



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sanna-Mari Pihlajamäki

# RAKENTEINEN KIRJAAMINEN VANHAN VAASAN SAIRAALASSA

Sosiaali- ja terveystieteiden  
2021

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Sanna-Mari Pihlajamäki
Opinnäytetyön nimi	Rakenteinen kirjaaminen Vanhan Vaasan sairaalassa
Vuosi	2021
Kieli	suomi
Sivumäärä	45 + 2 liitettä
Ohjaaja	Anne Puska

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksen oli selvittää hoitohenkilökunnan tiedontasoa koskien rakenteista kirjaamista Vanhan Vaasan sairaalassa. Tavoitteena oli saada tietoa hoitohenkilökunnan tiedontasosta rakenteisesta kirjaamisesta hoitotyön prosessin mukaisesti. Tämän tiedon perusteella tavoitteena oli mahdollisen täydennyskoulutustarpeen arviointi. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena ja suoritettiin Vanhan Vaasan sairaalan kahdelle eri osastolle. Kysely muodostui taustatiedoista, rakenteisesta kirjaamisesta, lisäkoulutuksen tarpeesta sekä hoitotyön prosessista.

Tämän opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä toimii oikeuspsykiatria, Vanhan Vaasan sairaala, hoitotyön rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön prosessi ja sen vaiheet. Kyselylomakkeen perustana toimi teoreettinen viitekehys, se sisälsi määrällisiä kysymyksiä sekä avoimen kysymyksen.

Tutkimuksessa tuli ilmi, että rakenteinen kirjaaminen on hyvinkin hallussa, mutta esimerkiksi komponenttien valinta koettiin psykiatrisessa hoitotyössä haastavaksi. Lisäksi hoitotyön prosessin eri vaiheiden hahmottamisen välillä oli eroja. Noin puolet vastaajista koki tarvetta lisäkoulutukselle.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Hoitotyö

## ABSTRACT

Author	Sanna-Mari Pihlajamäki
Title	Structured Documentation in Vanha Vaasa Hospital
Year	2021
Language	Finnish
Pages	45 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Anne Puska

---

The purpose of the study was to find out what the nursing staff know about the structured documentation in Vanha Vaasa hospital. The aim was to obtain information on the level of knowledge of nursing staff about structured documentation in accordance with the nursing process. Based on this information, the aim was to assess the potential need for further training. The study was conducted as a questionnaire survey and was conducted in two different wards of the Vanha Vaasa Hospital. The survey consisted of background information, structured documentation, the need for further training, and the nursing process.

The theoretical framework of this bachelor's thesis is forensic psychiatry, Vanha Vaasa Hospital, structured documentation of nursing, the nursing process and its stages.

The questionnaire was based on the theoretical framework. It included quantitative questions as well as an open-ended question.

The study showed the nursing staff know how to carry out structured documentation, but for example the choice of components was found to be challenging in psychiatric nursing. In addition, there were differences between the perceptions of the different stages of the nursing process. About a half of the respondents felt that there was a need for further training.

---

Keywords     structured documentation, nursing process, forensic psychiatry

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN.....	8
	2.1 FinCC- luokituskokonaisuus .....	10
	2.2 Kirjaamista ohjaavat lainsäädännöt.....	11
3	HOITOTYÖN PROSESSI JA SEN VAIHEET .....	13
4	VANHAN VAASAN SAIRAALA .....	17
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	20
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	21
7	TULOKSET .....	24
	7.1 Vastaajien taustatiedot.....	24
	7.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen ja lisäkoulutuksen tarve .....	25
	7.3 Hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjatessa hoidon tarpeesta .....	28
	7.4 Hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjatessa hoidon tavoitteesta.....	29
	7.5 Hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa suunnitelluista .....	
	toiminnoista .....	32
	7.6 Hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa hoitotyön toteutusta.....	33
	7.7 Hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa hoitotyön arvioinnista.....	35
	7.8 Kuvailua rakenteisen kirjaamisen toteutumisesta .....	
	Vanhan Vaasan sairaalassa .....	37
8	POHDINTA.....	39
	8.1 Tutkimuksen eettisyys .....	39
	8.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	40
	8.3 Tutkimustulosten pohdinta .....	41
	8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusmahdollisuudet .....	42
	LÄHTEET .....	43

## **KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO**

<b>Kuvio 1.</b> Suomalainen hoitotyön kirjaamismalli FinCC 4.0 mukaan.	16
<b>Kuvio 2.</b> Kokemuksia rakenteisesta kirjaamista	38
<b>Taulukko 1.</b> Taustamuuttujien kuvaaminen	24
<b>Taulukko 2.</b> Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen	26
<b>Taulukko 3.</b> Lisäkoulutuksen tarve	27
<b>Taulukko 4.</b> Hoitotyön tarpeet	29
<b>Taulukko 5.</b> Hoitotyön tavoitteet	31
<b>Taulukko 6.</b> Hoitotyön suunnitellut toiminnot	33
<b>Taulukko 7.</b> Hoitotyön toteutus	34
<b>Taulukko 8.</b> Hoitotyön arviointi	36

## **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Saatekirje

**LIITE 2.** Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö tehtiin kohdeorganisaatiolle Vanhan Vaasan sairaalaan. Opinnäytetyön aihe valikoitui yhdessä kohdeorganisaation kanssa. Aiheeseen päädyttiin omasta kiinnostuksesta sekä kokemuksista koskien rakenteista kirjaamista. Työn tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan tiedontasoa rakenteisesta kirjaamisesta Vanhan Vaasan sairaalassa.

Valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen ja sähköinen potilaskertomus ovat olleet Suomessa tavoitteena jo pitkään (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 45). Hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen on kehitetty kansallinen kirjaamismalli, mutta tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että sen avulla kirjatun tiedon hyödyntämisessä on ongelmia ja haasteita (Nykänen & Junntila 2012, 3). Kirjaamismallin tavoitteena on vakioida tapaa, jolla asiakkaan tai potilaan tietoja kerätään ja kirjataan. Kirjaamista kohdennetaan rakenteen ja luokitusten avulla, mikä helpottaa tiedon hakemista ja hyödyntämistä. (Erkko 2010, 63.)

Hyvä kirjaaminen tekee näkyväksi hoitotyön päätöksentekoa ja hoidon vaikuttavuutta. Kirjaamisen avulla muun muassa varmistetaan hoidon toteutus ja seuranta, toisaalta kirjaukset toimivat näyttönä toteutuneesta hoitotyöstä, sen perusteista ja vaikuttavuudesta. Lisäksi tarpeellisten tietojen riittävä, virheetön ja ajan tasainen kirjaaminen varmistaa, että tarvittava tieto on reaaliaikaisesti kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien käytössä. (Erkko 2010, 62, 64.)

Kirjaamismallin mukainen kirjaaminen on tuonut paljon hyötyä, mutta se on koettu myös työläänä sekä paljon opettelua ja muistamista vaativaksi (Erkko 2010, 65). Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet, että kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa ei FinCC -luokituskokonaisuuteen perustuvan kirjaamisen ole katsottu palvelevan potilaan hoitoa, vaikka itse prosessimallia käytetäänkin (Nykänen & Junntila 2012, 21).

## 2 HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Hoitotyössä edistetään potilaan terveyttä, ehkäistään sairauksia, ylläpidetään terveyttä ja autetaan sekä tuetaan ihmistä sopeutumaan eri tilanteisiin. Hoitaja käyttää teoretietämystään ja käytännön taitojaan hoitaessaan potilaita ja pyrkiessään hoitotyön tavoitteisiin. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 16.) Tehdessään potilaan hoitoa koskevia päätöksiä yhdessä potilaan kanssa hoitotyön ammattilainen hyödyntää oman kokemustietonsa ohella tutkimustietoa, tietoa potilaan yksilöllisestä tilanteesta ja toiveista sekä tietoa hoitoon liittyvistä olosuhteista ja palvelujärjestelmän mahdollisuuksista (Erkko 2010, 62).

Hoitotyö perustuu tietoon. Tiedon käyttö, välittäminen, tallettaminen ja uudelleen käyttö on päivittäistä. Sen vuoksi oikean ja tarpeellisen tiedon tulee viiveettä ja rajoituksetta olla ammattihenkilöstön käytettävissä. Tiedolla on lisäksi suuri merkitys potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. (Saranto, Ensio, Tantu & Sonninen 2007, 12, 25.)

Potilaslähtöinen ja asiakaskeskeinen kirjaaminen on hoitotyön osaamisen ydinaluetta, ja se vaatii hoitotyöntekijöiltä tiedollisia, taidollisia ja eettisiä valmiuksia. Hoitotyöntekijät ovat vastuussa potilaan tietojen asiallisesta ja totuudenmukaisesta kirjaamisesta, tietojen suojaamisesta, tiedon kulusta oikeille tahoille ja hoitomääräysten toimeenpanosta. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 40.) Dokumentointi on myös kirjallinen näyttö toteutuneesta hoitotyöstä. Sen tavoitteena on kuvata potilaan hoito, varmistaa hoidon toteutus, seuranta ja arviointi, turvata tiedonkulku potilaan hoitoon osallistuvien kesken ja luoda edellytykset hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle. (Mykkänen, Miettinen & Saranto 2018, 204.)

Kirjaamisen tulee perustua näyttöön (Pelander & Kirjonen 2011, 22). Näyttöön perustuvan kirjaamisen ensisijainen tarkoitus on turvata potilaalle laadukas hoito. Kirjallisella hoitotyön suunnitelmalla sekä toteutuksen ja arvioinnin kirjaamisella



varmistamme hoitoprosessin asianmukaisen toteutumisen, seurannan sekä jatkuvuuden. (Väänänen 2018.) Lisäksi potilaan saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa hoitoaan ja terveyttään koskevista vaihtoehdoista (Pelander & Kirjonen 2011, 22).

Kirjatun hoidon tulee vastata sisällöltään mm. potilaslain ja potilasasiakirja-asetuksen vaatimuksia sekä sen tulee noudattaa huolellista ja hyvää tietojen käsittelytapaa (Erkko 2010, 62). Hoitotyön kirjaamista ohjeistavat muun muassa lainsäädäntö, asetukset, normistot, hoitajan eettiset velvoitteet, organisaation sisäiset kirjaamisohjeet ja yksikkökohtaiset ohjeet ja suositukset (Rautava-Nurmi ym. 2015, 40). Potilaalla on oikeus saada tietoa hoidon etenemisestä. Kirjatut tiedot ovat keskeisiä potilaan oikeuksien suojelun näkökulmasta. (Saranto ym. 2007, 15.)

Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli koostuu keskeisistä rakenteisista hoitotyön tiedoista kuten hoidon tarve, hoitotoimet, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto sekä hoitotyön prosessista ja FinCC -luokituskokonaisuudesta (Kinnunen ym. 2019, 1). Yhdenmukainen kirjaaminen varmistaa, että käytössä olevat potilastiedot ovat laadullisesti hyviä ja kattavia. Tietoa on helpompi hakea ja hyödyntää esimerkiksi uusien asiakirjojen laatimisen pohjaksi sekä yhteenvetoja, lausuntoja ja todistuksia varten. (THL 2020.)

Rakenteisella tiedolla tarkoitetaan tietoa, jonka kirjaamisessa hyödynnetään erilaisia luokituksia, nimikkeistöjä, sanastoja ja koodistoja (Häyrinen & Ensio 2007, 103). Rakenteinen tieto helpottaa tiedon käsittelyä ja laajentaa uudelleen käytön mahdollisuuksia (Ensio, 2007, 96). Suomen kansallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon tietorakenteiden kehittämisestä ja ylläpidosta vastaa terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen koodistopalvelu (Salonen, Jokinen, Järvelin & Virkkunen, 2019, 2435).

Potilaskertomuksen rakenteistamisella on tarkoitus helpottaa potilastiedon käyttöä, hakua ja hoidon seurantaan sekä yhtenäistää kirjaamista. Rakenteinen kirjaaminen hyödyttää myös siten, että tietoa ei tarvitse kirjata kuin kerran, minkä jäl-

keen se on uudelleen käytettävissä omassa sekä toisessa organisaatiossa tai tietojärjestelmässä kansallisen arkiston kautta. Rakenteisen kirjaamisen odotetaan parantavan potilastiedon laatua, kun tiedon kirjaaminen on aiempaa yhdenmukaisempaa. (Jokinen & Virkkunen, 2008.) Lisäksi rakenteinen kirjaaminen ohjaa hoitosuosituksen noudattamiseen sekä tiedon käyttäjien yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä esimerkiksi potilaan ja hoitotyöntekijän välillä. Rakenteistamisen negatiivisista vaikutuksista on yksittäisiä huomioita, joiden mukaan liian jäykkä rakenne on käyttäjän kannalta subjektiivisesti huono tai saattaa johtaa olennaisen tiedon poisjäämiseen. (Vuokko, Hyppönen & Doupi 2014, 28, 68.)

## **2.1 FinCC- luokituskokonaisuus**

FinCC -luokituskokonaisuus (Finnish Care Classification) päivitettiin vuosien 2018–2019 aikana. Tavoitteena on, että kirjaamisessa pystyttäisiin hyödyntämään mahdollisimman paljon kliinisessä käytössä jo olemassa olevia mittareita sekä se, että uusi FinCC pohjautuu entistä enemmän näyttöön perustuvaan tietoon. Keskeiset rakenteiset tiedot muodostavat hoitotyön päivittäismerkintöjen kirjaamisen sisältörakenteen. FinCC -luokituskokonaisuutta käytetään kirjattaessa hoitoprosessin vaiheiden mukaisia keskeisiä rakenteisia tietoja. Se muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL). (Kinnunen, Liljamo, Härkönen, Ukkola, Kuusisto, Hassinen & Moilanen 2019, 1, 8,19.)

Hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokitusta käytetään potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen eri yksiköissä. Suurin hyöty saadaan näiden rinnakkaiskäytöstä. Potilaan voinnista ja siinä tapahtuneista muutoksista saadaan kokonaisvaltainen kuva, kun hoidon tarvetta ja annettua hoitoa kuvataan tarve- ja toimintoluokitusten avulla hoidon prosessin eri vaiheissa. Hoidon tarpeen kuvaamiseksi hoitaja voi täydentää vapaalla tekstillä valitsemaansa SHTaL:n pää- tai alaluokkaa. Hoidon tarpeelle voidaan määrittää varmuusaste. Varmuusasteet ovat: varma, todennäköinen tai epäily. Hoidon tuloksen tilan arvioinnissa käytetään suo-

malaisen hoidon tulosluokituksen (SHTuL) asteikkoa parantunut, ennallaan, huonontunut sekä täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä. (Kinnunen ym. 2019, 18–19, 22, 20, 11.)

Suomalaisen hoidon tarveluokitus ja suomalainen hoitotyön toimintoluokitus koostuvat molemmat 17 samannimisestä komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta. Komponentit sisältävät vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 45.) FinCC luokituksen komponentit ovat: aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveystyöskäyttöminen, hoidon ja jatkohoidon koordinointi, lääkehoito, ravitseminen, hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykinen tasapaino, aisti- ja neurologiset toiminnot, kudoseheys ja elämäntapa (Kinnunen ym. 2019, 45).

## **2.2 Kirjaamista ohjaavat lainsäädännöt**

Kirjaamista ohjaa moni eri lainsäädäntö. Potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä annetut lait, säännökset ja ohjeistukset koskevat kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 40.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määritellään, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kirjata potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja seurannan turvaamisen kannalta tarpeelliset tiedot. Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) edistetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvalista sähköistä käsittelyä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009/298) määrittää, että potilasasiakirjoja koskeva asetus sisältää säännökset potilasasiakirjojen laatimisesta, niihin merkittävistä tiedoista, asiakirjojen säilytysajasta ja -tavoista. Terveydenhuoltolaissa (2010/1326) todetaan potilastietorekisteristä ja potilastietojen käsittelystä, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueen kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat terveydenhuollon yhteisen potilasrekisterin. Laissa terveydenhuol-

lon ammattihenkilöistä (559/1994) määrätään muun muassa, että terveydenhuollon ammattihenkilön ja kunkin terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava ja säilytettävä potilasasiakirjat lakien säätämällä tavalla. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 41, 42, 44.)

### 3 HOITOTYÖN PROSESSI JA SEN VAIHEET

Hoitotyön kirjaaminen perustuu hoitotyön prosessiin ja päätöksentekoon (Sorsa 2011, 17). Hoitotyön prosessi on menetelmä tai malli, joka tarjoaa hoitotyölle tietyn järjestyksen ja suunnan. Se on hoitajan työväline ja menetelmä, joka auttaa päätöksenteossa, seurausten ennustamisessa ja arvioinnissa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 45–46.) Se on rakenne, joka tekee ajattelusta ja hoitotyön suunnittelusta loogista, kun taas hoitotyön teoriat ja mallit antavat prosessille sisällön (Kassara ym. 2005, 56).

Hoitotyön prosessi tuli WHO:n hoitotyön mallina 1970-luvulla Suomeen. Siitä asti hoitotyön kirjaamista on jäsennetty prosessin mukaisesti. (Hopia, Koponen, 2007, 6.) Prosessin vaiheet ovat rakenteisen kirjaamisen perusta. Kirjaamisessa käytetään hoitotyön ydintietoja ja hoitoprosessin eri vaiheet kirjataan systemaattisesti FinCC luokituskokonaisuuden avulla. Hoitotyön prosessi on viisivaiheinen. Siihen kuuluu hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon tavoite, hoitotyön suunnitellut toiminnot, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 45.) Hoitotyön keskeiset rakenteiset tiedot (ydintiedot) ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus (Kinnunen ym. 2015, 11–12).

Psykiatriassa potilaan hoitoa ohjaa aina yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoitotyön suunnitelma kirjataan hoitotyön prosessin mukaan. Se suunnitellaan yhteistyössä potilaan kanssa, potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Tavoitteiden ja keinojen tulee olla aina konkreettiset ja sisältää määriteltynä käytettävät mielenterveyshoitotyön menetelmät. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 179–180.) Potilaille tulee tarjota ja antaa kopio hoitosuunnitelmastaan. Hoitosuunnitelmassa käytettävän kielen tulee olla potilaskeskeistä ja potilaan ymmärrettävissä. Terveystieteiden ammattilaisten tulee tarjota potilaalle mahdollisuus keskustella suunnitelmasta myös jälkikäteen, sekä antaa tietoa ja varmistaa, että

potilas ymmärtää mitä heidän hoitosuunnitelmassaan on määritelty. (Joanna Briggs Institute 2019.)

### **Hoidon tarve**

Hoidon tarve on prosessin ensimmäinen vaihe. Tässä vaiheessa selvitetään, mitä hoidon tarpeita tai ongelmia potilaalla on. Tätä täydennetään koko hoitajakson ajan. (Rautava-Nurmi 2015, 47.) Hoidon tarve on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla (Saranto ym. 2007, 113). Hoidon tarve kartoitetaan keräämällä ja analysoimalla tietoja potilaasta haastattelun, havainnoinnin ja mittaamisen avulla ja erilaiset tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen. Tietolähteenä voidaan käyttää myös potilaan omaisia tai aikaisempaa potilaskertomusta. Hoidon tarpeet tai ongelmat voivat olla psyykkisiä, fyysisiä tai sosiaalisia, esimerkiksi sydämentykytykset, pelkotilat tai eristäytyminen. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 48.) Saatujen tietojen perusteella hoidon tarve tai tarpeet määritellään yhdessä potilaan kanssa (Kinnunen ym. 2019, 11).

### **Hoidon tavoitteet**

Hoidon tavoitteiden tulee aina olla potilaslähtöisiä, realistisia ja suhteessa potilaan voimavaroihin sekä niiden on oltava arvioitavissa. Hoitajaksoilla voi olla päätavoite, jolloin siihen liitetään osatavoitteita. (Saranto ym. 2007,113.) Tarkoituksena on selvittää, mitä potilas odottaa tai haluaa tapahtuvan ja mitä hänen tilassaan odotetaan tapahtuvan (Rautava-Nurmi ym. 2015, 47).

Tavoitteet tulee muotoilla niin, että potilas selviytyy niistä itsenäisesti tai autettuna tai niin, että potilaan tila pysyy ennallaan. Tavoitteen saavuttaminen voi vaatia terveystottumusten muuttamista, apuvälineiden käytön oppimista tai uuden tiedon hankkimista. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 48.) Psykiatrisessa hoitotyössä ta-

voitteena voi olla vuorokausirytmien ja yöunen korjaantuminen. Akuutissa vaiheessa hoidon päätavoite voi olla esimerkiksi potilaan oireiden lievittäminen. Tavoitteet tulee mahdollisimman nopeasti konkretisoida potilaslähtöisesti: esimerkiksi mitä konkreettista muutosta juuri kyseisen potilaan kohdalla tarkoitetaan. Hoitotyön tavoitteet ja menetelmät, joiden avulla tavoitteeseen pyritään, tulee arvioida ja muuttaa aina potilaan tilanteen muuttuessa. (Hämäläinen ym. 2017, 180.)

### **Suunnitellut toiminnot**

Suunniteltujen toimintojen tarkoituksena on selvittää, minkälaisia hoitotyön auttamismenetelmiä tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan, miten potilas itse haluaa toimittavan ja mitä ohjeita hoitotyön suositukset antavat. Toimintojen on tarkoitus auttaa potilasta edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa tai auttaa potilasta. Auttamismenetelmät vaihtelevat terveydentilan, toimintakyvyn, arvojen, elämäntilanteen ja elinympäristön mukaan. Menetelmiä voivat olla esim. verenpaineen mittaaminen kerran päivässä. Menetelmien tulee olla tarkoituksenmukaisia. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 47, 49.) Psykiatrisessa hoitotyössä keskeisiä menetelmiä ovat esimerkiksi psykoedukaatio sairaudesta ja lääkehoidon toteuttaminen. Osastohoidon aikana käytettyjä hoitotyön menetelmiä ovat esimerkiksi läsnäolo potilaan kanssa, toimintakyvyn tukeminen ja ohjaus sekä omahoitajakeskustelut. (Hämäläinen ym. 2017, 179–180.)

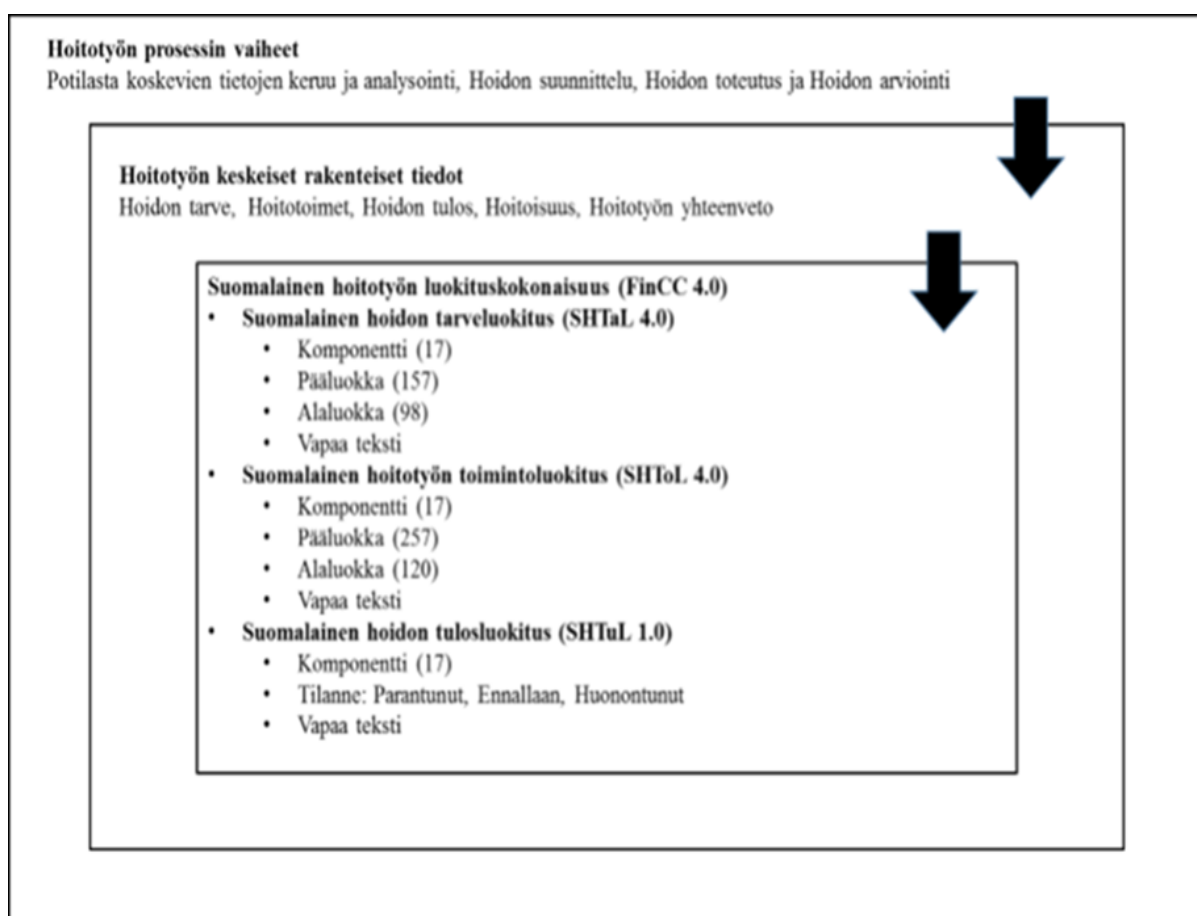
### **Hoitotyön toteutus**

Hoitotyön toteutuksessa käytetään suunniteltuja hoitotyön toimintoja asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitotyön toiminnoissa noudatetaan hoitotyön periaatteita, kuten omatoimisuutta, jatkuvuutta, ammatillisuutta, yksilöllisyyttä, turvallisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Hoitotoimissa korostuvat hoitohenkilökunnan teoreettinen tieto ja kädentaitojen hallinta. Hoidon toteuttaja voi olla potilas itse, hoitaja tai potilaan omainen. Kirjaamisen tulee olla aina potilaslähtöistä, arvioivaa

ja tarkkaa, myös potilaan omat ajatukset hoidon toteutuksesta. (Rautava-Nurmi ym. 2015,47, 49.)

### **Hoitotyön arviointi**

Hoidon tulosten arvioinnissa kuvataan, ovatko tavoitteet saavutettu. Arvioidaan, minkälaisia muutoksia potilaan tilassa tapahtui ja millaiset olivat potilaan kokemukset hoidosta. Arviointia tehdään jokaisessa prosessin vaiheessa. Tulosten arvioinnissa mietitään, olivatko tavoitteet asetettu liian korkeiksi, liian mataliksi vai juuri sopiviksi ja olivatko ne realistisia. Tarvittaessa asetetaan uudet hoidon tarpeet, tavoitteet ja hoitotyön toiminnot. Arviointi on uuden tarpeenmäärityksen alku, ja prosessi jatkuu, kunnes kaikki tavoitteet on saavutettu. Tavoitteiden ja tulosten perusteella tehdään päätelmät siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut muutoksia ja minkälaisia ne ovat. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 47, 49.)



Kuvio 1. Suomalainen hoitotyön kirjaamismalli FinCC 4.0 mukaan. THL. 2019.



## 4 VANHAN VAASAN SAIRAALA

Vanhan Vaasan sairaala on THL:n (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) alainen valtion mielisairaala. Vanhan Vaasan sairaalan tehtävänä on tuottaa oikeuspsykiatrisia erityistason palveluita koko Suomen alueelle. Vanhan Vaasan sairaalan historia ulottuu vuoteen 1765, mutta vuonna 1939 se muutettiin kriminaalipotilaiden ja vaikeahoitoisiksi katsottujen mielisairaiden hoito- ja tutkimuspaikaksi. (Vanhan Vaasan sairaala 2018, 2019.)

Oikeuspsykiatrisella potilaalla tarkoitetaan henkilöä, jonka terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on määrännyt hoitoon (Turpeinen 2018, 9). Oikeuspsykiatrisen potilas on syyllistynyt rikokseen, mutta hänet on jätetty tuomioistuimessa mielisairauden vuoksi syyntakeettomana tuomitsematta (VVS 2018). Suurin osa heistä sairastaa skitsofreniaa (Turpeinen 2018, 9). Oikeuspsykiatrisen mielentilatutkimuksen tarkoituksena on selvittää syytetyn mielentila syytteenalaisen teon hetkellä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ohjaa ja koordinoi tutkimustoimintaa. (VVS 2018.)

Vanhan Vaasan sairaalassa hoidetaan potilaita kokonaisvaltaisesti. Kokonaisvaltaisen hoidon perustana on lainsäädäntö, kansalliset hoito- ja laatusuositukset sekä käypähoito-ohjeet sekä sairaalan yhteiset arvot. Vanhan Vaasan sairaala toimii ensisijaisesti oikeuspsykiatristen hoidon aloituspaikkana ja osana tämän potilasryhmän kokonaihoitoa. Sairaalassa hoidetaan myös vaikeahoitoisia ja erityisen vaikeita psykiatrisia potilaita, joiden hoito ei sairaanhoitopiirien sairaaloissa ole tarkoituksenmukaista. (VVS, 2019.)

Vanhan Vaasan sairaalassa on yhteensä 10 osastoa. M-talo, U-talo, A-talo, F1-osasto sekä maailmanlaajuisen pandemia tilanteen vuoksi perustettu parakki-osasto. Osastot koostuvat vastaanotto- ja mielentilatutkimusosastoista, hoito- ja kuntouttavista osastoista sekä avoimista kuntoutusosastoista. Sairaalassa työskentelee koulutettu moniammatillinen työryhmä. Työryhmä koostuu lääkäreistä,

ylihoitajista, psykologeista, sosiaalityöntekijöistä ja osaston henkilöstöstä; sairaanhoitajista, lähihoitajista, mielisairaanhoitajista. Lisäksi potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuu toiminnallisen kuntoutuksen ohjaajat. Toiminnalliseen kuntoutukseen kuuluu kuntouttavan työtoiminnan ohjaajien lisäksi fysioterapia, toimintaterapia, kuntoutusohjaus, liikunta sekä taideterapia. Lisäksi henkilökuntaan kuuluu taloushallinto ja tukitoimet. (VVS 2015, 2020.)

Sairaalan jokaisella osastolla tavoitteena on toteuttaa näyttöön perustuvaa laadukasta erikoissairaanhoitoa. Mielentilatutkimukset tehdään koulutetussa moniammatillisessa työryhmässä. Potilaan ja mielentilatutkittavan oikeusturvan toteuttaminen on toiminnan lähtökohtana kaikissa hoitoprosessin ja mielentilatutkimuksen vaiheissa. (VVS 2020.) Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hoitaja tekee kliinisen päätöksen, joka perustuu tutkittuun tietoon, hyväksi havaittuihin toimintakäytäntöihin, potilaan kokemuksiin ja hoitotyön resursseihin. Näyttö tarkoittaa todaksi osoitettua, luotettavaa ja perusteltavissa olevaa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 50.)

Hoidon alussa potilaalle laaditaan hoitosuunnitelma, jonka tarkoituksena on asettaa hoidolle yksilölliset tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Hoitosuunnitelma tukee hoidon kokonaisvaltaisuutta, pitkäjänteisyyttä ja johdonmukaisuutta. Hoitosuunnitelmaa arvioidaan hoidon aikana ja päivitetään voinnin oleellisesti muuttuessa tai vähintään puolen vuoden välein. (VVS 2015.)

Hoidossa pyritään kokonaisvaltaisuuteen. Hoidossa tärkeää on luoda luottamuksellinen hoitosuhde. Lisäksi hyödynnetään psykososiaalisia hoitomuotoja, yhteishoitoa, biologisia hoitoja, yhteyksiä yhteiskuntaan, opiskelua, työkokeilua ja työelämää. Psykelääkkeillä on tärkeä sija, sillä ne tasoittavat vaikeita psyykkisiä reaktioita ja mahdollistavat muut psykiatriset hoitomuodot. Lääkitys arvioidaan yksilöllisesti. Kuntouttava toiminta huomioidaan heti alusta alkaen. Potilasta tuetaan huolehtimaan itsestään, ympäristöstään, huomioimaan kanssaihmissiä ja kehittämään vastuullisuuttaan voimavarojensa mukaan. Potilaan kuntoutumista tuetaan

erilaisten ryhmätoimintojen sekä työterapian avulla. Potilaiden omaiset osallistuvat mahdollisuuksien mukaan potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (VVS 2015, 2020.)

Vanhan Vaasan sairaalassa on käytössä potilastietojärjestelmä Mediatri. Se on otettu käyttöön sairaalassa vuonna 2014. Kirjaamisen rakenteistamiseen on kiinnitetty tämän jälkeen enemmän huomiota. Vanhan Vaasan sairaalassa perustettiin kirjaamisryhmä vuonna 2015, johon tuli jäseniä jokaiselta osastolta. Vuonna 2016 ryhmän jäsenet kävivät rakenteisen kirjaamisen koulutuksen. Sairaalassa toteutettiin vuonna 2019–2020 kirjaamien auditointi, vastaava auditointi on tehty kerran aikaisemmin, vuonna 2017. (VVS, 2021.) Auditointia kehitettiin vuodesta 2017, auditointia otettiin eri osastolta kuin auditoitava materiaali.

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan tietotasoa koskien rakenteista kirjaamista Vanhan Vaasan sairaalassa.

Tavoitteena on saada tietoa hoitohenkilökunnan tiedontasosta rakenteisesta kirjaamisesta hoitotyön prosessin mukaisesti. Tämän tiedon perusteella tavoitteena on mahdollisen täydennyskoulutustarpeen arviointi.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millainen on hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa hoidon tarpeesta?
2. Millainen on hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa hoidon tavoitteesta?
3. Millainen on hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa suunnitelluista toiminnoista?
4. Millainen on hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa hoitotyön toteutuksesta?
5. Millainen on hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa hoidon arvioinnista?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämä tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivinen tutkimus kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Muuttujat voivat olla riippumattomia, kuten vastaajien taustatiedot, tai riippuvia eli selitettäviä, kuten esimerkiksi vastaajan mielipide rakenteisesta kirjaamisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.) Tässä tutkimuksessa korostuu kirjallisuuskatsauksen kattavuus mittausvälineen perustana sekä kyselylomakkeen rakentaminen ja esitestaaminen.

Kohderyhmäksi valikoitui Vanhan Vaasan sairaalan henkilökuntaa kahdelta eri osastolta. Henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, mielisairanhoitajia ja osastonhoitajia. Osastot valittiin yhdessä kohdeorganisaation edustajan kanssa. Niihin päädyttiin edustajan ja opinnäytetyöntekijän mietinnän ja keskustelun pohjalta. Opinnäytetyön tekijä oli yhteydessä osastojen osastonhoitajiin, ja kertoi kyselytutkimuksesta ja sen tarkoituksesta.

Opinnäytetyön tekijä teki teorialähtöisen kyselylomakkeen. Kyselylomake muodostuu neljästä osiosta. Ensimmäisessä osiossa tarkastellaan vastaajien taustamuuttujia kuten ikää, sukupuolta, tutkintoa ja kokemusta. Toisessa osiossa tarkastellaan hoitotyön rakenteista kirjaamista ja kolmannessa osiossa hoitotyön prosessia, joka jakautuu 5 osioon: hoitotyön tarpeisiin, hoitotyön tavoitteisiin, suunniteltuihin toimintoihin, hoitotyön toteutukseen ja hoitotyön arviointiin. Lomakkeessa on myös yksi avoin kysymys. Kyselylomake pilotoitiin Vanhan Vaasan sairaalan kirjaamisvastaavalla ja palautteen perusteella tutkija teki muutamia muutoksia ja lisäsi joitain kysymyksiä kirjaamisvastaavan toiveiden mukaan. (Liite 2.)

Kyselylomakkeen laadinnan jälkeen sekä tutkimusluvan saatua, lomakkeet vietiin osastojen osastonhoitajille saatekirjeen kera. (Liite 1.) Lisäksi kyselylomakkeille jätettiin oma palautusastia, joka oli tiiviisti suljettu. Lomakkeet noudettiin vastaajan loppuessa osastoilta. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa ja tarpeen mukaan sen

olisi voinut uusia. Lomakkeet tarkastettiin läpi, jotta saatiin selville, onko vastauksia tarpeeksi ja onko vastaukset asiallisia. Lomakkeita vietiin osastoille henkilökunnan määrän mukaan eli yhteensä 29 kappaletta ja vastauksia saatiin 21 kappaletta. Kyselyyn jätti vastaamatta 8 työntekijää. Kyselylomakkeet säilytettiin suojatussa paikassa, opinnäytetyöntekijän saatavilla ja hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Alkuperäinen suunnitelma oli laatia kyselylomake sähköiseen muotoon. Tämä kuitenkin osoittautui tutkijalle haasteeksi, joten kyselylomake toteutettiin paperisena kyselylomakkeena. Tutkimussuunnitelmassa mainittiin, ettei kustannuksia synny toimeksiantajan puolesta, kuitenkin kyselylomakkeen muuttuessa paperiseksi kyselylomakkeeksi, johtavan ylihoitajan luvalla tulostettiin lomakkeet kohdeorganisaatiossa, eli kustannuksia kertyi tulostetuista kyselylomakkeista toimeksiantajalle.

Kyselylomakkeet numeroitiin ja aineisto syötettiin SPSS-tilasto-ohjelmaan. Aineistosta tehtiin havaintomatriisi. Aineisto kuvattiin kuvaamalla suorat jakaumat ja frekvenssit. Tämän jälkeen saadun aineiston jokaisesta osiosta tehtiin taulukot.

Aineiston mielipideväittämät koostuivat seitsemästä teemasta: rakenteisesta kirjaamisesta, lisäkoulutuksen tarpeesta, hoitotyön tarpeesta, hoitotyön tavoitteesta, hoitotyön suunnitelluista toiminnoista, hoitotyön toteutuksesta ja hoitotyön arvioinnista. Näistä muodostettiin summamuuttujat. Mielipideväittämien johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alfalla. Sitä käytetään mittaamaan mittarin luotettavuutta eli reliabiliteettia. Jos mittari on täysin reliabeli, siihen eivät vaikuta satunnaisvirheet eivätkä olosuhteet. (Kvantimottv 2008.) Tässä tutkimuksessa pyrittiin jättämään monitulkintaiset väittämät pois, jotta saataisiin pidettyä kyselylomake reliabelina.

Taustamuuttujia uudelleen luokiteltiin ja aineistoa analysoitiin ristiintaulukoimalla SPSS-tilasto-ohjelmassa. Ristiintaulukoinnilla selvitetään kahden muuttujan vä-

listä yhteyttä ja millä tavalla ne vaikuttavat toisiinsa (Heikkilä 2004, 210). Tutkimuksessa selvitettiin ristiintaulukoinnilla, miten taustamuuttujat ovat yhteydessä tiedontasoon.

Taustamuuttujien ja tehtyjen summamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin. Ristiintaulukointi kertoo esimerkiksi eroavatko nais- ja miesvastaajien vastausjakaumat toisistaan (Kvantimottv 2004). Ristiintaulukointi suoritetaan SPSS-ohjelmassa, jossa sarakemuuttujaksi valitaan niin sanottu selitettävä eli riippumaton muuttuja (syy) esimerkiksi sukupuoli tai ikä ja rivimuuttujaksi riippuva muuttuva (seuraus) (Heikkilä 2004, 210).

Laadullinen kysymyksen analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko ovat tutkimuksen ydinasia. Analyysi etenee vaiheittain, aineistoa kuvataan, luokitellaan ja yhdistetään, jotta saadaan selitys. Selitys vastaa tutkimuskysymyksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 216, 218.)

Avoimen kysymyksen vastauksia analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivista sisällönanalyysiä käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. Onnistuminen edellyttää, että tutkija kykenee pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä käsitteet. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste, 2011.) Avoimen kysymyksen vastaukset litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi ja tämän jälkeen ne pelkistettiin. Näistä muodostettiin alakategoriat sekä yläkategoriat sekä näitä yhdistävä tekijä. Yläkategorioita tuli kolme ja alakategorioita viisi kappaletta.

Tutkimuksen tulokset raportoidaan niin, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Tulokset raportoidaan ja opinnäytetyö julkaistaan Theseus.fi- opinnäytetyöjulkaisuarkistossa.

## 7 TULOKSET

Tässä osiossa käydään läpi kyselylomakkeista saadut tulokset.

### 7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyn taustatiedot ovat kuvattu taulukossa 1. Kyselyyn vastanneista nuorin oli 24 vuotta ja vanhin 67 vuotta. Alle 30-vuotiaita vastanneista oli neljännes ja yli 51-vuotiaita viidesosa. 31–50 vuotiaita oli reilut puolet vastanneista. Puolet oli naisia ja puolet miehiä. Suurin osa vastanneista oli sairaanhoitajia (76 %), loput vastanneista oli mielisairaanhoitajia. Lähes puolet vastanneista oli työskennellyt oikeuspsykiatrialla alle 10 vuotta, neljännes vastanneista 11–20 vuotta sekä neljännes 21–30 vuotta. Vastaukset jakoutuivat osastoittain niin, että noin puolet vastaajista oli F1:n työntekijöitä ja puolet U1:n työntekijöitä.

**Taulukko 1.** Taustamuuttujien kuvaaminen

Taustamuuttujat	n	%
<b>Ikä</b>		
≤ 30	5	24
31–40	5	24
41–50	7	34
51–67	4	19
<b>Sukupuoli</b>		
Nainen	11	52
Mies	10	48
<b>Tutkinto</b>		
Sairaanhoitaja	16	76
Mielisairaanhoitaja	5	24
<b>Työskentelyvuodet nykyisessä ammatissa</b>		
≤ 10	10	48
11–20	6	29
21–30	5	24
<b>Työssä osastolla</b>		
F1	10	48
U1	11	52



## 7.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen ja lisäkoulutuksen tarve

Vastaajilta kysyttiin mielipiteistä rakenteisesta kirjaamisesta. Kysymyksissä käytettiin Likertin mielipideasteikkoa. (1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei eri eikä samaa mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä.) Vastaukset on kuvattu taulukossa 2.

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä siitä, että kirjaaminen on helppoa (67 %). Reilu kymmenesosa vastaajista ei ollut eri eikä samaa mieltä siitä miten helpoksi he kirjaamisen kokevat. Noin joka viidennen vastaajan mielestä kirjaaminen tuntui jokseenkin vaikealta. Reilu kolmannes vastaajista koki osaston kirjaamistavat yhtenäisiksi, sekä ei ollut eri eikä samaa mieltä. Neljännes vastaajista koki, etteivät kirjaamistavat ole jokseenkin yhtenäiset ja pieni osuus koki, että kirjaamistavat ovat täysin erilaiset. Kukaan vastaajista ei kokenut niiden olevan täysin yhteneväiset.

Suurin osa vastaajista koki, että osaa valita kirjauksen sisällön mukaiset komponentit (62 %), noin kolmannes koki olevansa jokseenkin eri mieltä. Pieni osa oli täysin samaa mieltä, sekä ei ollut eri eikä samaa mieltä. Reilu puolet vastaajista koki, että kirjaamisessa on selkeää mitä kirjaa tai mitä voi jättää kirjaamatta, neljännes ei osannut vastata. Vajaa neljännes oli täysin eri mieltä sen selkeydestä ja kymmenesosa oli jokseenkin eri mieltä. Kukaan vastaajista ei kokenut, että on täysin selkeää mitä kirjaa tai mitä voi jättää kirjaamatta.

Reilu kolmannes oli jokseenkin eri mieltä siitä, että kirjaamisen rakenteistaminen vaikuttaisi kirjaamisen laatuun positiivisesti, lisäksi kymmenesosa oli täysin eri mieltä siitä. Neljännes oli jokseenkin samaa mieltä ja kymmenesosa oli sitä mieltä, että rakenteistaminen vaikuttaa laatuun positiivisesti. Vain pieni osuus koki, että kirjaamiseen olisi mahdollisuus käyttää hyvin aikaa (5 %). Reilu kolmannes koki,

että aikaa on mahdollisuus käyttää jokseenkin. Pieni osuus koki myös, että kirjaamiseen ei ole hyvin järjestetty aikaa.

Selkeästi suurin osa koki, että kirjaaminen on potilaslähtöistä, vain kymmenesosa oli jokseenkin eri mieltä ja reilu kymmenesosa ei osannut vastata. Kukaan vastaajista ei kokenut, että on täysin eri mieltä potilaslähtöisyydestä.

Tässä tutkimuksessa taustamuuttujat ovat yhteydessä saatuihin tuloksiin. Tuloksissa tuli ilmi, että nuorempi ikäpolvi (24–40 v.) koki rakenteisen kirjaamisen helpommaksi (70 %). Lisäksi naiset kokivat kirjaamisen helpommaksi kuin miehet, reilu puolet naisista koki kirjaamisen helpoksi, kun taas miehistä 30 %. Myös tutkiminnolla oli merkitystä kokemukseen kirjaamisen helppoudesta, puolet sairaanhoitajista koki kirjaamisen helpoksi ja mielisairanhoitajista viidesosa. 70 % 2–9 vuotta oikeuspsykiatrialla työskennelleistä kokivat kirjaamisen helpoksi, kun taas 10–30 vuotta työskennelleistä vajaa viidesosa. Vastanneiden osastojen välillä ei ollut suurta eroa, vaan tulokset jakautuivat tasan osastojen F1 sekä U1 välillä.

**Taulukko 2.** Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen (%)

Mielipiteitä kirjaamisesta	1	2	3	4	5
Koen kirjaamisen helpoksi	0	19	14	62	5
Osaston kirjaamistavat ovat yhtenäiset	5	29	33	33	0
Osaan valita kirjauksen sisällön mukaiset komponentit	0	29	5	62	5
Kirjaamisessa on selkeää mitä kirjaa tai mitä voi jättää kirjaamatta	14	10	19	57	0
Kirjaamisen rakenteistaminen vaikuttaa kirjaamisen laatuun positiivisesti	10	38	24	19	10
Kirjaamiseen on mahdollisuus käyttää hyvin aikaa	10	24	24	38	5
Kirjaaminen on potilaslähtöistä	0	10	14	52	24

Vastaajilta kysyttiin mielipidettä lisäkoulutuksen tarpeeseen. Vastaukset on kuvattu taulukossa 3.

Vajaa puolet vastaajista koki, ettei tarvitse lisäkoulutusta koskien rakenteista kirjaamista (43 %). Eniten lisäkoulutuksen tarvetta koettiin pelkästään komponenttien käyttöön (14 %). Lisäksi kymmenesosa vastaajista haluaisi koulutusta sekä luokitusten käyttöön että tiedon rakenteistamiseen. Myös muutama vastaajista koki lisäkoulutuksen tarvetta hoitoprosessien eri vaiheiden hahmottamiseen, vastaajien tarpeet jakautuivat monen eri tarpeen välille.

**Taulukko 3.** Lisäkoulutuksen tarve

Mielipiteitä lisäkoulutuksesta	n	%
Komponenttien käyttöön	3	14
Luokitusten käyttöön	2	10
Hoitoprosessien eri vaiheiden hahmottamiseen	1	5
Hoitoprosessien eri vaiheiden hahmottamiseen + luokitusten käyttöön	1	5
Komponenttien käyttöön + luokitusten käyttöön	1	5
Komponenttien käyttöön + hoitoprosessien eri vaiheiden hahmottamiseen + tiedon rakenteistamiseen	1	5
Luokitusten käyttöön + tiedon rakenteistamiseen	2	10
Hoitoprosessien eri vaiheiden hahmottamiseen + luokitusten käyttöön + tiedon rakenteistamiseen	1	5
En tarvitse lisäkoulutusta	9	43

### 7.3 Hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa hoidon tarpeesta

Taulukossa 4 on kuvattu hoitohenkilökunnan vastauksia kirjattaessa hoitotyön tarpeesta.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoidon tarpeen määrittelyssä toimii moniammatillinen tiimi. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä asiasta. Reilu kymmenesosa oli jokseenkin eri mieltä. Suurin osa vastaajista myös tunnistaa keskeiset hoitotyön tarpeet, vain kymmenesosa oli jokseenkin eri mieltä. Myös suurin osa vastaajista koki, että hoidon tarpeet tai ongelmat voivat olla psyykkisiä, fyysisiä tai sosiaalisia. Reilu kymmenesosa ei ollut eri eikä samaa mieltä. Vastausten perusteella vastaajat osaavat ilmaista potilaan tarpeen muutoksena, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena tai ongelmana jokseenkin (38 %) tai täysin (24 %). Vajaa neljännes oli jokseenkin eri mieltä, sekä ei samaa eikä eri mieltä. Lähes puolet vastaajista koki, että tietolähteenä hoitotyön tarpeiksi voidaan käyttää aikaisempaa potilaskertomusta, reilu kolmannes vastaajista ei osannut vastata. Reilu kymmenesosa oli täysin samaa mieltä ja kymmenesosa jokseenkin eri mieltä.

Ristiintaulukoinnilla tarkasteltiin taustamuuttujien ja tiedon tason välistä yhteyttä hoitotyön tarpeista. Ikäryhmien välillä ei ollut suurta eroa. Lähes kaikki naisista koki hoitotyön tarpeen tuntuvan helpolta ja puolet miehistä koki, että tarpeen määrittely on helppoa. Sairaanhoidajista 81 % koki määrittelyn helpoksi, ja mielisairaanhoitajista vajaa puolet. Työskentelyvuosilla ei ollut merkittävää eroa. Osastojen välillä oli hieman eroa, 80 % osasto F1:n työntekijöistä koki määrittelyn helpoksi ja osasto U1:n 64 %.

**Taulukko 4.** Hoitotyön tarpeet (%)

Mielipiteitä hoitotyön tarpeista	1	2	3	4	5
Hoidon tarpeen määrittelyssä toimii moniammatillinen työryhmä	0	14	10	43	33
Tunnistan keskeiset hoitotyön tarpeet	0	10	0	71	19
Hoidon tarpeet tai ongelmat voivat olla psyykkisiä, fyysisiä tai sosiaalisia	0	0	14	19	68
Osaan ilmaista potilaan tarpeen muutoksena, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena tai ongelmana	0	19	19	38	24
Tietolähteenä hoitotyön tarpeiksi voidaan käyttää aikaisempaa potilaskertomusta	0	10	33	43	14

#### 7.4 Hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjatessa hoidon tavoitteesta

Taulukossa 5 on kuvattu hoitohenkilökunnan vastauksia kirjattaessa hoidon tavoitteesta.

Suurin osa vastaajista koki, että hoitotyön tavoitteet on ilmaistu potilaslähtöisesti. Vain pieni osuus oli täysin eri mieltä ja saman verran vastaajista jokseenkin eri mieltä. Lähes puolet vastaajista koki jokseenkin, että hoidon tavoitteet ovat suhteessa potilaan voimavaroihin. Vajaa neljännes oli täysin samaa mieltä. Yhteensä myös vajaa neljännes oli jokseenkin tai täysin eri mieltä asiasta. Reilu puolet koki tavoitteet jokseenkin tai täysin realistisiksi. Neljännes oli jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä, myös neljännes vastaajista ei ollut kumpaakaan mieltä.

Lähes puolet vastaajista koki, että hoidon tavoitteet ovat jokseenkin arvioitavissa (48 %), lisäksi vajaa neljännes oli täysin samaa mieltä. Vain pieni osuus oli täysin

eri mieltä. Lähes puolet vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, että tavoitteiden tarkoituksena on selvittää mitä potilas odottaa tai haluaa tapahtuvan. Lisäksi kolmannes oli jokseenkin tai täysin eri mieltä. Vain vajaa neljännes oli täysin samaa mieltä. Suurin osa koki jokseenkin tai täysin, että hoidon tavoitteet tulee muotoilla niin, että potilas selviytyy niistä itsenäisesti tai autettuna, tai niin, että potilaan tila pysyy ennallaan. Lähes kolmannes oli jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä.

Suurin osa oli myös jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä, että hoidon tavoitteet tulee mahdollisimman nopeasti konkretisoida potilaslähtöisesti. Vain pieni osuus oli jokseenkin eri mieltä. Yhteensä reilu puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että hoitotyön tavoitteet ja menetelmät, joiden avulla tavoitteeseen pyritään, tulee arvioida ja muuttaa aina potilaan tilanteen muuttuessa, lisäksi jokseenkin samaa mieltä oli neljännes. Suurin osa vastaajista koki myös, että tietää mistä löytyy tarpeelle asetetut tavoitteet joko jokseenkin tai täysin. Vain vajaa neljännes oli eri mieltä.

Ristiintaulukoinnilla tarkasteltiin taustamuuttujien ja tiedon tason välistä yhteyttä hoitotyön tavoitteista. Lähes kolmasosa 24–40-vuotiaista koki tavoitteiden määrittelyn helpoksi, kun taas 41–67 vuotiaista viidesosa. Naisista reilu puolet koki tavoitteiden määrittelyn helpoksi ja miehistä vajaa kolmasosa. Tutkintojen välillä oli suuri ero, sairaanhoitajista reilu puolet koki tavoitteet helpoksi, kun taas mielisairanhoitajista ei kukaan, 80 % koki ne melko helpoksi mielisairanhoitajista. Työskentelyvuosien välillä oli myös eroja, reilu puolet 2–9 vuotta työskennelleistä ja reilu kolmasosa 10–30 vuotta työskennellyistä koki tavoitteiden määrittelyn helpoksi. Osastojen välillä ei ollut juurikaan eroja.

**Taulukko 5.** Hoitotyön tavoitteet (%)

Mielipiteitä hoitotyön tavoitteista	1	2	3	4	5
Hoidon tavoitteet on ilmaistu potilaslähtöisesti	5	5	10	57	24
Hoidon tavoitteet ovat suhteessa potilaan voimavaroihin	5	14	19	43	19
Hoidon tavoitteet ovat aina realistisia	5	19	24	38	14
Hoidon tavoitteet ovat arvioitavissa	0	5	27	48	19
Tavoitteiden tarkoituksena on selvittää mitä potilas odottaa tai haluaa tapahtuvan	5	29	48	19	0
Hoidon tavoitteet tulee muotoilla niin, että potilas selviytyy niistä itsenäisesti tai autettuna, tai niin, että potilaan tila pysyy ennallaan	5	25	25	40	5
Hoidon tavoitteet tulee mahdollisimman nopeasti konkretisoida potilaslähtöisesti: esim. mitä konkreettista muutosta juuri kys. potilaan kohdalla tarkoitetaan	0	5	19	48	29
Hoitotyön tavoitteet ja menetelmät, joiden avulla tavoitteeseen pyritään, tulee arvioida ja muuttaa aina potilaan tilanteen muuttuessa	0	0	19	24	57
Tiedän mistä löydän tarpeelle asetetut tavoitteet	0	20	10	50	20

## 7.5 Hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa suunnitelluista toiminnoista

Taulukossa 6 on kuvattu hoitohenkilökunnan vastauksia kirjattaessa suunnitelluista toiminnoista.

Lähes puolet vastaajista ei ollut samaa tai eri mieltä siitä, että suunnitellut toiminnot ovat helposti luettavissa potilastietojärjestelmästä. Jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä oli yhteensä noin puolet. Kymmenesosa oli jokseenkin eri mieltä. Yhteensä lähes puolet koki, että on jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä siitä, että suunniteltujen toimintojen tarkoituksena on selvittää, minäkalaisia hoitotyön auttamismenetelmiä tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan. Vajaa neljännes oli jokseenkin eri mieltä. Suurimman osan mielestä toimintojen tarkoituksena on auttaa potilasta edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa tai auttaa potilasta. Yhteensä lähes suurin osa koki jokseenkin tai täysin, että auttamismenetelmät vaihtelevat terveydentilan, toimintakyvyn, arvojen, elämäntilanteen ja elinympäristön mukaan. Lähes kaikki vastaajista koki jokseenkin tai täysin, että menetelmien tulee olla tarkoituksenmukaisia.

Ristiintaulukoinnilla tarkasteltiin taustamuuttujien ja tiedon tason välistä yhteyttä hoitotyön suunnitelluista toiminnoista. Ikäryhmien välillä oli viidesosan ero, 24–40-vuotiasta 80 % koki suunniteltujen toimintojen määrittelyn helpoksi, kun taas 41–67-vuotiasta reilu puolet. Naisista kaikki vastaajat kokivat ne helpoksi ja miehistä vajaa puolet. Sairaanhoidajista 87 % ja mielisairanhoidajista viidesosa. Työskentelyvuosien välillä oli myös hiukan eroa, 80 % 2–9 vuotta työskennelleistä ja 60 % 10–30 vuotta työskennelleistä koki suunniteltujen toimintojen määrittelyn helpoksi. Osastojen välillä oli hieman eroa, 89 % F1:n työntekijöistä ja vähän reilu puolet U1:n työntekijöistä koki määrittelyn helpoksi.



**Taulukko 6.** Hoitotyön suunnitellut toiminnot (%)

Mielipiteitä hoitotyön suunnitelluista toiminnoista	1	2	3	4	5
Suunnitellut toiminnot ovat helposti luettavissa potilastietojärjestelmästä	0	10	48	33	11
Suunniteltujen toimintojen tarkoituksena on, selvittää minkälaisia hoitotyön auttamismenetelmiä tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan	0	14	43	24	19
Toimintojen on tarkoitus auttaa potilasta edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa tai auttaa potilasta	0	11	11	52	29
Auttamismenetelmät vaihtelevat terveydentilan, toimintakyvyn, arvojen, elämäntilanteen ja elinympäristön mukaan	0	0	14	43	43
Menetelmien tulee olla tarkoituksenmukaisia	0	0	5	30	65

## 7.6 Hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa hoitotyön toteutusta

Taulukossa 7 on kuvattu hoitohenkilökunnan vastauksia koskien hoitotyön toteutusta.

Reilu puolet vastaajista koki, että hoitotyön toteutus on kuvausta hoitajan päivityksestä hoidon toteutuksesta, yhteensä vajaa neljännes oli täysin tai jokseenkin eri mieltä. Suurin osa vastaajista huomioi asetetun tarpeen ja tavoitteen (95 %). Myös reilu puolet noudatti hoitotyön toiminnoissa hoitotyön periaatteita, kuten omatoimisuutta, kymmenesosa oli jokseenkin tai täysin eri mieltä. Lähes puolet vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, korostuuko hoitotoimissa hoitohenkilökunnan teoreettinen tieto sekä kädentaitojen hallinta. Jakautuvuutta vastauk-

siin saatiin siinä, voiko hoidon toteuttaja olla potilas itse, hoitaja tai potilaan omainen. Suurin osa oli sitä mieltä, että kirjaamisen tulee olla potilaslähtöistä ja tarkkaa.

Ristiintaulukoinnilla tarkasteltiin taustamuuttujien ja tiedon tason välistä yhteyttä hoitotyön toteutuksesta. Vajaa puolet 24–40-vuotiasta ja 64 % 41–67-vuotiasta koki toteutuksen määrittelyn helpoksi. Naisista reilu puolet ja miehistä vajaa puolet. Myös sairaanhoitajista reilu puolet ja mielisairaanhoitajista vajaa puolet koki määrittelyn helpoksi. Vajaa puolet 2–9 vuotta työskennellyistä ja reilu puolet 10–30 vuotta työskennellyistä. Lisäksi reilu puolet F1:n työntekijöistä ja lähes puolet U1:n työntekijöistä.

**Taulukko 7.** Hoitotyön toteutus (%)

Mielipiteitä hoitotyön toteutuksesta	1	2	3	4	5
Hoitotyön toteutus on kuvausta hoitajan päivittäisestä hoidon toteutuksesta	11	5	19	43	24
Hoitotyön toteutuksessa huomioin asetetun tarpeen ja tavoitteen	0	0	5	62	34
Hoitotyön toiminnoissa noudatetaan hoitotyön periaatteita, kuten omatoimisuutta, jatkuvuutta, ammatillisuutta, yksilöllisyyttä, turvallisuutta ja kokonaisvaltaisuutta	5	5	24	38	29
Hoitotoimissa korostuvat hoitohenkilökunnan teoreettinen tieto ja kädentaitojen hallinta	5	14	48	19	14
Hoidon toteuttaja voi olla potilas itse, hoitaja tai potilaan omainen	10	19	14	38	19
Kirjaamisen tulee olla aina potilaslähtöistä, arvioivaa ja tarkkaa, myös potilaan omat ajatukset hoidon toteutuksesta kirjataan	0	5	19	38	38

## 7.7 Hoitohenkilökunnan tiedontaso kirjattaessa hoitotyön arvioinnista

Taulukossa 8 on kuvattu hoitohenkilökunnan vastauksia kirjattaessa hoitotyön arviointia.

Suurin osa vastaajista koki, että hoitotyön arvioinnissa kuvataan, onko tavoitteet saavutettu, loput vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Lisäksi suurin osa (85 %) vastasi, että hoidon arviointi tuottaa tärkeää tietoa potilaan hoidon tilassa tapahtuneista muutoksista. Reilu puolet vastaajista koki jokseenkin tai täysin, että arviointi tuottaa tietoa myös potilaiden kokemuksista, vajaa neljännes oli jokseenkin tai täysin eri mieltä. Reilu kolmannes oli jokseenkin eri mieltä siitä, että arviointia tehdään jokaisessa prosessin vaiheessa, vajaa puolet oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä.

Reilu puolet vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, että tulosten arvioinnissa mietitään, olivatko tavoitteet asetettu sopiviksi, reilu kolmannes oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä ja vajaa neljännes oli jokseenkin tai täysin eri mieltä. Reilu kolmannes ei osannut vastata siihen, onko arviointi aina uuden tarpeenmäärittelyn alku, mutta lähes puolet koki sen jokseenkin tai täysin olevan. Reilu puolet (67 %) vastasi, että tavoitteiden ja tulosten perusteella tehdään päätelmät siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut muutoksia, reilu kymmenesosa ei ollut samaa eikä eri mieltä ja vain pieni osuus oli eri mieltä. Suurin osa vastaajista kirjaa ja arvioi hoidon tuloksia sekä kirjaa saavutetut tavoitteet arviointiin.

Ristiintaulukoinnilla tarkasteltiin taustamuuttujien ja tiedon tason välistä yhteyttä hoitotyön arvioinnista. Ikäryhmien välillä ei ollut juurikaan eroa, reilu puolet 24–40 vuotiaista sekä 41–67 vuotiaista koki arvioinnin määrittelyn helpoksi. Sukupuolten välillä oli hieman eroa, 73 % naisista ja vajaa puolet miehistä koki määrittelyn helpoksi. Sairaanhoitajista 69 % ja mielisairaanhoitajista viidesosa. Työskentelyvuosien välillä ei ollut juurikaan eroa. 70 % F1:n työntekijöistä ja vajaa puolet U1:n työskentelijöistä koki hoitotyön arvioinnin määrittelyn helpoksi.

**Taulukko 8.** Hoitotyön arviointi (%)

Mielipiteitä hoitotyön arvioinnista	1	2	3	4	5
Hoidon tulosten arvioinnissa kuvataan, onko tavoitteet saavutettu	0	0	24	38	38
Hoidon arviointi tuottaa tietoa potilaan hoidon tilassa tapahtuneista muutoksista	0	5	11	33	52
Hoidon arviointi tuottaa tietoa millaiset olivat potilaan kokemukset hoidosta	5	11	29	48	11
Arviointia tehdään jokaisessa prosessin vaiheessa	0	38	0	29	19
Tulosten arvioinnissa mietitään, olivatko tavoitteet asetettu liian korkeiksi, liian mataliksi vai juuri sopiviksi	11	5	53	29	5
Arviointi on uuden tarpeenmäärityksen alku, ja prosessi jatkuu, kunnes kaikki tavoitteet on saavutettu	5	5	43	33	14
Tavoitteiden ja tulosten perusteella tehdään päätelmät siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut muutoksia ja minkälaisia ne ovat	5	0	27	43	24
Arvioin hoidon tuloksia	5	0	14	52	29
Kirjaan hoidon tulokset	5	5	11	43	38
Kirjaan saavutetut tavoitteet arviointiin	5	5	24	43	24

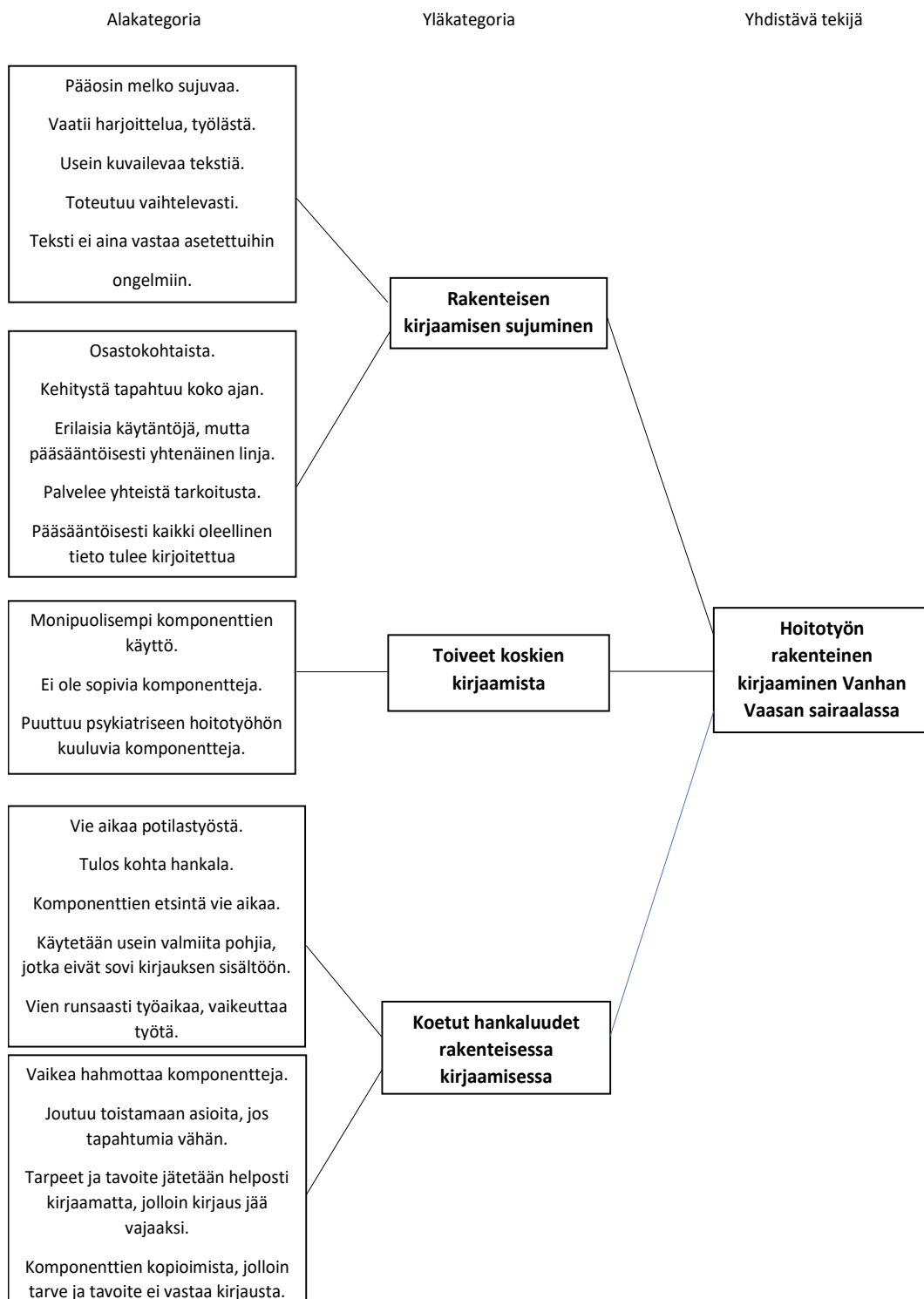
## 7.8 Kuvailua rakenteisen kirjaamisen toteutumisesta Vanhan Vaasan sairaalassa

Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys. Rakenteiseen kirjaamiseen vaikuttavia tekijöitä oli rakenteisen kirjaamisen sujuminen, toiveet koskien rakenteista kirjaamista sekä vastaajien kokemuksia siitä, mitkä asiat hankaloittavat kirjaamista.

**Rakenteisen kirjaamisen sujuminen.** Kyselyyn vastaajat kokivat, että rakenteinen kirjaaminen sujuu pääosin melko hyvin, mutta se vaatii osittain edelleen harjoittelua, vaikkakin kehitystä tapahtuu koko ajan. Lisäksi sen koettiin olevan työlästä. Rakenteisen kirjaamisen soveltaminen oikeuspsykiatriseen hoitotyöhön koettiin aika-ajoin haasteelliseksi ja kirjaukset ovat usein kuvailevaa tekstiä, eivätkä aina vastaa asetettuihin ongelmiin. Myös osastokohtaisia eroja koettiin kirjaamisen välillä. Kirjaamisessa on erilaisia käytäntöjä, mutta pääsääntöisesti linja on yhtenäinen ja palvelee yhteistä tarkoitusta. Pääsääntöisesti rakenteisessa kirjaamisessa kuitenkin kirjoitetaan kaikki oleellinen tieto potilaan voinnista.

**Toiveita rakenteiseen kirjaamiseen.** Kyselyyn vastanneista suuri osa koki, että rakenteisessa kirjaamisessa ei ole tarpeeksi psykiatriseen hoitotyöhön soveltuvia komponentteja. Lisäksi komponentteja voisi käyttää monipuolisemmin kirjauksissa.

**Rakenteisen kirjaamisen hankaluudet.** Vastauksissa koettiin, että rakenteinen kirjaaminen vie aikaa potilastyöltä, koska mm. komponenttien valinta ja etsintä vie paljon aikaa sekä komponenttien hahmottaminen on vaikeaa. Usein kirjaamisessa käytetään valmiita pohjia, jotka eivät sovi kirjauksen sisältöön. Lisäksi psykiatrisessa hoitotyössä saattaa olla tapahtumia päivän aikana vähän, jolloin kirjauksessa joudutaan toistamaan samoja asioita. Myös tarpeet ja tavoite jätetään usein kirjaamatta, jolloin kirjaus jää vajaaksi, sekä käytetään komponenttien kopioimista, vaikka tarve ja tavoite eivät vastaisi kirjauksen sisältöä. Lisäksi tulos-kohta koettiin hankalana. Rakenteisen kirjaamisen on koettu vaikeuttaneen työskentelyä.



**Kuvio 2.** Kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta Vanhan Vaasan sairaalassa

## 8 POHDINTA

Tässä osiossa käydään läpi tutkimuksen eettisyyttä, luotettavuutta, omaa pohdintaa sekä johtopäätöksiä. Lopuksi käydään läpi myös jatkotutkimusmahdollisuuksia.

### 8.1 Tutkimuksen eettisyys

Opinnäytetyön eettisyydestä huolehdittiin koko opinnäytetyöprosessin ajan sekä se toteutettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisiä ohjeita noudattaen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta).

Hyvä tutkimus noudattaa aina hyvää tieteellistä käytäntöä. Se tarkoittaa käytännössä sitä, että tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää. Tutkija on vastuussa tekemistään valinnoista ja niihin liittyvistä perusteluista. (Vilka 2007, 90.) Tässä tutkimuksessa on kunnioitettu osallistujan itsemääräämisoikeutta sekä tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Tutkimuksessa huomioitiin anonymiteetti ja tutkimusaineisto on käsitelty asianmukaisesti. Kyselylomakkeet on säilytetty tutkijan ulottuvilla ja hävitetty asianmukaisesti. Asianmukainen tutkimuslupa hankittiin kohdeorganisaatiolta ennen tutkimuksen aloittamista. Osallistujan oli mahdollisuus saada lisätietoa tutkimuksesta koko prosessin ajan.

Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkijan tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä ja tehdä lähdeviittaukset asianmukaisella tavalla. (Tenk.fi.) Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen perustana käytettiin relevanteista lähteistä koostunutta teoreettista viitekehystä. Vastaukset syötettiin huolellisesti tilasto-ohjelmaan ja

tulokset tallennettiin tutkijan saataville. Lähdeviittaukset on tehty asianmukaisella tavalla, kunnioittaen alkuperäistä tekstiä.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius tarkoittaa pätevyyttä eli mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Tutkimuksen reliaabelius ja validius muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuutta (Vilkkä 2007, 152). Opinnäytetyön luotettavuutta parannettiin lukemalla aihetta koskevaa kirjallisuutta sekä artikkeleita. Lisäksi pyrittiin valitsemaan relevantteja ja tuoreita lähteitä. Lisäksi tutkija paneutui teoreettiseen viitekehukseen huolellisesti. Kyselylomakkeen pohjaksi käytettiin teoreettista viitekehystä ja lomake pilotoitiin Vanhan Vaasan sairaalan kirjaamisvastaavalla, jotta saatiin selville, että lomake on ymmärrettävä ja siinä on tarkoituksenmukaisia kysymyksiä, jotka palvelevat kohdeorganisaatiota.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että otos on kattava ja tarpeeksi suuri, vastausprosentti korkea ja kysymykset mittaavat oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelman (Heikkilä 2004, 188–189). Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se onko esimerkiksi vastaajat ymmärtäneet kyselylomakkeiden kysymykset toisin kuin tutkija. Tutkimuksen vastausmäärä jäi melko pieneksi, tulosten luotettavuuteen olisi vaikuttanut se, että kohdeosastoja olisi valinnut valitun kahden sijasta enemmän. Tällöin vastauksia olisi saatu enemmän.



Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta voidaan parantaa sillä, että tutkimusongelma on määritetty selkeästi, perusjoukko valitaan perustellusti ja otos määritellään huolellisesti perusjoukosta. Lisäksi tutkimukseen valitaan sopiva otantamenetelmä, valitaan kohderyhmään ja tutkittavaan asiaan sopiva aineiston keräämisen tapa sekä valitaan analyysimenetelmä, jolla on mahdollista saada merkittävää tietoa tutkittavasta asiasta. Myös mitattavat asiat on määritelty selkeästi ja kysymykset ovat mahdollisimman konkreettisia. Aineiston huolellinen tarkistus ja tallentaminen tuo lisää luotettavuutta. (Vilka 2007, 152–153.) Tässä tutkimuksessa kohderyhmä valittiin kohdeorganisaation kanssa, kyselylomakkeessa käytettiin sekä määrällistä että laadullista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyön tavoite määriteltiin selkeästi ja kysymykset oli rajattu vain koskemaan mitattavaa asiaa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida neljän eri kriteerin avulla, uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Cuba & Lincoln 1985). Tässä tutkimuksessa aineisto vastaa tutkimuskysymykseen, analyysi on kuvattu selkeästi ja tarkasti. Lisäksi tulokset on kuvattu selkeästi. Tutkimuksessa tulokset on raportoitu selkeästi ja taulukot auttavat tulosten havainnoinnissa. Tutkimusprosessi on kirjattu selkeästi auki.

### **8.3 Tutkimustulosten pohdinta**

Saadut tutkimustulokset vastasivat aika lailla omaa kokemusta hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta. Psykiatriseen hoitotyöhön on ajoittain hankala löytää sopivia komponentteja ja rakenteinen kirjaaminen on välillä hyvinkin aikaa vievää. Yllättävää oli, miten paljon taustamuuttujat vaikuttavat tuloksiin. Esimerkiksi osastojen välillä saattoi olla paljonkin eroja. Positiivista oli huomata se, että kirjaamisen ajoittainen hankaluus ei vaikuta potilaslähtöisyyteen tai siihen, että oleellisia asioita jäisi kirjaamatta. Hoitotyön prosessin vaiheita saatetaan jättää tyhjäksi esimerkiksi kiireen tai sopimattomien komponenttien vuoksi, mutta pääasiat tulee kirjoitettua toteutukseen.

Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Opinnäytetyön aiheen rajaus oli hankalaa ja viitekehysten teko vei aikaa. Lisäksi SPSS-ohjelman käyttö vaati lisäharjoitustunteja. Myös termistöt vaativat lisälukemista. Opinnäytetyön tekeminen yksin oli ajoittain haastavaa ja usein olisi kaivannut työparia, jonka kanssa jakaa työtä. Ohjaavalta opettajalta saatu tuki ja apu oli korvaamatonta, myös kohdeorganisaatiolta sai tukea prosessin aikana paljon.

Rakenteisesta kirjaamisesta on tehty tutkimuksia aikaisemminkin, näistä suurin osa on somaattiselle puolelle suunnattuja. Näiden tutkimustulosten ero oli esimerkiksi se, että komponenttien valinta on somaattisella puolella helpompaa. Rakenteisesta kirjaamisesta on tehty tutkimuksia myös psykiatriseen hoitotyöhön. Näissä on samankaltaisia tutkimustuloksia kuin tässä tutkimuksessa. Komponenttien valinta on haastavampaa ja kirjaaminen vie enemmän aikaa.

Vanhan Vaasan sairaalaan on tehty noin 10 vuotta sitten tutkimus kirjaamisen kartoituksesta. Tutkimuksessa kartoitettiin kirjauksia hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Kirjaaminen on kehittynyt 10 vuodessa valtavasti, sillä kirjaamisen laatuun on kiinnitetty enemmän huomiota ja kirjaamisen rakenteistamiseen panostettu.

#### **8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusmahdollisuudet**

Tästä tutkimuksesta voidaan todeta, että rakenteinen kirjaaminen on osittain hyvinkin hallussa, mutta esimerkiksi komponenttien käyttö oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä tuottaa hankaluuksia. Vajaa puolet vastaajista koki, ettei tarvitse koulutusta rakenteisesta kirjaamisesta, mutta suurin osa haluaisi lisäkoulutusta. Lisäkoulutuksen tarpeet jakoutuivat, mutta suurin osa koki koulutuksen tarvetta olevan komponenttien käyttöön. Vaikka suurin osa koki, että kirjaamisen rakenteistaminen vaikuttaa kirjaamisen laatuun, niin silti kirjaaminen koetaan potilaslähtöisenä. Jotkin hoitotyön prosessin vaiheet olivat enemmän hallussa ja taustamuut-

tujilla oli merkitystä prosessien eri vaiheiden hallinnassa. Hoitotyön tarve ja hoitotyön suunnitellut toiminnot olivat helpommin määriteltävissä kuin muut prosessin vaiheet. Hoitotyön tavoitteet, hoitotyön toteutus ja hoitotyön arviointi jakoivat tasoa enemmän.

Jatkotutkimusideana voisi olla laadullinen tutkimus rakenteisesta kirjaamisesta suuremmalla otannalla tai opas rakenteisesta kirjaamisesta, jota voisi osastoilla käyttää työkaluna kirjaamisen tukena.

## LÄHTEET

Guba, E. & Lincoln, Y. 1985. Lincoln and Guba's Evaluative Criteria. Viitattu 20.2.2021. <http://www.qualres.org/HomeLinc-3684.html>

Erkko, P. 2010. Vastauksia oppimishaasteisiin. Turun ammattikorkeakoulun raportteja. Toim. Ahonen, P. & Koivuniemi, S. Laadukas kirjaaminen hyvän hoidon perustana. Viitattu 21.4.2020. <https://www.julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161734.pdf>

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Toim. Stenman, P. Helsinki. Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.

Hopia, H., Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön prosessi jäsentää kirjaamista. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino oy.

Hyppönen, H., Vuokko, R. & Doupi, P. 2014. Rakenteistamiselta odotetut hyödyt. Teoksessa sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Toim. Mäkelä-Bengs, P. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielen-terveyshoitotyö. Toim. Pohja, B. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Joanna Briggs Intitute 2019. Mental health care planning. Recommended Practices. Joanna Briggs Institute 16.05.2019. Viitattu 25.1.2021. [http://ovidsp.dc1.ovid.com.ezproxy.puv.fi/ovida/ovidweb.cgi?&S=KJDIFPHDPDPA CAPFHKPPJMFKIBCKAA00&Link+Set=S.sh.47%7c4%7csl\\_190](http://ovidsp.dc1.ovid.com.ezproxy.puv.fi/ovida/ovidweb.cgi?&S=KJDIFPHDPDPA CAPFHKPPJMFKIBCKAA00&Link+Set=S.sh.47%7c4%7csl_190). (Maksullinen tietokanta).

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Toim. Kokkonen, H., Lindqvist, E. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H., 2005. Hoitotyön osaaminen. Toim. Malmivaara, T. Wsoy. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kinnunen U-M., Liljamo, P., Härkönen, M., Ukkola, T., Kuusisto, A., Hassinen, T. & Moilanen, K., 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0. Viitattu 4.5.2020. Helsinki. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139267/FinCC%20opas%20ver%204\\_0%20FINAL\\_20200429.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139267/FinCC%20opas%20ver%204_0%20FINAL_20200429.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Kvantimottv. 2004. Ristiintaulukointi. Viitattu 1.2.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen M. & Kanste, O. 2011. Hoitotiede. Sisälönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Viitattu 1.2.2021. [https://www.researchgate.net/profile/Tarja\\_Poelkki/publication/261723764\\_Sisallanalyysi\\_suomalaisessa\\_hoitotieteellisessa\\_tutkimuksessa/links/551b0ad80cf2fdce84384f32.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Tarja_Poelkki/publication/261723764_Sisallanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa/links/551b0ad80cf2fdce84384f32.pdf)

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 28.4.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>

Mykkänen, M., Saranto, K. & Miettinen, M. 2018. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi – näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämialueista. Hoitotiede. Viitattu 21.4.2020. <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.puv.fi/se/h/0786-5686/30/3/hoitoty.pdf>

Nykänen, P., Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 9.5.2020. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1)

Pelander, T., Kirjonen, S. 2011. Raportointikäytännöt ja niiden kehittäminen hoitotyössä. Teoksessa asiantuntijana terveystieteen muuttuvilla työmarkkinoilla. Toim. Schantz M., Toivanen, H., Lind, K. Turun ammattikorkeakoulun raportteja. Viitattu 4.5.2020. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf>

Rautava-Nurmi, H., Westegård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S., 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Sanoma Pro oy. Helsinki.

Salonen, J., Jokinen, T., Järvelin, J. & Virkkunen H. 2019. Rakenteinen kirjaaminen tuottaa yhteistä hyvää. Lääkärilehti. Viitattu 15.4.2020. <https://www-laakarilehti.fi.ezproxy.puv.fi/pdf/2019/SLL432019-2434.pdf>

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K & Sonninen, A-L. 2007. Tiedonhallinta hoitotyössä. Systemisen kirjaamisen tarve. Rakenteinen, elektroninen potilaskertomus. Hoitotyön suunnitelma. Teoksessa hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Toim. Saastamoinen, T. Helsinki. Wsoy.

Sorsa, K. 2011. Pro-Gradu tutkielma. Hoitotyön tiedonhallinta sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmassa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 20.5.2020.

THL. 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas. Toim. Jokinen, T., Virkkunen, H. Rakenteistamisen hyödyt. Viitattu 8.3.2020 [https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018\\_\\_\\_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77](https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018___.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77)

THL. 2018. Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveyshuollossa. Viitattu 15.4.2020. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>

Turpeinen, S. 2018. Substantiivinen teoria oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisestä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 9.5.2020.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Helsinki. Viitattu 29.5.2020. [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Helsinki. Viitattu 25.1.2021. [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi)

Vanhan Vaasan sairaala. 2020. Viitattu 3.2.2020. [www.vvs.fi](http://www.vvs.fi)

Vanhan Vaasan sairaala. Rakenteisen kirjaamisen kokousmuistiot. Viitattu 20.2.2021.

Vanhan Vaasan sairaalan info-opas. 2015. Viitattu 9.5.2020

Vanhan Vaasan sairaalan intranet. Talon esittely. 2018. Viitattu 9.5.2020

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi. Helsinki.

Väänänen, A. 2018. Mielen päällä. Hoitotyön kirjaaminen - hoitajan oikeus ja velvollisuus. Viitattu 28.4.2020 Skhole. <https://blog.skhole.fi/hoitotyon-kirjaaminen-hoitajan-oikeus-ja-velvollisuus>

## LIITE 1 Saatekirje

Saatekirje

Vaasa 3.6.2020

Hyvä vastaanottaja

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teen opinnäytetyötä rakenteisesta kirjaamisesta Vanhan Vaasan sairaalassa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan tietotasoa rakenteisesta kirjaamisesta oikeuspsykiatriassa sairaalassa. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa mikä on hoitohenkilökunnan tiedontaso rakenteisesta kirjaamisesta hoitotyön prosessin mukaisesti. Tämän tiedon perusteella tavoitteena on mahdollisen täydennyskoulutustarpeen arviointi.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena, johon kutsun teidät osallistumaan. Osallistuminen merkitsee oheisen e-lomakkeen täyttämistä. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tutkimuksessa huomioidaan anonymiteetti.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksissa. Pyydän teitä vastaamaan kyselyyn 7.9–20.9.2020. Tarvittaessa kysely uusitaan 28.9-11.10.2020. Kiitos yhteistyöstä.

Opinnäytetyöni ohjaajana Anne Puska, TtM, Vaasan ammattikorkeakoulusta, puh. 040-5395943. Opinnäytetyöni tullaan julkaisemaan internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)

Ystävällisin terveisin,

Sanna-Mari Niemi os. F1,

Puhelinnumero: 029 524 3232,

Sähköposti: [sanna-mari.niemi@vvs.fi](mailto:sanna-mari.niemi@vvs.fi)

## Liite 2 Kyselylomake



### **Rakenteinen kirjaaminen Vanhan Vaasan sairaalassa**

#### **TAUSTATIEDOT:**

1. Ikä: \_\_\_\_\_ vuotta.
2. Sukupuoli: \_\_\_\_\_
3. Rastita tutkintosi  
Sairaanhoitaja   
Mielisairaanhoitaja   
Joku muu, mikä? \_\_\_\_\_
4. Kauanko olet työskennellyt oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä? \_\_\_\_\_ vuotta.
5. Millä osastolla työskentelet? \_\_\_\_\_



## **HOITOTYÖN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN:**

1 = täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = En eri enkä samaa mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

6. Koen kirjaamisen helpoksi. 1 2 3 4 5

7. Osaston kirjaamistavat ovat yhtenäiset. 1 2 3 4 5

8. Osaan valita kirjauksen sisällön mukaiset komponentit. 1 2 3 4 5

9. Kirjaamisessa on selkeää mitä kirjaa tai mitä voi jättää kirjaamatta. 1 2 3 4 5

10. Kirjaamisen rakenteistaminen vaikuttaa kirjauksen laatuun positiivisesti. 1 2  
3 4 5

11. Kirjaamiseen on mahdollisuus käyttää hyvin aikaa. 1 2 3 4 5

12. Kirjaaminen on potilaslähtöistä. 1 2 3 4 5

13. Tarvitsen lisäkoulutusta? Erityisesti mihin, rastita

Komponenttien käyttöön

Hoitoprosessien eri vaiheiden (Tarve, tavoite, toiminnot, toteutus, arviointi)  
hahmottamiseen

Luokitusten käyttöön (SHTaL, SHToL, SHTuL)

Kaipaen apua tiedon rakenteistamiseen

En tarvitse lisäkoulutusta

### **HOITOTYÖN PROSESSI:**

1 = täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = En eri enkä samaa mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

### ***HOITOTYÖN TARPEET***

Hoidon tarpeen määrittelyssä toimii moniammatillinen työryhmä. 1 2 3 4 5

Tunnistan keskeiset hoitotyön tarpeet. 1 2 3 4 5

Hoidon tarpeet tai ongelmat voivat olla psyykkisiä, fyysisiä tai sosiaalisia. 1 2  
3 4 5

Osaan ilmaista potilaan tarpeen muutoksena, vaikeutena, heikentymisenä, heikkou-  
tena tai ongelmana. 1 2 3 4 5

Tietolähteenä hoitotyön tarpeiksi voidaan käyttää aikaisempaa potilaskertomusta.  
1 2 3 4 5

### ***HOITOTYÖN TAVOITTEET***

Hoidon tavoitteet on ilmaistu potilaslähtöisesti. 1 2 3 4 5

Hoidon tavoitteet ovat suhteessa potilaan voimavaroihin. 1 2 3 4 5

Hoidon tavoitteet ovat aina realistisia. 1 2 3 4 5

Hoidon tavoitteet ovat arvioitavissa. 1 2 3 4 5

Tavoitteiden tarkoituksena on selvittää mitä potilas odottaa tai haluaa tapahtuvan.  
1 2 3 4 5

Hoidon tavoitteet tulee muotoilla niin, että potilas selviytyy niistä itsenäisesti tai autettuna, tai niin, että potilaan tila pysyy ennallaan. 1 2 3 4 5

Hoidon tavoitteet tulee mahdollisimman nopeasti konkretisoida potilaslähtöisesti: esimerkiksi mitä konkreettista muutosta juuri kyseisen potilaan kohdalla tarkoitetaan. 1 2 3 4 5

Hoitotyön tavoitteet ja menetelmät, joiden avulla tavoitteeseen pyritään, tulee arvioida ja muuttaa aina potilaan tilanteen muuttuessa. 1 2 3 4 5

Tiedän mistä löydän tarpeelle asetetut tavoitteet. 1 2 3 4 5

### ***HOITOTYÖN SUUNNITELLUT TOIMINNOT***

Suunnitellut toiminnot ovat helposti luettavissa potilastietojärjestelmästä. 1 2  
3 4 5

Suunniteltujen toimintojen tarkoituksena on, selvittää minkälaisia hoitotyön auttamismenetelmiä tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan (miten potilas itse haluaa toimittavan ja mitä ohjeita hoitotyön suositukset antavat). 1 2 3 4 5

Toimintojen on tarkoitus auttaa potilasta edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa tai auttaa potilasta. 1 2 3 4 5

Auttamismenetelmät vaihtelevat terveydentilan, toimintakyvyn, arvojen, elämäntilanteen ja elinympäristön mukaan. 1 2 3 4 5

Menetelmien tulee olla tarkoituksenmukaisia. 1 2 3 4 5

### ***HOITOTYÖN TOTEUTUS***

Hoitotyön toteutus on kuvausta hoitajan päivittäisestä hoidon toteutuksesta. 1 2 3 4 5

Hoitotyön toteutuksessa huomioin asetetun tarpeen ja tavoitteen. 1 2 3 4 5

Hoitotyön toiminnoissa noudatetaan hoitotyön periaatteita, kuten omatoimisuutta, jatkuvuutta, ammatillisuutta, yksilöllisyyttä, turvallisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. 1 2 3 4 5

Hoitotoimissa korostuvat hoitohenkilökunnan teoreettinen tieto ja kädentaitojen hallinta. 1 2 3 4 5

Hoidon toteuttaja voi olla potilas itse, hoitaja tai potilaan omainen. 1 2 3 4 5

Kirjaamisen tulee olla aina potilaslähtöistä, arvioivaa ja tarkkaa, myös potilaan omat ajatukset hoidon toteutuksesta kirjataan. 1 2 3 4 5

## ***HOIDON ARVIOINTI***

Hoidon tulosten arvioinnissa kuvataan, onko tavoitteet saavutettu. 1 2 3 4 5

Hoidon arviointi tuottaa tietoa potilaan hoidon tilassa tapahtuneista muutoksista.

1 2 3 4 5

Hoidon arviointi tuottaa tietoa millaiset olivat potilaan kokemukset hoidosta. 1

2 3 4 5

Arviointia tehdään jokaisessa prosessin vaiheessa. 1 2 3 4 5

Tulosten arvioinnissa mietitään, olivatko tavoitteet asetettu liian korkeiksi, liian mataliksi vai juuri sopiviksi. 1 2 3 4 5

Arviointi on uuden tarpeenmäärityksen alku, ja prosessi jatkuu, kunnes kaikki tavoitteet on saavutettu. 1 2 3 4 5

Tavoitteiden ja tulosten perusteella tehdään päätelmät siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut muutoksia ja minkälaisia ne ovat. 1 2 3 4 5

Arvioin hoidon tuloksia. 1 2 3 4 5

Kirjaan hoidon tulokset. 1 2 3 4 5

Kirjaan saavutetut tavoitteet arviointiin. 1 2 3 4 5

