

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2012

Mikko Nieminen

KEHITTYVÄ HOITOTYÖN KIR- JAAMINEN

– hoitotyön systemaattisen kirjaamisen käyttöönotto Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja (YAMK) | Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

9.5. 2012 | 70 sivua + 4 liitesivua

Raija Nurminen ja Marjo Salmela

Mikko Nieminen

KEHITTYVÄ HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotyön kirjaaminen on Suomessa kehittynyt viime vuosina. Kirjaamista on kehitetty rakenteisempaan suuntaan ja paperiset raporttilehdet ovat vaihtuneet elektroniseen potilaskertomukseen. Suomessa on tällä hetkellä käytössä useita erilaisia potilaskertomusjärjestelmiä ja se vaikeuttaa potilastiedon hallitsemista sekä käyttöä. Suomessa on kehitteillä kansallinen terveysarkisto (KanTa), joka on yhteinen nimitys terveydenhuollon valtakunnallisille tietojärjestelmäpalveluille. KanTa -palveluun liittyminen edellyttää potilastietojen kirjaamista systemaattisesti hoitotyön prosessiin pohjautuen ja käyttämällä hoitotyön FinCC -luokituksia.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli tukea hoitotyön systemaattisen kirjaamisen käyttöönottoa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella. Tavoitteena oli kehittää systemaattisen kirjaamisen koulutusmalli. Hankkeen pilottiryhmänä olivat psykiatrian tulosalueen Uudenkaupungin yksiköt.

Kehittämisprojektin tuloksena saatiin systemaattisen kirjaamisen koulutusmalli, jonka avulla käyttöönotto toteutettiin koko Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osastoille ja poliklinikoille. Käyttöönoton jälkeen yksiköitä tuettiin rakenteisten kirjaamiskäytäntöjen noudattamisessa ja pyrittiin löytämään yhtenäisiä käytäntöjä yksiköiden välille. Kuuden kuukauden jälkeen käyttöönotosta kirjaamisen taso Uudenkaupungin yksiköiden (6) osalta (n=24) arvioitiin ja tulokset osoittivat kirjaamisen olevan tyydyttävällä (ka. 7,29) tasolla kirjaamisen arviointilomakkeen asteikolla 0-10 arvioituna.

Kehittämis ehdotukset kohdentuivat kirjaamisen tason ylläpitämiseen, sen kehittymiseen kiitettävälle tasolle ja taustaorganisaation vahvistamisen tarpeeseen. Kirjaamisen tason ylläpitäminen varmistetaan käyttötuen antamisella. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen kehittymistä kiitettävälle tasolle tuetaan lisäkoulutuksilla ja yksiköiden yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä vahvistaen. Taustaorganisaatiota kehitetään tämän projektin jälkeen puolen vuoden lisäprojektissa, jonka tarkoituksena on uudistaa psykiatrian tulosalueen tietohallinnon koordinointia.

ASIASANAT:

Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen, potilaslähtöisyys, sähköinen potilaskertomus, kansallinen terveysarkisto, kirjaamisen arviointi

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of health care | Degree programme in social services and health care

9.5.2012 | 70 pages + 4 appendix

Raija Nurminen and Marjo Salmela

Mikko Nieminen

DEVELOPMENT OF NURSING DOCUMENTATION

Nursing documentation in Finland has developed more structural in recent years. Handwritten report books have changed to electronic documentation. Because of the development of electronic nursing documentation organizations now have many different patient data systems in use that complicate the management of patient data and limit the use of information. Therefore national archive of health information (KanTa) is being built in Finland. For this archive the patient information must be documented with the specific structure based on the nursing process and Finnish Care Classifications.

The function of this development project was to implement systematic nursing documentation to psychiatric department in Hospital District of South West Finland and the aim was to create an educational model for educating nursing staff to operate new method of documentation. Six months after the implementation the level of documentation was evaluated. In this report the focus is on Uusikaupunki's psychiatric units, because those served as a pilot group of this development project.

As an outcome of this development project educational models were created that were the basis for implementing systematic nursing documentation throughout the psychiatric department in Hospital District of South West Finland. After implementation the units were supported to keep up with the good practices in nursing documentation and to find solid practices between the units. After six months of implementation the level of nursing documentation was evaluated (n=24) and the results pointed that nursing documentary was in satisfactory level (avg. 7,29; scale 0-10).

Improvement suggestions based on this project are maintenance of this level of nursing documentation, raising that level and strengthening of the background organization. The maintenance of this level of nursing documentation is being secured with application support. The level is being improved with extra education and by building solid documentation practises between units. Background organization will be built after this project to renovate psychiatric department's information management.

KEYWORDS:

Systematic nursing documentation, patient centredness, electronic health report, national archive of health information, evaluation of documentation

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	<u>6</u>
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	<u>8</u>
3	KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA JA TARVE	<u>10</u>
4	KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE	<u>13</u>
5	HOITOTIETOJEN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN	<u>13</u>
5.1	Elektroninen potilaskertomus ja kehittyvä kirjaaminen	<u>13</u>
5.2	Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen	<u>17</u>
5.3	Hoitoprosessiajattelu systemaattisen kirjaamisen taustalla	<u>21</u>
5.4	Lait ja asetukset terveydenhuollon kirjaamisen taustalla	<u>23</u>
6	POTILASLÄHTÖISYYS PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ	<u>26</u>
6.1	Potilaslähtöisyys Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa	<u>26</u>
6.2	Potilaslähtöiset hoitomallit psykiatriassa	<u>27</u>
6.3	Potilaslähtöisyys vakavan mielenterveyden häiriön hoidossa ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen	<u>28</u>
6.4	Kirjaaminen ja potilaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä	<u>34</u>
7	KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS	<u>36</u>
8	SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	<u>43</u>
8.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	<u>43</u>
8.2	Aineistonkeruu ja sen analysointi	<u>43</u>
9	TULOKSET	<u>45</u>
9.1	Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen koulutusmalli	<u>45</u>
9.2	Kirjaamisen tason arviointi	<u>48</u>
10	TULOSTEN TARKASTELU	<u>53</u>
10.1	Koulutusmallin toimivuus käytännössä	<u>53</u>
10.2	Kirjaamisen taso yksiköissä	<u>54</u>
11	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	<u>55</u>
11.1	Eettisyys ja luotettavuus	<u>55</u>
11.2	Kehittämiprojektin arviointi	<u>57</u>
11.3	Kehittämisehdotukset	<u>60</u>
	LÄHTEET	<u>64</u>

KUVIOT

Kuvio 1. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatio 1.1.2009 (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010).	9
Kuvio 2. Psykiatrian tulosalueen organisaatiokaavio (Koivu 2010).	10
Kuvio 3. Kohti kansallisesti yhtenäistä kirjaamismallia (Mukaellen Hassinen 2009).	12
Kuvio 4. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen (Tanttu 2007).	18
Kuvio 5. Kolmitasoinen hierarkkinen järjestelmä – FinCC-luokituksen rakenne (Tanttu 2007).	20
Kuvio 6. Kirjaamista ohjaavat periaatteet hoitotyössä ja kättilötyössä (Jefferies, D.; Johnson, M. & Griffiths, R. 2010.)	37
Kuvio 7. Projektin aikataulusuunnitelma.	39
Kuvio 8. Projektin toteutuksen vaiheet.	42
Kuvio 9. Osastojen kirjaamisvastaavien koulutusmalli.	46
Kuvio 10. Poliklinikoiden koulutusmalli.	47
Kuvio 11. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen taso mitattuna kirjaamisen arviointilomakkeella.	49
Kuvio 12. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen taso Uudenkaupungin yksiköissä.	50
Kuvio 13. Hoitoprosessin mukainen kirjaaminen.	51
Kuvio 14. Potilaslähtöinen kirjaaminen hoidon tarpeen ja tavoitteen suhteen.	52
Kuvio 15. Tietojärjestelmän käytettävyyden arviointi (Mukaellen Nurminen ym. 2002).	58
Kuvio 16. Kehittämisehdotukset eri toimijoiden näkökulmasta.	62

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa	
Liite 2. Kirjaamisen modifioitu arviointilomake (Kaila & Kuivalainen 2008; Tanttu, Lehti & Hassinen 2011)	
Liite 3 Kirjaamisen arviointilomakkeen modifioitu seliteosio (Kaila & Kuivalainen; Tanttu, Lehti & Hassinen 2011)	

1 JOHDANTO

Hoitotyön kirjaamisen tulee olla potilaslähtöistä ja potilastietojen tulee olla käytössä silloin, kun niitä tarvitaan. Hoitotyön kirjaamisen kehitys on ollut merkittävää viime vuosikymmenien aikana. Viime vuosina organisaatiot ja työyksiköt ovat ottaneet käyttöön erilaisia sähköisiä potilastietojärjestelmiä ja käsin kirjoitusta raporttikansiosta on lähes koko Suomessa jo luovuttu. Kirjaamista on kehitetty ammattikunnittain tai työyksiköittäin ja yhtenäisen mallin puuttuessa tiedon saanti nopeasti ei ole ollut mahdollista ja päällekkäinen kirjaaminen on lisääntynyt. Lisäksi myös tietojen hakeminen jälkeenkäin on ollut hankalaa tai jossain tapauksissa jopa mahdotonta. Tämän johdosta kansallisella tasolla on tehty päätös, että koko terveydenhuolto siirtyy sähköiseen, hoitotyön prosessiin perustuvaan, yhtenäiseen kirjaamisjärjestelmään. (Burkhart & Androwich 2004, 72; Hopia & Koponen 2007, 66.)

Yhtenäinen malli rakentuu hoitotyön ydintiedoista ja hoitoprosessin mukaisesta kirjaamisesta, joka rakenteistetaan suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden, Finnish Care Classification, mukaan (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008; Tantt 2008). Valmisteilla oleva kansallinen terveystietokanta (KanTa), joka sisältää myös e-reseptin ja lääketietokannan, mahdollistaa jatkossa potilastietojen tallentamisen kansalliseen sähköiseen potilastietojen arkistoon, jolloin hoitotilanteissa tarvittava tieto on saatavilla ajasta tai paikasta riippumatta ja tietoa on mahdollisuus jatkossa hyödyntää yli järjestelmärajojen. Kansallinen terveystietokanta lisää myös potilaiden mahdollisuutta osallistua hoitoonsa oman terveystilanteensa asiantuntijana, tarjoamalla kansalaiselle katseluoikeuden omiin resepti- ja potilastietoihin. (KanTa 2012.)

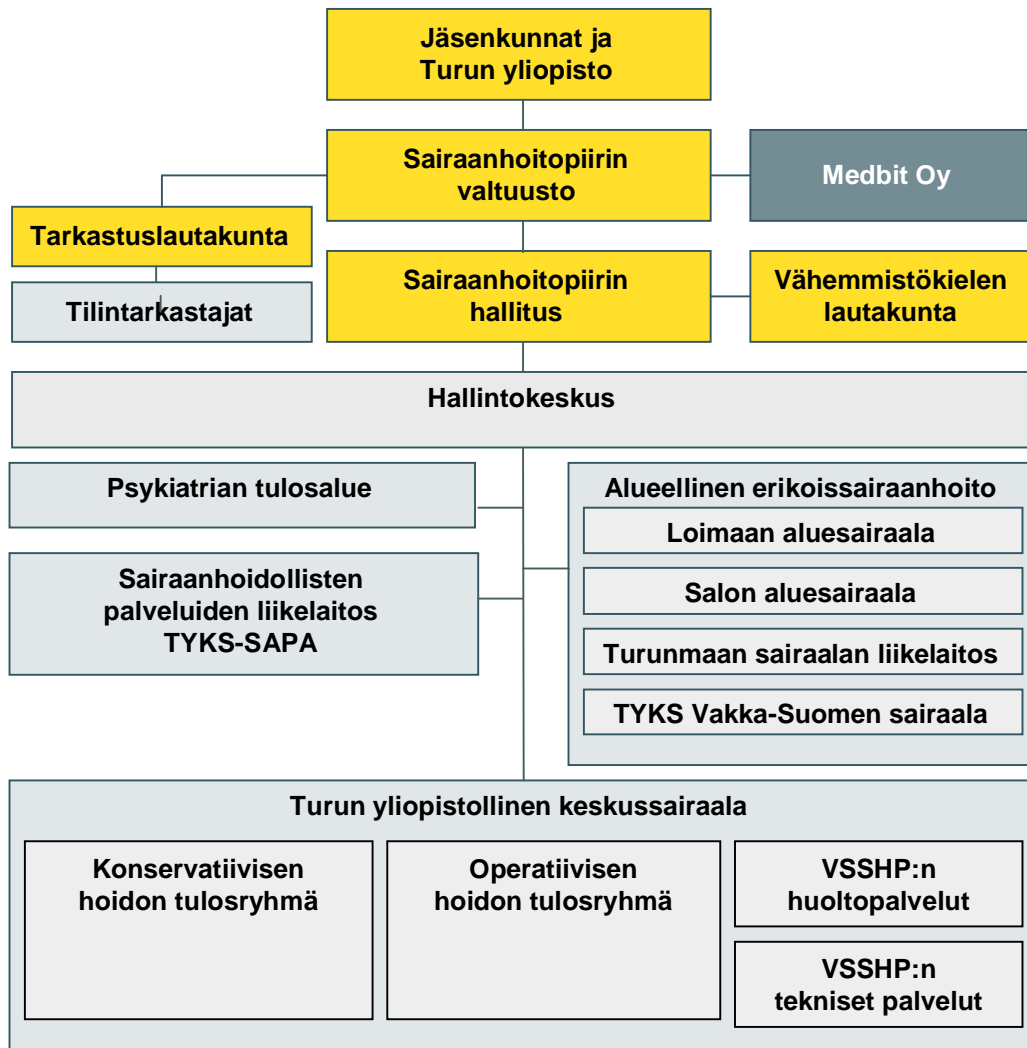
Potilaslähtöisyys on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa määritelty yhdeksi perusarvoksi (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007). Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen ja sen arviointi perustuvat potilaslähtöiseen toimintaan, joten kirjaamisen kehittyminen tukee potilaslähtöisen hoitotyön toteuttamista käytännössä. Yhteiskunnan asenteiden muuttuessa ja arvokeskustelun lisään-

tyessä myös psykiatrinen hoitotyö on kehittynyt potilaslähtöiseen suuntaan. Sitä on edistänyt yhteys psykiatrisen hoidon historiaan sekä viime vuosien aikana hoitotieteellisen tiedon kehittyminen. (Paunonen 1991; Leppänen ym. 1997; Kuosmanen 2009.)

Tämä kehittämisprojekti keskittyy Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen Uudenkaupungin yksiköiden hoitotyön systemaattisen kirjaamisen käyttöönoton raportointiin, koulutusmallin pilotointiin ja kirjaamisen tason arviointiin. Uudenkaupungin psykiatrian yksiköt käsittävät yhteensä kuusi yksikköä. Kolmesta poliklinikasta ja kolmesta osastosta muodostuvat Uudenkaupungin psykiatriset yksiköt sisältävät kaikki psykiatrian erikoisalueet; lasten-, nuori- so-, aikuis-, ja vanhuspsykiatrian. Tämä raportti käsittelee osahanketta ja taustalla oleva kokonaishanke käsittää koko psykiatrian tulosalueen hoitotyön systemaattisen kirjaamisen käyttöönoton. (FinCC-projekti 2012.)

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on yksi maamme 20 sairaanhoitopiiristä. Erikoissairaanhoitolaki määrittelee mukaan sairaanhoitopiirin vastaamaan alueensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Sairaanhoitopiiri on vastuussa siitä, että erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Jäsenkuntien asukkaita hoidetaan valtakunnallisesti yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten periaatteiden mukaisesti. Alueen kuntien sosiaalitoimen kanssa on yhteistyön oltava sujuvaa. Sairaanhoitopiiri tuottaa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia erityispalveluita kuten laboratorio- ja kuvantamispalveluita sekä huolehtii alueellaan terveydenhuollon tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta ja tietojärjestelmien yhteensovittamisesta. Erikoissairaanhoitolain lisäksi sairaanhoitopiirin toiminnasta säädetään useissa muissa laeissa ja asetuksissa. Palveluiden tulee lain mukaan vastata maassa yleisesti hyväksytyä tasoa potilaan asuinpaikasta riippumatta ja hoidossa tulee noudattaa valtakunnallisesti sovittuja lääketieteellisiä perusteita. Tämänhetkinen organisaatio on kuvattu kuviossa 1. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007; STVOL 1992.)



Kuvio 1. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin organisaatio 1.1.2009 (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin suomenkieliset psykiatrian palvelut yhdistettiin 1.1.2006 alkaen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueeksi. Psykiatrian tulosalueen tehtävänä on tuottaa lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon palveluja hajautetusti lähellä palvelujen käyttäjien kotipaikkaa. Vanhuspsykiatrian palvelut kuuluvat myös psykiatrian tulosalueen palveluihin. Psykiatrian tulosalueella on erikoissairaanhoidon palvelupisteitä Halikossa, Kaarinassa, Liedossa, Loimaalla, Raisiossa, Salossa, Turussa ja Uudessakaupungissa. Kuviossa 2 on kuvattu psykiatrian tulosalueen organisaatiota.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen visiona vuodelle 2015 on olla Suomen avohoitoisin mielenterveyspalvelujen tuottaja. Laadukkaalla tutkimus- ja kehittämistoiminnalla turvataan tulosalueen eettisesti korkea-tasoinen toiminta ja varmistetaan hallittu muutos. Psykiatrian tulosalueen tutkimus- ja opetusyhteistyötä tehdään yhdessä yliopistosairaaloiden, sairaanhoitopiirien, korkeakoulujen, ammattikorkeakoulujen ja perusterveydenhuollon kanssa. (Koivu 2010.)



Kuvio 2. Psykiatrian tulosalueen organisaatiokaavio (Koivu 2010).

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA JA TARVE

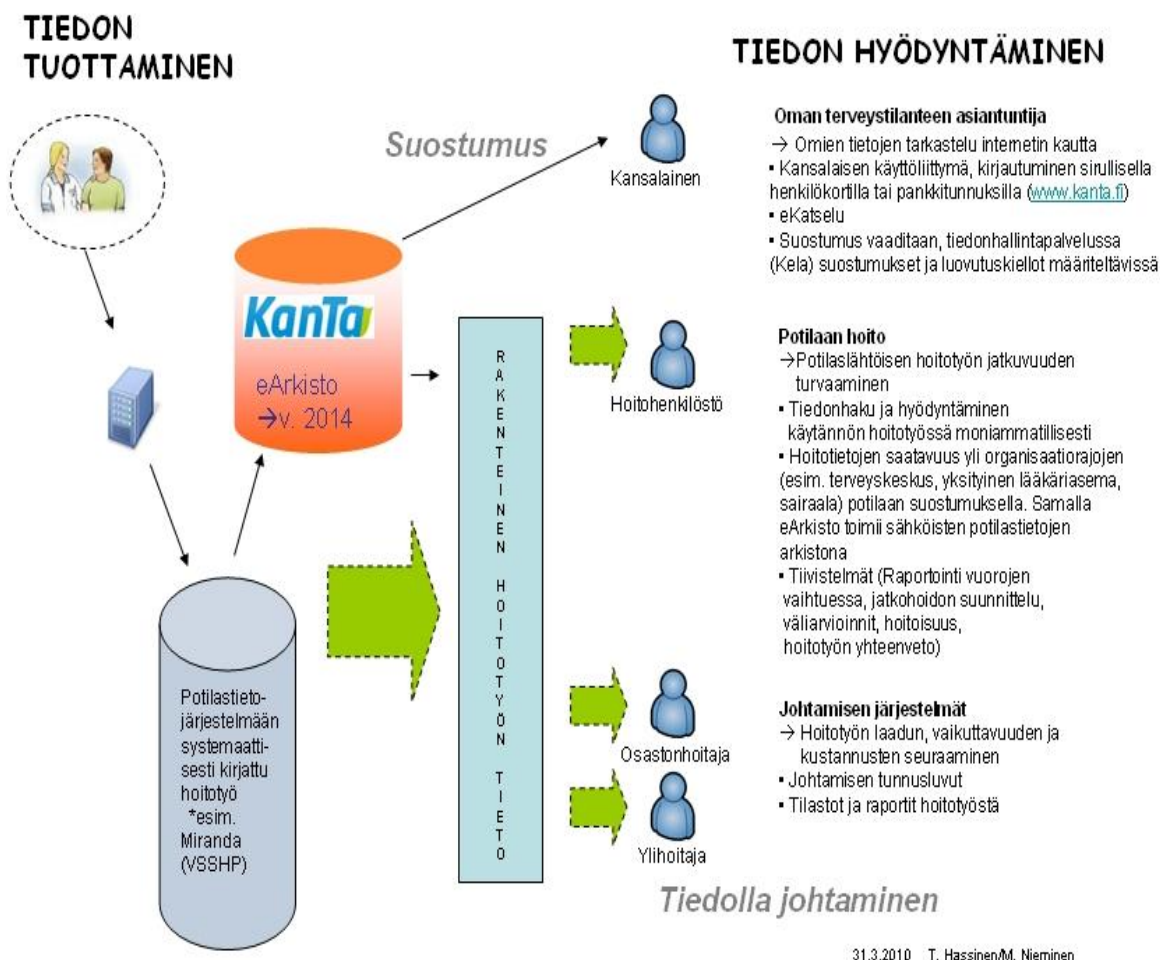
Viime vuosien aikana hoitotyön kirjaaminen on kehittynyt merkittävästi. Suomeen on luotu oma luokitusjärjestelmä, jonka pohjalta hoitotyön kirjaamisen tulisi jatkossa olla rakenteista ja systemaattista. Tähän mennessä organisaatiot ja työyksiköt ovat viime vuosikymmenen aikana ottaneet käyttöön erilaisia sähköisiä potilastietojärjestelmiä ja kirjaamista on kehitetty ammattikunnittain tai

työyksiköittäin. (Burkhart & Androwich 2004, 72). Yhtenäisen kirjaamismallin puuttuessa päällekkäinen kirjaaminen on lisääntynyt ja tiedonsaanti nopeasti ei ole ollut mahdollista. Lisäksi myös tietojen hakeminen jälkeinpäin on ollut hankalaa. Tämän johdosta kansallisella tasolla on tehty päätös, että terveydenhuollon organisaatiot siirtyvät sähköiseen, hoitotyön prosessin mukaiseen yhtenäiseen kirjaamisjärjestelmään. (Hopia & Koponen 2007, 66.)

Valtakunnallisesti yhtenäisen sähköisen potilaskertomuksen myötä tavoitteena on Suomessa luoda kansallinen tietojärjestelmäkokonaisuus eli kansallinen terveysarkisto (KanTa). Kansallinen terveysarkisto on yhteisnimitys valtakunnallisille palveluille, joita ovat sähköinen potilastiedon arkisto, sähköinen lääkemääräys (eResepti) ja kansalaisen katseluyhteys omiin potilastietoihin verkossa. (KanTa 2012.) Sähköisen asiakastietojärjestelmän toteutuksesta sekä suunnittelusta vastaavat Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Kansaneläkelaitos (KELA), sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto (Valvira) sekä terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Potilastiedon tallettaminen kansalliseen arkistoon vaatii systemaattisen tavan kirjata hoitotyötä, jotta monien eri järjestelmien tuottama tieto on löydettävissä ja tallennettavissa yhtenäiseen arkistoon. Tämä edellyttää luokitusten käyttöä ja kirjaamisen rakenteisuutta, joka luo yhtenäisen kielen kirjatuille asioille. Kirjattu potilastieto rakenteistetaan kansallisesti määritellyjä hoitotyön ydintietoja käyttämällä. Niitä ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön prosessin vaiheet kirjataan käyttämällä Suomalaisista Finnish care classification luokituskokonaisuutta. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 4.) Luokituksille on luotu koodit terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimesta ja niiden avulla tiedot on mahdollista tallentaa sähköiseen arkistoon. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008.)

Kuviossa 3 on kuvattu kansallisesti yhtenäisen kirjaamismallin osa-alueita sekä sen hyödyntämismahdollisuuksia. Painopisteenä kirjaamisen kehittämisessä on tietenkin potilaan hoito, systemaattinen hoitotyön kirjaaminen on parhaimmillaan erittäin potilaslähtöistä. Hoitotyön johtamista systemaattinen kirjaaminen tukee hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden paremman seurattavuuden takia.



Kuvio 3. Kohti kansallisesti yhtenäistä kirjaamismallia (Mukaellen Hassinen 2009).

Tiedon tuottaminen lähtee potilaskontaktista, joka elektronisesti tallennetaan potilastietojärjestelmään. Potilastietojärjestelmänä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on Uranus potilastietojärjestelmä, jonka kehittäjänä toimii Logica. Uranus -järjestelmässä toimii Miranda, joka on varsinainen potilaskertomus, johon potilasta koskevat hoitotiedot kirjataan päivittäin ja polikliinisesti käynneittäin. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan laatima potilaskertomuksen osa, joka sisältää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Se sisältää sekä hoitotyön suunnitelman että päivittäiset merkinnät (Sonninen & Ikonen 2008, 77).

Rakenteisesti kirjattu hoitotyön tieto hyödyttää niin kansalaisia kuin hoitotyöntekijöitä ja hoitotyön johtajia käytännön työn toteutuksessa monin eri tavoin. Potilaan hoidossa turvataan potilaslähtöisen hoitotyön jatkuvuus varmistamalla mo-

niammatillisen hoitotyön toteutuminen sekä tietojen siirtyminen riittävässä laajuudessa hoitotahoilta toiselle. Johtamisen järjestelmiin rakenteisesti kirjattu tieto vaikuttaa johtamisen tunnuslukujen sekä tilastojen ja raporttien paremman saatavuuden muodossa. Kansalaisten kokemus oman terveyden asiantuntijuudesta vahvistuu varmasti, kun omia hoitotietoja rajatussa laajuudessa pääsee katsomaan kotipääätteeltä käyttäen joko pankkitunnuksia tai sähköistä henkilökorttia. Potilaan tiedonhallintapalvelussa pääsee muokkaamaan omia luovutuskieltoja sekä tallentamaan hoitotahto elinluovutustapauksia varten. (Kanta 2012.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli toteuttaa systemaattisen kirjaamisen käyttöönotto Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen Uudenkaupungin yksiköiden osalta. Tavoitteena oli luoda ja pilotoida toimiva koulutusmalli niin osastojen kuin poliklinikoiden hoitotyön systemaattisen kirjaamisen kouluttamiseen ja kouluttaa hoitohenkilöstö kirjaamaan rakenteisesti sekä hoitoprosessin mukaisesti siten, että hoitotiedot ovat hoitokertomuksessa potilaslähtöisesti FinCC -luokituksen mukaisten otsikoiden alle kirjattuna. Hoitohenkilöstöllä tässä kehittämiprojektissa tarkoitetaan hoitotyöntekijöitä (mielenterveyshoitajat, mielisairaanhoitajat, sairaanhoitajat) sekä niitä erityistyöntekijöitä (fysioterapeutit, toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät, psykologit ja ravitsemusterapeutit), jotka tekevät polikliinisesti samansisältöistä vastaanottotyötä kuin hoitotyöntekijät.

5 HOITOTIETOJEN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN

5.1 Elektroninen potilaskertomus ja kehittyvä kirjaaminen

Elektroninen potilaskertomus antaa uusia entistä tehokkaampia työkaluja tiedon tuottamiseen ja hyödyntämiseen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) määritelmän mukaan elektroninen potilaskertomus on potilasasia-

kirjoista muodostuva kokonaisuus, johon kootaan potilaan hoitotiedot rekisterinpitäjän perusteella. Elektronisen potilaskertomuksen avulla tieto välittyy eri ammattiryhmien välillä ja sinne kirjattuja tietoja voidaan käyttää päätöksenteon tukena, toiminnan suunnittelussa, tilastoinnissa ja tutkimuksessa (Häyrinen & Ensio 2007). Yhdenmukainen tieto parantaa tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä eri käyttötarkoituksiin, sekä voi merkittävästi vähentää kirjaamistarvetta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Potilaskertomusjärjestelmien yhtenäiset tietomääritykset ovat keskeinen osa kansallista arkistoratkaisua. Nykyiset elektronisen potilaskertomuksen ydintietomäärittelyt, sekä erikoisala ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen määrittelyt on tehty osana Kansallisen terveysprojektin elektroniset potilasasiakirjat määrittelyhanketta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelyn periaatteista edellyttää, että kaikissa elektronisissa potilasasiakirjajärjestelmissä on otettava käyttöön ydintietomäärittelysten mukaiset tietorakenteet, jolloin on sovittu potilaskertomuksen yhtenäisestä rakenteesta, käytettävistä näkymistä, kirjaamisessa käytettävästä hoitoprosessin vaiheistuksesta sekä käytettävistä luokituksista ja käsitelmäärittelyistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Tietomäärityksissä kuvataan tietojen esitysmuoto, määraimitat tai vaihtoehtoiset arvot (Häyrinen & Ensio 2007). Tämän lisäksi elektronisen potilaskertomuksen tulee tuottaa myös tietoja eri tasolla tapahtuvaan johtamiseen, ohjaamiseen ja seurantaan sekä tilastoviranomaisten edellyttämiin tilastoihin. Myös päätöksenteon tukijärjestelmiä, kuten Käypä hoito-ohjeiden ja tutkittuun tietoon perustuvien ohjeiden rakentamista hoitotyön kirjaamisen yhteyteen tulisi vielä kehittää. (Tanttu 2008.)

Kirjaamisen taustalla voidaan nähdä myös hoidossa mukana olevien ammattihenkilöiden vastuu heidän tekemästään työstä. Tähän vastuuseen kuuluu valmius osoittaa omat päätökset, niistä seuranneet toimenpiteet sekä toiminnan arviointi. Lisäksi vastuuseen kuuluu päätösten takana seisominen ja niiden perusteleminen, josta voidaan tehdään julkista ja jälkikäteen esille nostettavaa kirjaamisella ja raportoinnilla. Kirjaamisen kautta päästään osoittamaan minkä tiedon perusteella päätöksiä on tehty ja mitä valituilla keinoilla saatiin aikaan.

Tällä tavoin kirjaamisella voidaan saada kuva myös hoitotyön vaikuttavuudesta (Hallila 2005.) Potilaan yksilöllinen, potilaslähtöinen ja sujuva hoitaminen edellyttävät potilasta koskevan tiedon joustavaa ja turvallista käyttöä. Tietoa tarvitaan päätöksenteon tueksi ja se takaa hoitoprosessin jatkuvuuden sekä etene-
misen. Kirjaamisen avulla muodostetaan kuva hoidosta, sen vaiheista ja se on oleellinen osa hoitotyötä. Tämän lisäksi kirjaamisella on lakiin perustuva potilaan oikeuksien ja hoitavan henkilön oikeusturvan toteutumisen kannalta oleellinen merkitys. (Lehti 2004, 4; Saranto ym. 2007, 19–25; Iivanainen & Syväoja 2008, 13-14.)

Hoitotyössä korostetaan hoitotyön prosessia, joka perustuu näyttöön, ja jossa potilas saa oikeaan aikaan, oikeanlaisia hoitotoimenpiteitä ja oikealla tavalla toteutettuna. Näin toteutettuna hoitotyö perustuu parhaan ajantasaisen tiedon käyttöön ja kriittiseen arviointiin hoitomenetelmien valinnassa. Hoitotyön kirjaamisen tulisi todentaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja kirjaamisen avulla saataisiin näin luotettavaa tietoa hoitoon ja terveyteen liittyvistä vaihtoehdoista. Lisäksi epätarkka tiedottaminen ja asioiden musitiinvaraisuus jäisivät kokonaan taka-alalle. Tieteellisesti tehottomien hoitokeinojen todentaminen helpottuisi myös huomattavasti. (Hallila 2005, 13–14.)

Suomessa ensimmäiset tietokoneavusteiset järjestelmät tulivat käyttöön jo 1980-luvun lopussa. Varsinaisia hoitosuunnitelmaohjelmia kehiteltiin 1990-luvulla tehostamaan hoitotyön kirjaamista ja jo tällöin moniammatillisuuden ja yhteisten tietolähteiden merkitys huomattiin. (Saranto & Ensio 1999, 190–192.) Nykyään erilaiset tietojärjestelmät mahdollistavat tiedon käyttämisen, siirtämisen, varastoinnin ja tallentamisen. Tietojärjestelmällä tarkoitetaan erillistä tietokonesovel-
lusta, jota useat henkilöt voivat hyödyntää samanaikaisesti ja jota käytetään tietokoneen ja sen oheislaitteiden avulla. Suomessa on käytössä useita sähköisiä tietojärjestelmiä potilastietojen käsittelyä varten. (Saranto 2008, 23-35.)

Stakes, joka on entinen sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijaorganisaatio (yhdistyi 2009 KTL:n kanssa, nykyisin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL) on laatinut vuonna 2008 informaatio- ja kommunikaatioteknologian käytöstä terveydenhuollossa laajan selvityksen, jonka mukaan sähköinen potilaskertomus

on jo laajasti otettu käyttöön niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Selvitykseen osallistuivat kaikki Suomen sairaanhoitopiirit, terveyskeskuksista noin 80 % ja noin 60 % yksityisistä palvelujen tuottajista. Sairaanhoitopiireistä ja kyselyyn osallistuneista yksityisistä palveluntuottajista kaikissa oli kattavasti käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä ja terveyskeskuksista 99.1 % käyttivät sähköisiä järjestelmiä. (Winblad ym. 2008, 3.)

Suomessa sähköisiin järjestelmiin siirryttäessä ovat eri terveydenhuollon toimijat ottaneet käyttöön erilaisia tietojärjestelmiä potilasasiakirjojen sisällön tuottamiseksi. Erilaisuus potilastietojärjestelmissä on sekä toimivuudessa (käytettävyydessä) että sisällössä. Tämä on johtanut tietojärjestelmien yhteentoimivuuden kehittämistarpeeseen, koska tiedon siirto yli organisaatorajojen on muodostunut haasteelliseksi. Yhteisiä rajapintoja ei ole kehitetty, vaikka potilastietojärjestelmien toimittajia ei Suomessa kovin montaa ole. Varsinkin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä potilastietojen liikkuminen on hankalaa. Lisäksi eri ammattiryhmien kirjaama tieto on tuottanut useita erilaisia tapoja hoidon dokumentointiin sekä päällekkäiset tiedot samoista havainnoista ovat tarpeettomasti lisääntyneet. Kertova, narratiivinen kirjaaminen, joka varsinkin psykiatrialla on yleinen kirjaamistapa ja yksiköiden sekä organisaatioiden omat sopimukset käytettävistä termeistä ovat tuottaneet muun muassa hoidon jatkuvuudelle ongelmia, koska tietoa on toisessa paikassa tulkittu eri tavoin. (Ensio & Häyrinen 2008, 67-73.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteiden mukaisesti jatkossa eri potilastietojärjestelmien avulla potilastiedot tulee kirjata kansallisen yhtenäisen rakenteen mukaisesti ja järjestelmien täytyy yhtenäisellä tavalla pystyä luovuttamaan ja vastaanottamaan tietoja toisista järjestelmistä. Alueellisesti tätä yhteistyötä on jo kehitetty, esimerkiksi Varsinais-Suomessa, jossa on kehitetty oma aluetietojärjestelmä, Fiale. Valtakunnallisesti yhtenäisen sähköisen potilaskertomuksen myötä tavoitteena on ollut Suomessa luoda kansallinen tietojärjestelmäkokonaisuus eli kansallinen terveysarkisto (KanTa). Sähköisen asiakastietojärjestelmän toteutuksesta sekä suunnittelusta vastaavat Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Kansaneläkelaitos (KELA), sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontaviras-

to (Valvira) sekä terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja väestörekisterikeskus (VRK). (Tanttu 2008, 129-130; KanTa 2012.)

5.2 Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen

Hoitotyöllä tarkoitetaan tässä työssä terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten antamaa hoitoa. Hoitotyö perustuu tutkittuun tietoon, ammatilliseen kokeemukseen tai sovittuihin käytänteisiin perustuvaan toimintaan (Eriksson ym. 2011, 32–33). Tietojen rakenteistaminen tarkoittaa tiedon esittämistä tietyssä ennalta sovitussa muodossa ja tietyillä termeillä. Näin haluttu tieto saadaan helpommin poimittua potilaasta kootusta tietokannasta. Mitä paremmin tieto on rakenteistettu, sitä helpommin niihin kohdistuvat tietokantahaut voidaan kohdistaa. Tämä helpottaa myös tietojen siirron järjestämistä eri ohjelmistojen kesken. Tämä edellyttää nimikkeistöjen ja otsikkojen yhtenäistämistä. (Syväoja & Äijälä 2009, 85.)

Hoitotietojen systemaattinen (rakenteinen) kirjaaminen on potilaan hoidon kuvaamista hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä. Kirjaamisen systemaattisuus tarkoittaa yhtenäistä tapaa siitä, mihin ja miten potilastietoja kirjataan. Systemaattisuutta voidaan lisätä rakenteistamalla eli kehittämällä kirjaamisen sisältöä ja rakennetta. Systemaattisuus muodostuu siis yhtenäisestä sopimuksesta kirjaamisen sisällöstä ja siitä miten kirjaaminen toteutetaan. (Sonninen 2008, 66; Liljamo ym. 2008, 4; Syväoja & Äijälä 2009, 86.) Kuviossa 4 on kuvattuna hoitotyön systemaattinen kirjaaminen hoitotyön päätöksentekoprosessin mukaan.

HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN

Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen

Näkymä : Hoitokertomus = HOKE

Moniamm. hoitoprosessin eri vaiheet	Tulotilanne				Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	(ks. Opa s. 17)	
		Hoidon suunnittelu						
Hoitotyön prosessin vaiheet (otsikot)	1a Tietojen keruu ja analysointi*	1b Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi	1c Tavoitteiden asettaminen	1d Suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi	2. Toiminnot / toteutus	3. Tulosten arviointi	4. Hoitotyön yhteenveto	
Rakenteistaminen	SHTaL 2.0 ja SHTuL 1.0 (Hoidon tarveluokitus ja hoidon tuloksen tilaluokitus)	-	SHTaL ja varmuusaste (+ mittari esim. VAS, GAF)	SHTaL	-	SHTaL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF)	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön prosessi/ydintiedoista ja tarv. täydennetään rakenteisilla tiedoilla (luokitus + vapaa teksti)	
	SHToL 2.0 ja SHTuL 1.0 (Hoitotyön toimintoluokitus ja hoidon tuloksen tilaluokitus)	-	-	-	SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS, GAF)	SHToL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF) **	Hoitoisuusluokkatieto
Hoitotyön ydintiedot	Moniammatillisia ydintietoja*	Hoidon tarve			Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenveto	Hoitoisuus **

*Ydintiedoista saadaan osa hoitotyön tarvitsemista tiedoista kuten henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkehoito, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet.

** Hoitoisuusmittaus tehdään prosessin kohdassa arviointi ja käytetään mittareita: **OPC** (Oulu Patient Classification) tai **OPCq** (Rafaela)

päivitetty 21.12.2017 K.Tanttu

Kuvio 4. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen (Tanttu 2007).

Systemaattisuuden lisäksi tietoa rakenteistetaan kansallisesti määriteltyjä hoitotyön ydintietoja käyttämällä. Niitä ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön prosessin vaiheet kirjataan käyttämällä Suomalaista Finnish Care Classification (FinCC) luokituskokonaisuutta. Tämä tarkoittaa sitä, että kirjaamisessa hyödynnetään valmiita otsikoita ja luokituksia, joita hoitotyöntekijä täydentää vapaalla tekstillä, joka on usein narratiivisessa muodossa. (Syväoja & Äijälä 2009, 86; Liljamo ym. 2008, 4.)

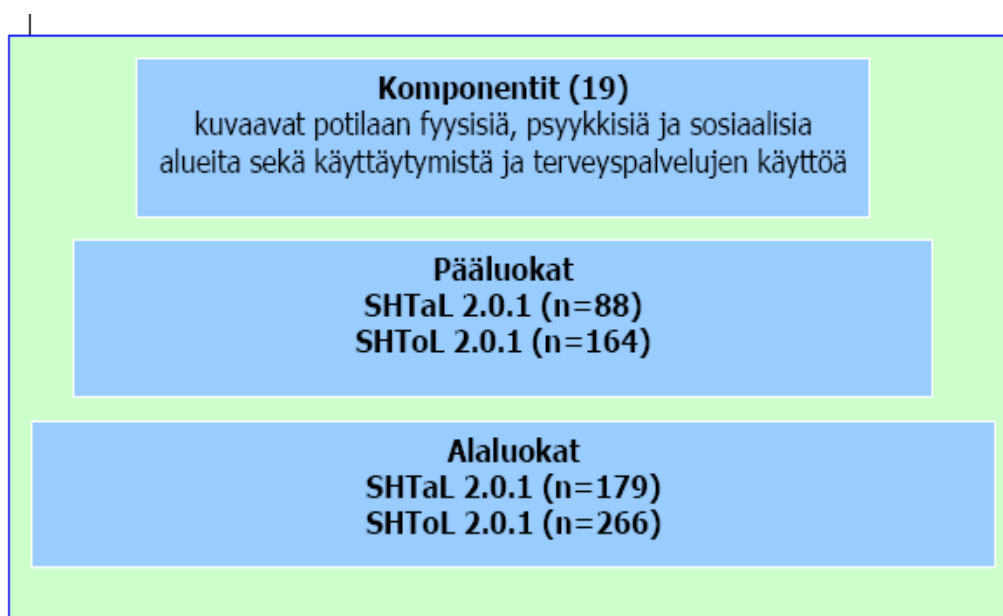
Nykyisin käytössä oleva hoitotyön luokitus, FinCC, muodostuu tarveluokituksesta (SHTaL 2.0.1) ja toimintoluokituksesta (SHToL 2.0.1) sekä tulosluokituksesta (SHTuL 1.0). Hoidon tarve sekä hoitotyön toiminnot ovat kansallisesti määriteltyjä hoitotyön ydintietoja. FinCC –luokitus on jatkuvasti kehittyvä ja vuoden 2012

aikana on luokituksesta julkistetaan versio 3.0. Luokituksia käytetään potilaan päivittäisen hoidon kirjaamiseen rakenteisesti poliklinikoilla, vuodeosastoilla ja avosektorilla. Suomalainen luokitus pohjautuu kansainväliseen Clinical Care Classification (CCC) -luokitukseen. Kansainvälinen luokitus pitää sisällään hoitotyön diagnoosin ja hoidolliset tavoitteet sekä 21 luokiteltua toimintoa. Alkuperäinen taustalla oleva Home Health Care (HHC) - luokitus, joka tunnetaan nykyään nimellä Clinical Care Classification (CCC), on kehitetty Yhdysvalloissa 1990-luvun alussa professori Virginia Saban ja hänen tutkimusryhmänsä toimesta Medicare vakuutusyhtiön ja Georgetown'n yliopiston yhteishankkeessa. Siihen sisältyvät tarve, toiminto ja tuloluokitukset. Alkuperäinen luokitus on raportoitu yhteensopivaksi ICD10 - ja SNOMED - luokitusten kanssa. Se sisältyy Kansainväliseen hoitotyön käytännön luokitukseen (International Classification for Nursing Practice - ICNP) ja kuuluu UMLSin (Unified Medical Language Systems) luokitusperheeseen. Luokitus kuuluu niiden 11 terminologian (luokitukset ja data setit) joukkoon, joita American Nurses Association (ANA) suosittelee käytettäväksi sähköisessä potilaskertomuksessa. Kansalliselta taustalta hoidon tarveluokitus (SHTaL 1.0) on kehitetty kansainvälisen CCC:n hoitotyön diagnoosien ja niiden suomenkielisen käännöksen pohjalta asiantuntijaryhmän toimesta Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiriin ”Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli” - hankkeessa 2004 -2005. Luokituksen laajempi testaus jatkui valtakunnallisessa hoitotyön kirjaamishankkeessa 2005 -2007. (Acley & Ladving 2002, 2-9; Tanttu 2007; Liljamo ym. 2008, 4; SabaCare 2011; THL 2012).

Luokitukset ovat tietorakenteita, joiden avulla tietoa ryhmitellään ennalta määritellysti. Suomalaiskansallisen hoitotyön toimintoluokituksen kehittäminen on alkanut jo 1990-luvulla. Ensimmäinen versio luokituksesta on julkaistu 2000-luvulla. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on ollut eturivissä Suomen hoitotyön kirjaamisen kehittymisessä. Käytännössä kirjaaminen Uranus potilastietojärjestelmässä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tapahtuu hoitopäivä/käynti – näkymään Miranda hoitokertomukseen. Siihen kirjataan potilaan päivittäinen hoito osastolla tai polikliininen käynti. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä perustuu hoitotyön prosessiajatteluun,

hoitotyön ydintietoihin sekä FinCC – luokitukseen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008; Watkins ym. 2009, 321).

Suomalaiseen FinCC – kokonaisuuteen kuuluvia tarve- ja toimintoluokituksia yhdistävät komponentit, joita on 19 molemmissa. Komponentit kuvaavat potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia alueita sekä käyttäytymistä ja terveystalvelujen käyttöä. Komponentit jakaantuvat pää- ja alaluokkiin, jotka täsmentävät kirjattavaa asiaa ja tietoja voidaan näiden lisäksi täydentää vapaalla tekstillä. Vapaan tekstin tarkoitus on yksilöidä, mitä kyseessä oleva asia tarkoittaa juuri tällä potilaalla. (Liljamo ym. 2008; Klehr ym. 2009, 169).



Kuvio 5. Kolmitasoinen hierarkkinen järjestelmä – FinCC-luokituksen rakenne (Tanttu 2007).

Kuviossa 5 on kuvattu tätä kolmitasoisesta hierarkkista järjestelmää tarkemmin. Suurimman hyödyn luokitusten käytöstä saa, kun niitä käytetään rinnakkain. Tarve- ja toimintoluokitusta onkin tarkoitus käyttää yhdessä, kun kuvataan potilaan päivittäistä hoitoa sairaaloissa ja poliklinikoilla. Toimintoluokituksessa on enemmän pää- ja alaluokkia, mutta tulossa olevaan FinCC versioon 3.0 niitä on nimenomaan toimintoluokituksen osalta vähennetty. Tuloluokitus kertoo hoidon tuloksen tilasta vaihtoehdoilla: tulos ennallaan (EN), tulos huonontunut (HUO), tulos parantunut (PA). Tuloluokitus nyky muodossaan soveltuu varsinkin psyki-

atrian käyttöön huonosti, sen vuoksi se on jätetty pois kuviosta. (Liljamo ym. 2008, 4-5).

5.3 Hoitoprosessiajattelu systemaattisen kirjaamisen taustalla

Hoitotyö perustuu hoitotyön prosessiajatteluun ja sitä kautta hoitoprosessi toimii perustana myös kirjaamiselle. Stakes määrittelee hoitoprosessin suunniteltujen hoitotapahtumien muodostamaksi toimintojen ketjuksi, jotka kohdentuvat saman potilaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen. WHO (World Health Organization) on taas määritellyt hoitotyön prosessin ihmisen terveyteen kohdistuvien toimien järjestelmänä, joka etenee tarpeen määrittelystä suunnitelman laatimiseen ja toteutuksesta tulosten arviointiin. (Punkanen 2008.)

Potilaan hoito alkaa tulotilanteessa hoitotyön prosessinmukaisesti hoidon tarpeen ja ongelmien määrittelyllä yhteistyössä potilaan ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään potilaan hoitoon haakeutumisen syyt, sairauden oireet ja hoidon tarpeen kiireellisyys. Tarvetta määrittellään käyttäen apuna erilaisia tutkimuksia ja mittauksia. Lisäksi tärkeitä ovat potilaalta saadut tiedot ja ammattilaisen toteuttama havainnointi. Hoidon tarve on siis kuvaus potilaan sen hetkisistä tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan lievittää tai kokonaan poistaa hoitotoimintojen avulla. Tämän vaiheen tavoitteena on saada tietoa potilaasta ja tunnistaa ja arvioida hoitotyön tarpeet. Vaihe muodostaa perustan prosessin muille vaiheille ja on siksi hoidon suunnittelun edellytys. Hoidon tarpeen määrittely toimii myös hoitotyön systemaattisen kirjaamisen peruslähtökohtana. (Sonninen & Ikonen 2008, 75–79; Syväoja & Äijälä 2009, 9-14.)

Tarpeen määrittelyn jälkeen asetetaan ja määritellään tavoitteet, jotka ilmaisevat mihin hoidossa pyritään. Tavoite osoittaa, mitä muutoksia potilaan voinnissa toivotaan tapahtuvan hoidon johdosta. Hoidon tavoitteiden tarkka määrittely niin ajallisesti kuin odotettujen voinnin muutostenkin osalta mahdollistaa jatkossa täsmällisemmän hoidon arvioinnin. Tavoitteen tarkoituksena on kuvata potilaassa tapahtuvaa toivottua muutosta, ja siksi se tulee luoda sellaiseksi, että sen saavuttaminen on mahdollista. Hoidon tavoitteita laaditaan yhteistyössä potilaan

ja moniammatillisen hoitotiimin kanssa. Tämä saattaa nousta haasteeksi silloin, kun potilaan kyky tehdä itseään koskevia päätöksiä on vajaa tai epäselvä. Esimerkiksi psyykkisten sairauksien kohdalla potilaiden kyky tai halu itsestään huolehtimiseen voi olla hoidon alkaessa hyvin heikko. (Punkanen 2008, 35-36.)

Tavoitteiden asettamisen jälkeen voidaan määritellä auttamismenetelmät, ne hoitotyön toiminnot, jotka kuvaavat potilaan hoidon toteutusta ja suunnittelua. Hoitotyön toiminnot kuvaavat tehtyä hoitotyötä ja niiden avulla saavutetaan hoidossa määritellyjä tavoitteita (Sonninen & Ikonen 2008, 75–79; Acley & Ladwing 2002, 5-6). Kirjaamisessa hoitotyön prosessimallin mukainen eteneminen kuvastuu reaaliaikaisesti laadittuna hoitosuunnitelmana. Hoitotyön tarvetta ja tavoitteiden saavuttamista arvioidaan jatkuvasti ja tällä tavoin hoitosuunnitelmaa päivitetään vastaamaan potilaan tilan muutoksia. Hyvin laadittuna se ohjaa kirjaamaan hoidon kannalta oleellisia asioita ja helpottaa hoitotyön toteutuksen kirjaamista sekä ohjaa konkreettisesti toteutettavaa hoitoa potilaslähtöisesti, potilaan tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti. (Mäkilä 2007, 35–37.)

Hoitotyön arvioinnissa on kaksi puolta, joiden molempien tulisi mäkyä arviointia toteutettaessa. Hoitotyöntekijä huomioi objektiivisesti muutoksia, joita potilaassa on tapahtunut ja lisäksi otetaan huomioon potilaan omat tuntemukset sekä mielipiteet. Tarkoitus on arvioinnin avulla selvittää, onko asetettuja tavoitteita saavutettu tai ovatko ongelmat lievittyneet tai muuttuneet. Sen lisäksi arvioinnissa otetaan huomioon valitut hoitokeinot ja niiden vaikuttavuutta arvioidaan. Valittuja hoitotyön auttamismenetelmiä arvioidaan myös suhteessa hoitosuunnitelman tavoitteisiin. (Ydintieto-opas 2007, 17; Sonninen & Ikonen 2008, 75–79.)

Hoitotyön päätöksenteko kuuluu osana hoitotyön prosessiin ja sen perusteella myös kirjaamiseen. Kirjaaminen turvaa tiedon saantia, hoidon jatkuvuutta ja mahdollistaa hoidon saumattoman etenemisen ja on siksi on tärkeä päätöksenteon ilmentäjä. (Lauri ym. 1998, 94–95.) Kirjaamisen tulisi kuvata hoidollisten päätöksien syntyä ja perusteluita. Kirjaamalla pystytään todentamaan, mitä vaikutuksia hoitopäätöksillä on ollut potilaaseen, kun hoidon toteutus on riittävän laajasti kirjattuna. Hoidolliseen päätöksentekoon kuuluvat: tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja arviointi. (Liljamo ym. 2008, 4.)

Hoitotyössä päätöksenteko nähdään prosessinomaisesti etenevänä toimintana. Hoitotyöntekijä tekee aina päätöksen ratkaistessaan erilaisia hoidollisia ongelmia työssään ja valitessaan hoitotyön auttamismenetelmiä. Päätöksentekoon liittyy aina valintaa olemassa olevista vaihtoehdoista. Hoitotyön tietoperustan ja näyttöön perustuvan tutkimustiedon pitäisi ohjata tätä valintaa hoidollisessa päätöksenteossa. Näiden valintojen sekä prosessin toteutuminen tulisi näkyä myös hoitotyön kirjaamisessa. (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 25-34.)

5.4 Lait ja asetukset terveydenhuollon kirjaamisen taustalla

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä velvoittaa julkisia, ja pian yksityisiäkin, terveydenhuollon palvelujen tarjoajia liittymään valtakunnallisten palvelujen käyttäjiksi. Liittymisen jälkeen asiakirjat tulee tallentaa valtakunnalliseen arkistopalveluun. Liittymisvelvollisuus astuu voimaan syyskuussa 2014 julkisella puolella ja samaan aikaan 2015 yksityisellä puolella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelyä, säilytystä ja hallintaa ohjaavien lakien ja asetusten tehtävänä on muun muassa varmistaa niin potilaan kuin hoitajankin oikeusturva. Sen lisäksi lainsäädännön on tarkoitus edistää hoidon laatua, potilaslähtöisyyttä ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista sekä esteetöntä että viiveetöntä potilaan hoitoa koskevaa tiedonkulkua. (Amberla 2007.)

Henkilötietojen asianmukaisella käsittelyllä on tarkoitus tukea hyvää hoitokäytäntöä, jossa luottamuksellisella hoitosuhteella on suuri merkitys. Henkilötietolaki määrää henkilötietojen huolellisesta, tarkoituksenmukaisesta ja luottamuksellisesta käsittelytavasta. Lisäksi laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä velvoittaa muun muassa laatimaan ja säilyttämään potilasasiakirjat sekä salaamaan niihin sisältyvät tiedot potilaan asemasta ja oikeuksista säätävän lain mukaisesti. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994; Henkilötietolaki 1999; Ensio & Häyrinen 2008, 20-21.)

Potilaan oikeuksien turvaamiseksi on säädetty useita eri lakeja, jotka täydentävät toinen toistaan. Vahvin oikeussuojalaki on Suomen perustuslaki, joka määrittelee ihmisen perusoikeudet. Niitä ovat esimerkiksi jokaisen oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Lisäksi jokaisen ihmisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu. (Suomen perustuslaki 1999). Potilaan oikeusturvan kannalta merkittävin laki on laki potilaan asemasta ja oikeuksista, joka säättää potilasasiakirjojen käsittelystä ja niissä olevien tietojen salassapidosta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000.) Potilasasiakirjoiksi katsotaan kaikki hoitoon liittyvät tallenteet, tulosteet ja asiakirjat, jotka pitävät sisällään tietoja potilaan terveydentilasta tai henkilökohtaisista asioista. Potilasasiakirjoihin kuuluu myös potilaskertomus, joka sisältää kaikki tiedot potilaan avo- ja osastohoitojaksoista sekä kotikäynneistä terveydenhuollon eri ammattiryhmien merkitsemänä. Tiedoista muodostuu jatkuva kronologisesti etenevä asiakirja, jossa oleellisena osana ovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät havainnot, arviot ja johtopäätökset potilaan hoidosta. Potilasasiakirjoihin kirjataan hoidon kannalta tarpeelliset tiedot, siinä laajuudessa ja tarkkuudessa kuin tilanne sen edellyttää. Kirjatun tiedon tulee olla selkeää ja ymmärrettävää sekä virheetöntä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 14; Ydintieto-opas 2007, 7-8.)

Potilasasiakirjojen tarkoituksena on palvella hoidon suunnittelua, toteutusta sekä seuranta ja edistää hoidon jatkuvuutta. Potilasasiakirjamerkintöjä saavat tehdä kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Merkintöjä tehtäessä ja potilasasiakirjoihin tutustuttaessa kyseiseen potilaaseen tulee olla hoitosuhteessa tai muuten erityinen syy täytyy eritellä, miksi potilaan tietoja on käyty katsomassa. Tämän lisäksi merkintöjä saavat tehdä hoitoon osallistuvat muut henkilöt ja terveydenhuollon opiskelijat noudattaen terveydenhuollon ammattihenkilöiden antamia ohjeita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 12-14.)

Arkistolaki määrää valtiota, kuntaa ja muita yhteisöjä asiakirjojen säilyttämisestä. (Arkistolaki 1994) Sosiaali- ja terveysministeriön laatima potilasasiakirja-asetus on ollut voimassa maaliskuusta 2009 alkaen. Asetuksessa ohjataan te-

kemään merkinnät asiakirjoihin riittävässä laajuudessa ja merkinnöistä tulee käydä ilmi valittu hoito ja siihen johtaneiden ratkaisujen perusteet. Lisäksi asiakirjojen tulee ilmentää hoidon toteutusta ja hoidon aikana havaittuja seikkoja. Merkinnät asiakirjoihin tulee tehdä aina viiveettä, mutta kuitenkin viimeistään viiden vuorokauden kuluessa potilaan poistuttua vastaanotolta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Laki asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tuli voimaan vuonna 2007. Lain ensisijaisena tarkoituksena on ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen turvallista käsittelyä. Laki asettaa vaatimuksia tietojen käytettävyyden turvaamiseksi sekä asiakkaan yksityisyyden suojaamiseksi. Lisäksi lakiesitykseen sisältyi valtakunnallinen potilastietojen arkistointijärjestelmän luominen, kansallinen terveysarkisto KanTa. Keskitettyä arkistoa hoitaa kansaneläkelaitos ja sen avulla palvelun antaja voi jatkossa käyttää toisen palvelun antajan potilastietoja, mikäli potilas on antanut suostumuksensa tai mikäli potilas ei ole kieltänyt niiden luovuttamista tekemällä niin sanotun ”kieltotahdon”. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007; Salo 2007 15-16; Ydintieto-opas 2009.) Tätä lakia täydentämään huhtikuussa 2007 tuli voimaan Laki sähköisestä lääkemääräyksestä, joka määrittelee noudatettavat säännökset e-reseptiin liittyen (Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2007).

Edellä mainittujen lakien ja asetusten lisäksi erityisesti mielenterveyspalvelujen järjestämiseen sekä psykiatriseen hoitotyöhön ja kirjaamiseen vaikuttavat myös osaltaan esimerkiksi Mielenterveyslaki, Lastensuojelulaki ja Päihdehuoltolaki. Näissä laeissa ja asetuksissa otetaan kantaa kirjaamiseen, lain erityisosa-alueen puitteissa. Mielenterveyslaissa tämä tarkoittaa hoitoa tahdosta riippumatta, jolloin laki edellyttää hoidon eri vaiheissa lausuntojen laatimista. Mielenterveyslaki määrittelee myös potilaaseen kohdistuneet rajoitustoimet, kuten eristäminen ja yhteydenpidon rajoittaminen. Niistä on raportoitava aluehallitovirastoa kahden viikon välein. Lastensuojelulaki taas ohjeistaa lasta koskevien asiakirjojen laatimisessa muun muassa asiakassuunnitelmaan liittyvien asioiden osalta sekä silloin kun lasta on tavattu vastoin huoltajan suostumusta. Päihdehuoltoasetus taas puolestaan ohjeistaa muun muassa kuntoutussuunnitelman

laatimisessa. (Päihdehuoltolaki 1986; Päihdehuoltoasetus 1986; Mielensterveyslaki 1990; Mielensterveysasetus 1990; Lastensuojelulaki 2007; Ydintieto-opas 2009.)

6 POTILASLÄHTÖISYYS PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

6.1 Potilaslähtöisyys Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa vuosille 2007–2015 määritellään potilaslähtöisyys yhdeksi perusarvoksi (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007).

*Korkeasta teknologiasta ja nopeasta rytmistä huolimatta julkinen sairaanhoito on syvästi potilaslähtöistä. Vahva kutsumuksemme ja eettinen periaattemme on lähimmäisemme myötäeläminen ja auttaminen – erikoissairaanhoidossa tämä tapahtuu pitkälle erikoistunein, nykyaikaisin ja tehokkain keinoin. Potilaan hyväksi toimiminen – **potilaslähtöisyys** –on vahvin arvomme, josta emme tingimissään olosuhteissa.*

(Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007.)

Käsitteellä potilaslähtöisyys (Leino-Kilpi 1990a; Leppänen ym. 1997; Leino-Kilpi ym. 2000) tarkoitetaan sellaista hoitoa, jossa potilas on itse mukana vaikuttamassa hoidon suunnitteluun, osallistuu toteutukseen ja arvioinnissa kuullaan potilaan omaa näkemystä tilastaan. Potilaslähtöisyyteen liitetään usein myös

näkemyksistä, että potilaan todellisuus rajoituksineen ja mahdollisuuksineen on hoidon lähtökohdaksi. (Matilainen 1997; Lester ym. 2006.)

Potilaslähtöinen hoitotyö toteuttaa lakiin perustuvaa potilaan oikeutta hyvään hoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Syväojan ja Äijälän (2009) mukaan potilaslähtöisyys kirjaamisessa tarkoittaa hoidon tarpeiden ja tavoitteiden kirjaamista potilaan tilana, ei hoitotyön toimintona eli esimerkiksi kipujen helpottuminen (ei kipujen helpottaminen), unen palautuminen (ei unettomuuden hoitaminen) ja niin edelleen (Syväoja & Äijälä 2009, 87).

6.2 Potilaslähtöiset hoitomallit psykiatriassa

Janhosen (1993) tutkimuksessa on kuvattu katalyyttistä ja ymmärtävää hoitotyötä. Katalyyttisessä hoitotyössä pyrkimyksenä on löytää hoitajan ja potilaan välisessä yhteistyössä potilaan todellisuudesta selviytymisen resursseja. Ymmärtävässä hoitotyössä hoitaja pyrkii toimimaan potilaslähtöisesti ja potilaan toiveiden mukaisesti vastaamalla potilaan tarpeisiin. (Janhonen 1993). Ihmisläheistä hoitoa kuvaavissa tutkimuksissa (Paunonen 1991; Leppänen ym. 1997; Kuosmanen 2009) taas on selvitetty potilaslähtöisen hoitotyön toteutumista. Ihmisläheisen hoidon lähtökohdaksi ovat potilaan arvot, yksilöllisyys ja elämäntilanne, jotka otetaan huomioon hoidossa ja potilas nähdään vastuullisena toimijana. Yhteiskunnan asenteiden muuttuessa ja arvokeskustelun lisääntyessä myös psykiatrinen hoitotyö on kehittynyt potilaslähtöiseen suuntaan. Sitä on edistänyt yhteys psykiatrisen hoidon historiaan sekä viime vuosien aikana hoitotieteellisen tiedon kehittyminen. (Paunonen 1991; Leppänen ym. 1997; Kuosmanen 2009.)

Hoidollisen yhteistyösuhteen merkitystä on hoidossa yleensä ja erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä korostettu ja se on nähty edellytyksenä potilaslähtöisyyden toteutumiselle. Hoidollista yhteistyösuhdetta voidaan kutsua myös terapeutiseksi yhteistyösuhteeksi. (Wilson & Hobbs 1995; Matilainen 1997.) Hoidollinen yhteistyösuhde voi käsittää vain yksilöiden välisen suhteen, jolloin tarkoitetaan hoitavan henkilön ja potilaan välistä suhdetta. Se voi tarkoittaa myös perheen ja hoitavien henkilöiden välistä suhdetta, jolloin hoidollisessa yhteistyösuhteessa

on monta toimijaa. Hoidollinen yhteistyösuhde mahdollistaa potilaslähtöisen lähestymistavan, jolloin käytettävissä olevien resurssien hyödyntäminen on mahdollisimman monipuolista. Ammatillisesti taitava hoitava henkilö on luottamusta herättävä ja pystyy edistämään hoidollisen yhteistyösuhteen muodostumista potilaan tai koko hoidollisessa yhteistyösyhteessä olevan verkoston kanssa. (Wilson & Hobbs 1995.)

Isohanni ym. (1995) on kuvannut psykoottisten- ja skitsofreniapotilaiden yhteisöhoitoa laitospäristössä. Yhteisöhoidossa lähtökohtana on potilaslähtöinen yhteistyö, sillä tarkoitetaan sellaista hoidollista toimintaa, jossa pyritään tietoisesti hyödyntämään inhimillisyyttä, pyrkimystä tasa-arvoon ja ihmisiä yhdistäviä sosiaalisia voimia. Psykiatrisessa laitospäristössä yhteisöhoidolla pyritään potilaan itsemääräämisoikeuden lisääntymiseen, hoitoyksikön ja perheen sekä sosiaalisen verkoston voimien hyödyntämiseen. Hoitoyhteisön parantava tekijä eri hoitotilanteissa on vuorovaikutus. Esimerkiksi akuuttipotilaiden yhteisöhoidossa psykoosipotilaan neuroleptilääkitystä on voitu vähentää kolmasosaan. (Isohanni ym. 1993; Isohanni ym. 1995.) Yhteisöhoito on vaikuttanut myös psykiatristen osastojen ilmapiiriin ja työtapoihin siten, että potilaiden osallistuminen päätöksentekoon ja yhteisvastuu ovat lisääntyneet (Isohanni ym. 1993).

6.3 Potilaslähtöisyys vakavan mielenterveyden häiriön hoidossa ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

Vakavia mielenterveydenhäiriöitä hoidetaan erikoissairaanhoidossa, joko psykiatrisessa sairaalassa avo- tai suljetulla osastolla tai psykiatrian poliklinikoilla avohoidossa. Laitoshoidolla on edelleen keskeinen osa psykiatrisessa hoidossa, vaikka hoidon painopiste on siirtynyt avohoitoon ja laitospaikkoja on runsaasti vähennetty viime vuosikymmeninä. Erikoissairaanhoidon tulevaisuus on vahvasti avohoitopainotteinen. Poliklinikoilla pyritään arvioimaan potilaan psyykkistä tilannetta, tutkitaan ja hoidetaan potilaiden psyykkisiä ongelmia sekä tuetaan potilaita monin eri tavoin, jotta he selviytyisivät normaalissa arjessa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 22–23.)

Vakavat mielenterveyden häiriöt, kuten esimerkiksi skitsofrenia ja muut psykoottiset psyykkiset häiriöt, aiheuttavat valtavia suoria ja epäsuoria kustannuksia yhteiskunnalle tuen tarpeen, tuottavuuden laskun ja alentuneen elämäniän ennusteen myötä (Rössler ym. 2005; Wittchen & Jacobi 2005). Alanen (1994) on kuvannut psykoosipotilaiden hoidossa potilaan tarpeista lähtevää lähestymistapaa, jossa tavoitteena on potilaslähtöisen yhteistyön mahdollistuminen laitospäristössä. Tätä lähestymistapaa on myöhemmin sovellettu erilaisten potilasryhmien hoidossa ja sitä on kehitetty erityisesti uusien skitsofreniapotilaiden hoitoon (Lehtinen 1994; Alanen 1997). Potilaslähtöisen lähestymistavan keskeisiä periaatteita on, että hoidolliset toiminnot suunnitellaan joustavasti ja yksilöllisesti, niin että on mahdollista kohdata ja toteuttaa potilaan todellisista tarpeista lähtevä muutos. Lisäksi hoitoyhteisön erilaisten hoidollisten toimintojen tulisi tukea toisiaan. Näiden hoidon kehittämishankkeiden yhteydessä on voitu havaita erityisesti potilaan ja hänen läheistensä sekä hoitavien ihmisten välisen vuorovaikutuksen keskeinen merkitys. Vastavuoroinen dialogi mahdollistaa yhteisen näkemyksen muodostumista tilanteesta, sitä auttavista tekijöistä sekä käytettävissä olevista resursseista (Lehtinen 1994).

Potilaslähtöinen yhteistyö psykiatrisessa hoitotyössä edellyttää usein eri hoitomuotojen yhdistämistä, sillä potilaan tarpeet ovat erilaiset sairauden eri vaiheissa. Asiantuntijoiden ja potilaan välinen vuorovaikutus ja sen avulla syntyvä molemminpuoleinen ymmärrys on tärkeää. Antipsykoottinen lääkitys, erilaiset terapiamuodot, psykoedukaatio, päivittäisten toimintojen ja sosiaalisten taitojen harjoittelu sekä perheinterventio ovat nykykäsityksen mukaan tärkeitä osia skitsofreniapotilaan hoidossa. (Skitsofrenia -käypä hoito 2008.)

Potilaan osallistuminen hoitotyöhön resursseineen, rajoituksineen ja mahdollisuuksineen yksilöllisesti on potilaslähtöisen yhteistyön keskeinen edellytys. Potilaan ollessa omassa hoidossaan passiivinen osallistuja, hoitotyö ei toteudu potilaslähtöisesti. (Hall 1996; Latvala & Janhonen 1996; Kuosmanen 2009.) Ihmisen kokonaisvaltaista, holistista hoitoa korostetaan hoitotieteessä. Hummelvoll ja Barbosa da Silva (1994) ovat esittäneet psykiatrisen hoitotyön mallin, joka korostaa potilaan tukemista osallistumaan omien ongelmien ratkaisemi-

seen ja itsensä hoitamiseen holistisesti eli kokonaisvaltaisesti. Hoitaja tukee potilasta niin, että potilaan omat mahdollisuudet itsensä hoitamiseen ja ongelmiensa ratkaisemiseen ovat saavutettavissa. Tämän mallin mukaan hoitotyön perustana on ihmisen kunnioittaminen. (Hummelvoll & da Silva 1994.)

Potilaan osallistumista hoitoonsa ja kokemuksia omasta hoidostaan on selvitetty muutamissa psykiatrista hoitotyötä koskevissa tutkimuksissa Suomessa. Sihvonen (1988) on kuvannut potilaan osallistumista omien hoitotavoitteidensa määrittämiseen. Tulokset viittaavat siihen, että psykiatristen potilaiden hoidossa on tarvetta huomioida enemmän potilaan henkistä ja biofyysistä ulottuvuutta. Kokkonen (1996) tutkimuksessa kuvattiin potilaan kokemuksia ensimmäisestä psykiatrisesta sairaalahoitajaksosta sekä hoitokulttuurista ja hoitosuhteesta psykiatrisessa sairaalassa. Tuloksissa tuli esiin potilaan kokemukset yksinäisyydestä, avuttomuudesta, voimattomuudesta ja toisten armoilla olemisesta psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Ensimmäinen sairaalahoitajakso psykiatrisessa sairaalassa oli potilaan näkökulmasta merkittävä kokemus. Merkittävimpiä kokemuksia olivat potilaan ja henkilökunnan välisiin suhteisiin liittyvät sekä sairaalaosaston ulkoisiin puitteisiin ja hoitoon hakeutumiseen liittyvät kokemukset. (Kokko 1996.)

Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa on potilaslähtöisessä hoidossa keskeisesti yhteydessä hänen itsemääräämiseensä, joka psykiatrisen potilaan osalta vaikean sairauden seurauksena voi olla myös rajoitettu. Psykiatrisen potilaan itsemääräämistä selviteltäessä korostuivat hoitajan mahdollisuudet tukea potilasta itsemääräämiseen ja omista oikeuksista huolehtimiseen sekä potilaan tiedon saanti, jossa hoitajalla oli ratkaiseva osa. (Kaltiala-Heino & Välimäki 1999; Kuosmanen 2009.) Psykiatrisen potilas on helposti kommunikaatiovaikeuksien ja toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi heikommassa asemassa kuin somaattinen potilas, jolla toimintakyky ja kommunikaatiokyky on ennallaan. Psykiatriselta potilaalta puuttuu usein tietoa ja mahdollisuuksia itsemääräämiseen, vaikka hän ei olisikaan tahdosta riippumattomassa hoidossa. (Kaltiala-Heino & Välimäki 1999.) Hän on myös harvoin aktiivisena vaikuttajana omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa (Kuosmanen 2009). Esimerkiksi autoritaarisen

hoitomallin mukaan työskentelevät hoitajat eivät ole riittävän tietoisia potilaan tarvitsemasta tuesta eivätkä kykene tukemaan potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden säilymistä. Myös omaisten tuki on keskeinen psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden toteutumisessa. (Kaltiala-Heino & Välimäki 1999.) Edellä mainittujen tutkimusten mukaan potilaan osallistumista psykiatrisessa hoidossa mahdollisti hoitajan toiminnan potilaslähtöisyys sekä potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen hoidon lähtökohtana.

Potilaan osallistumisen tukeminen potilaslähtöisessä hoitotyössä laitospärisessä todennäköisesti auttaa potilasta selviytymään sairaalahoidon jälkeisessä avohoidossa, jonka pitäisi myös olla potilaslähtöistä. Nikkosen (1997) mukaan psykiatrisesta sairaalasta avohoitoon kuntoutuneen potilaan on vaikea löytää ystäviä uudesta yhteisöstä. Yleensä potilaat hyväksyvät kuulumisensa sosiaalisesti alempaan luokkaan ja hakeutuivat samanlaisia asioita kokeneiden henkilöiden seuraan, jotka ovat useimmiten entisiä psykiatrisia potilaita. Psykiatrinen pitkäaikaispotilas on usein kyvytön löytämään ja solmimaan uusia ihmissuhteita, ja hän jää helposti sosiaalisten suhteiden osalta yhteiskunnan ulkopuolelle. Näin ollen potilaan ja hänen läheistensä sekä koko yhteisön kulttuuristen merkitysten ymmärtäminen potilaan osallistumisen tukemisessa sekä hoidon lähtökohtana tukee ja edistää siirtymistä asiantuntijakeskeisestä yhteistyöstä potilaslähtöiseen yhteistyöhön. (Nikkonen 1997.)

Potilaiden tyytyväisyys hoitoon on tärkeää, mutta se ei välttämättä vielä tarkoita, että hoito on toteutunut niin, että potilas on osallistunut omaan hoitoonsa tai että hoidosta on ollut hyötyä. Potilaslähtöisyys edellyttää ihmisarvon, yksilöllisyyden ja itsemääräämisen kunnioittamista sekä potilaan elämäntilanteen huomioon ottamista hoidossa. Lisäksi potilaan selviytymistä tukevat yksilölliset auttamismenetelmät mahdollistavat sen, että potilas itse voi olla vastuullinen osallistuja hoidossaan. (Kuosmanen 2009.)

Kokonaishoito on psykiatrisen potilaan kohdalla monitieteistä toimintaa ja siihen osallistuvat monet terveydenhuollon ammattiryhmät sekä potilas itse ja tarvitta-

essa hänen läheisensä. Psykiatrisen potilaan kokonaishoito sisältää esimerkiksi lääketieteeseen, psykologiaan, sosiaalitieteisiin ja hoitotieteeseen perustuvaa toimintaa ja havainnointia. Hoitajat tekevät hoitotyötä, joka on osa potilaan kokonaishoitoa. Hoitajat ovat ensisijaisesti hoitotieteellisen näkökantansa edustajia potilaan kokonaishoidossa ja hoitotieteen holistisen näkemyksen mukaan myös kokonaishoidon toteuttajia. (Lindström 1992; Välimäki ym. 2008.) Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa voi vaihdella täysin passiivisesta aktiiviseen osallistumiseen, ja silloin kun potilas on aktiivinen sekä vastuullinen osallistuja omassa hoidossaan hoito on potilaslähtöistä (Connelly ym. 1993; Hall 1996; Välimäki ym. 2008).

Potilaslähtöisen hoidon yhtenä edellytyksenä on, että potilas voi riittävän ammatillisen tuen avulla kohdata sairautensa omassa itsessään. Hoitajalta edellytetään herkkyyttä, hyvää ammattitaitoa sekä itsensä ja omien voimavarojensa tuntemista, jotta hoitaja voisi tukea ja olla mukana tässä prosessissa sekä vuoropuhelussa potilaan kanssa. (Connelly ym. 1993; Dzurec 1994; Gilbert 1995; Wilson & Hobbs 1995.) Kuosmanen (2009) mukaan potilas tarvitsee toista ihmistä ja ammatillista apua voidakseen kohdata oman sairautensa aiheuttaman kärsimyksen. Ammatillinen apu yhdessä toisen ihmisen läheisyyden myötä potilas kykenee analysoimaan sairauttaan sekä vähitellen löytää voimavaroja elämäänsä ja siitä selviytymiseen sairautensa aiheuttamien rajoitusten kanssa. Usein ammattiauttajana ja toisena ihmisenä toimii psykiatrisessa hoidossa omahoitaja. Potilaan näkökulmasta on kysymys oman sairautensa ja oman todellisuuden kohtaamisesta, joka voi olla hyvinkin tuskallista, mutta joka voi mahdollistaa todellisten voimavarojen löytämisen ja sairautensa kanssa selviytymisen. Tämä prosessi vaatii hoidollista yhteistyösuhdetta. (Kuosmanen 2009.)

Useat kansainväliset hoitotieteelliset tutkimukset kuvaavat hoitajan potilaslähtöistä yhteistyötä (vrt. Connelly ym. 1993; Dzurec 1994; Hall & Allan 1994; Hall 1996; Simpson & House 2002; Weinstein 2006; Hui & Stickley 2007; Hätönen ym. 2008). Näissä tutkimuksissa tarkastellaan myös asiantuntijalähtöistä yhteistyötä. Asiantuntijanäkökulmasta tarkasteltuna korostuvat sairaus, sen luonne ja ilmeneminen sekä auttamismenetelmät. Potilaslähtöisessä yhteistyössä olen-

naista on taas potilaan kokemukset sairaudesta ja rajoitukset, jotka sairaudesta seuraavat, sekä sairauden keskellä oman itsen säilyttäminen ja suojeleminen. Asiantuntijalähtöisellä yhteistyöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä hoitotyötä, jossa esimerkiksi hoitaja oman tietämyksensä ja kokemuksensa perusteella määrittelee, mikä potilaalle on parhaaksi, ja toimii tämän näkemyksensä mukaisesti keskustelematta tai jakamatta näkemyksiä potilaan kanssa. (Hall 1996, Hui & Stickley 2007.)

Hall (1996) ja Hui & Stickley (2007) ovat tarkastelleet hoitajan ja potilaan välistä yhteistyötä, jossa lähtökohtana on asiantuntijalähtöisyys. Asiantuntijalähtöisyys tarkoittaa sitä, että asiantuntijoista koostuva tiimi, jossa ei potilas ole mukana, valitsee ideaalimallin. Potilaan hoitoa ohjaa valittu ideaalimalli. Tutkijoiden mukaan asiantuntijalähtöisesti työskentelevällä hoitajalla ei ole mahdollisuutta kohdata potilasta yksilöllisesti niin, että hoitajalle tulisi mahdollisuus ymmärtää potilaan kokemuksia (Hall 1996; Hui & Stickley 2007). Potilas, hänen sairautensa ja siihen liittyvät kokemukset ovat osa häntä itseään. Käsitys itsestä samoin kuin sairaudesta kehittyy suhteessa muihin ihmisiin. Ellei hoitaja tule yhteistyöhön potilaan kanssa ja saa käsitystä potilaan sairaudesta ja siihen liittyvistä kokemuksista, potilaalla ja hoitajalla ei ole mahdollisuutta ymmärtää yhdessä, mitä sairaus potilaalle yksilöllisenä kokemuksena merkitsee. Heillä on kyllä mahdollisuus ymmärtää sairauden oireita ja erilaisia ulkonaisia puolia, mutta ei potilaan kokemusta sairaudestaan, joka on osa häntä itseään. Näin heidän mahdollisuutensa löytää todellisia resursseja sairauden kanssa selviytymiseen ovat vähäiset. (Hall 1996; Hui & Stickley 2007.)

Mielenterveystyö voidaan siis määritellä potilaan psyykkisen hyvinvoinnin, arkipäiväisen selviytymisen sekä toimintakyvyn tukemisella. Lisäksi siihen kuuluu olennaisena osana psyykkisten sairauksien hoitamista, ehkäisemistä ja lievittämistä. Mielenterveystyötä toteuttavat työryhmät, joihin kuuluu eri ammattiryhmien edustajia muun muassa psykiatreja, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, sairaanhoitajia, lähihoitajia ja toimintaterapeutteja. Hoitoa toteutetaan moniammatillisesti, mutta potilas tulisi kohdata kokonaisvaltaisesti ja hoidon pitäisi olla potilaslähtöistä. Hoitoon kuuluu tiiviisti myös potilaan läheisverkosto ja mahdollisesti

myös viranomaistahoja. (Mielenterveyslaki 1990; Hietaharju & Nuutila 2010, 16–17.)

6.4 Kirjaaminen ja potilaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä

Hoitotyöntekijän ja potilaan välinen vuorovaikutus korostuu psykiatrisessa hoidossa. Niin osastohoidossa kuin avohoidossakin toiminta perustuu hoitosuhde-työskentelyyn ja omahoitajamallia käyttävissä yksiköissä potilaille nimetään omahoitaja. Omahoitajamalli perustuu yksilövastuiseen hoitotyön periaatteisiin ja sen lähtökohtana on potilaan ja hoitajan tasavertainen yhteistyösuhde. Omahoitajamallissa varsinkin psykiatrisilla vuodeosastoilla hoito perustuu omahoitajakeskusteluiden lisäksi potilaan oireenhallintaa, vuorovaikutusta, itsehoitoa ja lääkehoitoa tukevaan ryhmätoimintaan sekä käytössä voi olla myös muita terapeutisia menetelmiä. Psykiatrisessa hoidossa hoidon jatkuvuus ja sen turvaaminen nousevat hoidon onnistumisen kannalta keskeisiksi seikoiksi. Hoidon jatkuvuutta turvataan muun muassa tiedottamisen ja kirjaamisen avulla. (Hietaharju & Nuutila 2010, 102–103; Ahonen 2005, 6)

Raportointi psykiatrisessa hoitotyössä on aiemmin ollut pääosin suullista tiedonjakamista, jota sähköisten tietojärjestelmien on toivottu vähentävän. Työn erilaisen luonteen vuoksi kirjaaminen ja moniammatillisen työryhmän tiedottaminen psykiatrisessa hoidossa eroaa kuitenkin jonkin verran somaattisen hoidon kirjaamisesta. Psykiatrisessa hoidossa ammatillisella keskustelulla työryhmän jäsenten kanssa on kuitenkin oma erityinen merkityksensä. Ammatillinen keskustelu on tarpeen esimerkiksi yhteisiä hoitolinjoja etsittäessä sekä potilaan herättämien tunteiden käsittelyssä ja tulkitsemisessä. Moniammatillinen työryhmä saattaa joutua käymään jatkuvaa hoidollista keskustelua, jotta potilaan hoitoon hakeutumisen syy pysyy hoitosuunnitelman lähtökohtana. (Hietaharju & Nuutila 2010, 146–147.)

Hoidon alkuvaiheessa luodaan yhteys potilaaseen ja kerätään tarvittavia esitietoja sekä pyritään muodostamaan kokonaiskuva potilaan tilasta. Kokonaistilanteen arvio korostuu psyykkisesti sairaan potilaan hoidossa ja hoidon tarpeen arvioinnissa. Psykiatrisessa hoidossa tämä vaihe voi viedä aikaa, koska hoi-

tosuhde perustuu luottamukselle. Sen rakentaminen avohoidossa vaatii usein monia tapaamisia potilaan kanssa ja eikä luottamuksellisen suhteen rakentuminen vuodeosastollakaan tapahdu itsestään. Potilaan vointi saattaa vaikuttaa hänen kykyyn luoda realistinen kuva omasta toimintakyvystä ja hoidon tarpeesta ja tämän takia potilaan ja hoitajan käsitykset voivat erota toisistaan. Esimerkiksi psykoottisista oireista kärsivä potilas saattaa peitellä oireitaan ja vähätellä hoidon tarvetta. Potilaan aktiivinen kuuntelu, kunnioittaminen ja seuranta usein tuovat näitä seikkoja esiin, mutta se vaatii alussa mainitun luottamuksen rakentumista. Myös omaiset, läheiset ja potilaan muu verkosto kytetään alusta asti hoitoon mukaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 102–103.)

Huomio psykiatrissa hoitosuunnitelmaa tehtäessä tulisi kiinnittää sekä koko elin-kaaren kartoittavaan oirekuvaan että nykytilan arviointiin. Hoitosuunnitelmaan tehtäviä muutoksia tulee harkita huolella ja havainnoimalla sekä keskustelemalla kerätä riittävästi arvioivaa informaatiota päätöksenteon tueksi. Usein psykiatrisen potilaan kohdalla kartoitusta tehdään myös sosiaalisten suhteiden, viranomaisverkoston, opiskelujen ja työsuhteidenkin osalta. Psykkisten oireiden uusiutuminen kuuluu osaltaan mielenterveystyön haasteisiin. Kuitenkin hoitotyön perusperiaatteet toteutuvat myös mielenterveystyössä hoitoprosessin mukaisesti. (Holmberg 2008, 17–18.)

Kärkkäisen (2007) mukaan hoitotyön kirjaamisessa ollaan tilanteessa, jossa potilaan kokemaa tai kertomaa tietoa ei osata tai haluta hyödyntää. Tällainen seikka saattaa olla esimerkiksi kirjaamatta jäänyt potilaan kokemus kivusta, jolla voi olla vaikutuksia hänen myöhempään hoitoon. Potilaan kokemuksia tai tunteuksia kirjatessa pelkästään hoitajan tulkitsemana ei voida puhua potilaslähtöisestä hoitotyön kirjaamisesta. Kirjaamisen sisältö monipuolistuu, kun kirjaimista toteutetaan jatkuvasti yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaan henkilökohtaisella kokemuksella ja arvioinnilla voimavaroistaan on merkitystä hoitojakson arvioinnin sekä jatkohoidon suunnittelun kannalta. (Kärkkäinen 2007, 89 – 96.)

Psykiatriseen hoitotyöhön liittyvien käsitteiden käyttö on perustunut yksikkö- ja organisaatiotason sopimukseen tai suppeimmillaan henkilökohtaisiin valintoihin. Psykiatriseen hoitotyöhön liittyvät käsitteet ovat jo monimuotoisuutensa vuoksi

haastavia. Potilastietoja on psykiatrisessa hoidossa pääsääntöisesti tuotettu vapaasti kuvaillen, kertovalla, narratiivisella tavalla. Kuunteleminen, keskustelu, läsnäolo ja tietoisuuden lisääminen, joita psykiatrisessa hoidossa käytetään auttamismenetelminä, ovat haasteellisia luokittelun kannalta ja ne esiintyvät usein samoissa hoitotilanteissa rinnakkaisina tai päällekkäisinä toimintoina. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 41–43.) Hoitotyön osalta kirjaaminen on hoitoprosessin eri vaiheiden kuvaamista hoidon edetessä eikä kirjaamisen rakenteen tulisi poiketa somatiikan vastaavasta. Määritelmänä dokumentointi tai kirjaaminen joka tapauksessa myös psykiatriassa tarkoittaa toimenpidettä, jossa käsiteltävä asia merkitään joko manuaalisesti kynällä sovituille lomakkeille tai nykyaikana elektronisesti tietokoneella tietojärjestelmään. (Hopia & Koponen 2007, 55-57; (Ensio & Häyrinen 2008, 30–32.)

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

Kehittämiprojekti käynnistettiin marraskuussa 2010 ja projektin kesto koko Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen osalta määriteltiin puoleksitoista vuodeksi. Uudenkaupungin yksiköiden osalta, joihin kehittämiprojektin pilotointi kohdentui, projektin päättymisen aikataulutettiin vuoden 2011 loppuun. Vuoden 2011 alussa valittiin pilottiyksiköistä kirjaamisvastaavat, jotka vastasivat yksiköissään kirjaamisen lähituesta ja jakoivat osittain koulutusvastuuta projektin edetessä. Kirjaamisvastaavat toimivat oman tehtävänsä ohessa linkkinä projektityöntekijän ja yksikön välillä kirjaamisasioissa. Varsinkin osastoilla kirjaamisvastaavien rooli oli erittäin tärkeä ja heidän koulutuksensa varmistettiin osastojen osalta ensimmäisenä.

Osastojen koulutus koostui alkuvaiheessa osastoilta ennalta valituille kirjaamisvastaaville suunnitellulla koulutuspäivällä. Osastoilta koulutukseen osallistui 2-4 kirjaamisvastaavaa riippuen osaston koosta ja asiaan sitoutuneiden kirjaamisvastaavien määrästä. Aluksi läpikäytiin teoria power point –esityksen muodossa ja sen jälkeen esiteltiin valmiiksi luotu potilastapausesimerkki, joka oli kirjattu hoitotyön systemaattista kirjaamista hyödyntäen. Teoriaosuudessa käytetty power point –esitys rakentui kansallisen terveystieteen esittelystä, potilasasikirjo-

jen merkityksen kertaamisesta, kirjaamisen taustalla olevien lakien esittelystä sekä hoitotyön systemaattisen kirjaamisen esittelystä. Teoriaosuuden jälkeen hoitotyöntekijät pääsivät harjoittelemaan Mirandan koulutusympäristössä hoitotyön systemaattista kirjaamista. Harjoittelun apuna kannustettiin käyttämään omia hoitosuhteita, jotta harjoittelu vastaisi mahdollisimman hyvin käytännön työtä.

THE GUIDING PRINCIPLES OF NURSING AND MIDWIFERY DOCUMENTATION

- 1 Nursing and midwifery documentation should be patient centred
- 2 Nursing and midwifery documentation must contain the actual work of nurses including education and psychosocial support
- 3 Nursing and midwifery documentation is written to reflect the objective clinical judgment of the nurse
- 4 Nursing and midwifery documentation must be presented in a logical and sequential manner
- 5 Nursing and midwifery documentation should be written contemporaneously, or as events occur
- 6 Nursing and midwifery documentation should record variances in care within and beyond the health care record
- 7 Nursing and midwifery documentation should fulfil legal requirements

Kuvio 6. Kirjaamista ohjaavat periaatteet hoitotyössä ja kättilötyössä (Jefferies, D.; Johnson, M. & Griffiths, R. 2010.)

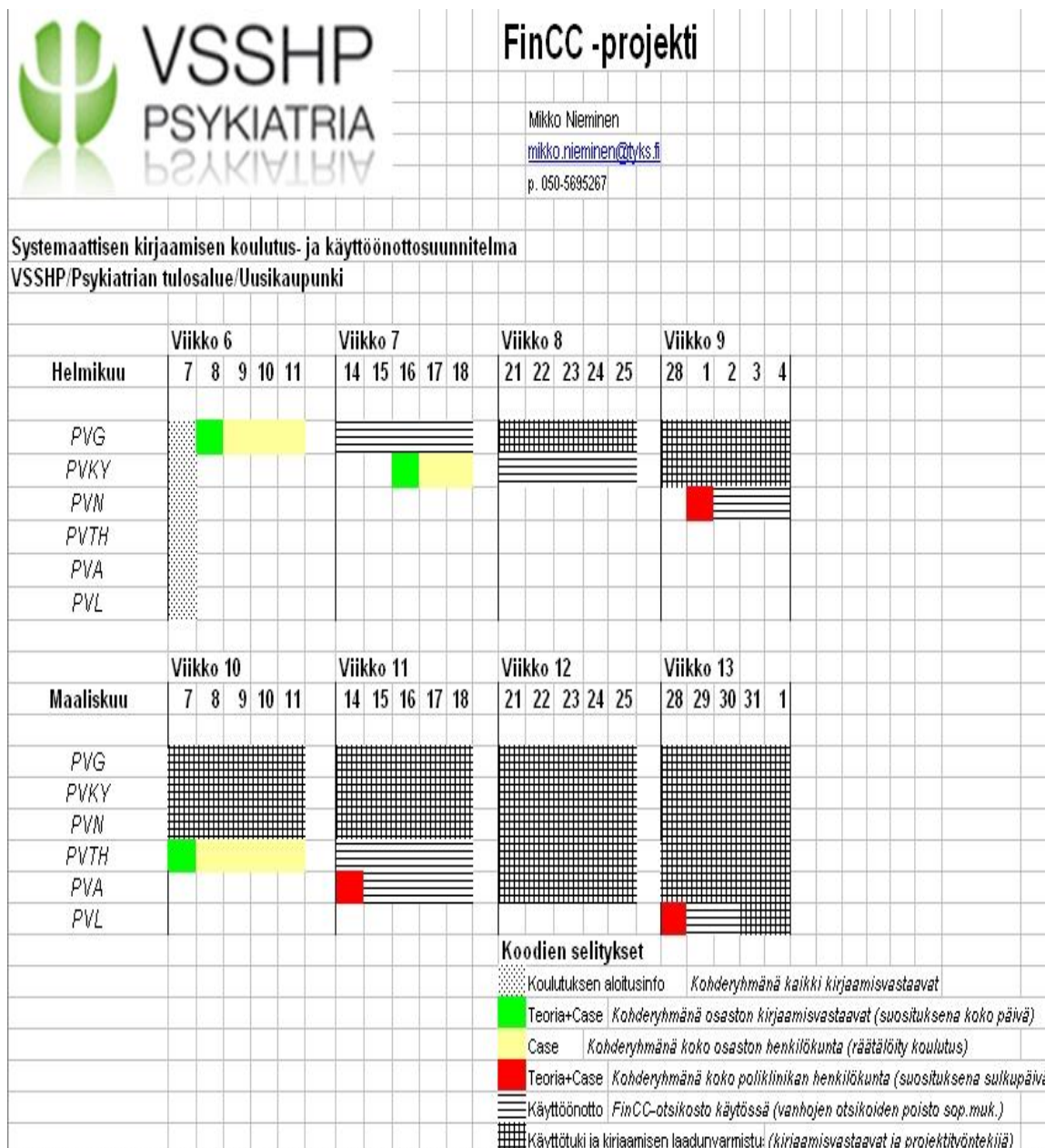
Potilaslähtöisyys toimi koulutuksen lähtökohtana ja sen ohjaavaa vaikutusta painotettiin opetettaessa uutta kirjaamista eri yksiköihin. Kirjaamisen tason parantuminen ja näyttöön perustuvan hoitotyön parempi implementointi takaavat potilaslähtöisyyden toteutumisen myös käytännön hoitotyössä. (Jefferies ym. 2010.)

Aivan suoria interventioita tai toimintaohjeita ei Jefferiesin ym. 2010 tutkimus anna, mutta periaatteiden listaaminen sekä seitsemän kohdan implementointi ohjelma tukivat projektin toteuttamista. Uuden käytännön implementoinnin onnistumisen varmistamiseksi on syytä tehdä ennen- ja jälkeen audiotointi. Kuvio 6 selittää seitsemän johtavaa periaatetta hoitotyön ja kättilötyön kirjaamisesta. Ensimmäisenä tulee jo mainittu potilaslähtöisyyden periaate. Sen lisäksi tulee

huomioida se, että hoitotyön kirjaaminen koostuu hoitajien todellisesta työstä sisältäen ohjaus ja psykososiaalinen tuki. Kirjaamisen ilmentää hoitajan kliinistä ja objektiivista näkemystä. Hoitotyön kirjaamisen tulisi näyttäytyä loogisella ja ajallisesti peräkkäisellä tavalla. Hoitotyötä tulisi kirjata siinä järjestyksessä kuin tapahtumat tapahtuvat. Samoin hoitotyön sisäiset varianssit tulisivat näkyä kirjaamisessa. Ja viimeisenä, sekä samalla tärkeänä periaatteena, jonka tulisi olla itsestäänselvyys kaikille hoitotyöntekijöille on se, että kirjaamisen tulisi täyttää juridiset vaatimukset. (Jefferies ym. 2010.)

Kehittämiprojekti liittyi kansalliseen terveystietokantaan siirtymiseen, mutta erittäin tärkeänä asiana oli myös projektin linkittyminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiaan. Strategiasta esiin nostettiin potilaslähtöisyys, joka on arvoista tärkein. Potilaslähtöisyys oli johtava teema läpi kehittämiprojektin toteuttamisen. Kuntasektoria koskevan tutkimuksen mukaan suurin osa työntekijöistä ei johtajien käsitysten mukaan tuntenut organisaation strategiaa eikä osaamista pidetä tärkeimpänä menestystä selittävänä tekijänä. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, etteivät kehityskeskustelussa sovitut asiat toteutuneet käytännössä, noin puolet oli siitä mieltä, ettei muiden työtehtäviä ja – tavoitteita tunnettu. Ilmapiiiri ja käytännöt eivät tukeneet palautteen antamista ja saamista (63 %) eikä omassa yksikössä ollut helppoa keskustella kenen kanssa tahansa (52 %). Omassa yksikössä ei tuettu kehittymistä eikä kannustettu jatkuvaa oppimista (58 %). Virheiden tekeminen oppimistarkoituksessa ei ollut hyväksyttävää (66 %). (Valtiovarainministeriö 2001, 19.)

Strategiaa tehtiin tutuksi läpi kirjaamiskoulutusten ja potilaslähtöisyyden teema oli vahvasti mukana hoitotyön systemaattisen kirjaamisen rakennetta koulutettaessa. Potilaslähtöisyys on lähtökohtana kirjaamiselle hoitotyön prosessin mukaisesti eikä hyvätasoinen, rakenteinen kirjaaminen ole mahdollista ilman sitä (Syväoja & Äijälä 2009). Tekninen koulutus eli tietoteknisen osaamisen varmistaminen oli toinen esille noussut teema koulutusten läpiviennissä. Aikataulu-suunnitelma Uudenkaupungin yksiköiden osalta on kuvattu kuviossa 6.



Kuvio 7. Projektin aikataulusuunnitelma.

Aikataulusuunnitelmassa käytetyt yksikkötunnukset ovat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen käyttämiä yksikkökoodeja Uudessakau-pungissa, jotka tarkoittavat käytännössä: PVG (vanhuspsykiatrian osasto), PVKY (aikuispsykiatrian kuntoutusyksikkö), PVN (nuorisopsykiatrian poliklinikka), PVTH (aikuispsykiatrian tutkimus- ja hoito-osasto), PVA (aikuispsykiatrian poliklinikka) sekä PVL (lastenpsykiatrian poliklinikka).

Poliklinikoiden osalta koulutus oli samansisältöinen kuin osastoilla, mutta poliklinikoilla oli se etu, että yleensä koko henkilökunta pääsi osallistumaan koulutuspäivään. Poliklinikoille suositeltiin niin sanottua sulkupäivää koulutuksen ajaksi, jolloin poliklinikan toiminnot olivat keskeytettynä. Tämä mahdollisti sen, että poliklinikoilla koulutuksiin osallistui moniammatillinen työryhmä, johon kuului usein erityistyöntekijöitä ja lääkäreitä. Koulutuksissa pohdittiin usein koko poliklinikan kirjaamiskäytäntöjä, uuden oppimisen ohella.

Uuden potilastietojärjestelmä rakenteen käyttöönoton onnistumiseen vaikuttavat monet asiat. Tarvekartoitus ja suunnittelu ovat käyttöönottovaiheessa tärkeitä. Aikataulut, tiedotus, tietojärjestelmän valinta ja koulutus edellyttävät organisointia jo ennen käyttöönottoa. Hoitohenkilökunnan täytyy muuttaa työskentelytapojaan ja oppia käyttämään uutta järjestelmää. Oppimisprosessi jatkuu vielä kauan käyttöönoton jälkeen. Henkilöstökoulutus on työntekijöilleen kustantamaa koulutusta. Sen päätehtävänä on lisätä organisaation tuottavuutta, sitouttaa, motivoida ja informoida henkilöstöä. Työssä tarvittavien tietojen ja taitojen lisäksi henkilöstökoulutuksen kautta välittyy organisaation arvojen, uskomusten, työasenteiden, tapojen, rituaalien ja koko työkuulttuurin siirtoa. (Spencer & Lunsford 2010; Rajalahti & Saranto 2011.)

Henkilöstökoulutus lisää ammatillista pätevyyttä. Sillä on keskeinen tehtävä hoitotyöhön tarvittavan osaamisen ylläpitämisessä ja vahvistamisessa. Henkilöstön ammatillinen kasvu on sekä organisaation että työntekijöiden etu. Organisaation tehtävänä on tukea ja luoda resurssit työntekijän oppimiselle. Resurssien luominen ilmenee muun muassa esimiehen tukena, osaamisen kehittämistä arvostavana henkilöstöpolitiikkana ja kehittämisohjelminä. (Rajalahti & Saranto 2011.)

Tasoltaan riittävän henkilöstön kouluttamisen varmistamiseksi projektityöntekijöiden oma kouluttautuminen kesti kaksi kuukautta. Tämä aika piti sisällään hoitotyön toimiston suunnittelijan antaman teoriakoulutuksen, potilasesimerkeihin perustuvan case-koulutuksen sekä opintomatkan Kuopion yliopistosairaalaan tutustumaan hoitotyön systemaattiseen kirjaamiseen käytännön psykiatriassa. Benchmarking eli vertailukehittäminen on julkisten ja yksityisten palve-

lujen toimijoiden ja päättäjien työväline toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen (Perälä ym. 2007.)

Seuraavalla sivulla olevassa kuviossa 7 on esitetty projektin eteneminen vaihe vaiheelta. Projektin alkuvaiheessa huolehdittiin käytännön asioista, hankittiin tilat ja infraruktuuri (mm. pöytäkone, kannettava, videotykki, tulostin, matkapuhelin ja muistitikku). Tämän jälkeen keskityttiin oman koulutuksen varmistamiseen ja asiantuntijuuden hankkimiseen. Samalla hahmoteltiin koulutusmallia, jonka avulla koulutusta lähdettiin toteuttamaan. Ennen ensimmäistä käyttöönottoa esiteltiin projekti Uudessakaupungissa ja sovittiin heidän toimivan pilottiryhmänä tälle projektille. Yhteisinfossa esiteltiin koulutussuunnitelmat aikataulusuunnitelmineen ja sen jälkeen alkoivat ensimmäisen yksikön koulutukset. Ensimmäinen käyttöönottopäivä oli 14.2.2011 vanhuspsykiatrian osastolla ja sen jälkeen projekti eteni kuviossa 7 esitetyn aikataulusuunnitelman mukaisesti. Käyttötukea tarjottiin kesään 2011 asti hieman runsaammin, sen jälkeen lähinnä satunnaisesti. Arviointilomakkeen täyttö ajoittui syys-marraskuulle 2011 ja palautteen anto samoin.



Asiantuntijuuden hankkiminen

- kouluttautuminen
- benchmarking
- teoretietoon tutustuminen
- koulutusmallin laadinta

11/2010-
1/2011



Kouluttaminen alkaa

- Yhteisinfo 7.2.2011
- Ensimmäinen käyttöönotto 14.2.2011
- Koulutusmallin pilotointi

2-3/2011



Käyttöönoton varmistaminen

- Käyttötuki
- Lisäkoulutukset

2-6/2011



Kirjaamisen arviointi

- Arviointilomakkeen täyttö
- Palautteen anto

9-11/2011



Kuvio 8. Projektin toteutuksen vaiheet.

8 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Kehittämisprojektiin liittyvän tutkimuksellisen osion tavoitteena oli arvioida kirjaamisen tasoa puolen vuoden käyttökokemusten jälkeen kirjaamisen arviointilomakkeella (Kaila & Kuivalainen 2008; Tanttu, ym. 2011). Kirjaamisen tasolla tässä tarkoitetaan hoitotyön systemaattisen kirjaamisen tasoa, jota arvioitiin yllä mainitulla arviointilomakkeella. Kirjaamisen tasoja kuvataan tulosten perusteella seuraavasti: ei hyväksyttävä taso, heikko taso, tyydyttävä taso, hyvä taso ja kiitettävä taso. Kirjaamisen arviointilomake on esitelty liitteissä 2 ja 3.

Tutkimuksellisen osion tulosten perusteella voidaan arvioida hoitotyön systemaattisen kirjaamisen tasoa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen Uudenkaupungin yksiköiden päivittäisen hoitotyön kirjaamisen osalta.

Tutkimusongelma:

1. Millä tasolla hoitotyön systemaattinen kirjaaminen on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen Uudenkaupungin yksiköissä kirjaamisen arviointilomakkeella arvioituna?

8.2 Aineistonkeruu ja sen analysointi

Aineistonkeruu toteutettiin lokakuussa 2011, jolloin Uudenkaupungin psykiatrian yksiköt olivat kirjanneet hoitotyön tietoja systemaattisesti kuuden kuukauden ajan. Puolen vuoden käyttökokemuksen vaatimus tuli Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön toimiston aiemmin tekemästä kirjaamisen arvioinnista, jossa arvioitiin somaattisten osastojen kirjaamisen tasoa arviointilomakkeella, jotta tulokset olisivat keskenään vertailukelpoisia.

Tutkimuslupa (liite 1) haettiin psykiatrian tulosalueen johtajalta sekä johtavalta ylihoitajalta ennen aineistonkeruuta. Aineisto (n=24) kerättiin potilaskertomusjärjestelmästä projektikollegan toteuttamana harkinnanvaraisena näytteenä. Harkinnanvaraisuus tarkoitti tässä tutkimuksessa sitä, että sopimuksen mukaan osastojen ja poliklinikoiden ilmoittautumisluelestosta poimittiin 1., 3., 5. ja 7. potilas, jonka hoitokertomuksen viimeistä edellisen hoitopäivän projektikollega tulosti. Tutkimuksen toteuttaja ei nähnyt yhtään potilaan tunnistetietoa, vaan projektikollega hävitti ne paperitulosteista, leikkaamalla tunnistiedot pois. Hoitokertomustulosteet numeroitiin, jotta ne voitiin yhdistää yksiköihin, joiden potilaskertomuksesta tulosteet olivat. Tämän jälkeen tutkimuksen toteuttaja arvioi paperitulosteiset hoitokertomusmerkinnät. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja arvioinnin apuna käytettiin kirjaamisen arviointilomaketta (Kaila & Kuivalainen 2008; Tanttu ym. 2011).

Kailan ja Kuivalaisen (2008) kehittämää kirjaamisen arviointilomaketta on käytetty aiemmin HoiDok – hankkeessa (Tanttu 2008). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä lomaketta on jatkokehitetty, jotta se vastaisi paremmin Miranda – potilaskertomusjärjestelmän teknistä toteutusta systemaattisen kirjaamisen osalta. Tämän vuoksi hoitotyön luokituksen käytön arviointi pohjautuu kirjaamisen modifioituun arviointilomakkeeseen (vrt. Kaila & Kuivalainen 2008; Tanttu ym. 2011), joka koostuu kymmenestä arvioitavasta osiosta. Arviointilomakkeen osiot pohjautuvat kansalliseen hoitotyön systemaattisen kirjaamisen malliin ja se on esitelty liitteessä 2 ja seliteosio on kuvattuna liitteessä 3.

Kun tutkimusaineiston analyysi pohjautuu aikaisemmin kehitettyyn teoriaan tai malliin, on kyseessä teorialähtöinen tutkimus (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 31–33; Tuomi & Sarajärvi 2002, 95–99). Kun valmis malli tai teoria ohjaa aineiston analyysia, tarkoituksena voi olla tämän mallin tai teorian testaaminen uudessa yhteydessä (Hirsjärvi ym. 2009, 137-139).

Tässä laadullisessa tutkimuksessa aineiston sisällön analyysi oli teorialähtöinen, ja kun sisällön analyysia ohjaa väljä teorialähtöinen analyysirunko, ovat aineistolähtöinen ja teorialähtöinen sisällönanalyysi hyvin lähellä toisiaan. (Lat-

vala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 30–31.) Tämän kehittämisprojektin tutkimusongelmaan haettiin vastausta teorialähtöisellä analyysillä lähdemateriaalin käsittelyssä, käyttäen apuna valmista arviointilomaketta. Aineistoa käsiteltiin vain ja ainoastaan arviointilomakkeen kohtien mukaan arvioiden. Tietoa, jonka substanssiosaamista omaava projektityöntekijä olisi saattanut hoitokertomustekstejä tarkastelemalla saada, jätettiin huomiotta tässä tutkimuksessa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 30–32).

9 TULOKSET

9.1 Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen koulutusmalli

Kuvioissa 8 ja 9 kuvatut koulutusmallit laadittiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön toimiston toteuttaman hoitotyön systemaattisen kirjaamisen koulutusmallia hyödyntäen, yksilöiden se vastaamaan paremmin psykiatrian koulutustarpeita. Lähtökohtana oli se, että teoriakoulutusta seuraa välittömästi harjoittelu käytännössä. Harjoittelulle olikin koulutusmallissa varattu runsaasti aikaa käytännön tekemiselle ja joiakin koulutuspäivinä käytännön osuus ylitti koulutusmallissa suunnitellun kolmen tunnin osuuden. Nämä koulutusmallit perustuvat Uranus –potilastietojärjestelmän Miranda –hoitokertomusosioon ja sen hyödyntämiseen.

Osastojen kirjaamisvastaavien koulutusmalli FinCC-projektissa

**Teoriakoulutus ja osaston tyypillisen
potilastapausesimerkin esittely
(3h)**



**Mirandan koulutusympäristössä
tapahtuva potilastapauksen ohjattu
luominen
(1,5h)**



**Mirandan tuotantoympäristössä
tapahtuva hoitotyön systemaattisen
kirjaamisen harjoittelu
(1,5h)**

Kuvio 9. Osastojen kirjaamisvastaavien koulutusmalli.

Osastojen koulutusmallin lähtökohtana oli kirjaamisvastaavien koulutuksen varmistaminen. Kirjaamisvastaavat saivat kaikki samansisältöisen koulutuksen ja osa oli mukana, kun hoitotyöntekijöitä (loppukäyttäjiä) koulutettiin saman koulutusmallin mukaisesti. Koulutusmalliin sisältyi osaston tyypillistä potilasta kuvaava potilastapausesimerkki, jonka avulla uutta kirjaamismallia esiteltiin.

Poliklinikoiden koulutusmalli FinCC-projektissa



Kuvio 10. Poliklinikoiden koulutusmalli.

Poliklinikoiden koulutusmalli oli lähtökohdiltaan samansisältöinen kuin osastojen kirjaamisvastaavien koulutusmalli. Painopiste koulutusmallissa oli kuitenkin selvemmin teoriassa sekä polikliinisen potilastapauksen esittelyssä. Poliklinikoiden koulutusmallissa oli kiinnitetty enemmän huomiota moniammatillisen työryhmän koulutustarpeeseen ja kirjaamismallin opetteluun ajateltiin tapahtuvan vastaanototyössä. Aikaa poliklinikoiden kouluttamiseen oli myös hieman enemmän, koska koulutukseen oli varattuna suosituksen mukaan yksi kokonainen päivä.

Nämä mallit pilotoitiin Uudenkaupungin psykiatrian yksiköiden kanssa ja tarkennuksia tehtiin vain teoriaosuuden osalta. Uudenkaupungin koulutusten aikaan siihen lisättiin potilastapausesimerkin esittely, jotta aikaa käytännön harjoitteluun jäisi enemmän. Näitä malleja käytettiin koulutuksen pohjana koko projektin ajan ja tarkoituksena on käyttää malleja jatkossakin koulutus pohjina psykiatrian tulosalueen tietohallintokoulutuksissa.

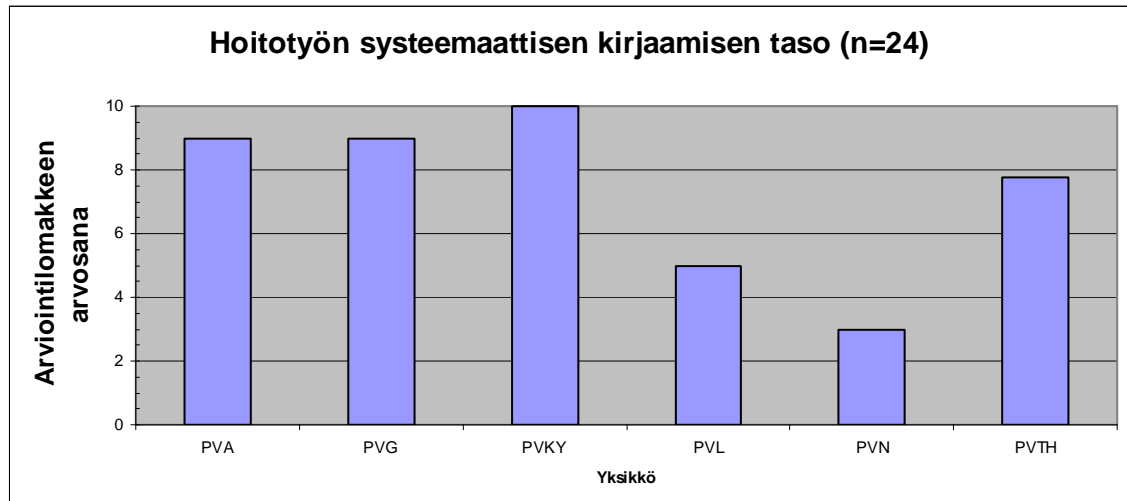
9.2 Kirjaamisen tason arviointi

Aineiston (n=24) analyysissä hyödynnettiin liitteessä 2 esiteltyä arviointilomaketta, joka on koodattu excel – muotoon ja joka laskee pistekoodit sekä keskiarvot. Hoitotyön dokumentoinnin arvioinnissa kiinnitetään erityistä huomiota kansallisen hoitotyön kirjaamismallin toteutumiseen, jolloin excel-pohjaiseen yksikkökohtaiseen arviointimittariin (liite 2) hyväksytyt merkintä tallennetaan 1 – merkillä ja hylätty merkintä 0 – merkillä. Arvioitava osio hylätään, jos vapaamuotoinen kirjaus on tehty väärään luokkaan tai prosessin vaiheeseen. Jokaisen potilaskertomustulosten arvioitavat osiot lasketaan yhteen ja näiden summa jaetaan yksikkökohtaisella paperitulosteiden määrällä. Vastauksena saadaan yksikkökohtaisen kirjaamisen tason kokonaistulos keskiarvolla ilmaistuna. Yksikön tulosten keskiarvo suhteutetaan Kailan ja Kuivalaisen (2008; mod. 2011 Tanttu ym.) laatimaan arviointitaulukkoon, jonka vaihteluvälit olivat: *ei hyväksyttävä taso* 0,00 – 4,99, *heikko taso* 5,00 – 5,99, *tydyttävä taso* 6,00 – 7,99, *hyvä taso* 8,00 – 8,99 ja *kiitettävä taso* 9,00-10,00.



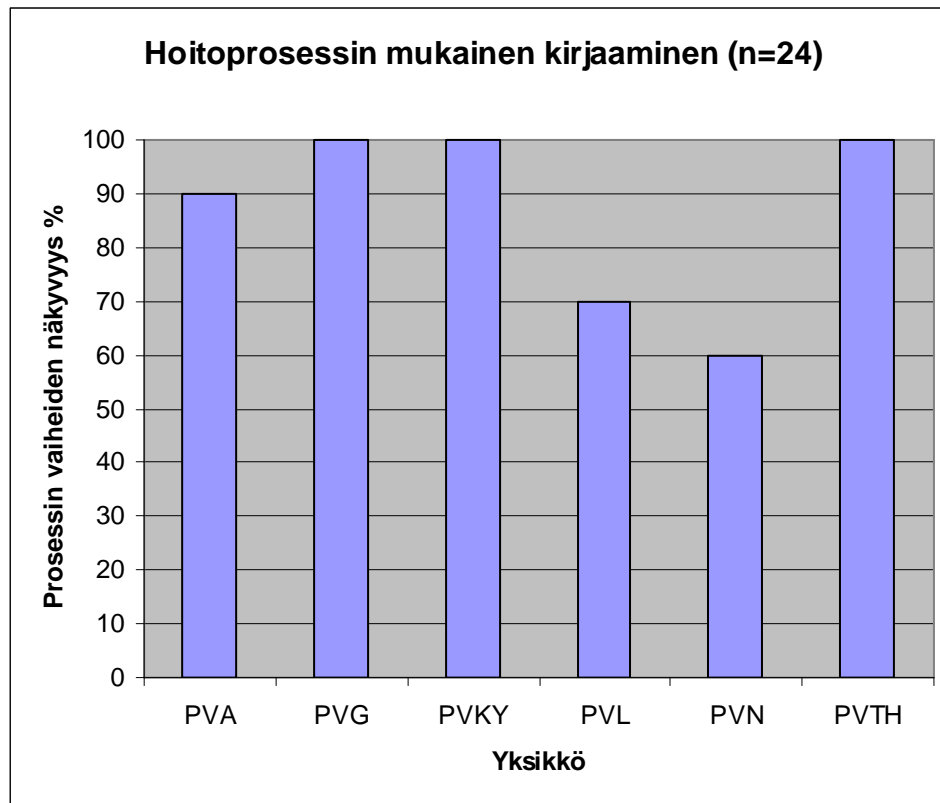
Kuvio 11. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen taso mitattuna kirjaamisen arviointilomakkeella.

Kuviossa 10 on kuvattu Uudenkaupungin yksiköiden arviointilomakkeen arvojen keskiarvo. Taso kokonaisuudessaan oli tyydyttävällä tasolla (ka. 7,29). Poliklini- koiden kirjaamisen taso oli arviointilomakkeen mukaan heikolla tasolla (ka. 5,67). Vuodeosastojen yhteenlaskettu keskiarvo oli 8,91, joka oli vahvasti hyväl- lä tasolla, lähes kiitettävällä (9,00). Arvioitujen potilaskertomusten määrä oli yh- teensä 24 ja kaikki huomioitiin arvioinnissa.



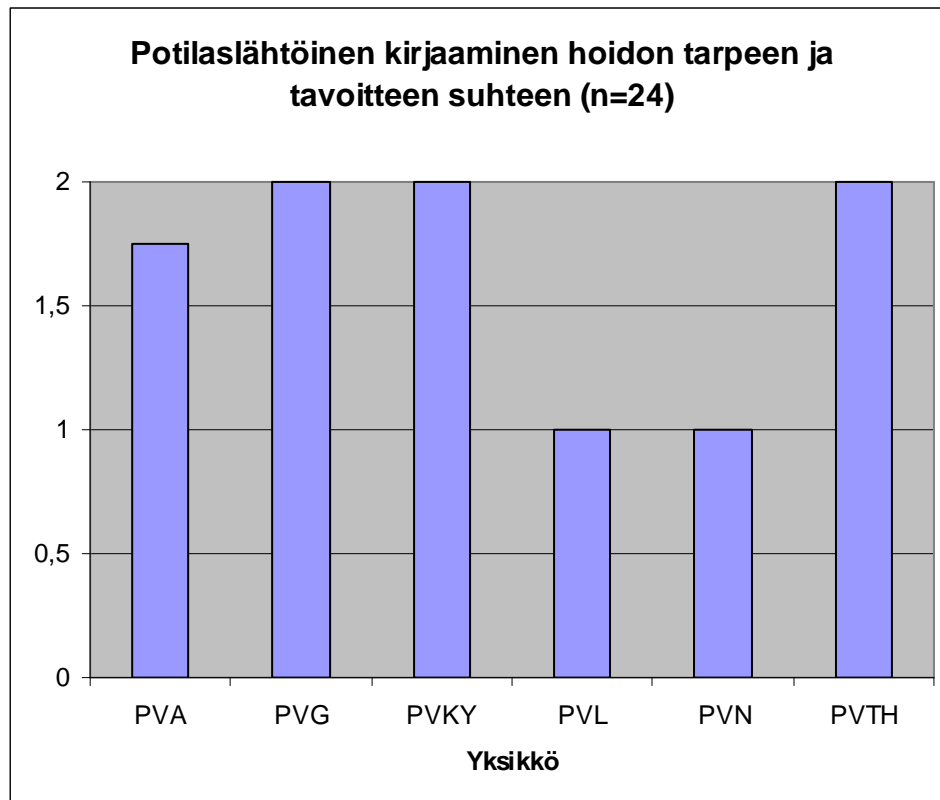
Kuvio 12. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen taso Uudenkaupungin yksiköissä.

Yllä olevasta kuviosta 11 käy selville eri yksiköiden osittain selkeätkin tasoerot kirjaamisessa arviointilomakkeella arvioituna. Uudenkaupungin psykiatrian kuntoutusyksikkö (PVKY) sai arviointilomakkeella arvioituna täydet pisteet ja heidän kirjaamisensa on kiitettävällä tasolla. Kiitettävällä tasolla olivat myös aikuispsykiatrian poliklinikka (PVA) ja vanhuspsykiatrian osasto (PVG). Nuorisopsykiatrian poliklinikka (PVN) jäi jopa alle hyväksyttävän tason ja arviointilomakkeen perusteella vaatii jatkotoimia kirjaamisen saattamiseksi vaatimusten mukaiseksi. Tutkimus- ja hoito-osasto (PVTH) jäi hieman hyvästä kirjaamisen tasosta ja lastenpsykiatrian poliklinikka (PVL) kirjaa arviointilomakkeen mukaan tyydyttävän tason alarajalla.



Kuvio 13. Hoitoprosessin mukainen kirjaaminen

Hoitoprosessin mukainen kirjaaminen oli näiden yksiköiden osalta hyvällä tasolla (ka. 87%). Kuviossa 12 on kuvattu hoitoprosessin vaiheiden näkyvyyttä kirjauksissa. Osastojen kirjaamisessa prosessin vaiheet näkyivät kirjaamisessa kiihtävästi ja poliklinikoillakin oltiin pääosin hyvällä tasolla. Ainoastaan lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoilla hoitoprosessin vaiheet olivat vain 60-70 % näkyvissä. Pääosin hoidon tarve oli kirjattuna, mutta tavoitteita oli hoidolle asetettu niukasti. Hoitotyön toimintoja oli myös kirjattu, mutta hoidon tulos/arviointi oli jätetty kokonaan tekemättä.



Kuvio 14. Potilaslähtöinen kirjaaminen hoidon tarpeen ja tavoitteen suhteen.

Potilaslähtöistä kirjaamista arvioitiin vain hoidon tarpeen ja hoidon tavoitteen määrittelyn suhteen. Tämä rajausta tehtiin sen vuoksi, että arviointilomaketta täyttäessä ei muita kohtia arvioitu selkeästi potilaslähtöisesti, eikä muut kohdat potilaslähtöisyyden toteutumista ilmennäkään. Mikäli potilaslähtöisyys toteutui sekä tarpeen että tavoitteen mukaan, niin yksikön arvo on kaksi ja mikäli potilaslähtöisyys toteutuu vain toisessa, niin arvo on yksi. Kuvio 13 nähdään, että vahvaa kirjaamisen tasoa osoittaneet osastot kirjasivat hoidon tarpeen ja tavoitteen potilaslähtöisesti. Poliklinikoilla tässä onnistuttiin vain osittain, lasten- ja nuorisopsykiatrialla keskimäärin vain toinen kohta oli kirjattu potilaslähtöisesti.

10 TULOSTEN TARKASTELU

10.1 Koulutusmallin toimivuus käytännössä

Laaditut koulutusmallit toimivat kouluttajan näkökulmasta hyvin. Koulutettavalta henkilökunnalta saadun suullisen palautteen mukaan koulutuspäivien sisältö koettiin riittävän laajaksi. Koulutuspalautetta ei kerätty systemaattisesti, mikä olisi ollut erittäin hyvä asia oman kehittymisen kannalta. Koulutusmallin toimivuutta ei suoraan mittaa myöskään yksiköiden hoitotyön systemaattisen kirjaamisen omaksuminen, sillä siihen vaikutti monet muutkin tekijät.

Koulutusmallien perustana toimivat potilastapausesimerkit luotiin mahdollisimman hyvin kuvaamaan yksikön tyypillistä potilasta tutustumalla yksikön toimintaan ja potilasaineistoon. Projektityöntekijälle oli annattu laajat käyttäjäoikeudet ja velvollisuutana oli seurata kirjaamista yksiköissä. Ajoittain koulutuksen pohjana käytetty potilasesimerkki oli liian yleisellä tasolla kuvattu ja esimerkkiä työstettiin yhteisesti kouluksessa. Näistä tilanteista saatiin saatu hyöty oli suuri. Samoin ajoittain käyttökatkoksista johtuva koulutusympäristön oleminen pois käytöstä mahdollisti joustavien menetelmien käytön. Silloin otettiin potilastapausesimerkki suoraan tuotannosta (osaston/poliklinikan potilaista) ja oppimisympäristö muuttuikin suoraan oikean potilaan hoitosuunnitelman tarkentamiseksi. Tämä oli tietysti mahdollista vain silloin, kun kaikilla koulutettavilla oli suora hoitosuhde potilaaseen.

Käytännössä koulutukset vietiin läpi keskustevalla otteella. Yhteisöllisessä vuorovaikutuksessa, keskusteluissa ja yhteisessä toiminnassa yksilön ajatteluprosessit tulevat näkyviin sosiaalisen konstruktivismin mukaan. Ryhmässä kunkin perustellut käsitykset ja ennako-oletusten ja itsestään selvien asioiden kyseenalaistaminen luovat pohjaa omalle oppimiselle sekä muiden oppimiselle.. (Rauste-von Wright ym. 2003, 53; Tynjälä ym. 2006, 20.) Usein keskustelu avasikin uuden näkökulman kirjaamisen opetteluun ja vallitsevia käytäntöjä opittiin kyseenalaistamaan sekä miettimään potilaslähtöisesti, miten kirjaaminen saattaisi edistää hoitotyön toteuttamista.

Yksilötasolla oppimisen eroja tietysti on, mutta näiden koulutusten perusteella vankan koulutusmallin taustalla oleminen tasoittaa osaltaan eroja. Yksilöosaaminen käsittää teoreettiset ja käytännön tiedot ja taidot sekä fyysiset ja psyykkiset valmiudet saavuttaa määrällisiä ja laadullisia tavoitteita työssä. Yksilön motiivit, yksilölliset ominaisuudet, käsitys itsestä, tiedot ja taidot sekä työntekijän fyysiset ja psyykkiset valmiudet sisältyvät osaamiseen. Siihen liittyvät myös hänen asenteensa ja käsitys omasta työtehtävästä. Työntekijän todellinen osaaminen muodostuu ammatillisen pätevyyden lisäksi myös hiljaisesta tiedosta, jota kertyy työn ja elämäkokemuksen myötä. Työntekijän todellisen osaamisen ja työssä tarvittavan osaamisen ero on käytössä olevaa osaamista eli näkyvä osaaminen on vain jäävuoren huippu yksilön todellisesta osaamisesta. Olennaisinta on määritellä se osaaminen, joka ilmenee erilaisissa työtilanteissa näkyvänä toimintana, jolle perustan luo henkilön näkymätön osaaminen. (Ahvo - Lehtinen & Maukonen 2005, 18.)

10.2 Kirjaamisen taso yksiköissä

Tärkein kirjaamismalliin liittyvä yleinen huomio on se, että mallin käytettävyys ja soveltuvuus ovat erilaisia eri terveydenhuollon toimintayksiköille ja toimintaympäristöille. Erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa hoidon prosessit ja kirjaamisen prosessit vastaavasti ovat hieman erilaisia sekä ne painottuvat hoidon eri vaiheisiin. Myös erikoissairaanhoidon sisällä vuodeosaston ja poliklinikan kesken on toiminnassa ja kirjaamisen tarpeissa ja käytännöissä eroja, samoin poliklinikalla, jos hoitaja toimii itsenäisesti tai lääkärin parina. Perusterveydenhuollon sisälläkin vuodeosastot jakaantuvat akuutti ja pitkäaikaishoitavia hoitaviin yksiköihin. (Nykänen ym. 2010.) Tässäkin kehittämissuunnitelmassa tuli ilmi selkeät erot vuodeosastojen ja poliklinikoiden kirjaamista tarkasteltaessa. Poliklinikoilla kirjaamisen taso oli osittain selkeästäkin heikompaa kuin vuodeosastoilla.

Tämän kehittämissuunnitelman tulokset ovat hoitoprosessin mukaisen kirjaamisen näkökulmasta tarkasteltuna hyvin samansuuntaiset kuin (vrt. Nykänen ym. 2010) tekemän hoitotyön kirjaamismallin käytettävyystutkimuksessa saadut tu-

lokset. Hoitoprosessi näkyy kirjaamisissa hyvin ja prosessimalli oli kirjaamisen pohjana kaikissa yksiköissä. Kansallisen hoitotyön kirjaamismallin käyttäjien, hoitajien haastattelut ja skenaariotyöskentelyt osoittavat selvästi, että hoitotyön prosessimalli on toimiva, hoitotyötä on opittu jäsentämään tämän mallin mukaan. Prosessimallin vaiheisiin liittyvä FinCC -luokituskokonaisuus, komponentti, pääluokka- ja alaluokkatasoiheen koetaan hyvin laajaksi ja yksityiskohtaiseksi. Kirjaamismallin käytön eroja tasoittaa tällä hetkellä vapaan tekstin kirjaamismahdollisuus: vapaata tekstiä kirjataan paljon, koska siinä voidaan dokumentoida kuvailevaa ja yksilöllistä tietoa potilaasta, mitä ei saada luokituksen avulla kirjattua. Vapaata tekstiä on myös totuttu kirjaamaan ja myös lukemaan, koska aiemmin hoitotyön kirjaukset on tehty pääasiassa vapaana tekstinä. Vapaan tekstin käyttö myös helpottaa luokituksen käyttöä, koska komponentin valinnan jälkeen voidaan kirjata vapaata tekstiä eikä tarvitse edetä luokituksessa yksityiskohtaisemmille tasoille. Toisaalta jotkut otsikot (komponentin pää- tai alaluokka) toimivat itsenäisesti tiedon välittäjänä, eikä vapaata tekstiä näissä tilanteissa välttämättä tarvita. (Nykänen ym. 2010.)

Potilaslähtöisyys toteutui potilaan tarpeen ja tavoitteen määrittelyn suhteen useassa tapauksessa. Poliklinikoilla oli suurempia vaikeuksia asettaa potilaslähtöisiä tavoitteita kuin osastoilla. Hoidon tarve saatiin määriteltyä potilaslähtöisesti joka tapauksessa, mitä voidaan pitää hyvänä tuloksena. Tutkimustuloksen perusteella ei voida sanoa, toimittiinko potilaslähtöisesti, mutta sitä voidaan arvioida, oliko hoitosuunnitelman pohjana potilaslähtöisesti kirjattu hoidon tarve ja oliko tavoite asetettu potilaslähtöisesti. Tämän perusteella hoitotyön perustana toimi useimmiten potilaslähtöinen ajattelu.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

11.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämiprojektin eettiset kysymykset ja luotettavuus liittyivät opinnäytetyön tekijän toimintaan ja aineistonkeruun välineen luotettavuuteen. Saatujen tulosten voidaan todeta olevan niin luotettavia kuin siinä käytetty mittari (Vehviläinen-

Julkunen & Paunonen 2006, 206-207). Tässä tutkimuksessa käytettiin aineiston keräämisen ja analyysin tukena kirjaamisen arviointilomaketta, josta ei tässä yhteydessä voi puhua mittarina, mutta jonka käyttöön eettiset kysymykset ja luotettavuus vahvasti liittyivät. Kirjaamisen arviointilomakkeen käyttöä testattiin huolellisesti ennen tutkimusaineiston arvioinnin toteuttamista. Testaus tapahtui Uudenkaupungin psykiatristen yksiköiden potilaskertomusohjelmasta poimittujen harkinnanvaraisten näytteiden avulla. Testauksen tuloksia ja tulkintoja arviointiin projektikollegan sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kirjaamisen vastuuhenkilön kanssa. Vastuuhenkilön kanssa toteutettiin myös arviointilomakkeen käytön testaaminen siten, että Mirandan koulutusympäristössä molemmat arvioivat saman potilastapausesimerkin ja arviointilomakkeeseen merkittyjä arvoja verrattiin toisiinsa. Poikkeamia ei tuolloin havaittu neljän potilasesimerkin testauksen jälkeen.

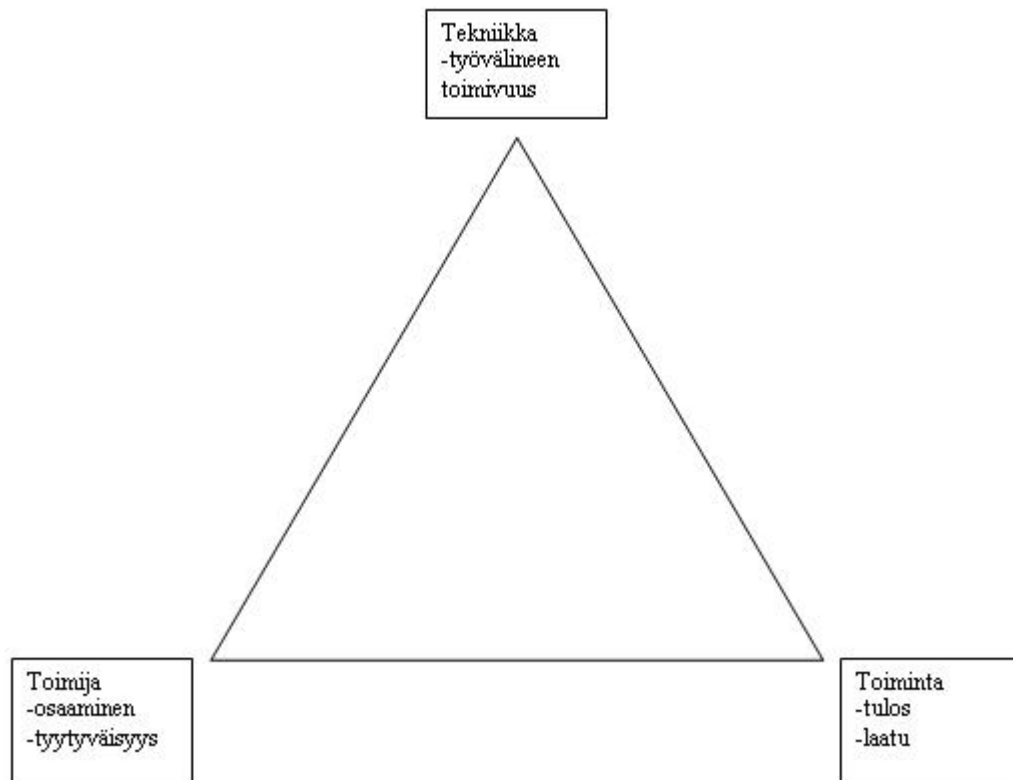
Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijalta rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tutkimustulosten esittämisessä. Tutkimusta tehdessään tulee tutkijan noudattaa tutkimusetiikkaa samalla tavalla kuin ammattilaisen on harjoittaessaan ammattiaan noudatettava alansa ammattietiikkaa. (Vilkka 2005, 30, 40.) Kirjaamisen arviointilomakkeen käyttöön on olemassa lupa niin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tasolla kuin kirjallinen lupa, joka on saatiin tätä nimenomaista kehittämisprojektia ja sen raportointia varten tekijältä. Lupa potilasasiakirjoihin kohdistuvasta arvioinnista saatiin psykiatrian tulosalueen johtavalta ylihoitajalta sekä tulosalueen johtajalta kirjallisena (liite 1). Aineisto hävitettiin asianmukaisesti arvioinnin jälkeen silppurissa ja vietiin tietosuoja jäteastiaan. Potilaiden henkilötiedot eivät tulleet missään vaiheessa arvioijan tietoon, vaan ne olivat peitettynä. Potilasasiakirjatulosteet olivat numeroodein yhdistettävissä yksikkötunnisteisiin, jotta lopullinen yksikkökohtainen kirjaamisen tason arviointi voitiin suorittaa.

Eettiset kysymykset liittyivät vahvasti kirjaamisen arviointilomakkeen täyttämiseen. Eettisyyden vaatimukset, joita ovat älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden, rehellisyyden, vaaran tuottamattomuuden, ihmisarvon, sosiaalisen vastuun, ammatinharjoittamisen edistämisen sekä kollegiaalisuuden vaatimukset

toimivat hyvänä perustana on tutkijan eettisyyden pohdinnalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Arvioija oli sama henkilö kaikkien kohdalla, joten arvioidessaan kirjaamisen laatua ja projektin onnistumista vaatimus rehellisyydestä. Luotettavuuden kannalta tämä oli kuitenkin perusteltu ratkaisu, sillä kirjaamisvastaaville lomakkeiden täyttö olisi pitänyt kouluttaa perusteellisesti ja tutkimuksen luotettavuus olisi saattanut kärsiä, koska vaikka kirjaamisen arviointilomakkeessa on selitetty arviointikohdat mahdollisimman hyvin, niin mahdollisuus tulkintaeroavaisuuksiin oli olemassa. Kun arvioinnin suoritti yksi ja sama henkilö, niin tulkintaeroavaisuuksien mahdollisuus oli suljettu pois.

11.2 Kehittämisprojektin arviointi

Terveystieteiden tietojärjestelmien yhteentoimivuuden kehittäminen tarjoaa tällä hetkellä näkyvimpiä ja suurimpia haasteita sähköisten terveystieteiden parissa työskenteleville. Toinen iso haaste liittyy tietojärjestelmien käytettävyyteen. Tietojärjestelmien käytettävyyttä voidaan arvioida monista eri näkökulmista. Kuviossa 14 on esitetty arviointikriteerit kolmen eri toimijan näkökulmasta. (Nurminen ym. 2002).



Kuvio 15. Tietojärjestelmän käytettävyyden arviointi (Mukaellen Nurminen ym. 2002).

Toimijälähtöistä arviointia käytetään terveydenhuollon prosesseja ja erityisesti muutostilanteita tarkasteltaessa. Toimijan näkökulmaa edustavat potilaan hoidossa hoitotyöntekijät, muut hoitotiimin jäsenet ja hoitotyön johtajat. Toimijälähtöisesti arvioituna, tämä kehittämisprojekti onnistui kohtuullisesti. Hoitotyöntekijät osallistuivat koulutuksiin, ottivat uuden kirjaamismallin käyttöön ja arviointilomakkeella arvioituna kirjaamisen taso on kohtuullisella tasolla. (Koponen ym. 2005.)

Toiminnan arvioinnissa verrataan toiminnan tulosta ja laatua asetettuihin tavoitteisiin. Toimintaa arvioitaessa huomio kiinnittyy siihen, onko henkilökunnalla käytettävissään ne tiedot, joita he potilasta hoitaessaan tarvitsevat ja onko tallennettava tieto, tiedon määrä tai tiedon laatu muuttunut siirryttäessä uuden kirjaamismallin käyttöön. (Koponen ym. 2005.)

Tekniikan arvioinnissa voidaan pohtia esimerkiksi kirjaamisen toimivuutta osana moniammatillista sähköistä potilaskertomusta. Tietojärjestelmän käyttöönoton

arviointi ei yleensä ole helppoa, sillä teknologialla on monenlaisia vaikutuksia. Arviointi vaatii joustavia lähestymistapoja, jotka ottavat huomioon perineteisten vaikuttavuutta kuvaavien lopputulosmittareiden ohella myös muun muassa järjestelmän käytettävyyteen, käyttäjien tyytyväisyyteen, turvallisuuteen ja taloudellisuuteen sekä teknologisten ratkaisujen ominaisuuksiin liittyvät seikat. (Koponen ym. 2005.)

Potilaslähtöisyyden näkökulmasta arvioiden voidaan sanoa, että potilaslähtöisyyden periaate toteutuu käytännön hoitotyössä paremmin kuin kirjaamisessa. Kirjaaminen koettiin yksiköissä helposti ulkokohtaisesti eikä ajateltu kirjaamisen nimenomaan tuovan esiin hoitotyön ydinsisältöjä. Psykiatrinen potilas on ollut hierarkiassa alimmaisessa asemassa ja psykiatrisen hoitamisen kehittyminen potilaslähtöiseksi on vahvasti yhteydessä yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin ja asenteisiin sekä taloudellisiin tekijöihin. Nykyään mielenterveyspotilaan hoitamisen perustaksi on olemassa tietoa, joka auttaa ymmärtämään potilasta ja vaikean sairauden ilmenemistä. Samoin on tuotettu lisää tietoa, joka auttaa potilasta selviytymään sairautensa kanssa jokapäiväisessä elämässä ja mahdollisuuksia tukea potilasta on enemmän parantuneiden, lähinnä avohoitoon suunnattujen resurssien myötä. Psykkisen sairauden tiedetään johtuvan monista eri tekijöistä, jotka eivät aina ole kasvatuksesta tai elämäntilanteesta riippuvaisia, mikä on vähentänyt potilaan ja potilaan perheenjäsenten syyllisyyttä sairastumisesta. Psykiatrinen sairaus tuo kuitenkin edelleen mukanaan useimmiten häpeän taakan, joten sairastunut joutuu kestämään usein ympäröivän yhteisön torjuvan suhtautumisen yrittäessään selviytyä yhteiskunnan jäsenenä sairauden aiheuttaman kärsimyksen ja ahdistuksen lisäksi. Pitkällä 2000-luvulla oltaessa on anteeksiantamatonta olla huomioimatta potilaslähtöisyyttä hoitotyön lähtökohdaksi. Liian kova kiire tai muut syyt potilaslähtöisyyden laiminlyönnin taustalla ovat ristiriidassa eettisten ohjeiden ja organisaation arvojen kanssa –näihin syihin vetoavan hoitotyöntekijän pitäisi aina puuttua tilanteeseen ja nostaa potilaslähtöisyys toimintansa lähtökohdaksi. (Lester ym. 2006, 415-422.)

11.3 Kehittämisehdotukset

Organisatorisesti ajateltuna kehittämisprojektin aikana havaittiin useita kehittämiskohteita psykiatrian tulosalueen tietohallinnon koulusten järjestämisen kannalta. Projektin alusta alkaen oli selvää, että psykiatrian tulosalueen fyysinen hajanaisuus asettaa uudenlaisen haasteen yhtenäisiä kirjaamismalleja kehitettäessä. Tämän kehittämisprojektin jälkeen onkin valmisteilla puolen vuoden projekti, jonka aikana psykiatrian tulosalueen tietohallinto on tarkoitus järjestää uudelleen, jotta hoitotyöntekijöiden työvälineen osaaminen varmistetaan.

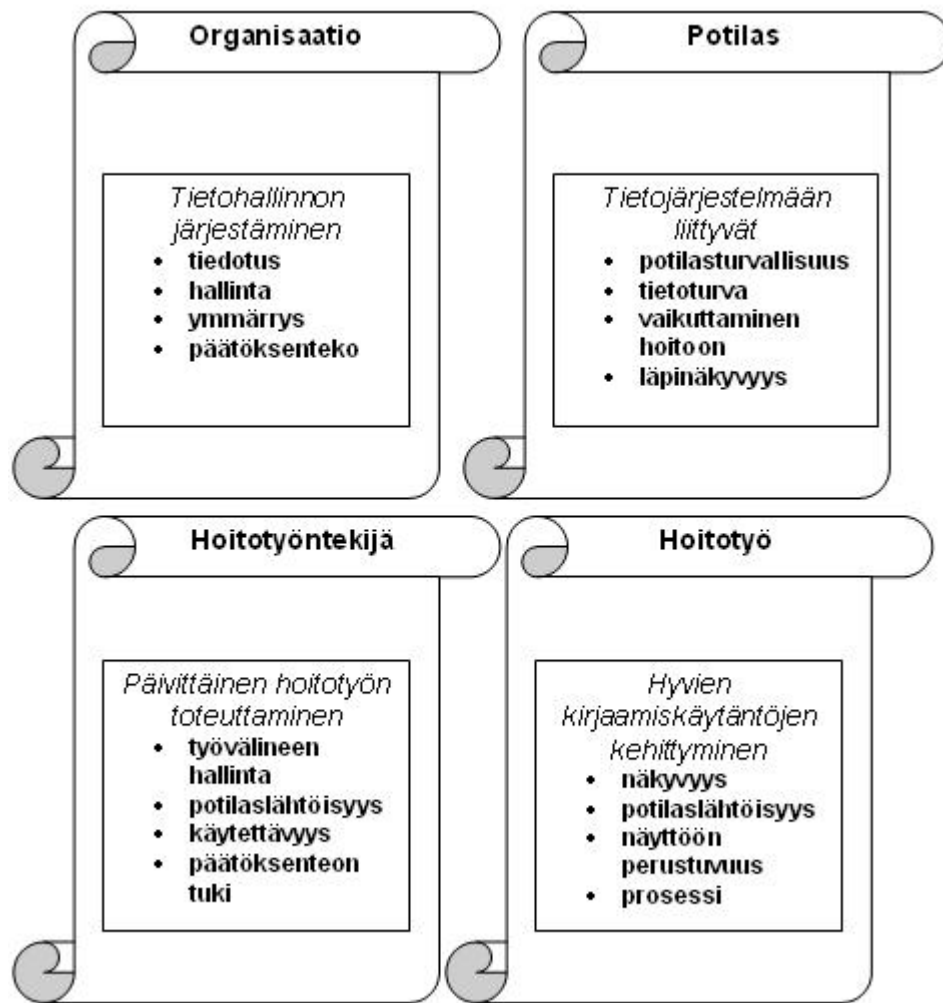
Potilaan näkökulmasta kirjaaminen on varsinkin psykiatriassa ollut piilossa tapahtuvaa toimintaa. Jatkossa kannettavat tietokoneet hoitoneuvottelujen tukena tulevat olemaan arkipäivää myös psykiatrialla. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri siirtyi käyttämään elektronista potilaskertomusta virallisena A-sairaalan paljon jälkeen 2.9. 2011 ja psykiatrian tulosalue siirtyi viralliseen elektroniseen potilaskertomukseen 1.2. 2012. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että paperiset potilaskertomukset ovat vain kopioita alkuperäisistä ja tulevaisuudessa potilastiedot ovat virallisia vain sähköisessä muodossa. Paperinen arkisto toimii luonnollisesti pitkän aikaa, sillä käytännössä on edelleen paljon lomakkeita, jotka ovat vain paperiversioina olemassa.

Joka tapauksessa tietotekniikka on osa terveydenhuollon työvälineistöä ja potilaan kannalta niiden käytettävyys ja hoitohenkilökunnan osaaminen ovat hoidollisesti näkyviä osioita. Potilaat ovat pääosin tottuneet tietotekniikan käyttöön osana palveluita ja uskonkin, että suurempi haaste on hoitohenkilökunnan asenteissa, tietojärjestelmien käytettävyydessä ja tietoteknisen osaamisen varmistamisessa kuin potilaan totuttamisessa tietotekniikan läsnäoloon.

Hoitohenkilökunnan näkökulmasta potilastietojärjestelmän käytettävyys on avainasemassa. Tämän kehittämisprojektin aikana koettiin useita käyttökatkoja, joista osa tosin toteutettiin sovitusti. Käyttökatkon aikana ei kuitenkaan potilaskertomusjärjestelmä ole käytössä, joten potilastietoja ei silloin saada eikä niitä voida kirjata. Järjestelmän luotettavuuden täytyy siis olla korkealla tasolla, jotta voimme olla varmoja siitä, ettei potilasturvallisuus vaarannu. Käytettävyyden

muista osa-alueista ongelmallisina koettiin luokitusten ja prosessivaiheiden väliset yhteydet, jotka eivät näyttäyty hoitohenkilökunnalle (vrt. Winblad ym. 2008) ja luokitusten esitystapaan, joka on Mirandan hoitokertomusosiossa vaikeaselkoisesti toteutettu. Hoitohenkilökunnan toiveena on saada käyttöön kirjausten tekemistä tukeva työväline, joka on käyttökelpoinen, yksinkertainen, näppärä ja nopea (Winblad ym. 2008).

Hoitotyön näkökulmasta tärkeintä on hyvien kirjaamiskäytäntöjen kehittyminen. Hoitotyötä on syytä myös tehdä näkyväksi ja systemaattinen kirjaaminen on paras tapa tukea sitä. Kun raportointijärjestelmät, hakukoneet ja tiedon hyödynnettävyys vielä jatkossa paranevat, niin kirjaamisen rakenteisuus saa uuden, vankan perusteen toiminnan tueksi. Potilaslähtöisyys hoitotyössä on lähtökohta ja niin sen tulee olla kirjaamisessakin. Parhaimmillaan nämä tukevat toinen toistaan ja hoitotyön näkökulmasta kirjaaminen nähdään tärkeänä osana ydintehtävän suorittamisen suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisen vaatimus on ollut pitkään esillä ja potilastietojärjestelmien yhä kehittyessä, sekin mahdollistuu tietoteknisesti tuettuena entistä paremmin. Winbladin ym. 2008 tekemän selvityksen perusteella suositeltiin sekä kirjaamismallin että sen tietojärjestelmätoteutusten jatkokehittämistä. (Winblad ym. 2008.)



Kuvio 16. Kehittämissuhteet eri toimijoiden näkökulmasta.

Winbladin ym. 2008 tutkimuksessa esiin nousi tarvetta toimintaympäristön ja käyttötilanteiden ominaispiirteisiin pohjautuvaan tietojärjestelmäsuunnitteluun voidaan pitää käytännön soveltamisen näkökulmasta hoitotyön alueella uutuusarvoa sisältävänä lähestymistapana. Tutkimuksen yksi keskeisimmistä johtopäätöksistä oli se, että kirjaamismallia tulisi kehittää paremmin sopivaksi erilaisiin käyttötilanteisiin ja potilasryhmiin. Samoin tietojärjestelmätoteutuksia tutkittaessa nykyisten hoitokertomusten ja kirjaustapojen todettiin sopivan vaihtelevasti eri hoitotyön toimintaympäristöihin. Tutkimuksen suosituksissa mainittujen kirjaamismallin ja hoitokertomuksen kehittämisen lähtökohdiksi tulisi ottaa näiden eri toimintaympäristöjen piirteisiin liittyvä ymmärrys ja käyttäjien (hoitajat, lääkärit, muut ammattiryhmät) tarpeet. Toimintaympäristöjä ja käyttötilanteita

korostavia tietojärjestelmien suunnittelumenetelmiä on käytettävissä runsaasti, ainakin käyttäjäkeskeinen suunnittelu (Gulliksen ym. 2003; Johnson ym. 2005), toimintalähtöinen kehittäminen (Toivanen ym. 2007), sosiotekniset lähestymistavat (Berg 2003) ja muut käyttäjien osallistumista korostavat tietojärjestelmäsuunnittelun lähestymistavat (Pilemalm ja Timpka, 2008).

Winblad ym. 2008 toteavat myös, että käyttöympäristöjen piirteisiin pohjautuva suunnittelutapa korostuu käytettävyystudkimuksessa: käytettävyys on kontekstisidonnaista. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, ettei tietojärjestelmän käytettävyyden arviointia ole mielekästä toteuttaa erillään todellisista käyttöympäristöistä. Tutkimus osoitti tutkituista kohteista nykymuotoisen kirjaamisen sopivan erityisesti kotisairaalan tarpeisiin. Ratkaisujen onnistuneisuutta tulee arvioida aina suhteessa käyttöympäristön neljästä eri osa-alueesta (terveydenhuollon ammattilainen, hänen työtehtävänsä, käytössä olevat välineet ja tietojärjestelmäympäristö, sekä fyysinen ja sosiaalinen ympäristö) juontuviin vaatimuksiin ja tarpeisiin. (Winblad ym. 2008.)

Tästä kehittämisprojektista johdetut konkreettiset kehittämissuositukset liittyvät luonnollisesti kirjaamisen tason säilyttämisen varmistamiseen ja jatkossa sen nostamiseen. Keinoina ovat käyttötuen antaminen jatkossakin, lisäkoulutuksen tarjoaminen ja yhtenäisten käytäntöjen vahvistaminen. Käyttötukea antavat kirjaamisvastaavat yksiköissään ja he konsultoivat projektityöntekijää, mikäli eivät itse osaa ratkaista ongelmaa. Hoitotyön toimisto tukee projektityöntekijää ja kansalliset kontaktit edesauttavat koko maan kattavien yhtenäisten kirjaamiskäytäntöjen syntymistä. Käytäntöjen yhtenäistäminen on haasteellista jopa samanlaisten potilasryhmien kanssa toimivien yksiköiden kesken. Tietohallintoorganisaation vahvistaminen ja tiedottamisen sekä koulutuksen parempi koordinointi toimivat jatkossa hoitotyöntekijöiden apuna uusien tietoteknisten haasteiden edessä. Tulevaisuudessa tietotekniikka tulee valjastaa paremmin tukemaan hoitotyön sisällön kehittämistä ja toteuttamista.

LÄHTEET

Aclely, B. & Ladwing, G. 2002. Nursing diagnosis handbook. A guide to planning care. United States of America.

Ahonen, M-L. 2005. Omahoitaja terveystieteiden vastuuhoitotoiminnassa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Ahvo - Lehtinen, S. & Maukonen, S. 2005. Osaamisen johtaminen kuntasektorilla. Kuntaosaaja 2012-työkirja. Helsinki: Efeko Oy. Viitattu [31.10.2011]. Saatavissa: <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p050621095912H.pdf>

Alanen, Y.O. 1994. An attempt to integrate the individual-psychological and interactional concepts of the origins of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 164 (Suppl. 23): 56 - 61.

Alanen, Y.O. 1997. Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment. London: Karnac Books.

Amberla, S.2007. Potilastietojen käyttötarkoitus ja luovutus. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Arkistolaki 23.9.1994/831.

Berg, M.; Aarts, J. & van der Lei, I. 2003. ICT in health care: Sociotechnical approaches. *Methods Inf Med* 42(4), 2003.

Burkhart, L. & Androwich, I. 2004. Measuring the domain completeness of the nursing interventions classification in nurse documentation. *Computers, Informatics and nursing* vol. 22 no 2/2004, 72-82.

Connelly, L.M.; Keele, B.S.; Kleinbeck, S.V.M.; Schneider, J.K. & Cobb, A. 1993. A place to be yourself: empowerment from the client's perspective. *Image - Journal of Nursing Scholarship* 25(4): 297 - 303.

Dzurec, L.C. 1994. Schizophrenic clients' experiences of power: using hermeneutic analysis. *Image - Journal of Nursing Scholarship* 26(2): 155 - 159.

Ekström, A. 2006. Sähköinen kirjaaminen tuli taloon -kirjaamisen kehittäminen Kukonkallion vanhainkodissa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 43. Turku.

Ensio, A. & Häyrinen, K. 2008. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa: Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 67-74.

Eriksson, K.; Isola, A. & Kyngäs, H. 2011. Hoitotiede. Sanoma Pro.

Gilbert, T. 1995. Nursing: empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing* 21(5): 865 - 877.

Gulliksen, J.; Göransson, B.; Boivie, I.; Blomkvist, S.; Persson, J. & Cajander, Å. 2003. Key principles for user centred systems design. *Behavior and Information Technology* 22 (6), 2003.

Hall, A.B. 1996. The psychiatric model: A critical analysis of its undermining effects on nursing in chronic mental illness. *Advances in Nursing Science* 18(3): 16 - 26.

Hassinen, T. 2009. Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen auditointi Turun yliopistollisessa keskus-

sairaalassa 2009. Turku: VSSHP.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

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

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

Holmberg, J. 2008. Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö? Teoksessa Holmberg, J.; Hirschovits, T.; Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen graafiset palvelut oy, 11-26.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Taustaa ja haasteita. Teoksessa Hopia H. & Koponen L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino, 5-9.

Hui, A. & Stickley, T. 2007. Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing* 59, 416-426.

Hummelvoll, J.K. & Barbosa da Silva, A. 1994. A holistic-existential model for psychiatric nursing. *Perspectives in Psychiatric care* 30(2): 7 – 14.

Hätönen, H.; Kuosmanen, L.; Malkavaara, H. & Välimäki, M. 2008. Mental health: patients' experiences of patient education during inpatient care. *Journal of Clinical Nursing* 17, 752-762.

Häyrinen, K. & Ensio, A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit oy. 97-111.

Isohanni, M.; Hartikainen, A-L.; Moring, J.; Partanen, U.; Rantakallio, P.; Sipilä, P.; Syvälahti, E. & Tienari, P. 1995. Mitä tiedetään skitsofrenian syistä ja taustasta? *Duodecim* 111(4): 1745 – 1752.

Isohanni, M.; Nieminen, P. & Winbland, I. 1993. Miten hoitoaika psykiatrisella osastolla määräytyy? *Suomen Lääkärilehti* 48(10): 918 - 923.

Janhonen, S. 1993. Finnish nurse instructor's view of the core of nursing. *International Journal of Nursing Studies* 30, 157 - 169.

Jauhiainen, A. 2004 Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä. asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Jefferies, D.; Johnson, M., & Griffiths, R. 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 112–124.

Johnson, C.M.; Johnson, T.R. & Zhang, J. 2005. A user centred framework for redesigning health care interfaces. *Journal of Biomedical Informatics* 38, 2005, 7587.

Kaltiala-Heino, R. & Välimäki, M. 1999. Involuntary psychiatric treatment in threshold of the 21st century. *Psychiatria Fennica* 30, 185-204.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

KanTa. 2012. Kansallinen terveysarkisto, Kanta. Viitattu [14.1.2012]. Saatavissa: <https://www.kanta.fi/fi>

Kiviniemi, K.; Junttila, K.; Leinonen, T. & Ruonamo, M. 2007. Rakenteinen kirjaaminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Kehittämiprojekti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Teoksessa Ho-

pia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Klehr, J.; Hafner, J.; Speltz, L.; Steen, S. & Weaver, K. 2009. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. International journal of nursing terminologies and classifications. Vol. 20 (4), 169-180.

Koivu, J. 2010. Psykiatrian tulosalueen esittely hallitukselle 25.5.2010/PowerPoint esitys. [Viitattu 25.3.2011]. Saatavissa: <http://intra.vsshp.fi/wgroups/>

Kokko, S.1996. Mahdollisuus moneen -ensimmäistä kertaa psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan kokemuksia hoidostaan. Licensiaattityö. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Koponen, L.; Harjola, V-P.; Mustonen, H.; Paloheimo, M.; Granfelt, T.; Mustonen, E. & Voipio-Pulkki, L-M. 2005. Kliinisen tietojärjestelmän käyttöönotto erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikalla –hoitohenkilöstön kokemuksia. Suomen lääkärilehti 20/2005, 2233-2238.

Kuivalainen, L. & Kaila, L. 2008. Kirjaamisen arviointilomake. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalihuollon kuntayhtymä. Joensuu.

Kuosmanen, L. 2009. Personal Liberty in Psychiatric Care - Towards Service User Involvement. Annales Universitatis Turkuensis D 841.

Kärkkäinen O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia H. & Koponen L. (toim.). 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007.S. 89 – 96.Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2.2.2007/61

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta. 3.8.1992/733

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 21-43

Lauri, S.; Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Juva: Werner Söderström osakeyhtiö.

Lehti, T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti. Vol. 2 2/2004, 4-9.

Lehtinen, K. 1994. Need-adapted treatment of schizophrenia: family interventions. British Journal of Psychiatry 164 (suppl. 23): 89 - 102.

Leino-Kilpi, H. 1990 a. Good Nursing Care - On What Basis? Annales Universitatis Turkuensis. Serie D. Medica - Odontologica 49.

Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1992. Patient satisfaction as an indicator of the quality of nursing care. Vård I norden 12, 22-28.

Leino-Kilpi H.; Välimäki M.; Arndt, M.; Dassen T.; Gasull, M.; Lemonidou, C.; Scott, P.A.; Bansemir, G.; Cabrera, E.; Papaevangelou, H. & McParland, J. 2000. Patients' autonomy, privacy and informed consent. International report. BIOMED 2 project. Amsterdam: IOS-press.

Leppänen, T.; Töyry, E. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Potilaiden käsitys ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä. *Hoitotiede* 9(4): 178 - 185.

Lester, H.; Tait, L.; England, E. & Tritter, J. 2006. Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *British Journal of General Practice* 56, 415-422.

Liljamo, P.; Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot-hanke 2007-2008. FinCC-luokituksen käyttöopas. Kuopion Yliopisto. Viitattu [19.3.2012]. Saatavissa: http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSIO_1_0_final_a.pdf

Lundgren- Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko. muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy, 25-34.

Mielenterveysasetus 21.12.1990/1247

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy, 35–56.

Nikkonen, M. 1997. Life after the mental hospital: the way of life of deinstitutionalized psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 3(6): 373-383

Nurminen, M.I.; Reijonen, P. & Vuorenheimo, J. 2002. Tietojärjestelmän organisatorinen käyttöönotto: kokemuksia ja suuntaviivoja. Turku: Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja. Sarja A, 1/2002.

Nykänen, P.; Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto, tietojenkäsittelytieteiden laitos. Julkaisusarja D.

Paunonen, M.1991. Changes initiated by a nursing supervision programme: an analysis based on log-linear models. *Journal of Advanced Nursing* 16, 982 - 986.

Perälä, M-L.; Junttila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakes, Työpapereita 19/2007. Helsinki. Viitattu [8.3.2012]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T19-2007-VERKKO.pdf>

Pilemalm, S. & Timpka, T. 2008. Third generation participatory design in health informatics – Making user participation applicable to largescale information systems projects. *Journal of Biomedical Informatics* 41(2), 2008.

Punkanen, T. 2008. Mielenterveystyö ammattina. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Päihdehuoltoasetus 29.8.1986/653

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Rajalahti, E. & Saranto, K. 2011. Nursing informatics -- challenge for education and working life. *Hoitotiede* 23 (4): 243-257.

Rauste-von Wright, M., Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, WSOY.

Rössler, W.; Salize, H.J.; van Os, J. & Riecher-Rössler, A. 2005. Size and burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology* 15, 399-409.

Sabacare. 2011. Clinical care classification system. Viitattu [22.2.2011]. Saatavissa: http://www.sabacare.com/Assets/CCCbrochure_2-10-07.pdf

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

Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa: Hopia, H. Koponen, L. 2007. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino, 13-24.

Saranto, K. & Ensio, A. 1999. Tietojärjestelmien kehittäminen hoitotyöhön. Teoksessa Saranto, K. & Korpela, M. (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Porvoo: WSOY, 190-215.

Saranto, K. 2008. Tiedon muodostuminen hoitoprosessissa. Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit oy.

Sihvonen, M. 1988. Potilaiden ja hoitajien näkemys tavoitteista ja keinoista psykiatrisessa sairaanhoidossa. Helsinki: yliopiston yleislääketieteen laitos, julkaisusarja 5.

Simpson, E. & House, A. 2002. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 325, 1265-1270.

Skitsofrenia -Käypä hoito. 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Duodecim. Viitattu [12.1.2012]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050?hakusana=skitsofrenia>

Sonninen, A L. & Ikonen, H. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 75-79.

Sonninen, A L. 2008. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 66-74.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalinsäilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. STM oppaita 2001:3 Viitattu [14.2..2012]. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys80.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Potilastietojen luovutukseen liittyvää suostumusmenettelyä uudistetaan –Tiedote 279/2010. Viitattu [17.1.2012]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1533853#fi>

Spencer, J.A. & Lunsford, V. 2010. Electronic documentation and the caring nurse-patient relationship. *International Journal for Human Caring* 14(2): 30-35.

Stakes 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Viitattu [9.3.2012]. Saatavissa: http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4017/http_wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_kasi.pdf

Suomen perustuslaki 731/1999.

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot –hanke (hoidata- hanke) 9/2007- 10/2009. Loppuraportti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä: hallintokeskus. Viitattu [18.1.2012]. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/fi/4519>

Tanttu, K. 2008. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidon jatkuvuus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 128-134.

Toivanen, M.; Luukkonen, I.; Ensio, A.; Häkkinen, H.; Ikävalko, P.; Jaatinen, J.; Klemola, L.; Korhonen, M.; Martikainen, S.; Miettinen, M.; Mursu, A.; Röppönen, Y.; Silvennoinen, R.; Tuomainen, T.; & Palmen, M. 2007. Kohti suunnitelmallisia muutoksia. Opas terveydenhuollon tietojärjestelmien toimintalähtöiseen kehittämiseen. Kuopion yliopiston selvityksiä E, Yhteiskuntatieteet 39, Kuopion yliopistopaino, Kuopio.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Viitattu [26.1.2012]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/palvelut/koodistopalvelu

Tynjälä, P.; Heikkinen, H. & Huttunen, R. 2006. Konstruktivistinen oppimiskäsitys oppimisen ohjaamisen perustana. Teoksessa Kalli, P. & Malinen, A. (toim.) Konstruktivismi ja realismi. Aikuiskasvatuksen 45.vuosikirja. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura. Vantaa. Dark Oy, 20-48.

Valtiovarainministeriö. 2001. Osaamisen johtaminen. Kehittämishankkeen loppuraportti. Työryhmämuistioita 6/2001. Viitattu [22.1.2012]. Saatavissa: http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/06_valtion_tyomarkkinlaitos/4064/4065_fi.pdf

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2007. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia 2007-2015. Turku: Finepress Oy.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. 1.5.05–31.5.08.(Hoidok-Hanke) Loppuraportti, Osa 1. Varsinais-suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu [16.1.2012]. Saatavissa: <http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3727&GUID=%7BD2E8B2F2-2B7C-48A9-8230-0D8930F35C32%7D>

Viljanen-Peuraniemi, M.; Hassinen, T.; Lehti, T; Tanttu,K. & Salanterä, S. Hoitotyön systemaattisen kirjaamismallin sisällön laadun ja hoitotyön kirjaamisen ajankäytön arviointi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä 2010. Turku: VSSHP. Loppuraportti 30.8.2011.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Virolainen, M. 2006. Estetiikkaa kansalaisille ja ammattilaisille kouluttamalla? Teoksessa M. V. Volanen, M. Friman, O. Lampinen & P. Nummela (toim.) Ammattien kutsu. Ammattikorkeakoulut ja estetiikka. Opetusministeriön julkaisuja 18. Helsinki: Opetusministeriö, 112–121. Viitattu [29.2.2012]. Saatavissa: http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/opm18_osa2.pdf

Välimäki, M.; Scott, A.; Lahti, M. & Chambers, M. 2008. The Changing Face of Psychiatric Nursing –Care or Control? University of Turku. Department of Nursing Science.

Watkins, T.; Haskell, R.; Lundberg, C.; Brokel, J.; Wilson, M. & Hardiker, N. 2009. Terminology use in electric health records: basic principles. Society of urologic nurses and associates urologic nursing volume 29(5), 321-326.

Weinstein, J. 2006. Involving mental health service users in quality assurance. Health Expectations 9, 98-108.

Wilson, J.H. & Hobbs, H. 1995. Therapeutic partnership. A model for clinical practice. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 33, 27.

Winblad, I.; Reponen, J.; Hämäläinen, P. & Kangas, M. 2008. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2007. Tilanne ja kehityksen suunta. Helsinki: Stakes, raportteja 37/2008. Viitattu [11.1.2012]. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R37-2008-VERKKO.pdf>

Wittchen, H.U. & Jacobi, F. 2005. Size and burden of mental disorders in Europa –a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 15, 357-376.

Ydintieto-opas 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt -Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. 11.8.2009. Viitattu [4.5.2012]. Saatavissa: https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=46b8b38a-3488-4c6e-81d2-ae8dcfeaf848&groupId=10206

Ydintieto-opas 2007. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2 31.1.2007. Viitattu [14.2.2012]. Saatavissa: <http://virtual.vtt.fi/virtual/hl7/cda/opas-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf>

Liite 1. Tutkimuslupa

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terveysala



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
ÅBO YRKESHÖGSKOLA

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU/Terveysala

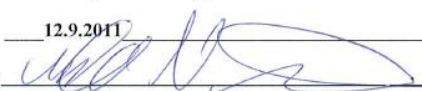
ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

HAKIJA/HAKIJAT	Koulutusohjelma
Mikko Nieminen	Hoitotyön kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Yhteyshenkilö Mikko Nieminen Osoite ja puh. Yo-kylä 2D32 20540, 040-1931931	

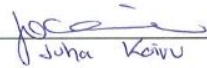
Opinnäytetyön nimi	"Kohti laadukasta kirjaamista" –hoitotyön systemaattisen kirjaamisen käyttöönottoprojekti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella
Aineiston keruun kohde ja aineiston luonne ja koko	Psykiatrian tulosalueen potilastietojärjestelmä, päivittäiset hoitopäivä/käynti – näkymän merkinnät. Aineiston koko n=24
Aineiston kokoamistapa ja ajankohta	14.9.-14.10.2011
Arvioitu valmistusaika	30.4.2012
Ohjaaja	Raija Nurminen
Ohjaaja	Marjo Salmela

Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa vain opinnäytetyön tekemiseen ja siten, että aineiston keruun kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.

Päiväys 12.9.2011

Allekirjoitus 

Lupa myönnetty Lupa evätty

Päätäjän allekirjoitus  Päiväys 16.9.2011

Yhteyshenkilö MARJO SALMELA Puh. 050 430 6466

Lupa-anomukseen liitetään ohjaajien hyväksymä tutkimus-/työsuunnitelma. Anomus jätetään kahtena kappaleena, joista toisen luvasta päättäjä palauttaa käsittelyn jälkeen lupaa hakeneille.

OPN, D3. Tutkimuslupalomakkeita /2009

Liite 2. Kirjaamisen modifioitu arviointilomake (Kaila & Kuivalainen 2008; Tanttu, Lehti & Hassinen 2011).

	Auditoitava osio/ hoitosuunnitelma	1	2	3	4	Σ	ka
1	Tarve kirjattu					0	0,00
2	Tavoite kirjattu					0	0,00
3	Suunnitellut toiminnot kirjattu					0	0,00
4	Toteutus kirjattu					0	0,00
5	Arviointi / Hoidon tulos kirjattu					0	0,00
6	Tarve → tavoite					0	0,00
7	Tavoite → toteutus					0	0,00
8	Toteutus → suunnitellut toiminnot					0	0,00
9	Tulos vs. potilaan yksilöllinen tavoite Suunnittelun ja valitun toiminnon					0	0,00
10	tulos kirjattu					0	0,00
Σ			0	0	0	0	0,00

Tuloksen arviointi ja toimenpide-ehdotus:

Ei hyväksyttävä taso	0,00-4,99
<i>Huolehdi pikaisesti, että kirjaaminen tulee lain vaatimalle tasolle</i>	
Heikko taso	5,00 - 5,99
<i>Tarkista asenne kirjaamiseen, varmista kirjaamisosaaminen ja tee kehittämissuunnitelma</i>	
Tyydyttävä taso	6,00 - 7,99
<i>Varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma</i>	
Hyvä taso	8,00 -8,99
<i>Varmista osaaminen/osio ja tee sen mukainen kehittämissuunnitelma</i>	
Kiitettävä taso	9,00 - 10,00
<i>Varmista, että kirjaaminen jatkuu tällä tasolla</i>	

© Arja Kaila, Leena Kuivalainen

© Kaarina Tanttu, Tuija Lehti, Tiina Hassinen 2011

Liite 3. Kirjaamisen arviointilomakkeen modifioitu seliteosio (Kaila & Kuivalainen; Tantt, Lehti & Hassinen 2011)

KIRJAAMISEN ARVIINTILOMAKE

arviointikohde = yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitajakso/yhteenveto tai pkl-käynti)

NRO	ARVIOITAVA OSIO	KYLLÄ* =1	EI =0
1	Onko tarve kirjattu potilaslähtöisesti?		
2	Onko tavoite kirjattu potilaslähtöisesti?		
3	Onko suunnitellut toiminnot kirjattu? (=keinot)		
4	Onko toteutus kirjattu?		
5	Onko arviointi / hoidon tulos kirjattu?		
6	Onko tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?		
7	Onko tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?		
8	Vastaako hoidon toteutus kirjaamisissa asetettuihin hoidon tarpeisiin, tavoitteisiin ja suunniteltuihin toimintoihin?		
9	Onko tulos ilmaistu suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen?		
10	Onko valitun toiminnon tulos arvioitu?		

* ilmiö / asia löytyy = yksikin maininta riittää täyttämään Kyllä-kriteeriin

Kohta 1	Kyllä	Tarve ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, tarpeena
	Ei	Tarve ilmaistu hoitajan tekemisenä, esim. potilaan tiedon tarve kontrolliajasta, jatkoahoito, toimenpide
Kohta 2	Kyllä	Tavoite ilmaistu potilaan tekemisenä, potilaan toiminta on kuvattu verbinä, esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, potilaan tilanne pysyy ennallaan
	Ei	Tavoite on ilmaistu hoitajan tekemisenä, esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa
Kohta 3	Kyllä	Suunnitellut toiminnot on kirjattu sille varattuun kohtaan
	Ei	Ei ole kirjattu tai eivät ole hoitotyön toimintoja
Kohta 4	Kyllä	Hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) on kirjattu sille varattuun kohtaan
	Ei	Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön toteutusta esim. on arviointia
Kohta 5	Kyllä	Hoitotyön tulos on kirjattu sille varattuun kohtaan.
	Ei	Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tulos esim. on toteutusta
Kohta 6	Kyllä	Kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä on vähintään yksi yhteinen tekijä
	Ei	Ei ole yhtään

Kohta 7	Kyllä	Kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä on vähintään yksi yhteinen tekijä
	Ei	Ei ole yhtään
Kohta 8	Kyllä	Toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tavoitteeseen, esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen juuri tällä potilaalla HUOM!! tässä kirjaus kuuluu olla hoitajan tekemistä!
	Ei	Hoitajan toiminta kirjattu irrallisena, rutiinomaisena tekemisenä tai potilaan tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole edes kirjattu esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta (ilman tarkempaa sisältöä), muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään.
Kohta 9	Kyllä	Tulos on vertailua suhteessa potilaan tavoitteen saavuttamiseen (ks. kohta 2).
	Ei	Tulos on kuvausta hoitajan tekemisestä, esim. ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty, kotiutui taksilla, sai reseptit mukaan.
Kohta 10	Kyllä	On kirjattu vähintään yhden toiminnan vaikutus potilaan näkökulmasta, esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14:30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla lautasmallia, epäileväinen vielä onnistuuko.
	Ei	On kirjattu toiminta ja sen toteutus, mutta ei mainintaa sen tuloksesta esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14:30, mutta ei ole mainintaa autoiko se potilasta, keskusteltu ravitsemuksesta, mutta ei mainintaa, mikä oli keskustelun tulos.

© Arja Kaila, Leena Kuivalainen 2008.

© Kaarina Tanttu, Tuija Lehti, Tiina Hassinen 2011.