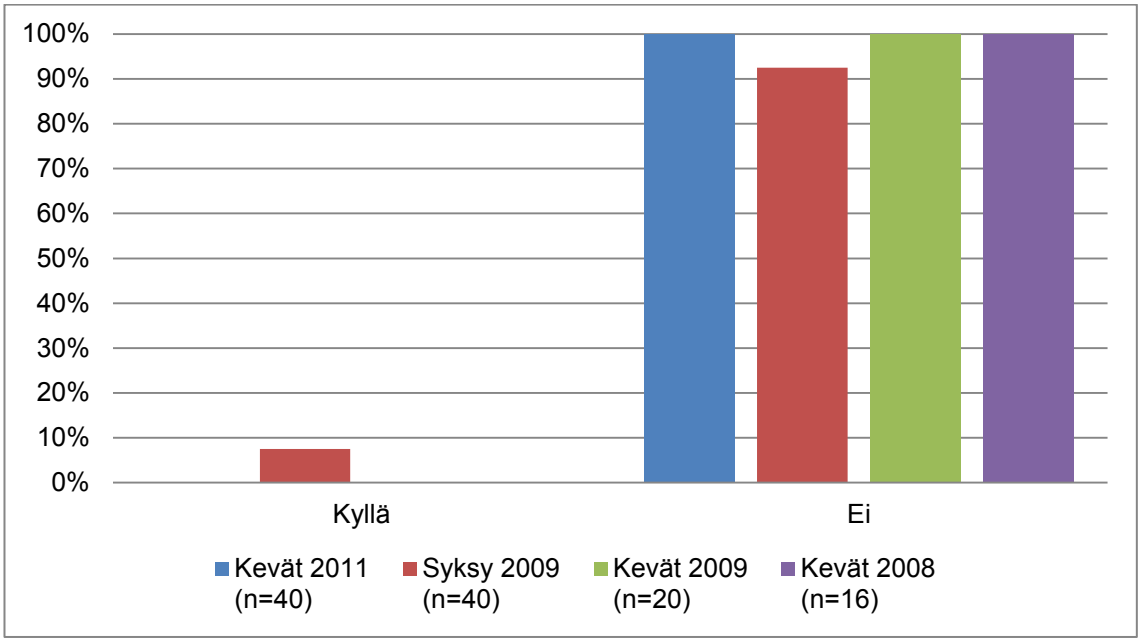
Kuvio 1717. Onko kirjattu miten potilas ymmärsi opetuksen tai ohjauksen.

Arvioiva kirjaaminen tarkoittaa potilaan tilassa tapahtuvan muutoksen kirjaamista hoitokertomukseen suhteessa hoitosuunnitelmaan asetettuihin tavoitteisiin ja tarpeisiin. Esimerkiksi jos harhaisen potilaan harhat ovat vähentyneet, siitä tulisi löytyä merkintä päivittäisestä kirjaamisesta. Keväällä 2008 arvioivaa kirjaamista oli jossain määrin 15 hoitokertomuksessa (n=16). Keväällä 2009 jossain määrin arvioivaa kirjaamista löytyi 14 hoitokertomuksesta ja 6 hoitokertomuksessa sitä ei ollut ollenkaan (n=20). Syksyllä 2009 jossain määrin arvioivaa kirjaamista oli 10 hoitokertomuksessa ja 30:ssä sitä ei ollut ollenkaan (n=40). Keväällä 2011 jossain määrin kirjausta oli 11 hoitokertomuksessa ja 29:ssä sitä ei ollut ollenkaan (n=40) (Kuvio 18.).



Kuvio 1818. Löytyykö päivittäisestä kirjaamisesta arvioivaa kirjaamista.

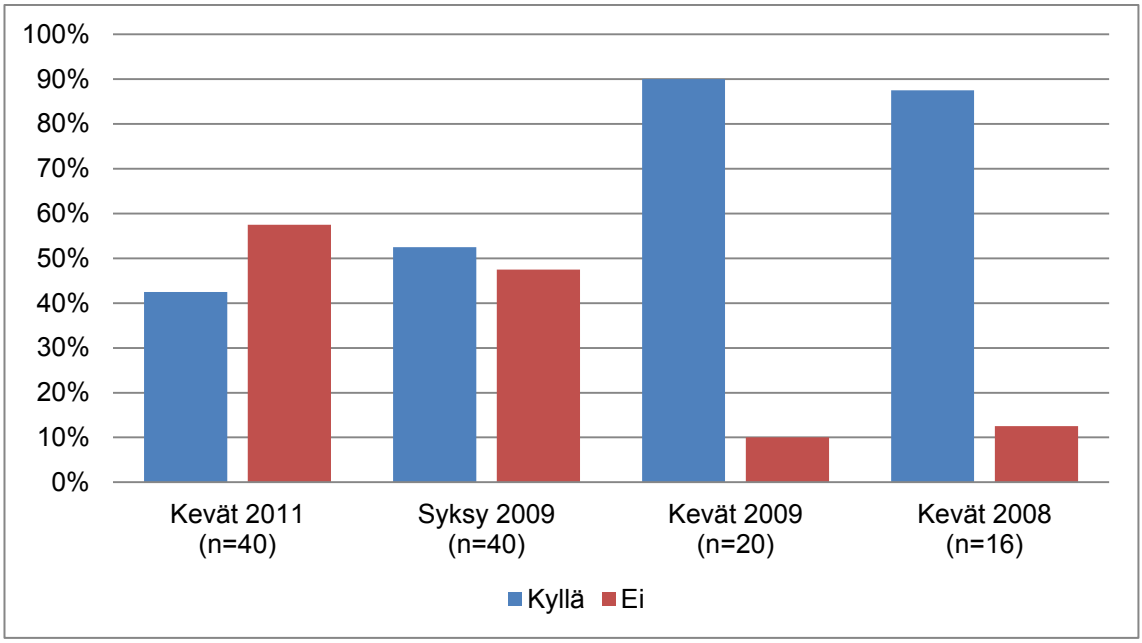
Kuviosta 19. käy ilmi mittareiden käytön vähäisyys potilaan voinnin arvioinnin apuna. Keväällä 2008 (n=16), 2009 (n=20) ja 2011 (n=40) niitä ei ole käytetty ollenkaan. Ainoastaan syksyllä 2009 (n=40) 3 hoitokertomuksessa oli käytetty MMSE ja GDS -mittareita arvioinnin apuna.



Kuvio 1919. Onko arvioivan kirjaamisen apuna käytetty mittareita.

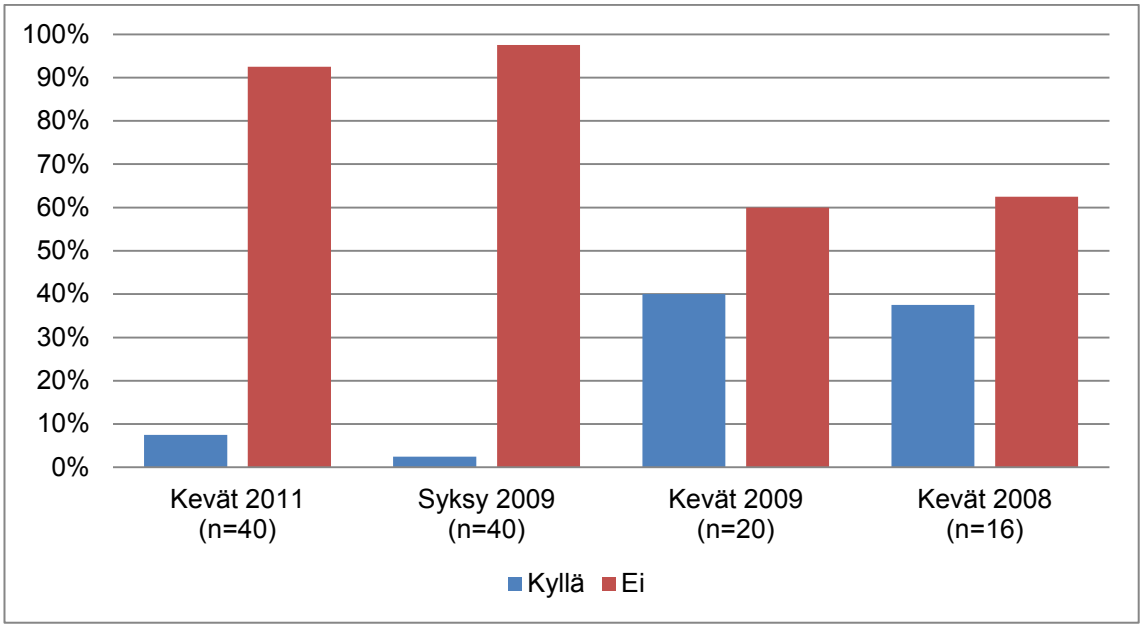
7.6 Potilaan ja omaisten huomioiminen hoitotyössä

Hoitokertomuksista etsittiin kirjauksia joissa potilaan oma mielipide hoidon tarpeesta, tavoitteista, hoitokeinoista, toteutuksesta ja arvioinnista oli mainittuna. Potilaan oma käsitys hoidon tarpeesta tarkoittaa potilaan omaa käsitystä siitä, miksi häntä tulisi hoitaa. Potilas on esimerkiksi voinut ilmaista mielipiteensä koko hoidon tarpeellisuudesta ja se on kirjattu hoitokertomuksessa esimerkiksi näin: ”Potilas ei ole omasta mielestään psykiatrisen hoidon tarpeessa, vaan tuntee itsensä täysin terveeksi.”. Keväällä 2011 potilaan oma käsitys hoidon tarpeesta oli kirjattu ainakin kerran 17 hoitokertomuksessa (n=40). Syksyllä 2009 vastaava luku oli 21 (n=40), keväällä 2009 18 (n=20) ja keväällä 2008 14 (n=16) (Kuvio 20.).



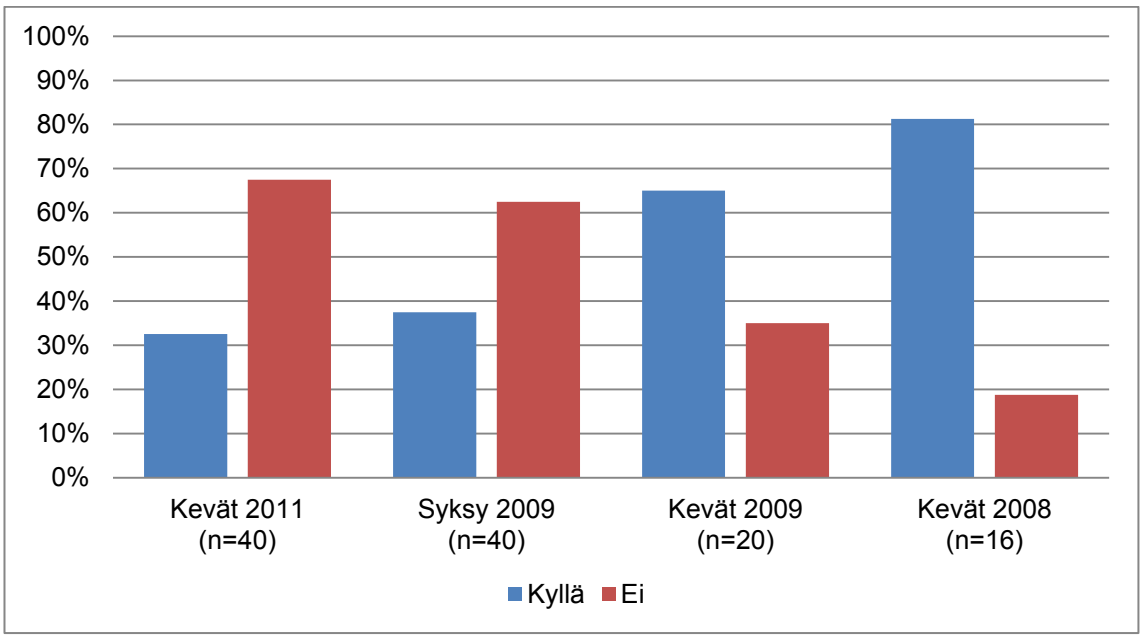
Kuvio 2020. Potilaan oma käsitys hoidon tarpeesta on kirjattu ainakin kerran.

Mitattaessa potilaan omaa käsitystä hoidon tavoitteista etsittiin kirjauksista esimerkiksi seuraavanlaisia ilmaisuja: ” Potilas toivoo kuntoutuvansa takaisin kotiin.”. Keväällä 2011 potilaan oma käsitys hoidon tavoitteista oli kirjattu ainakin kerran 3 hoitokertomuksessa (n=40), syksyllä 2009 vastaava luku oli 1 (n=40), keväällä 2009 8 (n=20) ja keväällä 2008 6 (n=16) (Kuvio 21.).



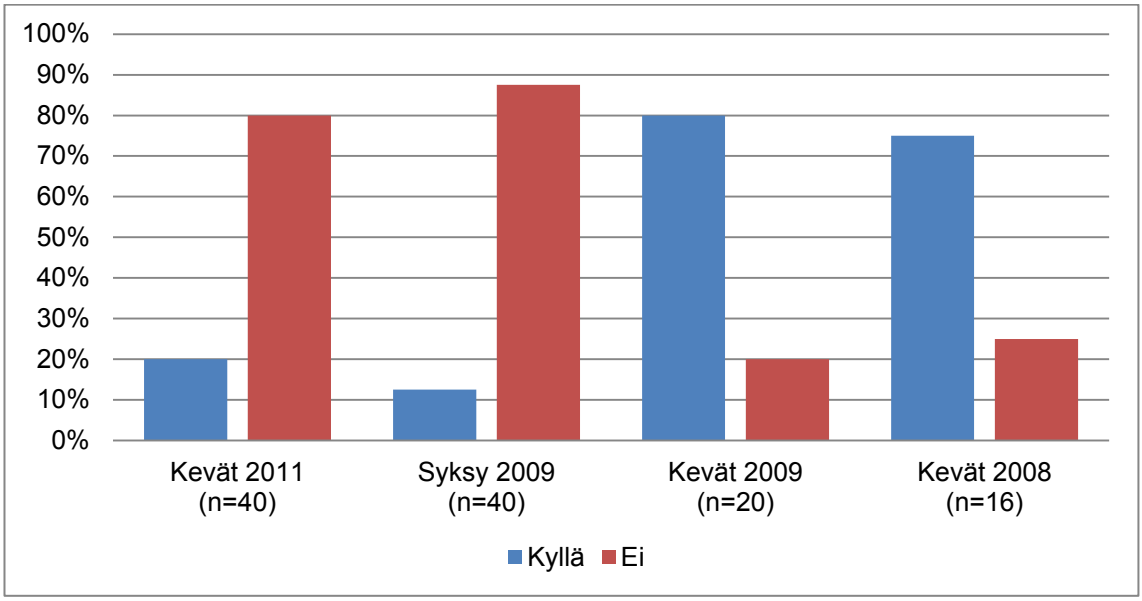
Kuvio 2121. Potilaan oma käsitys hoidon tavoitteesta on kirjattu ainakin kerran.

Tarkasteltaessa potilaan omaa käsitystä hoidon toiminnoista etsittiin kirjauksista esimerkiksi seuraavanlaisia ilmaisuja: ”Potilas ei suostunut ottamaan lääkeinjektiota.”. Keväällä 2011 potilaan oma käsitys hoidon toiminnoista on kirjattu ainakin kerran 13 hoitokertomuksessa (n=40), syksyllä 2009 vastaava luku oli 15 (n=40), keväällä 2009 13 (n=20) ja keväällä 2008 13 (n=16) (Kuvio 22.).



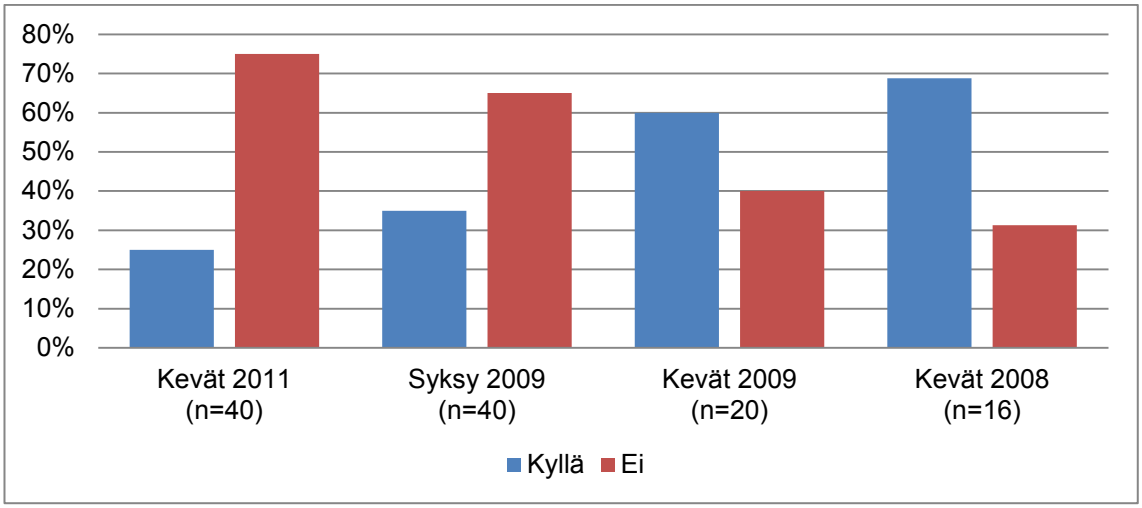
Kuvio 2222. Potilaan oma käsitys hoitotoiminnoista on kirjattu ainakin kerran.

Kun mitattiin potilaan omaa käsitystä hoidon toteutuksesta, etsittiin kirjauksista esimerkiksi seuraavanlaisia ilmaisuja: ”Potilas jännitti sähköshokkihoitoa.”. Keväällä 2011 potilaan oma käsitys hoidon toteutuksesta on kirjattu ainakin kerran 8 hoitokertomuksessa (n=40), syksyllä 2009 vastaava luku oli 5 (n=40), keväällä 2009 16 (n=20) ja keväällä 2008 12 (n=16) (Kuvio 23.).



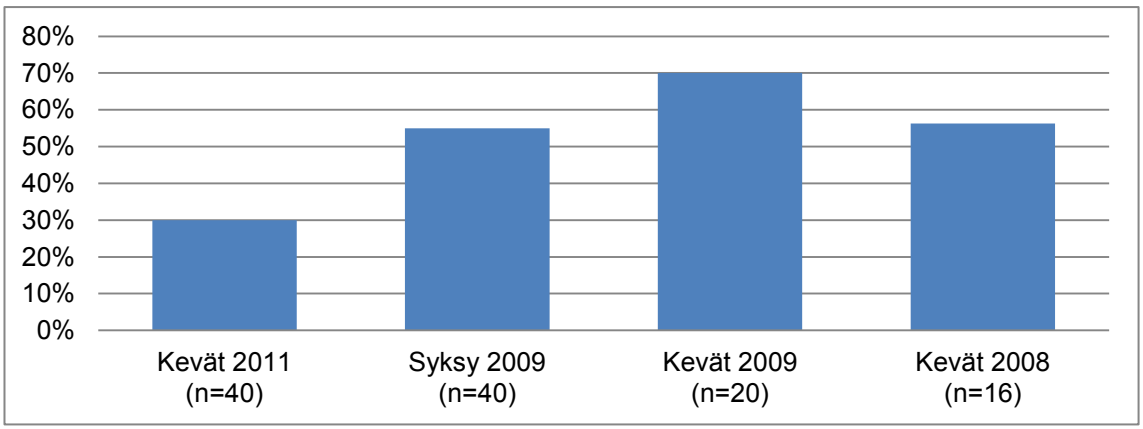
Kuvio 2323. Potilaan oma käsitys hoidon toteutuksesta on kirjattu ainakin kerran.

Mitattaessa potilaan omaa käsitystä hoidon arvioinnista etsittiin kirjauksista esimerkiksi seuraavanlaisia ilmaisuja: ”Potilas epäilee yksinpärjäämistään kotona.”. Keväällä 2011 potilaan oma käsitys hoidon arvioinnista on kirjattu ainakin kerran 10 hoitokertomuksessa (n=40), syksyllä 2009 vastaava luku oli 14 (n=40), keväällä 2009 12 (n=20) ja keväällä 2008 11 (n=16) (Kuvio 24.).



Kuvio 2424. Potilaan oma käsitys hoidon arvioinnista on kirjattu ainakin kerran.

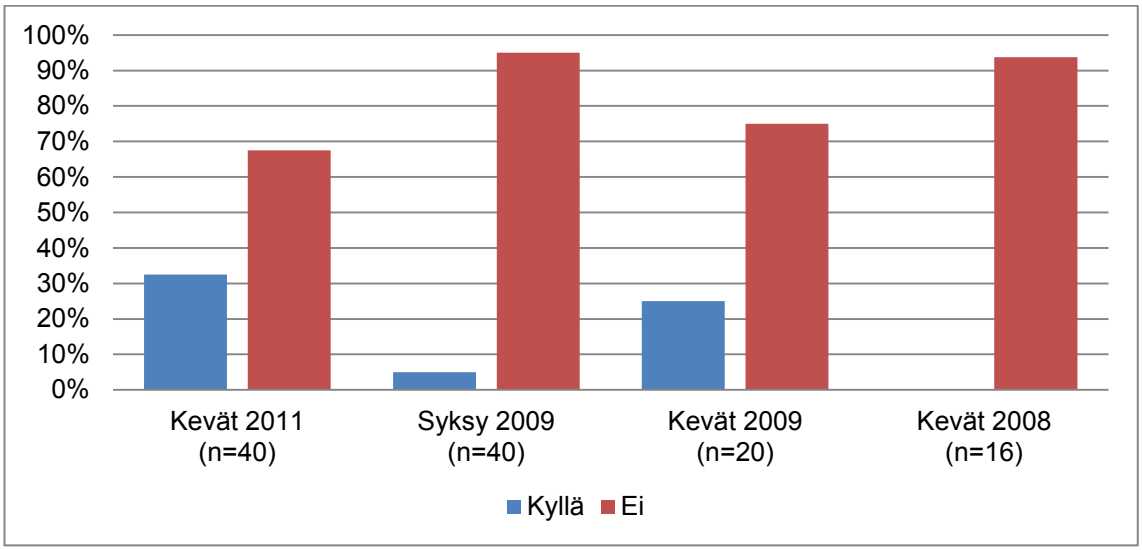
Hoitokertomuksista etsittiin myös kirjauksia omaisten osallistumisesta potilaan hoitoon. Aikaisemmissa kirjauksissa on laskettu mukaan omaisten vierailut, mutta kevään 2011 osalta on huomioitu ainoastaan hoitoon liittyvät asiat, kuten esimerkiksi hoitokokoukseen osallistuminen ja omaisen arvio potilaan voinnin muutoksesta. Mahdollisesti tästä johtuen kevään 2011 tulos on merkittävästi alhaisempi verrattuna aikaisempiin tuloksiin. Eniten omaiset osallistuivat potilaan hoitoon 1 tai 2 kertaa. Koko aineistosta kuitenkin yhdellä hoitojaksolla omainen osallistui hoitoon jopa 23 kertaa. Keväällä 2011 omainen osallistui potilaan hoitoon ainakin kerran 12 hoitokertomuksessa (n=40), syksyllä 2009 vastaava luku oli 22 (n=40), keväällä 2009 14 (n=20) ja keväällä 2008 9 (n=16) (Kuvio 25.).



Kuvio 2525. Omainen on osallistunut potilaan hoitoon ainakin kerran.

Pääsääntöisesti omaisten antama tieto liittyi voinnin muutokseen ja sen arvioimiseen sekä potilaan lääkkeiden käyttöön. Omaiset antoivat myös arvokasta tietoa potilaan elämänhistoriasta, joka auttoi hoitohenkilökuntaa ymmärtämään potilasta paremmin. Lisäksi omaisten antama tieto auttoi tunnistamaan mitkä potilaan oireista olivat uusia ja mitkä vanhoja, kuten esimerkiksi harhat. Samankaltaisia tietoja omaisten osallistumisesta potilaan hoitoon on kirjattu myös aikaisempina vuosina.

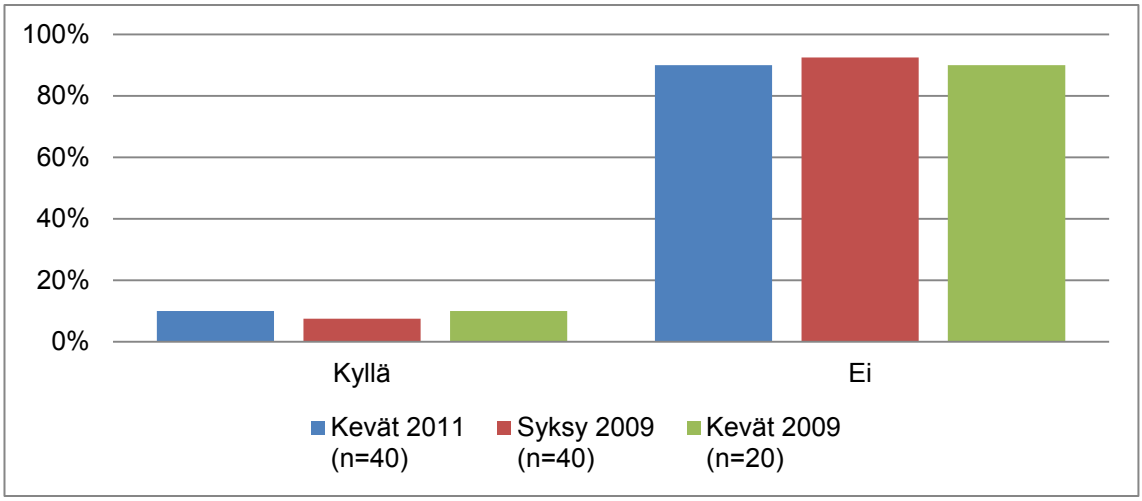
Hoitojakson päätyttyä tulee siitä tehdä yhteenveto eli loppuarviointi, jossa arvioidaan potilaan voinnin muutosta ja miten hyvin hoitojaksolle asetettuihin tavoitteisiin päästiin. Jos tavoitteisiin ei syystä tai toisesta päästy, tulee loppuarviointiin tehdä selvitys siitä miksi näin kävi. Lisäksi loppuarviointiin tulee kirjata minne potilas on siirtynyt hoitojakson loputtua. (Kratz 1993, 16-17.) Keväällä 2011 hoitojaksoista oli tehty loppuarviointi 13 tapauksessa (n=40), syksyllä 2009 loppuarviointeja oli tehty 2 (n=40) ja keväällä 2009 5 kappaletta (n=20). Keväällä 2008 loppuarviointia ei ollut tehty 15 hoitojaksosta ja yhden hoitojakson osalta tieto puuttui kokonaan. (n=16) (Kuvio 26.).



Kuvio 2626. Onko hoitojaksosta tehty loppuarviointi.

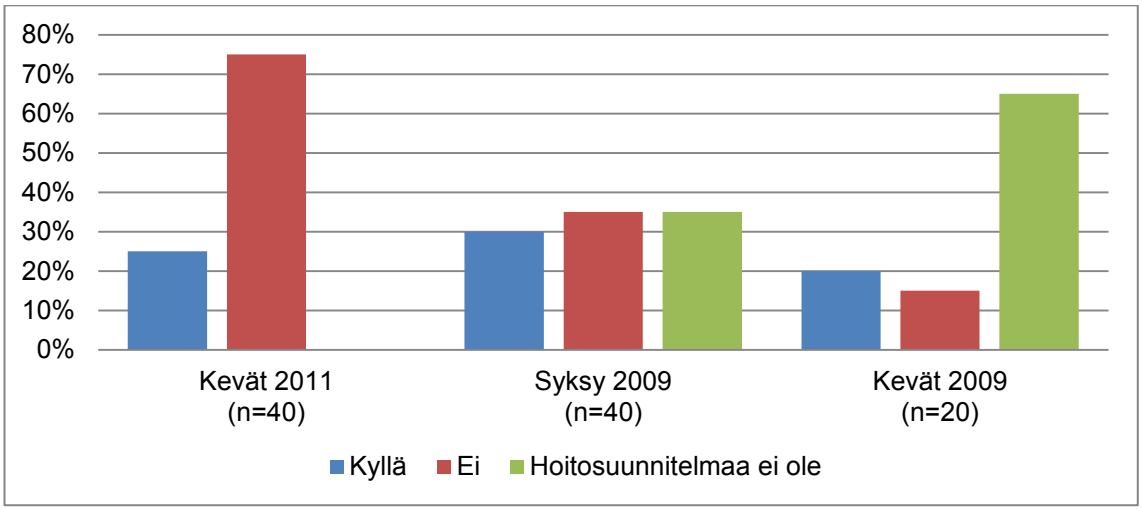
Ennen kotiuttamista potilaille voidaan antaa ohjausta esimerkiksi osastohoidon aikana aloitettuun lääkehoitoon liittyen ja avohoidon palveluista. Keväällä 2008 asiaa ei vielä tutkittu. Keväällä 2011 kotihoidon ohjausta kirjausten mukaan sai

4 potilasta 40:stä, syksyllä 2009 3 potilasta 40:stä ja keväällä 2009 2 potilasta 20:stä (Kuvio 27.).



Kuvio 2727. Onko potilas saanut kotihoitoon liittyvää ohjausta.

Olennainen osa psykiatrisen potilaan hoitoa on jatkohoidon määrittäminen osaksi potilaan hoitosuunnitelmaa. Potilaan jatkohoidon tarve tulisi tiedostaa jo tulotilanteessa ja se tulisi elää potilaan voinnin muutoksen mukana koko hoitojakson ajan. (vrt. Kratz 1993, 16-17.) Tuloksista puuttuu kevään 2008 tiedot, koska asiaa ei vielä tuolloin tutkittu. Keväällä 2011 jatkohoito oli merkitty 10 hoitosuunnitelmaan 40:stä, syksyllä 2009 jatkohoito oli merkitty 12 hoitosuunnitelmaan 40:stä ja keväällä 2009 4:ään 20:stä (Kuvio 28.).



Kuvio 2828. Onko jatkohoito merkitty hoitosuunnitelmaan.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Taustatiedot

Sukupuolijakaumassa näkyy selkeästi, että naisten osuus potilaista on kautta linjan ollut huomattavasti korkeampi kuin miesten osuus. Joka tutkimuskerralla naisia on ollut lähes puolet enemmän kuin miehiä. Itse opinnäytetyössä ei sukupuolijakaumalle löytynyt selittävää tekijää, joten tämän asian tarkempaa tutkiskelua varten tarvittaisiin uusi tutkimus.

Kuviosta 3. näkyy muutos aikaisemman terveydentilan kirjaamisesta hoitosuunnitelmaan. Sen kirjaaminen on hiljalleen lähtenyt nousemaan vuodesta 2009. Osittain tätä selittää että vuonna 2008 kenelläkään ei ollut hoitosuunnitelmaa ja keväällä 2009 vain osalla oli hoitosuunnitelma tehtynä. Kuitenkin vuonna 2011 vain puolilla oli hoitosuunnitelmaan kirjattuna aikaisempi terveydentila, mikä potilaan hoidon kannalta olisi erittäin oleellinen tieto, jotta kaikki ongelmat tulisi huomioitua hoidon suunnittelussa.

Potilaan aikaisempi terveydentila antaa viitteitä siitä, mistä ongelmat voivat johtua. Vanhuspsykiatriset potilaat ovat usein myös fyysisesti sairaita ja tämä vaikuttaa hoitoon. (Koponen & Leinonen 2007, 631–640.) Ne hoitokertomukset joissa oli mainittu aikaisempi potilaan terveydentila, noudattivat kevään 2011 aineistossa hyvin pitkälti koko aineiston tilannetta. Sillä, onko aikaisemmasta terveydentilasta kirjattu lääketieteellinen näkökulma vai hoidollinen näkökulma, ei ole suuria eroja kun verrataan kevään 2011 aineistoa koko aineistoon. Luvut ovat pysyneet suunnilleen samoina, kuten kuviosta 4. voi huomata.

8.2 Tarpeet

Hoitosuunnitelmiin on useimmiten laitettu vain muutama tarve, lähinnä psyykkiseen puoleen liittyen kun taas toteutuksessa tulee ilmi paljon fyysisen puolen ongelmia, kuten kroonista ummetusta ja nukahtamisvaikeuksia. Usein toistuvat

tarpeet olisi syytä lisätä hoitosuunnitelmaan jälkikäteen jotta hoidon tarpeesta saataisiin todellinen kuva.

Kun tarkastellaan tarpeiden esiintymistä hoitosuunnitelmissa, voidaan huomata, että psyykkinen tasapaino on ollut eniten käytetty tarve koko projektin ajan. Tämä on tietenkin luonnollista, koska kyseessä ovat vanhuspsykiatrian osastojen kirjaukset. On kuitenkin havaittavissa erilaiset trendit hoidossa eri ajanjaksoilta. Lääkehoidon merkitys hoidossa on kasvanut syksyn 2009 ja kevään 2011 aikana huomattavasti kun taas aktiviteetti on ollut suuremmassa roolissa kahdella ensimmäisellä tutkimuskerralla. Jatkohoidon kirjaaminen on selkeästi vähentynyt vuosi vuodelta vaikka jatkohoidon merkitys psykiatrisessa hoidossa olisi todella tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta (vrt. Kratz 1993, 16–17). Ilman jatkohoitoa ihminen jää helposti oman onnensa nojaan eikä saadusta avusta ole pidemmänpäälle hyötyä. Se mistä kyseinen ilmiö johtuu, ei pystytä kirjauksia tarkastelemalla osoittamaan.

Sosiaaliset tarpeet olivat selkeästi vähemmällä huomiolla kuin fyysiset ja psyykkiset tarpeet. Fyysisten tarpeiden osuus hoitokertomuksissa on korkeimmalla todennäköisesti johtuen siitä, että fyysisiin toimintoihin liittyy enemmän komponentteja kuin psyykkisiin toimintoihin. Fyysiset tarpeet ovat lisäksi lisääntyneet kirjauksissa huomattavasti. Syksyn 2009 ja Kevään 2011 välillä fyysisiä tarpeiden kirjaus on lisääntynyt yli puolella. Yksi selittävä tekijä voisi olla se, että rakenteisen kirjauksen myötä myös psykiatrian osastoilla on alettu kiinnittämään enemmän huomiota fyysisiin toimintoihin ja niiden kirjaamiseen. Ihminen myös tuo ennemmin esille somaattiset ongelmat kuin psyykkiset ongelmat.

8.3 GAF ja muut mittarit

Mittareiden käyttö hoidon tarpeen määrittämisessä on lisääntynyt jatkuvasti. Keväällä 2008 GAF-mittaria oli käytetty vain 2 hoitokertomuksessa kun taas keväällä 2011 kyseistä mittaria oli käytetty lähes jokaisessa hoitosuunnitelmassa. GAF-arvon luotettavuutta voidaan kuitenkin kyseenalaistaa. Hoitosuunnitelmiin GAF on merkitty tulotilanteessa mikä voi antaa täysin väärän kuvan poti-

laan toimintakyvystä. Potilas on voinut esittää tulotilanteessa toimintakyvyltään parempaa tai heikompaa kuin todellisuudessa on ja hyvinkin todennäköistä on, että GAF-arvoa ei ole korjattu vastaamaan todellista vointia jälkikäteen vaikka syytä tähän olisi. GAF-mittari ei ole täysin luotettava myöskään siksi, että siihen on usein tehty osastokohtaisia merkintöjä ja käytäntöjä, jotka johdattelevat arvioinnin tekijää. Lisäksi arvioinnin tekijä ei joudu perustelemaan arviotaan millään tavalla, vaan pelkkä lukuarvo kirjataan ohjelmaan.

GAF-mittaria käytetään myös potilaan voinnin arvioinnissa hänen kotiutuessaan tai siirtyessä jatkohoitoon. Hoitokertomuksiin tätä kotiutusarvoa ei ole kuitenkaan kirjattu kertaakaan, sillä tälle on oma kenttänsä Pegasos-potilastietojärjestelmässä uloskirjauksen yhteydessä ja näin ollen voidaan todeta, että samaista arvoa ei tule kirjattua hoitokertomukseen erikseen.

GAF-mittarin lisäksi muutamassa hoitokertomuksessa oli käytetty MMSE ja CERAD muistitestejä erotusdiagnostisesti psykiatristen oireiden etsimisessä. Masennustesti GDS:ää oli käytetty muutamassa tapauksessa.

8.4 Tavoitteet ja opetus

Tavoitteiden kirjaaminen ja niiden päivittäminen on koko projektin ajan ollut hyvin vähäistä. Tavoitteita on ollut suunnilleen 1 tavoite yhdessä hoitosuunnitelmassa, vaikka tarkoituksena olisi, että jokaista tarvetta kohti olisi ainakin yksi tavoite. (vrt. Kratz 1993, 16–17). Tämä saattaa johtua yleisestä hoitosuunnitelmien heikkolaatuisuudesta, tavoitteiden asettamista tai ainakaan niiden kirjaamista ei välttämättä pidetä kovin tärkeänä varsinkaan jos työyhteisössä on muodostunut selkeä kuva kaikille työyhteisön jäsenille siitä mihin potilaiden hoidossa pyritään. Tavoitteita tulisi myös päivittää hoidon jatkuessa ja tavoitteiden muuttuessa. Tätä ei kuitenkaan tapahtunut kuin hyvin pienessä osassa hoitosuunnitelmia. Kuitenkin niissä hoitokertomuksissa missä tavoite oli kirjattu, se oli kirjattu muodollisesti oikein ja vastasi hoidon tarvetta. Tavoitteiden sisällössä ei siis ole ongelmia vaan siinä, että niitä ei kirjata tarpeeksi.

Opetusta ja ohjausta oli annettu kohtalaisen vaihtelevasti projektin eri aikoina. Suurimmaksi osaksi kevään 2011 opetus ja ohjaus koostuivat omahoitajakeskusteluista joka oli mainittu ainakin puolissa hoitokertomuksista. Psykiatrian puolella voisi varmasti enemmänkin ja monipuolisemmin käyttää opetusta ja ohjausta potilaan hoidon yhteydessä. Tässä kohtaa on tietenkin kyseenalaista, ovatko kaikki keskustelut, opetus- ja ohjaustilanteet kirjattu ylös. Moni hoitaja varmasti käy potilaiden kanssa monia keskusteluja päivittäin ja opastaa heitä ilman, että asiat tulevat kirjatuksi ylös. Opetuksen tai ohjauksen aihe oli kuitenkin mainittu harvemmin keväällä 2011, silloin vain puolissa opetus ja ohjaus tilanteissa oli mainittuna aihe. Useimmiten opetus ja ohjaus tilanteet käsittelivät uusia keinoja lievittää ahdistusta, esimerkiksi rentoutusharjoitukset ja piirtäminen. Aikaisempina vuosina opetuksen aihe oli mainittu lähes jokaisen opetus tai ohjauskerran yhteydessä.

8.5 Toiminnot

Hoitotyön toimintojen määrä hoitosuunnitelmissa on koko projektin aikana vaihdellut paljon. Suunniteltujen toimintojen määrä on vaihdellut 1-13 välillä vuosien 2008 ja 2009 aikana, kun taas keväällä 2011 suunniteltuja toimintoja oli parhaimmillaan 28 yhdessä hoitokertomuksessa. Toimintojen keskiarvo per hoitokertomus oli 9 kappaletta keväällä 2011. Hoitotyön prosessimallin mukaisesti jokaisella potilaalla tulisi olla merkittynä hoitosuunnitelmaan ainakin yksi ongelma eli tarve jolle luodaan tavoite mihin hoitotyön toiminnoilla tulee päästä (Kratz 1993, 16–17). Hoitotyön toimintoja voi näin ollen olla useampi kuin yksi yhtä tarvetta kohden; tarpeen poistamiseen ja tavoitteeseen pääsemiseen voidaan tarvita useampi toiminto. Hoitokertomuksissa tämä alue oli omaksuttu hyvin; toimintoja oli useimmiten enemmän kuin yksi. Vaikka hoitosuunnitelmissa oli paljon toimintoja, toteutus ei kuitenkaan vastannut kovin hyvin hoitosuunnitelmia. Tästä huomataan, että hoitosuunnitelmia olisi syytä päivittää sitä mukaan kun potilaasta ja hänen voinnistaan saadaan lisätietoa. Hoitosuunnitelmat luodaan yleensä heti potilaan saavuttua eikä niihin kiinnitetä enempää huomiota sen jälkeen jolloin hoitosuunnitelmasta voi jäädä tärkeitä asioita puuttumaan.

8.6 Potilaan ja omaisen huomiointi

Tarkasteltaessa potilaan omia käsityksiä hoidon tarpeesta, tavoitteesta, toiminnoista ja toteutuksesta huomataan, että keväällä 2008 ja 2009 nämä asiat on kirjattu hyvin. Kun taas katsotaan syksyn 2009 ja kevään 2011 tuloksia huomataan selkeä pudotus kirjaamisissa; tällöin ei ole kirjattu potilaan omaa käsitystä lähes ollenkaan. Koska pudotus on kovin huomattava, ei voida täysin sulkea pois sitä mahdollisuutta, että tulosten tarkastelussa olisi tapahtunut jotain muutosta. Ohjeistus analysointiin on kuitenkin ollut kautta linjan sama. Mahdollisesti erilainen tulkintatapa vääristää tuloksia, mutta potilaan oma käsitys hoidostaan tulisi kirjata vieläkin paremmin. Hoitotyön kirjaamisen tulee olla potilaslähtöistä, jolloin se edellyttää että kirjatut asiat ovat lähtöisin potilaan tarpeesta eikä pelkästään hoitohenkilökunnan näkemysten mukaiset (Laitinen ym. 2010, 489–97).

Omaisten osallistuminen on tasaisesti laskenut keväästä 2009. Heiltä kuitenkin saadaan arvokasta tietoa potilaan elämästä kotona sairautensa kanssa. Aktiivisesti potilaan hoitoon osallistuvista omaisista on hyötyä niin hoitojakson aikana kuin sen jälkeenkin. Arvokkaiden tietojen lisäksi omaiset pystyvät läheltä seuraamaan voinnin muutosta ja toimittamaan potilaan hoitoon ajoissa, jotta suuremmilta ongelmilta vältytään, jos vointi lähtee huononemaan. Omaisia tulisi kannustaa mukaan potilaan hoitoon, jotta hoidon tarpeesta saataisiin kattavampi kuva.

8.7 Kotihoito-ohjeet ja jatkohoito

Kuviosta 27 huomataan, että potilaat ovat kautta linjan saaneet huonosti kotihoitoon liittyvää ohjausta. Monelle potilaalle on varmasti tullut uusia lääkkeitä osastojakson aikana tai he ovat opetelleet erilaisia ahdistuksen lievityskeinoja. Potilaat ovat vanhoja ihmisiä joiden muisti on alentunut, jolloin etenkin kirjallisten kotihoito-ohjeiden antaminen kotiin lähtiessä on erityisen tärkeää jotta asiat eivät heti unohtuisi.

Jatkohoito on harvoin merkitty toiminnoksi hoitosuunnitelmiin. Psykiatrisen potilaan hoidon tarve harvoin loppuu hoitojakson päätyttyä, koska ongelmia ei ratkaista hetkessä. Jatkohoito olisi hyvä määritellä jo hoitojakson aikana. (Lönnqvist ym. 2007, 120.) Potilas voi tarvita kotona pärjäämisen tueksi apua jolloin hänelle tulisi järjestää kotihoidon palveluja. Myös erilaisia avohoidon palveluja tulisi tarjota potilaalle jotta hän pysyisi hoidon piirissä eikä syrjäytyisi.

8.8 Yhteenveto

Hoitotyön kirjaaminen on Turun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspsykiatrian osastoilla keskittynyt psykiatrisen potilaan näkökulmaan. Kirjauksissa toistui useasti kuvailu potilaan psyykkisestä tilasta ja sen muutoksesta. Lääkehoito on myös korostunutta verrattuna somaattiseen hoitotyöhön.

Vanhuspsykiatrisilla osastoilla olevat potilaat ovat usein monisairaita ja tarvitsevat hoidossaan paljon apua. Tämä korostaa hoitotyön suunnitelmallisuutta, jota vanhuspsykiatrian osastoilla varmasti tehdään paljon, mutta tämä ei kuitenkaan hoitosuunnitelmissa ja kirjauksissa näy.

Hoitosuunnitelman tulee elää jatkuvasti potilaan voinnin mukaan ja hänen voinnin parantuessa ja tarpeiden päättyessä tulee ne myös hoitosuunnitelmasta päättää. Hoitojakson aikana potilaalle voi syntyä uusia tarpeita, joita hoitotyön toimintojen joukosta olikin kirjauksissa useasti nähtävissä, pitäisi ne lisätä uusiksi tarpeiksi hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelman päivityksen tärkeys pitäisi paremmin nostaa osastoilla esille ja tähän tulisi jatkossa kiinnittää huomiota hoitotyön kirjaamisessa.

Hankkeen aikana hoitotyön kirjaaminen on tavoitteiden mukaisesti siirtynyt vanhasta kirjaamismallista rakenteiseen kirjaamiseen, jonka johdosta nykyään kaikille potilaille perustetaan hoitosuunnitelma hoitojakson alussa, kuten kansallisen kirjaamisen malli velvoittaa. Tämän osalta hankkeelle asetettu tavoite on siis saavutettu.

Tulosten perusteella suuria muutoksia kirjaamisen laadussa ei ole tapahtunut tämän nelivuotisen hankkeen aikana, vaan ainoastaan tapa kirjata asioita on muuttunut vapaasta tekstistä valmiiksi strukturoituun rakenteiseen malliin. Selkeitä parannuksia on tapahtunut hoitosuunnitelmien luomisessa, tavoitteiden asettamisessa ja gaf-mittarin käytössä. Kun potilaalle on luotu hoitosuunnitelma, niin jäsentää se potilaan hoitoa ja helpottaa myös kirjaamista. Aikaisemmin hoitojaksolle ei määritelty kirjallisesti selkeitä tavoitteita, mutta nyt jokaiselta potilaalta löytyi ainakin yksi tavoite. Vuonna 2008, kun tämä hanke aloitettiin, potilaan vointia tulotilanteessa ei määritetty gaf-mittarilla laisinkaan, kun nyt keväällä 2011 kaikkien potilaiden kohdalla tätä oli käytetty.

Jotta hoitosuunnitelma palvelisi mahdollisimman hyvin potilaan kuntoutusta ja hoitotyön ammattilaisia tulisi se tehdä hoitotyön prosessimallin mukaisesti: tarve, tavoite, toiminto ja arviointi. Hyvin tehty hoitosuunnitelma helpottaa ammattilaisen työtä kun taas huonosti tehty suunnitelma saattaa vaikeuttaa hoidon toteutusta.

LÄHTEET

Ala-Hiiro, T.; Lemmetty, K.; Pitkänen, S. & Häyrinen, E. 2010. Adopting the national structure of nursing documentation is consequential in the development of care. Studies in Health Technology & Informatics Vol. 160 No. 1/2010, 421-3.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Häyrinen, K. & Saranto, K. 2009. The use of nursing terminology in electronic documentation. Studies in Health Technology & Informatics Vol. 146 No. 5/2009, 342-6.

Häyrinen, K. & Saranto, K. 2010. Patients' needs assessment documentation in multidisciplinary electronic health records. Studies in Health Technology & Informatics Vol. 160 No. 1/2010, 269-73.

Häyrinen, K.; Lammintakainen, J. & Saranto, K. 2010. Evaluation of electronic nursing documentation -- nursing process model and standardized terminologiesas keys to visible and transparent nursing. International Journal of Medical Informatics Vol. 79 No. 8/2010, 554-64.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Juhela, P. 2006. Psykiatrisia palveluita ikääntyville. Vanhustyö Vol 26, No 1/2006, 4-6.

Kivekäs, E. & Hakala-Ewing, R. 2009. The development and the trial of the Nationally Standardized Electronic Nursing Documentation (NSEND) in Southern Savos Hospital district. Studies in Health Technology & Informatics Vol 146 No. 5/2009, 790.

Klehr, J.; Hafner, J.; Spelz, L.; Steen, S. & Weaver, K. 2009. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications Vol. 20 No. 4/2009, 169-80.

Koponen, H. & Leinonen, E. 2007. Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J.; Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 631-640.

Kratz, C. 1993. Hoitotyön prosessi. Helsinki: WSOY.

Laitinen, H.; Kaunonen, M. & Astedt-Kurki, P. 2010. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. Journal of Clinical Nursing Vol. 19 No. 3-4/2010, 489-97.

Lake, S.; Moss, C. & Duke, J. 2009. Nursing prioritization of the patient need for care: A tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature. International Journal of Nursing Practice Vol. 15 No. 5/2009, 376–388.

Liljamo, P. & Kaakkinen, P. 2009. Cross-mapping the Finnish Classification of Nursing Diagnosis, Nursing Interventions and the Oulu Patient Classification. Studies in Health Technology & Informatics Vol. 146 No. 5/2009, 774-5.

Lönnqvist, J.; Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Partonen, T. 2007. Psykiatria. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim.

Mahon, P.; Nickitas, D. & Nokes, K. 2010. Faculty perceptions of student documentation skills during the transition from paper-based to electronic health records systems. Journal of Nursing Education Vol. 49 No. 11/2010, 615-21.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Ora-Hyytiäinen, E.; Ikonen, H. & Ahonen, O. 2009. Developing competences and use of the Finnish model of documentation of nursing care - R&D project eNNI. Studies in Health Technology & Informatics Vol. 146 No. 5/2009, 834.

Peres, H.; de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, D.; Lima, A.; Gaidzinski, R.; Ortiz, D.; Mendes e Trindade, M.; Tsukamoto, R. & Batista de Oliveira, N. 2010. Conceptualization of an electronic system for documentation of nursing diagnosis, outcomes, and intervention. Studies in Health Technology & Informatics Vol. 160 No. 1/2010, 279-83.

Raitanen, T.; Hänninen, T.; Pajunen H & Suutama T. 2004. Geropsykologia – Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WSOY.

Rajalahti, E. & Saranto, K. 2009. Standardized nursing documentation - developing together. Studies in Health Technology & Informatics Vol. 146 No. 5/2009, 858.

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

Saranto, K. & Tanttu, K. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Gummerus, 113-122.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Van Achterberg, T.; Holleman, G.; Heijnen-Kaales, Y.; Van der Brug, Y.; Roodbol, G.; Stallinga, H.; Hellema, F. & Frederiks, C. 2005. Using a multidisciplinary classification in nursing: the International Classification of Functioning Disability and Health. Journal of Advanced Nursing Vol. 49 No. 4/2005, 432-441.

Whittenburg, L. 2009. Nursing terminology: documentation of quality outcomes. Journal of Healthcare Information Management Vol 23 No. 3/2009, 51-5.

Sisällönanalyysirunko

Hoitotyön kirjaaminen
TAUSTATIEDOT

1. Toimialue
1. Perusterveydenhuolto
a) Sairaanhoitajan 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. Vastaanottotoiminta (esim. terveysasema, poliklinikka, neuvola, hoidon tarpeen arviointi)
3. Avoterveydenhuolto
4. Toimenpideosasto
5. Muu, mikä?

4. Asiakkaan ikä

5. Asiakkaan sukupuoli
1. Nainen
2. Mies

7. Tulotilanteessa potilaan hoitokertomukseen (tulosyy-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
Psyykkinen tasapaino
Aistitoiminnot
Kudoseheys
Jatkohoito
Elämänkaari
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 <u>päivittäin</u> 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?

1. *Konkreettisena asiakkaan/potilaan voinnin tai käyttäytymisen muutoksena*
2. *Tavoite vastaa hoidon tarvetta*

27. Hoitotyön toiminnot/keinot hoitosuunnitelmassa, kpl

1. *Suunniteltujen hoitotyön toimintojen/keinojen määrä*
2. *Kuinka moneen tavoitteeseen on kirjattu ainakin yksi hoitotyön keino?*

29. Vastaako toteutuksessa kuvattu hoitotyön toiminta hoitosuunnitelmaan kirjattuja hoitokeinoja?

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

32. Kuinka monta kertaa opetus/ohjaus (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/näkemys hoidon <u>tarpeesta</u> (potilaan pyynnöstä, potilas kertoo…) on kirjattu ainakin kerran

1. Kyllä
2. Ei

36. Kuinka monen asian kohdalla?

37. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys hoidon <u>tavoitteesta</u> on kirjattu ainakin kerran

1. Kyllä
2. Ei

38. Kuinka monen asian kohdalla?

39. Asiakkaan/potilaan oma käsitys/näkemys 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