



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mari Hakalax

---

## Laatua kirjaamalla

Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi auditoimalla ja kirjaamisen laadun edistäminen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Opinnäytetyö

Kevät 2022

Seinäjoen ammattikorkeakoulu, SeAMK  
Kliininen asiantuntijuus, ylempi AMK-tutkinto



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, kliininen asiantuntijuus

Tekijä: Mari Hakalax

Työn nimi: Laatus kirjaimella - Hoitotyön kirjaimisen laadun arviointi auditoidulla ja kirjaimisen laadun edistäminen psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Ohjaajat: THM Katriina Kihalampi ja TtT Mari Salminen-Tuomaala

Vuosi: 2022

Sivumäärä: 78

Liitteiden lukumäärä: 2

---

*Hoitotyön laadukas kirjaiminen on tänä päivänä isossa roolissa potilaan hoitokertomustietojen dokumentoinnissa. Tulevan sote-uudistuksen myötä kirjaimisen kehittämisen, yhtenäistämisen sekä arviointi ovat nousseet suurennuslasin alle. Laadukas kirjaiminen on tärkeä osa potilaan hoitoa, hoidon jatkuvuutta sekä tiedonkulkua. Psykiatrisen hoitotyön kirjaimista on tutkittu vähän. Psykiatrisen kirjaimisen erillaisuus on asettanut myös haasteita rakenteeseen kirjaimiseen siirryttäessä.*

*Kehittämistyön tarkoituksena oli tutkia kirjaimisen laadua erikoissairaanhoidon aikuispsykiatrian osastoilla arvioiden kirjaimisen haasteita, laadun lähtötasoa sekä löytää yhteisiä käytäntöjä kirjaimisen laadun edistämisen tueksi hoitohenkilökunnalle. Kehittämistyön tavoitteena oli yhdessä kirjaimisvastaavien kanssa nostaa esille kirjaimisen haasteita ja löytää ratkaisuja auditoinnin tulosten valossa kirjaimisen kehittämiseen sekä kirjaimisen yhtenäistämiseen ja laadun parantamiseen aikuispsykiatrian osastoilla.*

*Tutkimusmenetelminä käytettiin sekä määrällisiä että laadullisia osallistavia menetelmiä. Kirjaimisen laadun lähtötasoa tutkittiin valmiilla auditointimittarilla. Kirjaimisen haasteita sekä ratkaisuja kirjaimisen kehittämiseen auditoinnin tulosten valossa pohdittiin kirjaimisvastaavien kanssa kahdessa erillisessä aivoriihessä. Auditoinnin tuloksia analysoitiin määrällisellä analyysillä ja aivoriihien tuloksia induktiivisella sisällönanalyysillä.*

*Ensimmäisessä aivoriihessä kirjaimisen haasteina koettiin erityisesti kirjaimisalustan ja rakenteisen kirjaimistyylin soveltumattomuus psykiatrisen hoitotyön kirjaimiseen sekä henkilökunnan asenne ja tiedonpuute. Lisäksi omahoitajan lisääntynyt vastuu kirjaimisesta ja perustyöltä ajan vieminen nousivat esille. Auditoinnin tulosten perusteella kirjaimisen kokonaistaso oli ”ei hyväksyttävällä tasolla”, jolloin kirjaimisen jokaiseen osa-alueeseen on kiinnitettävä jatkossa huomiota. Erityisesti kirjaimisen tavoitteellisuudessa oli puutteita ja hoitotyön arviointia sekä hoitotyön yhteenvetoja oli tehty vain vähän. Tavoitteiden asettamisen puutteellisuus vaikutti myös yksilöllisen kirjaimisen heikkoon laatuun. Toisessa aivoriihessä kirjaimisen laadun edistämisen suunnitelmiksi nousivat tiedottaminen, motivointi, koulutus, omahoitajan tehtäväkuvan kirkastaminen, yhteistyö sekä säännöllinen kirjaimisen auditointi. Jatkossa kirjaimisen säännölliseen auditointiin olisi panostettava.*

<sup>1</sup> Asiasanat: hoitotyön kirjaiminen, laatu, psykiatrisen hoitotyö, auditointi

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Degree programme: Master's Degree Programme, Advanced Clinical Nursing

Author: Mari Hakalax

Title of thesis: Quality by Documentation – Assessment of the Quality of Nursing Documentation by Auditing and Promoting the Quality of Documentation in Specialized Health Care

Supervisors: Katriina Kuhalampi, MNSc, Senior Lecturer and Mari Salminen-Tuomaala, MNSc, Principal Lecturer

Year: 2022

Number of pages: 78

Number of appendices: 2

---

*High-quality documentation of nursing today plays a major role in documenting patient care records. With the upcoming Health and Social Services Reform, the development, harmonization and evaluation of recording have risen under a magnifying glass. High-quality recording is an important part of patient care, continuity of care and the flow of information. There has been little research into the recording of psychiatric nursing. The diversity of psychiatric recording has also posed challenges in the transition to structured recording.*

*The purpose of the development work was to study the quality of recording in adult psychiatry departments in specialized medical care, the challenges of recording the challenges of recording, the baseline of quality, as well as to find common practices to support the promotion of the quality of recording for health care workers. The aim of the development work, together with the recording managers, was to highlight the challenges of recording and to find solutions in the light of the results of the audit to develop recording and to harmonize and improve the quality of recording in adult psychiatry wards.*

*Both quantitative and qualitative inclusive methods were used as research methods. The current state of the quality of the documentation was carried out with a structured nursing recording evaluation tool. The challenges of recording and solutions for the development of recording in the light of the results of the auditing were discussed with the nurses in charge of documentation in two separate brainstorming sessions. The results of the auditing were analyzed by quantitative analysis and the results of brainstorming sessions by inductive content analysis.*

*In the first brainstorming session, the challenges of recording were the unsuitability of the recording platform and structured recording style for recording psychiatric nursing, as well as the attitude and lack of information of the staff. In addition, the increased responsibility of the self-caregiver for recording and the taking of time from basic work were highlighted. The results of the audit indicate that the overall level of recording was at an 'unacceptable level', in which case attention must be paid to each aspect of the recording in the future. There were shortcomings in the goal-oriented nature of recording, and few nursing assessments and nursing summaries had been made. The lack of target setting also contributed to the poor quality of individual recording. In the second brainstorming session, the plans for promoting the quality of recording became information, motivation, and education, clarifying the role of*

*the self-caregiver, cooperation, and regular auditing of recording. In the future, investments should be made in the regular audit of recording.*

<sup>1</sup> Keywords: nursing documentation, quality, psychiatric nursing, auditing

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ .....	5
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo .....	7
1 JOHDANTO .....	8
2 LAADUKAS, RAKENTEINEN KIRJAAMINEN PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ .....	10
2.1 Hoitotyön kirjaaminen .....	10
2.2 Psykiatrinen hoitotyö .....	11
2.3 Kirjaaminen psykiatrisessa hoitotyössä .....	13
2.4 Rakenteinen kirjaaminen .....	14
2.5 Kirjaamista koskeva lainsäädäntö ja velvollisuudet .....	17
2.6 Potilas- /asiakaslähtöisyys kirjaamisessa .....	18
2.7 Potilastietojärjestelmä hoitotyön kirjaamisalustana .....	20
2.8 Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi auditoinnin avulla .....	21
3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	23
4 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTUS .....	24
4.1 Tiedonhaku ja aineistojen keruu .....	24
4.1.1 Toimintaympäristö .....	24
4.1.2 Aivoriihi 1 ja 2 – Kirjaamisvastaavien ajatuksia ja näkemyksiä hoitotyön kirjaamisen mahdollisista haasteista sekä kirjaamisvastaavien ajatuksia ja näkemyksiä auditoinnin tulosten valossa kirjaamisen kehittämisestä .....	25
4.1.3 Kirjaamisen auditointi auditointilomakkeella .....	26
4.2 Analysointimenetelmät .....	27
4.2.1 Aivoriihien analysointi induktiivisella sisällönanalyysillä .....	27
4.2.2 Auditoinnin analyysi kvantitatiivisesti auditointilomakkeen avulla .....	29
5 TULOKSET .....	30
5.1 Ensimmäinen aivoriihi: Kirjaamisen mahdolliset haasteet .....	30
5.1.1 Hoitajalähtöiset haasteet kirjaamisessa .....	31
5.1.2 Omahoitajuuden haasteet kirjaamisessa .....	34

5.1.3	Yhteisten käytänteiden sopimisen haasteet kirjaamisessa .....	35
5.1.4	Ulkoisten tekijöiden aiheuttamat haasteet kirjaamisessa .....	36
5.1.5	Sovellukseen liittyvät tietotekniset haasteet kirjaamisessa .....	38
5.1.6	Avo- ja osastohoidon yhteistyön haasteet kirjaamisessa .....	40
5.2	Kirjaamisen auditointi .....	42
5.2.1	Minimilaatutason kirjaaminen.....	42
5.2.2	Tavoitteellinen kirjaaminen.....	43
5.2.3	Yksilöllinen kirjaaminen.....	44
5.2.4	Kirjaamisen kokonaistaso .....	45
5.3	Toinen aivoriihi: Kirjaamisen kehittäminen auditoinnin tulosten valossa .....	46
5.3.1	Kirjaamisen tärkeyteen motivoiminen ja kirjaamisen taitojen harjoittelun mahdollistaminen .....	47
5.3.2	Omahoitaja potilaan hoitokertomuksen kirjaamisen pääosassa.....	48
6	POHDINTA.....	50
6.1	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus.....	50
6.2	Kehittämistyön tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	53
6.3	Kehittämistyön prosessin arviointi .....	62
6.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	65
	LÄHTEET .....	67
	LIITTEET .....	78

## Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1 Hoitotyön prosessimalli: Kinnunen ym. (2019).....	15
Kuvio 2 Esimerkki Aivorihi I sisällönanalyysistä .....	30
Kuvio 3 Hoitajalähtöiset haasteet: sisällönanalyysi.....	33
Kuvio 4 Omahoitajuuden haasteet: sisällönanalyysi .....	34
Kuvio 5 Yhteisten käytänteiden sopimisen haasteet: sisällönanalyysi .....	36
Kuvio 6 Ulkoisten tekijöiden aiheuttamat haasteet: sisällönanalyysi.....	38
Kuvio 7 Sovellukseen liittyvät tietotekniset haasteet: sisällönanalyysi .....	40
Kuvio 8 Avo- ja osastohoidon yhteistyön haasteet: sisällönanalyysi .....	41
Kuvio 9 Minimilaatutason (1-5 arvioitavat osiot) kirjaamisen toteutuminen .....	42
Kuvio 10 Tavoitteellisen kirjaamisen (6–10 arvioitavat osiot) toteutuminen. ....	43
Kuvio 11 Yksilöllisen kirjaaminen (11–15 arvioitavat osiot) toteutuminen. ....	44
Kuvio 12 Esimerkki Aivorihi II sisällönanalyysistä .....	46
Kuvio 13 Aivoriihen tuloksista esille tulleet kirjaamisen laadun edistämisen toimenpide- ehdotukset ideakarttana.....	61
Kuvio 14 Kehittämistyön prosessin aikataulu.....	62
Taulukko 1 Hoitotyön kirjaamisen laadun kokonaistaso (Kaila & Kuivalainen 2008/versio 31.3.2012 ©).....	45
Taulukko 2 Kirjaamisen tärkeyteen motivoiminen ja kirjaamisen taitojen harjoittelun mahdollistaminen: sisällönanalyysi .....	48
Taulukko 3 Omahoitaja potilaan hoitokertomuksen kirjaamisen pääosassa: sisällönanalyysi.....	49

# 1 JOHDANTO

Kehittämistyön aihe lähti alun perin työnantajan tarpeesta. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alue on toteuttanut TUKE-hanketta, jonka yhtenä osa-alueena on kirjaamisen kehittäminen. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus aiheuttaa myös kirjaamisen saralla tarkastelua ja uudelleen suunnittelua. Sote-uudistuksen nettisivuilla on myös todettu, että laadukas tieto ja tiedon hyödyntäminen vaativat toimivia tietojärjestelmiä, kirjatun tiedon laadun toistuvaa arvioimista sekä jatkuvaa henkilökunnan kouluttamista (Mölläri & Saukkonen 2021). Yhteiskunnallinen tavoite on saada yhtenäinen potilaskertomus koko maahan, jolloin potilaskertomusten reaaliaikaista käyttöä eivät rajoittaisi organisaatorajat tai erilaiset ja yhteen sopimattomat potilastietojärjestelmät. (Valtioneuvosto [Viitattu 25.8.2021].) Myös tulevan Steppi2-hankkeen yksi osa-alue koskee kirjaamisen kehittämistä, joten aihe on todella ajankohtainen. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri [Viitattu 25.8.2021]). Potilaalle hoitokertomusjärjestelmien ja kirjaamisen laadukas yhtenäistäminen toisi potilasturvallisuutta sekä turvaisi potilaan hoidon jatkuvuuden. (Hyppönen ym. 2014, 21). Kirjaaminen on jo viime vuosina kokenut paljon muutoksia. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä siirryttiin pari vuotta sitten Efficasta Lifecareen ja syksyllä 2020 hoitotyön kirjaaminen siirtyi HOI-lehdiltä Hoitokertomukseen. Hoi-lehdet olivat erikoisalakohtaisia, kun taas Hoitokertomukseen tiedot kertyvät hoitokokonaisuuksina samalle pohjalle, jossa suunnitelma ja toteutus tulevat selkeämmin esille. Rakenteisen kirjaamisen hyötylähtökohdat lähtevät juuri siitä, että kirjaukset tehtäisiin oikeaan paikkaan yhtenäisesti hoitoyksiköstä riippumatta oikeita komponentteja käyttäen potilaslähtöisesti.

Kirjaamisessa on paljon kirjavuutta eri toimipisteiden ja eri kirjaajien välillä, ainoastaan jo psykiatrian sisällä. Kirjaamisen yhtenäisyyden suhteen on vielä paljon tehtävää. Lisäksi psykiatrinen kirjaaminen on eronnut todella paljon somaattisten erikoisalojen kirjaamisesta. FinCC-luokitusta kehitetään jatkuvasti ja seuraava päivitys (THL 12/2019) on tällä tietoa tulossa sairaanhoitopiiriin käyttöön mahdollisesti tänä vuonna. Uusien päivitysten myötä kirjaaminen muuttuu aina vain enemmän somaattisten erikoisalojen suuntaan, ja psykiatrialla eniten käytetyt tarve- ja toimintoluokituksen komponentit vähenevät entisestään. Psykiatrinen kirjaaminen on jatkossa siis pohdittava uudelleen uuden rakenteen myötä. Oppiminen pois narratiivisesta kirjaamistyylistä on ollut haasteellista, toki psykiatrialla potilaslähtöisyys on ollut aina parhaiten näkyvissä kirjauksissa, joka on juontanut mahdollisesti juuri narratiivisesta kirjaamistyylistä. Tämän kehittämistyön tiedonhankinta myös osoitti, että erityisesti hoitotyön kirjaa-



misen tutkimusta ei ole kansallisesti, eikä kansainvälisesti juurikaan tehty ja aikaisemmat tutkimukset kirjaamisesta painottuvat ajallisesti yli kymmenen vuoden taakse. Etenkin psykiatrian kirjaamisen saralla tutkimus on jäänyt todella vähäiseksi. Vaikka kirjaaminen on tärkeä ja iso osa hoitotyötä on sen kehittäminen ja arviointi jäänyt vähäiselle huomiolle. Auditoinnissa edelleen käytettävä mittari (Kaila & Kuivalainen) on kehitetty alun perin vuonna 2008, joka on edelleen käytössä. Kirjaamisen auditointi on tärkeässä osassa kirjaamisen kehittämistä. Auditoinnin myötä kirjaamiseen liittyvät tarpeelliset osa-alueet tulevat esille ja kirjaamisessa kehitettävillä asioilla saadaan runko. Henkilökunnan kannalta kirjaamisen ongelmakohtat ovat olleet lähinnä komponenttien käytössä ja siten kirjaamisen yhteneväisyydessä. Komponenttien käyttöön ei varsinaista koulutusta tai suurempaa ohjeistusta ole ollut, vaan komponenttien käyttö on pitkälti ollut kirjaajan oman harkintakyvyn mukaista. Iivon ja Syväoan (2016) teoksessa Hoida ja kirjaa on seikkaperäinen ohjeistus rakenteiseen kirjaamiseen FinCC- tarve- ja toimintoluokituksen 3.0-version rakenteen mukaisesti (THL 2012), joka on kehittämistyön yhteydessä tullut vastaan ainoana parhaiten soveltuvana apuvälineenä komponenttien pohdintaan henkilökunnalle.

Kehittämistyön tekijän oma lähtökohta kirjaamisen laadun tutkimukseen lähti toimimisesta yhtenä Hoitokertomuksen käyttöönoton kouluttajista. Kouluttamisen yhteydessä sekä kliinisessä hoitotyössä on havaittu kirjaamisen haastavuus. Kehittämistyön tarkoituksena oli arvioida kirjaamisen laadun lähtötasoa ja löytää yhteisiä käytäntöjä kirjaamisen laadun edistämisen tueksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian aikuisosastojen henkilökunnalle. Kirjaamisen oikeanlainen rakenteisuus helpottaa myös tiedon etsimistä sekä potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin selkeytymistä ja myös lisää tiedonhaun kannalta potilasturvallisuutta. Osastojen kirjaamisvastaavat ovat avainasemassa kirjaamiseen liittyvän tiedon ja haasteiden välittäjinä sekä kirjaamisen kehittäjinä. Kehittämistyön tavoitteena oli yhdessä kirjaamisvastaavien kanssa ottaa esille kirjaamisen haasteita ja etsiä ratkaisuja auditoinnin tuloksia apuna käyttäen kirjaamisen kehittämiseen sekä kirjaamisen yhtenäistämiseen ja laadun parantamiseen aikuispsykiatrian osastoilla.

## 2 LAADUKAS, RAKENTEINEN KIRJAAMINEN PSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ

### 2.1 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaaminen on hoitohenkilökunnan työtehtäviin kuuluvaa toimintaa. Potilaan hoidon keskeiset tiedot hoitoprosessin eri vaiheissa ovat hoitotyön kirjaamisen ydinperusta. Kirjaamisen rakenteena käytetään WHO:n (Maailman terveysjärjestö) mukaista päätöksenteon prosessimallia (kuvio 1) (Liljamo 2019.) Kirjallisen dokumentoinnin tarkoituksena on olla näyttönä toteutuneesta hoitotyöstä. Tavoitteena hyvälle kirjaamiselle 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 ym. 2018, 204; Liljamo 2019.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (298/2009) potilasasiakirjoista edellyttää potilaskertomukseen kirjattavan potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan kannalta tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot (STM 2009). Hoitotyön kirjaamisella on merkitystä muun muassa potilasturvallisuuden sekä työntekijöiden oikeusturvan parantamisessa. Etenkin suunnitelmallisuus kirjaamisessa vähentää kustannuksia ja parantaa työmotivaatiota antamalla työlle raamit sekä kehittää näyttöön perustuvaa toimintaa ja toiminnan arviointia. Tulevaisuuden hoitotyön pätevyyshaasteiksi ovat nousseet hoitotyön kehittäminen ja dokumentointi. Hoitotyön kehittäminen perustuu näyttöön perustuvan tiedon etsimiseen ja vaikuttavuuden arviointiin. Dokumentoinnin haasteena taas nähdään potilaslähtöinen kirjaaminen sekä potilasohjauksen ja jatkohoidon järjestämisen kirjaaminen. (Luostarinen ym. 2019, 37.)

Potilas-/asiakaskeskeisyys on tärkeä periaate kirjaamisessa, jossa sen tulisi myös näkyä. (Hallila, 2005, 32–33.) Güntherin väitöskirjatutkimuksen (2015, 62) mukaan potilas on toiminnan kohteena ja ammattilaisten tehtävänä on arvioida potilaan toipumisen edistymistä lyhyen ja pitkän ajan tavoitteiden kautta. Lisäksi ammattilaiset tekevät potilaan edistymisen pohjalta arvioita potilaan sitoutumisesta omaan hoitoonsa. Potilas on tällöin hoitohenkilökunnan arvioinnin kohteena, jolloin kokemus potilaasta on tuen ja avun tarpeessa olevana. Kirjaukset eivät ole yksinomaan mm. potilaan toimintakyvyn ja arjen hallinnan arviointia, vaan myös ammattilaisen oman toiminnan reflektointia. (Günther 2015, 62.) Valitettavasti kirjaaminen vie aikaa välittömästä potilastyöstä. Kirjaaminen on vähiten mielenkiintoisin ja aikaa vievin työtehtävä hoitotyössä. Hoitajan on hoitokertomukseen kirjatessaan myös pohdittava; miksi hän

asian kirjaa, kuka sen tulee lukemaan ja lisäksi miltä se kuulostaa, jos se vaikka päätyisi luettavaksi oikeussaliin, koska kaikki asiakirjat voivat olla todisteita oikeudenkäynneissä. Kirjaaminen on siis myös osa henkilökunnan sekä potilaan oikeusturvaa. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 137; Limandri 2021, 6.) Mirlasharin ym. (2016) mukaan potilaalle tarjotaan tarkkaa, kattavaa ja tehokasta hoitotyötä hoitosuunnitelman mukaisesti ja hoitotyötä tehdään perustuen tieteellisesti tutkittuun eli näyttöön perustuvaan tietoon.

## 2.2 Psykiatrinen hoitotyö

Mielenterveyspalveluiden kohdalla on tapahtunut paljon muutoksia jo yli vuosikymmenien ajan. Laitoshoitoa on ajettu alas 70-luvulta lähtien ja edelleen suuntana on ollut laitospaikkojen vähentäminen ja avohoidon lisääminen ja tehostaminen. Vuosien 2006–2013 välisenä aikana psykiatristen sairaaloiden sairaansijat vähenivät 29 %, vaikka sairaalahoitoa tarvinneiden potilaiden määrä väheni ainoastaan 4 %. (Ala Nikkola 2017; Mikkola ym. 2015, 44–46). Vuosien 2009–2018 välillä psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilasmäärät kuitenkin kasvoivat 37,5 % (THL 2020). WHO:n (2013) strategian mukaan mielenterveystyön rahoitusta olisi painotettava sairaalahoidon sijaan avohoitoon sekä mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn, jota Suomessa on pyritty toteuttamaan muun muassa 2009–2015 vuosille laaditulla ”Mieli” mielenterveys- ja päihdesuunnitelmalla, jonka tavoitteena on ollut erityisesti asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyttä edistävä työ sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden keskitäminen avohoitoon ja perusterveydenhuoltoon. (STM 2016.)

Tieteenalana psykiatria perustuu mielenterveyden häiriöiden tutkimiseen ja hoitamiseen (Lönqvist & Lehtonen 2011). Käsitteenä psykiatrinen potilas tarkoittaa henkilöä, joka kärsii psyykkisestä sairaudesta, jonka oireet aiheuttavat haittaa hänelle itselleen tai hänen läheisilleen, josta syystä hän tarvitsee oireisiinsa psykiatrista hoitoa. (Timlin 2012, 161.) Psykiatriseen erikoissairaanhoidon ohjautumisen syynä ovat pääasiallisesti kriisit elämäntilanteessa, psykoosi (esimerkiksi skitsofrenia), vaikea, pitkittynyt masennus, vaikeat persoonallisuushäiriöt, itsetuhoajatukset tai itsemurhayritys. Erikoissairaanhoidon vaaditaan aina lääkärin lähete esimerkiksi terveyskeskuksesta. Psykiatriset hoitomenetelmät sisältävät yksilöterapi-aa ja lääkehoitoon yhdistettynä myös ryhmämuotoisen terapian ja vertaistuellisen yhteisöhoiton. (Mielenterveystalo.fi; Lönqvist 2011.)

Potilaan voimavarojen ja selviytymisen tukeminen ovat psykiatrisen hoitotyön lähtökohtana. Potilaan on tarkoitus oppia psykiatrisen hoitotyön avulla tunnistamaan ja vaikuttamaan omiin toimintoihin ja ajatuksiin positiivisesti, mielenterveyttä tukevasti, sekä löytämään uusia arjen selviytymiskeinoja. Psykkinen sairaus vaikuttaa potilaan koko perheeseen ja läheisiin, josta syystä psykiatrisen hoitotyön keskiössä on lisäksi perheen tukeminen ja jaksamiseen panostaminen. Lisäksi potilaan läheisten osallistuminen hoitoprosessiin koetaan tärkeänä, koska tieto potilaan tilasta ei perustu tutkimus- ja mittaustuloksiin, vaan potilaan ja hänen läheistensä kertomukseen ja tietoihin. (Sainola-Rodriquez & Ikonen 2007, 43; Stenberg ym. 2013, 16; Hietaharju & Nuutila 2016, 125; Mielenterveystalo.fi; Hämäläinen ym. 2017, 33–35.)

Psykiatrisen hoitotyö on moniammatillista. Moniammatillinen työyhteisö koostuu muun muassa psykiatreista, psykiatrisista sairaanhoitajista, mielenterveyshoitajista, toimintaterapeuteista ja psykologeista. Psykiatrisen tutkimus ja hoito perustuvat yhdessä potilaan ja mahdollisuuksien mukaan hänen läheistensä kanssa tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Psykiatrisen hoito ja tutkimus ovat siis moniammatillista yhteistyötä, jossa sovelletaan tutkimukseen ja näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä. (Stenberg ym. 2013, 16; Hämäläinen ym. 2017, 33–35: Mielenterveystalo.fi.)

Mielenterveyspalveluiden käyttäjät ovat entistä valvutuneempia hoidostaan ja heille on tarjottava paremmat mahdollisuudet osallistua hoitoonsa. Osallisuus edellyttää vapauden ja tiedonsaannin edistämistä sekä oikeutta osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Erikoissairaanhoidon on otettu vahvasti mukaan vertaistoimijat eli kokemusasiantuntijat, joiden eettiset periaatteet ovat yhtäläiset ammattilaisten toiminnan kanssa. Työtä ohjaavat keskeisinä eettisinä periaatteina ihmislähtöisyys, kunnioitus, terveyden edistäminen ja vaitiolovelvollisuus. Jokaisen potilaan kohdalla uskotaan mahdollisuuteen kuntoutua. (Timlin 2012, 161; STM 2016.) Psykiatrisesta hoitotyöstä on pyritty muuttamaan avoimemmaksi, jonka etuna on potilaan luottamuksen lisääminen hoitoa, järjestelmää ja henkilökuntaa kohtaan. Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta tilanteestaan ja suunnitelmistaan henkilökohtaisesti ja ymmärrettävästi. Erityisesti ongelmatilanteita saattaa aiheuttaa muun muassa tiedon vastaanotto- ja ymmärryskyky, kun potilas on vastentahtoisessa hoidossa (Lönqvist & Lehtonen 2011, 16.) Mielenterveyslain 22b § (21.12.2001/1423) mukaan potilasta on kuitenkin aina hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Kärkkäisen (2013, 12) väitöskirjan mukaan psykiatrisessa hoitotyössä korostuu potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde, joka pohjautuu kykyyn käyttää omaa persoonaa työvälineenä, vuorovaikutuksen hallintaan sekä yhteistoiminnalliseen dialogiin. Hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa hoitosuhde on keskeisessä asemassa. (Kärkkäinen 2013, 12). Psykiatrisessa hoitotyössä omahoitajuus on keskeisessä asemassa. Hoitosuhdetta kuvataan lisäksi riippuvuussuhteena, koska suhde ei ole tasavertainen vaikka onkin tasa-arvoinen. Lääkäri on hoidosta vastaava ja omahoitajan rooli on toimia tiimin jäsenenä toteuttamassa ja suunnittelemassa kokonaisvaltaista näyttöön perustuvaa hoitoa. Omahoitaja toimii yhteistyössä tiimin ja potilaansa kanssa tehden hoitajaksolle hoitosuunnitelman ja asettamalla potilaansa kanssa hoidolle tavoitteet ja auttamalla potilasta hoitotyön keinoin saavuttamaan tavoitteitaan hoidon aikana. Omahoitaja huolehtii potilaan hoitosuunnitelman ja tavoitteiden kirjaamisesta sekä lääkärin ja potilaansa kanssa yhteistyössä pohditun jatkohoitosuunnitelman mukaisesta jatkohoidon organisoinnista. Omahoitajuus on tavallisesti jaettu kahden tai useamman hoitajan kesken, jolloin potilaan työskentely omahoitajien kanssa työvuorojen puitteissa paremmin toteutuu. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 74–75; Hietaharju & Nuutila 2016: 124–126.)

### **2.3 Kirjaaminen psykiatrisessa hoitotyössä**

Kirjaaminen psykiatrisessa hoitotyössä on ollut kertomuksellista ja kuvailevaa eli narratiivista kautta aikojen. Kertomustieto on Suomessa vielä pitkälti narratiivista, mutta lisääntyvässä määrin rakenteista tietoa. Vapaan ja rakenteisen tekstin suhteesta käytävä keskustelu on jatkuvaa. (Hyppönen ym. 2014, 62, 64.). Ukkosen (2016, 121) artikkelin mukaan psykiatrisessa hoitotyössä narratiivista kirjaamistapaa on pidetty mieluisampana muotona kirjaamiselle, vaikka kirjaaminen narratiivisesti vie tutkimusten mukaan enemmän aikaa ja tieto on vaikeammin löydettävissä. Vapaalla tekstillä kirjaamisen on koettu ottavan huomioon paremmin myös potilaan kokemukset ja kirjaaminen on syvempää, merkityksellisempää ja yksityiskohteisempää. Rakenteisen kirjaamisen tiukan rakenteen on koettu jättävän pois kirjauksista olennaistakin tietoa. Lisäksi pohdintojen ja ajatusprosessien kirjaaminen rakenteiseen muotoon on koettu hankalaksi. Psykiatrisen kirjaamisen rivien välit myös helposti menettävät merkityksensä tekstiä muokattaessa yksiselitteiseen rakenteiseen muotoon. Rakenteista kirjaamista huonosti hallitsevilla vapaan tekstin kirjaaminen rakenteisuuden alle hajottaa tiedon sisällön, jolloin tiedon etsiminen hankaloituu. (Ukkonen 2016, 121.) Potilaan hoitosuunnitelma on ollut irrallisena kokonaisuutena erillään hoitotyön toteutuksesta, eikä hoitotyön prosessi ja

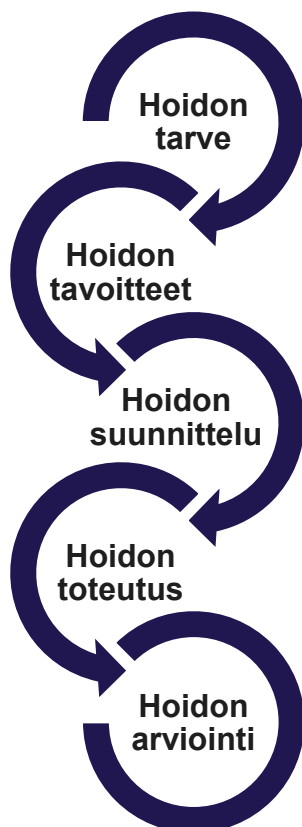
sisältö ole ollut selvästi näkyvissä. Psykiatrisessa hoitotyössä näin ollen on ollut suuri muutos siirtyä rakenteiseen kirjaamiseen ja luokitusten omaksumiseen. Psykiatrinen hoitotyö on ollut täysin oma alueensa, mitä kirjaamiseen tulee, koska asiat ovat niin moniselitteisiä, että kirjaamisen luokittelu on tuottanut runsaasti haasteita. (Sainola-Rodriquez & Ikonen 2007, 41–42.) Kuitenkin narratiivisessa kerronnassa etuna on muun muassa Ukkosen (2016) mukaan ollut potilaslähtöisyys, koska narratiivisen kirjaamistavan on koettu kertomuksellisuutensa ansiosta tuovan paremmin esiin potilaan oman näkemyksen, jollaista kirjaaminen psykiatrisessa hoitotyössä pääosin on. Güntherin (2015, 62) väitöskirjatutkimuksen mukaan asia on taas päinvastoin eli hänen mukaansa psykiatrisen hoitotyön, kuitenkin narratiivisissa kirjauksissa, kirjaus tapahtuu työntekijälähtöisesti. Dokumentoinnissa on pääasiallisesti kirjattu ammattilaisen näkökulmasta asiantuntijana, jolloin potilaan oma kertomus on jäänyt toissijaiseksi. (Günther 2015, 66.) Vilmin ym. (2020, 60) työajanseurantatutkimuksen mukaan alle kymmenesosa psykiatrisen osastohoidon hoitohenkilökunnan työajasta kului kirjaamiseen liittyviin toimintoihin. Tutkimuksen mukaan saman verran työaikaa, kuin kirjaamiseen, käytettiin psykiatriselle hoitotyölle ominaiseksi miellettyyn omahoitaja- ja hoitosuhdetyöskentelyyn, joka on yllättävän vähän. (Vilmi ym. 2020,60.)

Myös potilaan hoitotietojen kirjaaminen olisi hyvä tapahtua potilaan kanssa yhdessä ja suositeltavaa onkin niin sanottu vuoteenvieruskirjaaminen /-raportointi, jolloin potilas on aktiivisena jäsenenä lisäksi oman hoitonsa dokumentoinnissa (Kärkkäinen 2013, 12). Potilaan voinnin ja arjessa pärjäämisen arviointi korostuvat psykiatrisessa hoitotyössä. Etenkin potilaan vuorokausirytmien ja taloudellisten asioiden kanssa selviytymiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Potilaan päivittäisestä selviytymisestä tehdään päätelmiä kirjausten perusteella. Dokumentoituna potilaan toimintakyvyn arviot perustuvat myös aikaisempaan kirjattuun tietoon verrattuna nykyiseen tilanteeseen sekä arvioidaan myös potilaan selviytymiskykyä tulevaisuudessa. (Günther 2015, 62, 65.)

## **2.4 Rakenteinen kirjaaminen**

Hoitotyön kirjaaminen koostuu hoitotyön ydintiedoista. Hoitotyön ydintietoja ovat: hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto, jotka ovat kansallisesti määritelty hoitotyön prosessin mukaiseksi, jonka vaiheissa käytetään Finnish Care Classification eli FinCC-luokitusta. FinCC-luokitus on alun perin kehitetty Yhdysvalloissa,

jossa Home Health Care-luokituksesta on muodostettu Suomessa laajasti tällä hetkellä käytössä oleva hoitotyön prosessimalliin perustuva potilaskertomusten kirjaamismalli. (Ensio 2013; Kinnunen ym. 2019.) FinCC-luokituskokonaisuuden tämän hetkinen versio sisältää yhteensä 255 termiä/komponenttia, joilla kirjataan potilaan hoidon tarvetta ja 307 termiä/ komponenttia, joilla kirjataan potilaan hoidon toteutusta. (Liljamo 2019). Hoitotyön prosessin vaiheet, joihin luokitus perustuu, ovat hoidon tarpeen määrittely, tavoitteiden asettaminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus sekä hoidon arviointi (kuvio 1.). Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen on siis hoitotyön prosessimallin mukaista. Suomalainen FinCC-luokituskokonaisuus sisältää hoidon tarveluokituksen, hoitotyön toimintoluokituksen sekä hoidon tuloksen tilan luokituksen ja ydintiedot kirjataan prosessivaiheittain. (Ensio 2013; Kinnunen ym. 2019.) Hoitajan tehtävänä on tunnistaa potilaan hoidon kannalta ja prosessimallin (kuvio 1) mukaisesti potilaan hoidon tarve, sekä suunnitella hoidolle tavoitteet ja valita auttamiskeinot tavoitteiden saavuttamiseksi sekä kirjata ja arvioida toteutunut hoito ja hoidon tulokset suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin (Liljamo 2019).



Kuvio 1 Hoitotyön prosessimalli: Kinnunen ym. (2019).

Rakenteisen kirjaamisen haasteet ja hyödyt kulkevat rinta rinnan, hoitotyön suunnitelmallisuus tulee entistä lähemmäksi käytännön toteutusta, kun taas toteutuksen paloittelu eri suunnitelman osia tarpeiden muodossa vastaavaksi taas asettaa haastetta kirjaamiselle. Oikeaoppisen rakenteisen kirjaamisen suurin hyöty on tiedonhaussa, koska tiedon jakaminen oikeiden komponenttien alle jäsentää asiat selkeämmin aikaisemman pitkän ja monivivahteisen kertomuksen sijaan, jonka sisään asiat katosivat. Tiedon rakenteisuuden avulla voidaan yksittäistä potilasta koskevaa tietoa koostaa, yhdistää ja jakaa esimerkiksi eri kertomusnäkyelmiin ja potilastietojärjestelmiin tai hoitoon osallistuvien yksiköiden välillä. Rakenteinen kirjaaminen auttaa myös potilaan hoidon laadun ja potilasturvallisuuden varmistamisessa. Rakenteistamisen hyödyistä on kuitenkin toistaiseksi vasta vähän tutkimusnäyttöä. (Hyppönen ym. 2014, 62.) THL (2012) kokoaman FinCC tarve- ja toimintoluokituksen 3.0-version rakenteen mukaisesti on livanaisen ja Syväojan teoksessa *Hoida ja kirjaa* (2016) seikkaperäinen ohjeistus rakenteiseen kirjaamiseen, joka selkiyttää esimerkiksi komponenttien käyttöä.

Hoitotyöntekijöiden osaamisen ja aseman vahvistaminen, sekä konkreettisen työn, että hoitotyön prosessin näkyväksi tekeminen on rakenteisen kirjaamisen tarkoitus. Rakenteinen kirjaaminen lisäksi selkeyttää hoidon organisointia. Myös hoidon laadun parantaminen on tärkeässä osassa systemaattisen kirjaamisen perusteita. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007.) Kirjaamisen rakenteisuudella hoitotyö on mahdollista saada mitattavaksi ja näkyväksi. (Erkko 2011, 63). Ukkosen (2016) mukaan vapaan, eli narratiivisen tekstin yhdistely, analysointi ja tiedonhaku ovat hankalampia toteuttaa, kuin rakenteisesti kirjatun.

Rakenteista kirjaamista ja hoitohenkilökunnan työtä helpottamaan sekä hoidon laadun varmistamiseen on luotu mallipohjia ja niiden käytön lisääminen onkin toivottavaa. Mallipohjien laadinnassa on hyvä kiinnittää huomiota näyttöön perustuvasta toiminnasta, joka on hyvä nostaa esille jo hoidon suunnitteluvaiheessa. Mallipohja on hoitohenkilökunnalle myös muistin apuväline, jolloin asioiden toteutuminen on kirjallisena potilaskertomuksessa, eikä vain hoitajan muistin varassa. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 61.)

Suomessa on jatkuvasti ajankohtaista kehittää rakenteista kirjaamista. Yhdenmukainen rakenne, käyttö, luovuttaminen, säilyttäminen ja toimivuus ovat välttämättömiä sähköisten potilastietojärjestelmien ja potilasasiakirjojen kansallisessa käytössä. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007; Virkkunen ym. 2016, 7.) Tiedon siirtymisen ja tallentumisen tarkoituksena on parantaa tiedonsaantia, hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta sekä asiakaslähtöisyyttä. (Virkkunen ym. 2016, 7.)



Eri tietojärjestelmät aiheuttavat hankaluuksia luotettavan tiedon siirtämisestä järjestelmien kesken, johon tietojärjestelmien yhtenäinen rakenteellisuus auttaa tietoja siirrettäessä. Rakenteinen kirjaaminen on oikein toteutettuna hyvä apuväline muistin tueksi ja kirjaukset tukevat tällöin potilaan hoitopolun vaiheita. Kuitenkin vapaamuotoinen teksti puoltaa tarvettaan kertomuksen sävyn ja yksityiskohtien esiintuomiseksi. Organisaatioiden ja yksiköiden on täytynyt kehittää toimintatapojaan kirjaamisen mahdollisuuksien muututtua. Lisäksi henkilökunnan ajankäyttö on pitänyt soveltaa uusien kirjaamisen toimintatapojen mukaiseksi, joka on vaatinut suunnitelmallisuutta. (Salonen ym. 2019.)

## **2.5 Kirjaamista koskeva lainsäädäntö ja velvollisuudet**

Usein kuultu sanonta hoitotyössä ”mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty”, on lause, jolla on muistutettu hoitohenkilökunnan lakisääteisestä velvoitteesta potilastiedon kirjaamiseen (Liljamo 2019). Potilaan hoidon dokumentointi kuuluu terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuuksiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Potilastietojen kirjaamisen ja tallentamisen tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus, saumattomuus ja hoitoa koskeva tiedon saanti sekä varmistaa hoidon toteutus ja seuranta (Syväoja & Äijälä 2009, 74). Kirjaamiskäytäntöjä ohjaavat lainsäädäntö, hoitajan eettiset velvoitteet ja erilaiset normit. Kirjaaminen perustuu lakiin, jokaisen potilaan saama hoito on kirjattava potilaan henkilökohtaiseen sähköiseen potilaskertomukseen (STM 298/2009). Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on lain (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559) mukaan velvollisuus laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) säädetään. Kirjaaminen kattavasti ja perustellusti on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) on säädetty potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä. Se velvoittaa, että niihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Jokaisesta potilaan hoitajaksosta pitää laatia loppulausunto, joka sisältää yhteenvedon annetusta hoidosta sekä ohjeet potilaan seurannasta ja jatkohoidon toteuttamisesta (STM (298/2009)).

Tänä päivänä terveydenhuollossa puhutaan paljon potilaan ja henkilön itsemääräämisoikeudesta. Suomen terveydenhuollon lainsäädännössä on kaksi kohtaa, jossa mainitaan itsemääräämisoikeus. Nämä lait ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä mielenterveyslaki.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää asiaa niin, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Laki tuo esiin myös, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista ja hoidon päätöksentekoon vaikuttavista asioista. Lisäksi mielenterveyslaki tuo esiin myös potilaan oikeuden kuulluksi tulemiseen. (Mielenterveyslaki 1116/1990; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Hoitotyön kirjauksissa tulee näkyä, jos potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia on jouduttu rajoittamaan, sairauden hoidon ja sen turvaamisen vuoksi. Rajoitukset tulee olla tarkkaan kirjattu perusteluineen. (Mielenterveyslaki 21.12.2001/1423.) Lain mukaan kirjaaminen on todiste siitä, että potilas on saanut laadukasta hoitoa ja hoitotyön ammattilaisen eettiset ja lailliset vastuut ovat toteutuneet. (Saranto & Sonninen 2008, 15.)

## **2.6 Potilas- /asiakaslähtöisyys kirjaamisessa**

Asiakas- ja potilaslähtöisyyden määritelmä sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa vaikuttavaa ja turvallista hoitoa, joka lisää terveyttä ja hyvinvointia potilaan lähtökohdista. Potilaslähtöisen palvelun on tarkoitus vastata potilaan tarpeisiin. Potilaslähtöisyys on otettava huomioon palveluja tarjottaessa, sekä kehitettäessä. Laatua arvioitaessa potilaan kokemus hoidosta on ensiarvoisen tärkeää vaikuttavuus-, tehokkuus- ja potilasturvallisuusmittareiden lisäksi. Potilaan kokemus hänen kohtelustaan, arvostuksestaan, kunnioituksestaan ja hänelle osoitetusta myötätunnosta kuvaa potilaan kokemaa laatua hoidosta. Potilaan osallisuus häntä koskevaan päätöksentekoon omasta elämästään ja hoidostaan on otettava erityisesti huomioon hoidossa. Myös omaisten ja läheisten huomioiminen ja ottaminen mukaan potilaan hoitoon on osa laadukasta potilaslähtöistä hoitotyötä. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen korostuu, etenkin mielenterveydenhoitotyössä. Potilas- ja terveydenhuoltolaki edellyttävät potilaan hoito- ja palvelusuunnitelman, jonka laatiminen potilaan kanssa yhteistyössä edesauttaa potilaan sitoutumista hoitoonsa sekä auttaa potilaan hoidon toteutumisen seurannassa. THL:n terveys- ja hoitosuunnitelmamalliin kirjataan hoidon tarpeet ja tavoitteet, sekä hoidon rajaukset. Potilaalle annetaan suunnitelmasta oma kopionsa. (Koivuranta, 2019.) Hoidon tavoitteiden tulisi olla potilaan kanssa yhdessä tunnistettuja ja sovittuja. Suunnitellun hoidon toteutus kirjataan myös potilaslähtöisesti sekä pohditaan yhdessä potilaan kanssa keinoja omahoitoon. (Virkkunen ym. 2015, 96.)

Tänä päivänä kansalaiset on otettu lisääntyvässä määrin osalliseksi sosiaali- ja terveystalveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen, joka osaltaan vahvistaa asiakas-/potilaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Muun muassa monille terveydenhuollon alueille on perustettu esimerkiksi asiakasraateja, kokemusasiantuntijatoimintaa tai kehittämiskahviloita suunnittelemaan ja kehittämään palveluita alueella. (Koivuranta, 2019.) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alue muun muassa käytti kokemusasiantuntijaraatia mukana uusien toimitilojen ja toiminnan suunnittelussa ja kokemusasiantuntijatoiminta valtaa jatkuvasti uusia alueita toiminnalleen. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, kokemusasiantuntijaraati [viitattu 23.3.2022]).

Laitisen (2014, 7) väitöskirjatutkimuksen mukaan sähköinen kirjaaminen auttoi myös potilaan hoidon edistymisessä, koska sähköinen dokumentaatio oli heti potilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten luettavissa, vaikka he eivät olleet fyysisesti läsnä. Dokumentointi liittyy isolta osaltaan hoitotyöhön. Potilaan kanssa yhteistyössä kirjaaminen, niin sanottu vuoteenvierusraportointi, on antanut potilaalle välittömän informaation hoidostaan ja osallisuuden hänestä kirjattavaan tietoon. Lisäksi hoitohenkilökunnan potilaslähtöinen kirjoitustapa, jossa asiat on kuvattu potilaan omin sanoin ja päätökset tehty yhdessä yhteisymmärryksessä vahvistivat potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhdetta. (Laitinen, 2014, 7.)

Göteborgin yliopistossa tehdyssä potilaan osallistamiseen keskittyvässä tutkimuksessa kehitettiin muun muassa kirjaamista potilaslähtöisemmäksi. Sairaalaan tullessa potilaan hoito alkaa potilaan oman kertomuksen kuuntelulla ja dokumentoinnilla yhteistyössä. Potilaan kanssa yhdessä tehdään heti hoitosuunnitelmaa ja suunnitelman toteutumista seurataan päivittäin esimerkiksi tabletilla olevalla potilaan itsearviointisovelluksella tai päiväkirjalla, joita on jo saatavilla. Potilaalla on sovelluksella mahdollisuuksia kirjata itse tuntemuksiaan ja mieltä askarruttavia kysymyksiä henkilökunnalle. Kuitenkaan potilastietojärjestelmät eivät vielä potilaan omien kirjausten tallennuksille taivu ja vapaa narratiivinen kirjoitusasu on poistumassa, joka vaikeuttaa potilaan omien dokumenttien tallennusta. Kuitenkin kirjaamisen avoimuudessa ja potilaslähtöisyydessä on menty eteenpäin esimerkiksi kansallisen arkiston julkistamisella. Muun muassa Skånen alueella jopa psykiatriset tiedot on julkaistu myös potilaiden saataville, vaikka ammattilaiset ovat olleet epäilevällä kannalla asian suhteen. (Wendel 2019, 30–31.)

## 2.7 Potilastietojärjestelmä hoitotyön kirjaamisalustana

Valviran (2021) määritelmän mukaan potilastietojärjestelmä on järjestelmä tai ohjelmisto potilasasiakirjojen sähköiseen tallentamiseen, ylläpitoon ja käsittelyyn. Kritiikkiä käytössä olevat potilastietojärjestelmät ovat saaneet siitä, etteivät ne vastaa täysin terveydenhuollon ammattilaisten toiveita. Kuitenkaan suurin osa ammattilaisista ei kannata paluuta historian paperiseen potilaskertomukseen. (Valvira 2021.)

Potilastietojärjestelmien prioriteettina tulisi olla potilasturvallisuus. Kuitenkin potilasturvallisuuden suhteen potilastietojärjestelmät ovat sitä sekä parantamassa, että heikentämässä. Tietojen saatavuuden ja sitä myötä potilasturvallisuuden on koettu parantuneen sähköisten potilastietojärjestelmien myötä. Potilasturvallisuutta potilaan näkökulmasta lisäävänä tekijänä on hoidon jatkuvuus, jota potilastietojärjestelmien tulisi edistää tiedonkulun portaattomuudella. Kuitenkin potilasturvallisuuden kannalta puutteina on koettu ohjelmien hitaus, monimutkaisuus ja ongelmatilanteet käytössä. Lisäksi saman asian kirjaamisessa useaan paikkaan eli kaksoiskirjaus koetaan hankaluudeksi. Kirjaamisen koetaan lisääntyneen ja sitä myöten vievän aikaa myös potilaan kohtaamiselta. Ammattilaiset kokevat hoitavansa enemmän tietokoneita kuin ihmisiä. Tietomäärän runsauden vuoksi oleellisten tai haettujen asioiden koetaan myös hukkuvan massaan. (Sandås & Koskinen 2015, 46–50; Callen ym. 2010; Jylhä 2017; Hyppönen ym. 2018, 53–55; Saranto ym. 2020, 220–222; Kyytsönen ym. 2020.) Kyytsösen ym. (2020) tutkimuksen vastaajista 14 % mukaan sähköisen järjestelmän virheellinen toiminta on aiheuttanut potilaalle vakavan haittatapahtuman. Riskien vähentämiseksi esimerkiksi pakolliset käyttökoulutukset ja hyvin suunnitellut verkkokoulutukset ovat ensiarvoisen tärkeässä asemassa. Lisäksi potilastietojärjestelmien mahdollisesti aiheuttamia potilasturvallisuusriskejä tulisi kartoittaa ja arvioida systemaattisesti ja ennaltaehkäisevästi. (Kyytsönen ym. 2020.)

Kirjaamisen haasteet myös kuormittavat työntekijöitä erityisesti tietoteknisten hankaluuksiensa vuoksi ja ajoittain ongelmat aiheuttavat ongelmia lisäksi tiedon saatavuuteen. (Palojoki ym. 2016, 8; Vehko ym. 2018, 143, 156–157). Potilastietojärjestelmien kehittäminen on ollut pääasiassa tietotekniikan ammattilaisten käsissä ja tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaiset käyttäjinä ovatkin toivoneet heidät otettavan enemmän mukaan järjestelmien suunnitteluun. (Martikainen ym. 2018, 248).

Alasaarelan (2020) väitöskirjatutkimuksen mukaan hoitokertomusten käytettävyyden ja tietojärjestelmätoteutuksen on todettu olevan heikkoa. Lisäksi tietojärjestelmät eivät tue hoitotyön prosessimallia riittävästi. Moniammatillista yhteistyötä toteuttavassa organisaatiossa, kuten sairaala, tietojärjestelmien tulisi tukea eri ammattiryhmien työtä ja dokumentointia, joka on näyttäytynyt hankaluutena. Tietojärjestelmien vaikuttavuutta ja käyttöä sairaalaorganisaatiossa on kuitenkin vähemmän tutkittu. (Alasaarela, 2020.) Kyytsösen ym. (2020) tutkimuksen mukaan sähköisten potilastietojärjestelmien koettiin tukevan sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä tiedonkulkua. Toisaalta hoitajien ja potilaiden välinen vuorovaikutuksellinen tiedonkulkua ei parantunut järjestelmän käytössä, vain 25 % koki järjestelmän tukeneen tätä tiedonkulkua. Tutkimuksessa arvioitiin tutkimustulosten järjestelmien käytettävyydessä olevan toisenlainen, jos tutkimus olisi tehty Covid-19-pandemian aikana, jolloin sähköisiin palveluihin ja tiedonsiirtoon on panostettu tavallista enemmän. Yleisimmäksi hyödyksi järjestelmien käytettävyydessä nousi hoidon jatkuvuuden turvaaminen sekä kyky estää lääkitysvirheitä. (Kyytsönen ym. 2020.)

## 2.8 Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi auditoinnin avulla

Tutkittaessa sähköisen potilaskertomuksen laadukkuutta, vaikuttaa laatu ensisijaisesti potilaan hoitoon, mutta lisäksi myös tiedon hallinnolliseen sekä tilastolliseen käyttöön. (Häyrinen 2011, 21). Häyrisen (2011, 21) väitöskirjatutkimuksessa laadun mittareita tiedolle ovat virheettömyys, ajantasaisuus sekä hyödynnettävyys. Potilaskertomustietoa on analysoitu täydellisyyden ja virheettömyyden näkökulmasta. Täydellisyyttä kirjaamisessa on kuvattu siten, että tietoa ei puutu ja virheettömyyttä siten, että kirjaustiedot vastaavat potilaan tilaa, tiedot ovat ajantasaiset ja tieto on rakenteista. (Chan ym. 2010). Laadun jatkuva kehittäminen vaatii laadun seuranta, tutkimusta sekä asiantuntevaa johtamista. (Lönngqvist ym. 2017, 766.)

Auditointi on järjestelmällinen, riippumaton, dokumentoitu ja objektiivinen prosessi, jonka avulla selvitetään organisaation laatimien laatuksiteereiden täyttyminen sekä kirjaamisen tehokkuus ja tarkoituksenmukaisuus. (European committee for standardization 2011: 13; Laaksonen ym. 2012, s. 50). Kirjaamisen säännöllinen auditointi parantaa kirjaamisen laatua ja sitä kautta hoitotyön laatua. Kokemusten perusteella yksilöllisesti pohdittu hoitosuunnitelma antaa hoitajalle yksilöllisemmän toimintatavan tehdä työtä potilaan tarpeiden pohjalta ja siten potilaan tarpeet tulee paremmin huomioitua. (Laaksonen ym. 2012, s. 50.)

Hoitotyön kirjaamisen auditointimalleja on valtakunnallisesti kehitetty hoitotyön kirjaamisen hankkeissa muun muassa HoiDok- ja HoiData-hankkeet vuosina 2005–2009. Auditoinnin tavoitteena on arvioida kirjaamisen rakennetta hoitotyön prosessissa sekä potilaslähtöisyyttä. Tavoitteeksi auditoinnille on asetettu suomalaisen hoitotyön kirjaamismallin mukaisen kirjaamisen ylläpito, seuranta, arviointi ja kehittäminen. Auditoinnilla arvioidaan kirjaamisen tasoa, laatua ja sen kehittämiskohteita. (Mykkänen ym. 2018, 207.) HoiDok- ja HoiData- hankkeissa kehittivät Kaila ja Kuivalainen kirjaamisen auditointiin mittarin suomalaisista aineistoista, joissa käytettiin hoitotyön ydintietoja. Hoitotyön ydintiedot ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto, joista koostui hoitotyön minimikirjaamisen määritelmä. Mittarin kategoriat rakentuivat induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Mittaria on verrattu kansainvälisiin mittareihin arvioiden kriteerejä ja myöhemmin päivitetty ja suoritettu rinnakkaismittaus. Mittarin ensikäytön jälkeen kirjaaminen parani heikosta tasosta tyydyttävään tasoon. (Kaila, 2014, 113–120.) Systemaattista rakenteisen kirjaamisen arviointia ei ole Mykkäsen ym. (2018) mukaan Suomessa tehty, mutta auditointimalli on koettu hyödyllisenä kirjaamisen laadun arviointiin. Myös kirjaamisen laadun arviointiin on tarve tehdä kehittämissuunnitelmat esimerkiksi kuinka usein kirjaamisen tasoa tarkastellaan organisaatiossa. (Mykkänen ym. 2018, 204.) Mykkäsen ym. (2018, 204) tutkimuksen mukaan auditoinnin avulla saadaan tietoa kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämisalueista. Arviointitietoa voidaan käyttää hoitotyön päätöksenteon tukena käytännössä, koulutuksessa, johtamisessa ja tutkimuksessa. (Mykkänen ym. 2018, 204).

Kailan ja Kuivalaisen (2008) kehittämän auditointilomakkeen minimitaso laadusta vaatii hoitotyön tarpeen, tavoitteen, toteutuksen ja arvioinnin kirjaamisen oikeisiin kohtiin potilaan hoitosuunnitelmassa. Lisäksi lyhyissä alle 3kk kestäneissä hoitjaksoissa minimitason saavuttaminen vaatii, että potilaalle on laadittu hoitotyön yhteenveto. (Kaila & Kuivalainen 2008).

Potilaan hoitokertomuksen tulee siis hoitjakson päätyttyä sisältää myös hoitotyön yhteenvetdon, jota Mykkäsen, Miettisen ja Sarannon (2018) tutkimuksen mukaan käytettiin rakenteisesti pääosin hyvin. Hoitokertomukseen pääasiallisimmin kirjattiin hoidon tarve ja hoitotoimet, eli toteutus. Hoidon tulos, eli arviointi jäi usein kirjaamatta. Arviointia suoritettiin pääasiassa hoitokertomuksen arviointimittarilla; parantunut – ennallaan – huonontunut. Tutkimusaineiston mukaan vain 41 %:ssa hoitotyön yhteenvetoista käytettiin kaikkia rakenteisia tietoja (tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos ja hoitoisuus). (Mykkänen, Miettinen & Saranto, 2018, 255–256.)

### 3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistyön tarkoituksena oli arvioida kirjaamisen laadun lähtötasoa ja löytää yhteisiä käytäntöjä kirjaamisen laadun edistämisen tueksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian aikuisosastojen henkilökunnalle. Kirjaamisen oikeanlainen rakenteisuus helpottaa myös tiedon etsimistä sekä potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin selkeytymistä ja myös lisää tiedonhaun kannalta potilasturvallisuutta.

Osastojen kirjaamisvastaavat ovat avainasemassa kirjaamiseen liittyvän tiedon ja haasteiden välittäjinä sekä kirjaamisen kehittäjinä. Kehittämistyön tavoitteena oli yhdessä kirjaamisvastaavien kanssa ottaa esille kirjaamisen haasteita ja etsiä ratkaisuja auditoinnin tuloksia apuna käyttäen kirjaamisen kehittämiseen sekä kirjaamisen yhtenäistämiseen ja laadun parantamiseen aikuispsykiatrian osastoilla.

Kehittämistyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten psykiatrian aikuisosastojen kirjaamisvastaavat kokevat kirjaamisen mahdolliset haasteet?
2. Millaisena kirjaamisen laatu näkyy auditoinnin perusteella psykiatrisessa hoitotyössä tällä hetkellä?
3. Miten auditoinnin tuloksia ja havaittuja kirjaamisen haasteita voidaan hyödyntää psykiatrisen hoitotyön kirjaamisen laadun edistämässä?

## 4 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTUS

### 4.1 Tiedonhaku ja aineistojen keruu

Teoriaosuuden kirjallisuushaussa hyödynnettiin tietokantoina Cinahlia, Medicia, Medlinea, Ebscoa ja Finnaa muun muassa hakusanoilla kirj\*, psyk\*, mielenterv\*, laat\*, docum\*, qual\*, kirjaaminen, laatu, psykiatrisen hoitotyö, documentation, quality, nursing records, medical record, psychiatric healthcare, psychiatric nursing. Tietokantahaun lisäksi toteutettiin manuaalihakua hyödyntäen Hoitotiede-, Tutkiva hoitotyö-, ProTerveys- ja Finnish Journal of eHealth and eWelfare -lehteä, Google Scholaria sekä artikkelien, opinnäytetöiden ja ProGradujen lähdeluetteloita. Tiedonhakuun apua saatiin lisäksi korkeakoulun kirjaston informaattikolta. Kirjallisuuden avulla luotiin kehittämistyölle teoriapohjaa, joihin tutkimuksen analyysseja on mahdollista verrata.

Aineistojen keruu toteutettiin sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä käyttäen. Aineistoja analysoitiin määrällisellä analyysillä auditoinnin tuloksista ja induktiivisella sisällönanalyysillä toiminnallisten menetelmien osuuden suhteen aivoriihien tuotoksista.

#### 4.1.1 Toimintaympäristö

Kehittämistyön toimintaympäristönä ovat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueen aikuispsykiatrian osastot M41, M42 sekä Geropsykiatrian osasto YA4. Osastoja on siis kolme, joista osastoilla M41 ja M42 on erilliset moduulit, intensiivi ja hoidollinen. Tutkimukseen otettiin hoitokertomuksia arvioitavaksi yhteensä 25 päättynyttä hoitajaksoa (otos). Eri moduulit oli alun perin tarkoitettu erotella toisistaan ottaen viisi hoitokertomusta arviointiin jokaisesta yksiköstä, mutta lopuksi ne käsiteltiin yhtenä osastokokonaisuutena, koska hoitokertomusten perusteella moduulit oli vaikea erotella toisistaan, ellei niitä oltu kertomuksen sisällä erikseen mainittu. Arvioitavat hoitokertomukset kerättiin LifeCare-potilastietojärjestelmän asiakaslistalta päättäneistä hoitokajoista osastokohtaisesti M41 (10), M42 (10) ja YA4 (5) satunnaisotannalla 1.10.2021–1.3.2022 väliseltä ajalta.

Toiminnallinen osuus järjestettiin osastojen nimettyjen kirjaamisvastaavien kanssa kahdessa erillisessä aivoriihessä. Yksiköissä on nimetty keskimäärin kaksi kirjaamisvastaavaa joka



moduulista/ osastolta, joista vapaaehtoiset saivat osallistua aivoriihiin mahdollisuuksiensa mukaan. Aivoriihiä järjestettiin kaksi; ensimmäinen 19.1.2022 ja toinen 17.3.2022.

#### **4.1.2 Aivoriihi 1 ja 2 – Kirjaamisvastaavien ajatuksia ja näkemyksiä hoitotyön kirjaamisen mahdollisista haasteista sekä kirjaamisvastaavien ajatuksia ja näkemyksiä auditoinnin tulosten valossa kirjaamisen kehittämistä**

Kehittämistyössä käytettiin laadullisen aineiston keräämiseen aivoriihi-/ideariihi-, eli brainstorming- menetelmää. Aivoriihimenetelmä on hyvä apuväline ongelmien syiden ja seurausten kartoittamiseen (Kananen 2012, 68.) Aivoriihi auttaa yksilöiden ideoiden esille saamisessa ryhmän käyttöön. (Laine ym. 2010, 58). Aivoriihi on ongelmanratkaisumenetelmä, jossa osallistujat tuottavat luovia ideoita käsillä olevaan ongelmaan. Tavoitteena on synnyttää suuri määrä ideoita ongelmiin, joille ei ole ainoastaan yhtä ratkaisutapaa. Aivoriihi-menetelmässä määrä on laatua tärkeämpi tekijä (Kananen 2012, 68). Mitä enemmän ideoita syntyy, sitä suurempi mahdollisuus on löytää toteuttamiskelpoisia ideoita. Määrä korvaa laadun aivoriihityöskentelyssä. Erään teorian mukaan aivomme alkavat kehittää täysin uudenlaisia ja innovatiivisia ratkaisuja ongelmiin vasta noin 70 idean jälkeen. Innovatiivisuus korostuu ryhmässä toisten ideoita ja ajatuksia tiimissä yhdistämällä ja tiivistämällä. (Midos Touch-blogi 2019.) Aivoriihen perusideana on kerätä ideoita ihmisten erilaisten kokemusten, näkemysten, tiedon ja ideoiden pohjalta nopealla aikataululla. Aivoriihen järjestäjän rooliksi jää työskentelyn ohjaaminen ja aikataulutuksen sekä loppuyhteenvedon tekeminen (Työ, elämä, valmennus Tevere, [Viitattu 16.8.2021].)

Aivoriiehen osallistettiin aikuispsykiatristen osastojen kirjaamisvastaavat ja aivoriihiä järjestettiin kaksi. Ensimmäisen aivoriihen tavoite oli kartoittaa kirjaamisvastaavien ajatuksia mahdollisista hoitotyön kirjaamiseen liittyvistä ongelmakohdista, esimerkiksi rakenteisuus, yksilöllinen kirjaaminen, hoitotyön yhteenvedot, mallipohjat, kirjaamisen roolit. Toinen aivoriihi pidettiin myös kirjaamisvastaavien kanssa kirjaamisen auditoinnin jälkeen. Toisen aivoriihen tarkoituksena oli saada ideoita kirjaamisen kehittämiseen auditoinnin tulosten perusteella sekä antaa samalla tietoa kirjaamisen haasteista ja niiden ratkaisemisesta kirjaamisvastaavien kautta yksiköille.

Perusteluna menetelmän valitsemiselle on, että aivoriihi on menetelmänä helppo ja nopea toteuttaa isossa organisaatiossa, jolloin on parempi mahdollisuus saada ihmisiä osallistumaan ja ongelmalle järjestyy paremmin aikaa pohtia ryhmässä. Lisäksi aivoriihestä on mahdollista saada runsaasti irti ideoita. Lisäksi kehittämistyöhön on mahdollista saada luotettavaa käytännön asiantuntemusta kirjaamisvastaavien kokoontuessa pohtimaan kehitysehdotuksia aivoriihessä sekä asian vieminen yksiköihin tehostuu ryhmän kautta.

#### **4.1.3 Kirjaamisen auditointi auditointilomakkeella**

Auditointi suoritettiin Kaila & Kuivalaisen (2008/versio) auditointimittaria (liite 1.) hyväksi käyttäen. Arviointimittaria on käytetty Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kirjaamisen kehittämisen apuvälineenä aiemminkin ja tullaan jatkossakin käyttämään. Psykiatrisen hoitotyön auditoinnissa tämä kehittämistehtävä toimii kirjaamisen arvioinnin pilottina. Kailan (2014, 121–122) mukaan arviointimittari on hyvä välinen hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen. Lisäksi sitä voidaan käyttää myös hoitotyön johtamisen apuna kirjaamisen arvioinnissa ja kehittämistarpeiden ottamisessa esille. Mittarilla ei kuitenkaan voida arvioida sitä, mitä hoitaja on käytännössä tehnyt, vaan arviointikohteena on vain se, mitä he ovat kirjanneet. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi kuuluu yhtenä osana koko hoitotyön laadun arviointiin.

Tässä kehittämistyössä auditoinnin tarkoituksena oli selvittää kirjaamisen laatua aikuispsykiatrian toimintayksikössä tällä hetkellä. Auditointi tapahtui kirjatuista hoitokertomuksen potilastiedoista erikseen määritellyn vuorokauden ajalta eri aikuispsykiatrian osastojen ja moduulien (5) sattuman varaisesti valittujen potilaiden päättäneiltä hoitajaksoilta (25). Arviointimittarin käyttöön on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä käyttö lupa ja organisaation kirjaamisvastaavalta saatiin käyttöön sähköpostitse valmis arviointimittarin Excel-pohja, arviointiohjeet sekä luentomateriaali arviointimittarin käytöstä. Auditointimittari on Kailan ja Kuivalaisen kehittämä ja vuonna 2012 viimeisimmäksi päivittämä mittari hoitotyön kirjaamisen arviointiin. Mittari sisältää 15 kirjaamisessa arvioitavaa kohtaa. Mittarin luotettavuutta on arvioiteltu asiantuntijaryhmillä ja sitä on verrattu muihin kansainvälisiin mittareihin sekä mittarin vastavuutta on testattu rinnakkaismittauksilla (Kaila 2014.) Lisäksi auditointiin osallistui auditointia aikaisemminkin tehnyt ja samaa mittaria käyttänyt sairaanhoitopiirin entinen erityissuunnittelija, nykyinen osastonhoitaja toteuttaen ohjausta mittarin käytöstä sekä tehden vertaisarviointia mittauksesta.

## 4.2 Analysointimenetelmät

Aineistoja analysoitiin sekä määrällisellä analyysillä valmiin mittarin avulla ja aivoriihien tuloksia induktiivisella sisällönanalyysillä.

### 4.2.1 Aivoriihien analysointi induktiivisella sisällönanalyysillä

Aivoriihessä kerätyt ideat kehittämistyössä analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysiä käytetään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä ja määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysoinnissa. Sisällönanalyysiä on kuvattu usein työläänä analysointimenetelmänä. Analyysimenetelmänä sisällönanalyysiä voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Monet laadulliset tutkimukset perustuvat sisällönanalyysiin, joka perustuu kirjoitettuihin, kuultuihin tai nähtyihin sisältöihin ja niiden analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.) Induktiivisessa sisällönanalyysissä aluksi perehdytään aineistoon, jonka jälkeen sisältö pelkistetään. Kun aineisto on pelkistetty, aineisto ryhmitellään ala-, ylä-, ja pääluokiksi, joista kootaan aineiston tulokset. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–123.)

Kyngäksen ym. (2011) mukaan sisällönanalyysiä käytetään, kun tarkoituksena on kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Tutkittavasta ilmiöstä muodostetaan esimerkiksi kategorioita, käsitteitä tai käsitekarttoja, jotka kuvaavat ilmiötä. Aineiston pelkistäminen ja käsitteiden muodostaminen, siten että tutkittava ilmiö tulee kuvattua luotettavasti, on tutkijan haastavana tehtävänä. (Kyngäs ym. 2011.) Tutkimusaineisto kuvattiin sisällönanalyysillä tiivistetyssä ja pelkistetyssä muodossa. Erityistä ohjetta analysointiin ei ole vaan tutkijan itsensä käsissä on mitä ja miten hän analysoi (Kyngäs & Vanhanen 1999: 4–5.) Tutkimusaineistosta on erotettava erilaisuudet ja samankaltaisuudet, sekä kuvaavien luokkien on oltava yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23). Laadullisen analyysin tarkoituksena on ymmärtää runsaita, monipuolisia ja enimmäkseen ei-numeerisia tietoja, joita on kerätty tutkimuksen aikana. Analyysin tarkoituksena on tuoda ymmärrystä, merkityksiä sekä uusia toimintamalleja näkyväksi aineistosta ja tehdä aiheesta tiivistetty kuvaus. (de Chesnay, 2015; Tuomi & Sarajärvi 2017, 244.)

Kyngäksen (2011) mukaan analysointitapoja on kaksi, joilla sisältöä voidaan siis analysoida, joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Tutkimuksen tarkoituksesta riippuu, kumpaa tapaa käytetään. Induktiivinen analyysi tehdään aineiston ehdoilla. (Kyngäs ym. 2011.)

Tuomi & Sarajärvi (2002, 98–99) esittävät vielä kolmannenkin, eli teorialähtöisen tavan analysoida aineistoa. Tuomen ja Sarajärven (2002, 98–99) mukaan induktiivisen (aineistolähtöisen) ja deduktiivisen (teoriasidonnaisen) analyysin lisäksi on vielä kolmas eli teorialähtöinen analysointimalli. Kyngäksen ym. Hoitotiede-lehden artikkelin (2011) mukaan aikaisemman tiedon perusteella tehdään analyysirunko, jonka kautta aineistosta kootaan sisällöllisiä asioita, jolloin kyseessä on deduktiivinen analyysi. Induktiivisena analyysi toteutuu silloin, kun aineiston sisällöstä nousevat käsitteet, joista on mahdollista tehdä analyysirunko. (Kyngäs ym. 2011).

Menetelmiin tutustumisen jälkeen tultiin siihen johtopäätökseen, koska deduktiivinen menetelmä pohjautuu aikaisempaan teoriaan tai tutkimukseen, josta tehdään analyysirunko, ei tässä kehittämistehtävässä toiminut. Aikaisempaa tutkimustietoa, josta olisi mahdollista valmista analyysirunkoa rakentaa, ei riittävästi löydy. Tämän kehittämistyön aivoriihien aihe lähtee kokemuksen ja mielipiteiden kuvailusta, josta aineiston avulla luodaan teoreettinen kehys. Aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällönanalyysin päättelyn periaate on ”yksittäisestä yleiseen”, jolloin analyysillä pyritään luomaan aineistosta uutta teoreettista tietoa tulkitsemalla ja pääättelemällä. Tarkoituksena on nostaa tutkimuskohteen aineistosta uusia ilmiöitä ja luoda uutta teoreettista tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2017, 266.) Aineistosta saatetaan etsiä eri asioita ja tulkinnat niistä ovat erilaisia. Tutkijan on raporttiin lopuksi kirjoitettava tarkasti, miten tulkintaan on päädytty tulkinnan varmistamiseksi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 151–152.)

Sisällönanalyysi tässä tutkimuksessa toteutettiin Excel ja Word-taulukoiden avulla. Induktiivinen sisällönanalyysi jaetaan kolmeen eri vaiheeseen; redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Aivoriihessä saadun tiedon alkuperäisilmaisut kerättiin Excel-taulukkoon, josta seuraavaan sarakkeeseen alkuperäisilmaisut, joita ensimmäisestä aivoriihestä kertyi 48 ilmaisua, pelkistettiin eli redusointiin. Pelkistettäessä karsitaan ilmaisuista tutkimuskysymyksen kannalta epäolennaiset asiat pois ja ilmaisut tiivistetään tai pilkotaan osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Pelkistämisen, eli redusoinnin jälkeen pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia, eroavaisuuksia ja etsittiin ilmiöitä kuvaavia käsitteitä, joista ryhmiteltiin alaluokat, tätä kutsutaan klusteroinniksi ja nämä luokittelut kerättiin lopuksi Word-taulukkoon jatkolokittelun ja työhön siirtämisen helpottamiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124.) Viimeisessä analysoinnin vaiheessa aineisto abstrahointiin, eli käsitteellistettiin. Alaluokista muodostettiin niitä kuvaavat ylä- ja pääluokat. Tuomen & Sarajärven (2018, 127) mukaan aineistosta ei ole etukäteen

mahdollista päätellä, kuinka luokittelu tulee lopulta muodostumaan. Sisällönanalyysin luokittelussa oli lisäksi mukana vertaisarvioimassa sairaanhoitopiirin kliininen asiantuntijasairaanhoitaja päivystyksen toiminta-alueelta.

#### 4.2.2 Auditoinnin analyysi kvantitatiivisesti auditointilomakkeen avulla

Auditointi suoritettiin Kaila & Kuivalaisen (2008) auditointimittaria (liite 1.) hyväksi käyttäen. Auditoinnin tulokset analysoitiin määrällisesti valmiin Excel-pohjan avulla.

*”Auditoitavien kertomusten eri osa-alueiden tasoja ja siinä tapahtuvia muutoksia voidaan tarkastella frekvenssien, prosenttijakaumien, mediaanien ja kvartiilien avulla. Näitä eri tasoja olivat minimilaatutaso, tavoitteellinen kirjaaminen ja yksilöllinen kirjaaminen sekä kirjaamisen kokonaistaso.” (Kaila & Kuivalainen 2012.)*

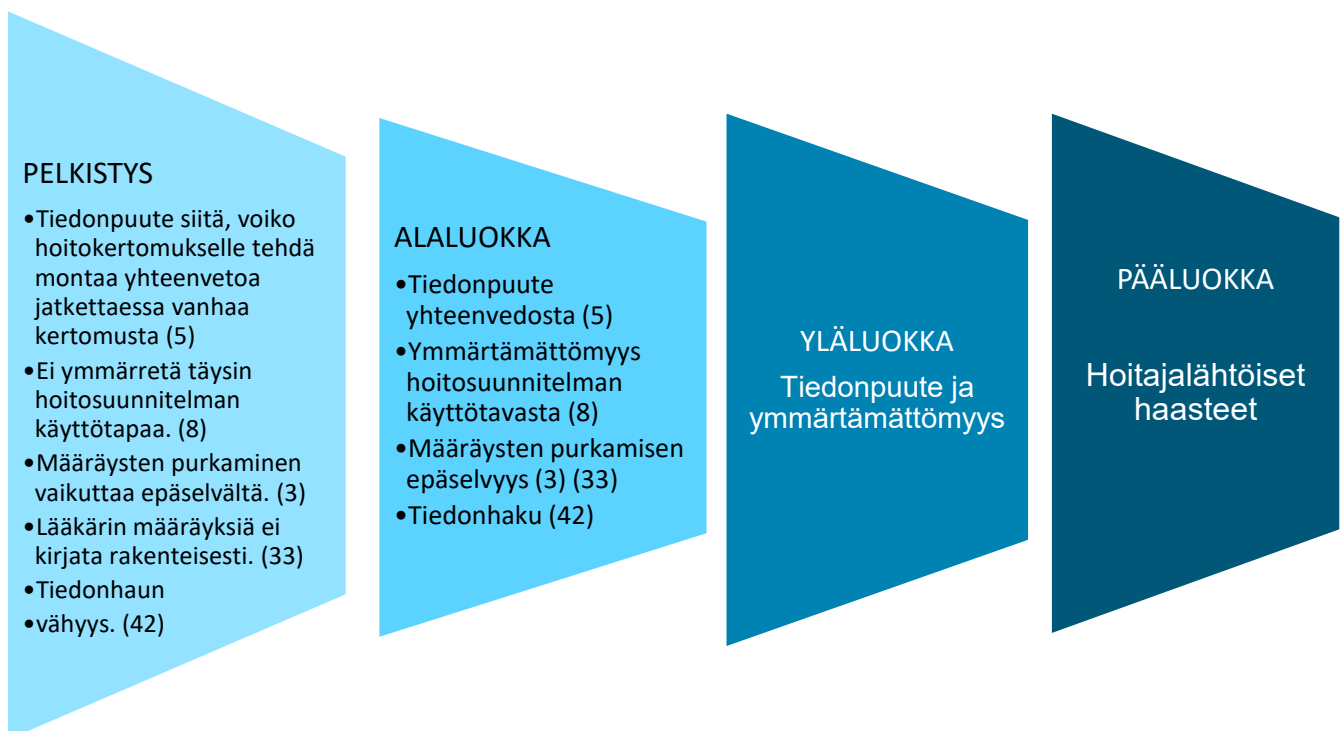
Auditointimittarista on olemassa valmis Excel-taulukko, jonne syötetään aineistosta numeraalista tietoa. Auditointimittarin tulokset perustuvat syötettyihin tuloksiin (Kyllä = 1 piste, Ei = 0 pistettä), (0= ei kriteerit täyttävä kirjaus ja 1=kriteerit täyttävä kirjaus). Auditoinnin tulosten pisteiden vaihteluväli on 0-15 pistettä. Tulosten arviointi tapahtuu seuraavasti: ei hyväksyttävä taso (0,00 – 4,99), heikko taso (5,00 – 8,30), hyvä taso (8,31 – 11,60), kiitettävä taso (11,61 – 15,00) (taulukko 4.). Auditointi sisältää 15 arvioitavaa osa-alueita. Auditointi tehtiin aikuispsykiatrian toiminta-alueen viidellä eri osastolla/moduulissa. Auditoinnin yhteydessä kuitenkin huomattiin, että moduulit oli hoitokertomuksissa hankala erottaa toisistaan, jolloin erillisten moduulien tulokset yhdistettiin osastokokonaisuuksiksi M41, M42 ja YA4 auditoitavien potilaskertomusten määrän pysyessä kuitenkin suunnitellussa 25:ssä. Mittariston avulla arvioidaan kirjaamisen kolmea eri osa-alueita; kirjaamisen minimilaatutasoa, tavoitteellista kirjaamista sekä yksilöllistä kirjaamista, joista muodostuu kirjaamisen kokonaistaso (Kaila & Kuivalainen 2012.) Arviointikohteena on potilaan hoitotyön suunnitelma sekä hoitotyön yhteenveto päättyneeltä hoitajaksolta tai poliklinikkakäynniltä. (Ojasalo ym. 2014, 104). Tässä kehittämistyössä on auditoinnin tavoitteena selvittää kirjaamisen lähtötaso, johon Ojasalon ym. 2014, 104) mukaan tutkimuksessa käytettävä arviointimittari hyvin soveltuu. Sairaanhoitopiirissä on lisäksi tulossa koko organisaation kattava auditointi mahdollisesti ensi syksynä, josta syystä tämän kirjaamisen auditoinnin pilotti tulee hyvään aikaan kirjaamisen kehittämisen pilotoinnin tulosten valossa.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Ensimmäinen aivoriihi: Kirjaamisen mahdolliset haasteet

Ensimmäisen aivoriihen aiheena oli tutkimuskysymys 1: ” Miten psykiatrian aikuisosastojen kirjaamisvastaavat kokevat kirjaamisen mahdolliset haasteet?

Ensimmäinen aivoriihi järjestettiin 19.1.2022 aikuisosastojen kirjaamisvastaaville, johon osallistui paikan päällä kolme kirjaamisvastaavaa. Yhdellä osastolla oli todettu korona-altistuminen, josta syystä aivoriihi jouduttiin organisoimaan uudelleen. Aivoriihi järjestettiin lopuksi niin, että läsnä olevalla joukolla (3) pohdittiin kirjaamisen haasteita, joka toteutettiin kirjaamalla tarralapuille ajatuksia. Altistuksen vuoksi estyneet kirjaamisvastaavat (3) toteuttivat aivoriihen siten, että heidän yhteyshenkilölleen välitettiin sähköpostitse tehtäväkysymys kirjaamisen haasteista, joita he yhdessä osastolla pohtivat ja kirjasivat ylös. Tämä ideapaperi toimitettiin kehittämistyön tekijälle sähköpostitse analyysiä varten. Aiheesta kertyi yhteensä 48 alkuperäisilmaisua, joista sisällönanalyysin jälkeen muodostui 40 alaluokkaa, 12 yläluokkaa ja lopulta kuusi pääluokkaa. Muodostetut pääluokat vastaavat asetettuun tutkimuskysymykseen kirjaamisen mahdollisista haasteista (kuvio 2).



Kuvio 2 Esimerkki Aivoriihi I sisällönanalyysistä

### 5.1.1 Hoitajälhtöiset haasteet kirjaamisessa

Yhdeksi kuudesta pääluokasta muodostui hoitajälhtöiset haasteet, jonka yläluokiksi muodostuivat neljä yläluokkaa: välinpitämättömyys ja laiskuus, tiedonpuute ja ymmärtämättömyys, komponenttien käyttö oman päättelyn varassa sekä vanhoista tavoista luopuminen (kuvio 3).

Välinpitämättömyys ja laiskuus korostuivat aivoriihen pohdinnoissa sisältäen hoitokertomuksen päivittämisen laiminlyönnin muun muassa muistamiseen ja jaksamiseen vedoten. Potilaan tullessa osastolle hoitoon potilaan hoitokertomukseen monesti lisätään ainoastaan valmiit mallipohjat, joita ei kuitenkaan täydennetä potilaskohtaiseksi ja – lähtöiseksi. Lisäksi potilaan kokemat ongelmat ja hoitoon tulon syyt jäävät ohueksi ja potilaan tavoitteet useimmiten kokonaan kirjaamatta. Potilaalle saattaa vielä koko hoitojakson ajaksi jäädä suunnitelmaksi ainoastaan valmis mallipohja, jolloin kirjaaminen on jäänyt ainoastaan toteutuksen varaan.

*“Psykiatrisen osastopotilaan mallipohja tulee otettua hoitosuunnitelmaksi, mutta sieltä ei kukaan poista suunniteltuja toiminta/tarpeita, vaikka se ei kuuluisikaan kyseisen potilaan hoitoon.”*

Rakenteiseen kirjaamiseen narratiivisesta kirjaamisesta siirryttäessä luonnollinen siirtymä on ollut jatkaa narratiivisen kirjoitusasun muotoa toteutuksen kirjaamisessa, jolloin rakenteisuus ja sitä mukaa tiedonhaku kärsii. Toiseksi yläluokaksi hoitajälhtöiseksi haasteeksi kirjaamisessa nousi tiedonpuute ja ymmärtämättömyys. Erityisesti lääkärin määräysosioon kirjaaman potilaalle tehdyn hoitomääräyksen siirtäminen osaksi potilaan hoitokertomusosiota on koettu hankalaksi ja erityisesti sen suhteen toimintatavat ovat erilaiset myös yksiköstä riippuen. Lääkärin määräyksen on koettu olevan niin ”pyhä”, että se haluttaisiin kokonaisuutena kopioida ilman paloittelua tai muokkausta yhden komponentin alle suunnitelmaan, joka taas rikkoo kirjaamisen rakenteisuuden. Lääkärin määräys saattaa sisältää lääkemääräysten lisäksi muun muassa hoito-ohjeita, esimerkiksi verenpaineen mittaus aamuin illoin, jotka olisi tärkeää sisällyttää suunnitelman rakenteisuuteen tiedonhaun ja toteutuksen oikeaan kohtaan kirjaamisen vuoksi. Määräysten vieminen hoitokertomuksen suunnitelmaan on jäänyt pitkälti yksiköiden oman harkinnan varaan, jolloin sen toteuttamiseen on kehittynyt erilaiset yksikkö- ja myös persoonakohtaiset käytännöt. Lisäksi koettiin hoitokertomuksessa olevan paljon mahdollisuuksia, joita ei kuitenkaan osata oikein hyödyntää muun muassa tiedonhaku. Aivoriiheen osallistuneet kirjaamisvastaavat kokivat, että todella harva työntekijä tekee tiedonhakua hoitokertomuspohjasta. Lisäksi hoitotyönyhteenvedon tarpeellisuus lääkärin loppuarvion lisäksi

koetaan turhana, koska ei ymmärretä hoitotyön yhteenvedon tiedon merkitystä ja erillisyyttä lääkärin loppulausuntoon verrattuna.

*“Jostain syystä hoitosuunnitelman käyttö on monelle vaikea hahmottaa, ei ehkä ymmärretä täysin sen käyttötapaa eikä osata hyödyntää sen mahdollisuuksia.”*

Kolmas hoitajalähtöisen haasteen yläluokista oli komponenttien käyttö oman päättelyn varassa, joka osaltaan liittyy myös tiedonpuutteeseen ja ymmärtämättömyyteen, mutta aivoriihen pohdinnoissa korostui komponenttien käyttöön liittyvät hankaluudet, josta syystä se hahmottiin nostaa erilliseksi teemaksi. Komponenttien valinta hoitokertomuspohjaan koetaan vaikeaksi. Hoitokertomuksen käyttöönoton koulutukset sisältävät teknisen osaamisen kouluttamisen, eikä sisältöön puututa tällöin. Kirjaamisen sisältö on lähes täysin jäänyt oman päättelyn ja tiedonhaun varaan, jolloin käytännöt ovat muodostuneet kirjaviksi. Lisäksi komponentteja on Hoitokertomuspohjassa niin paljon, että niiden hahmottaminen on hankalaa. Psykiatriassa hoitotyössä on lisäksi koettu, että FinCC-luokituksen mukaiset komponentit ovat lähinnä somaattista hoitotyötä paremmin tukevia, joka tulee esille myös luokitusten sovellukseen liittyvissä tietoteknisissä haasteissa, jossa on todettu sovelluksen psykiatrialle taipumattomuus. Lisäksi tietoisuus uuden luokituspäivityksen muutosten epäedullisista vaikutuksista psykiatriseen kirjaukseen, lähinnä tähän asti käytössä olleiden komponenttien poistumisena, ovat herättäneet närää.

*“Samoja asioita kirjataan eri otsikoiden alle, oman päättelyn mukaan.”*

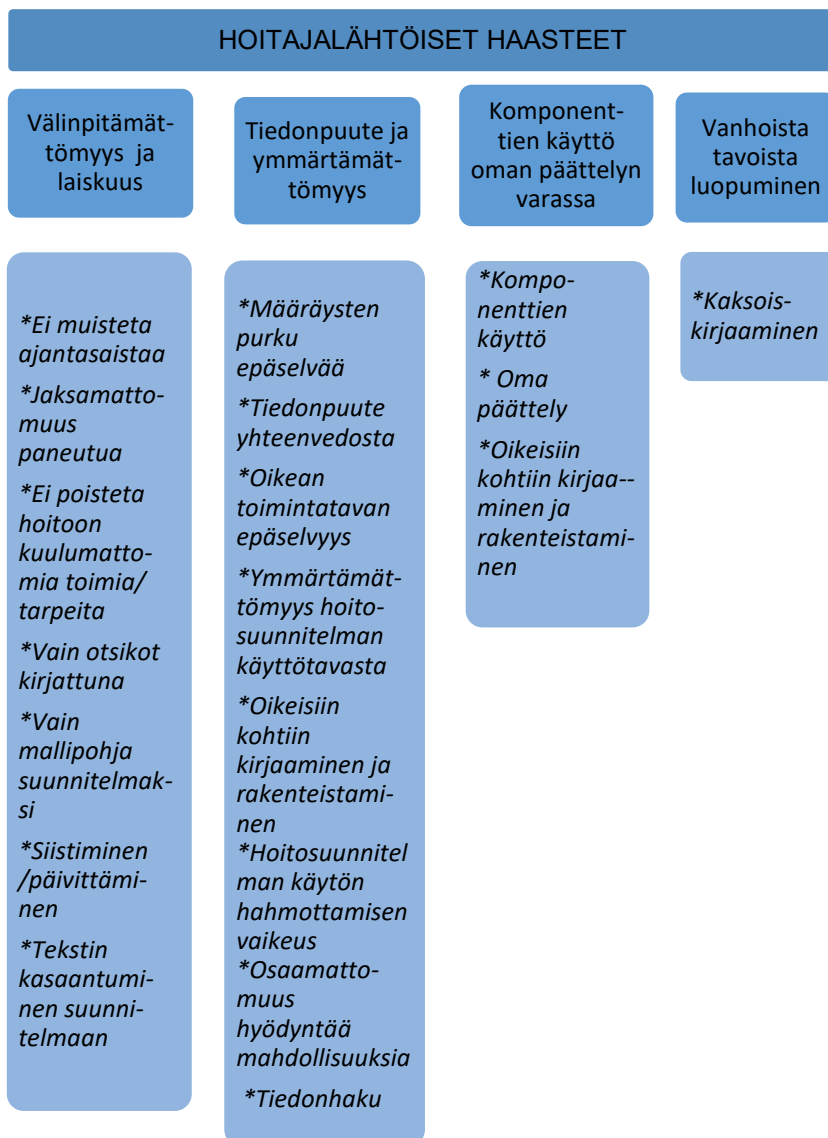
Neljänneksi hoitajalähtöisten haasteiden yläluokaksi nousi vanhoista tavoista luopuminen. Muun muassa kaksoiskirjaaminen, vielä osittain jopa kansioihin paperille, on jäänyt tavaksi. Lisäksi tiedonpuutteen ja ymmärtämättömyyden alle liittyy myös kaksoiskirjaaminen liittyen muun muassa määräysten purkamiseen. Lääkärin määräyksen tärkeys on niin tiukasti hoitajien alitajunnassa, ettei siihen uskalleta kajota eli esimerkiksi pilkkoa rakenteiseksi hoitokertomuksen suunnitelmaan, jolloin sama teksti saattaa olla kolmella eri lehdellä. Esimerkiksi, jos lääkäri tekee määräysosioon lääkemääräyksen ja lisää sen potilaan lääkitys-lehdelle, jonka jälkeen hoitaja kopioi määräysosion tekstin sanasta sanaan potilaan hoitokertomuksen suunnitelmaan ja pahimmassa skenaariossa vielä hoidon toteutukseenkin, jolloin sama asia on jo kirjattu neljään eri kohtaan. Tämä kaksois-, kolmois- ja neloiskirjaus vaikeuttaa muiden tietojen hakemista, koska se lisää tekstiä huomattavasti kertomuksessa. Määräys kopioidaan suoraan pääasiassa ”Asiantuntijapalveluiden koordinointi”-komponentin alle, jolloin määräys



lääkityksen muutoksista ei jatkossa löydy millään tavalla edes lääkitykseen liittyvien komponenttien alta, eikä määräys verenpaineen mittaamisesta löydy siihen liittyvän suunnitelman alta.

*”Kaksoiskirjaaminen esim. vs-arvot paperille ja POCT:iin lisäksi.”*

*“Kansiot edelleen käytössä mm. mittauksille.”*



Kuvio 3 Hoitajalähtöiset haasteet: sisällönanalyysi

### 5.1.2 Omahoitajuuden haasteet kirjaamisessa

Toiseksi pääluokaksi aivoriihen pohdinnoissa nousi omahoitajuuden haasteet kirjaamisessa (kuvio 4). Psykiatrisessa hoitotyössä omahoitajuus on tärkeässä asemassa potilaan asioiden hoitamisessa ja vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Kirjaamisessa omahoitajan asema on myös noussut ensisijaiseksi potilaan hoitosuunnitelman laatimisessa ja ajantasaistamisessa. Potilaan hoitosuunnitelman ja toteutuksen ylläpidon vastuu on täytynyt priorisoida tietyille taholle ja tämä taho on ollut potilaan hoitotyössä kiinteimmin vastuun kantava omahoitaja. Kuitenkin omahoitajina toimineet ovat kokeneet vastuun kirjaamisesta lisääntyneen Hoitokertomuksen käyttöönoton jälkeen ja lisäksi se vie liikaa aikaa välittömältä hoitotyöltä, jolloin taas välittömän hoitotyön ollessa omahoitajan prioriteettina on potilaan hoitosuunnitelman kirjaaminen ja ajantasaistaminen jäänyt vähäisemmälle huomiolle. Hoitosuunnitelmien laatiminen potilaalle yhteistyössä lääkärin kanssa on lopulta jäänyt yksin lääkärin suunnitelmaksi omahoitajan ollessa estynyt pääsemästä mukaan lääkärin aikataulujen ja hoitajien vuorotyön puitteissa, jolloin omahoitaja ei ole pystynyt vaikuttamaan suunnitelmiin. Hoitotyön ja jatkohoidon suunnittelu ja kirjaaminen on ollut mahdollisesti suunnitelmapäivänä potilaasta vastuussa olleen hoitajan varassa, jolloin suunnitelmat ja tieto ei välttämättä kohtaa omahoitajan ajatuksia.

*”Omahoitajan vastuulla kirjaaminen.”*

*”Omahoitaja ei paikalla suunnitelmien laatimisessa.”*

#### OMAOITAJUUDEN HAASTEET

- \*Omahoitajan vastuu
- \*Omahoitajan osuus hoidon suunnittelussa

Kuvio 4 Omahoitajuuden haasteet: sisällönanalyysi

### 5.1.3 Yhteisten käytänteiden sopimisen haasteet kirjaamisessa

Kolmanneksi pääluokaksi muodostuivat yhteisten käytänteiden sopimisen haasteet (kuvio 5), joihin uudet muuttuvat tilanteet ja uusien käytänteiden oppiminen vaikuttavat. Hoitokertomuksen käyttöönoton jälkeen uusi toimintamalli ja käytäntöjen muodostuminen etsivät pitkään uraa toiminnassa. Lisäksi kahden osaston muutto uusiin toimintatiloihin lokakuussa 2021 on vaikuttanut yhteisten käytäntöjen vakiintumiseen myös kirjaamisen saralla. Aivoriihessä todettiin kirjaamisen jääneen siis myös muuttopuuhiin jalkoihin. Uusiin toimintatiloihin siirryttäessä myös henkilökunnan toimipaikat osittain vaihtuivat, jolloin muun muassa kirjaamisvastavat oli yksiköihin nimettävä uudelleen. Osastoille muodostuivat omat käytänteet, jotka saattoivat poiketa linjasta.

*”Väki vaihtuu, kirjaamiskäytännöt muuttuu.”*

Uuden hoitokertomuksen avaamiseen liittyvät haasteet kokivat muutoksia avo- ja osastohoidon yhteistyön lisäämisen pilotoinnissa, jossa pyrittiin saamaan potilaalle yhteinen hoitosuunnitelma avo- ja osastohoitoon Hoitokertomuspohjalle. Pilotointi vaikutti kolmen eri poliklinikan ja sitä myöden osastojen kirjaamiskäytänteisiin hoitokertomuksen avaamiseen liittyen. Jos potilaalla oli avohoitokontakti pilotointiin osallistuneelle poliklinikalla ja potilas joutui osastohoitoon tai potilas siirtyi osastolta jollekin pilotointi-poliklinikoista jatkohoitoon, tavoitteena oli potilaalle laatia avohoidon kanssa yhteinen hoitosuunnitelma Lifecaren Hoitokertomuspohjalle. Toisin sanoen potilaalle ei tällöin osastohoitoon tai avohoitoon tullessa avattu uutta kertomusta, vaan jatkettiin jo aloitettua. Tämä tuotti epäselvyyksiä hoitoa aloitettaessa, koska alkuperäinen ohje on ollut aloittaa aina uusi kertomus potilaan tullessa uudella läheteellä hoitoon. Pilotointijakson päätyttyä tehtiin poliklinikoille kysely yhteisen hoitosuunnitelman toimivuudesta, jota ei koettu toimivana, varsinkaan Lifecaren hoitokertomuspohjalla, joten tätä toimintaa ei ole ollut tarkoitus enää jatkaa ja kuitenkin epätietoisuus asiasta edelleen vallitsee, koska pilotoinnin loppuraportti oli vielä käymättä läpi ja uudet ohjeet vielä antamatta.

*”Käytännöt hyvin vaihtelevia, avataanko TehoAvolta uusi hoitokertomus, kun potilas sisäänkirjataan osastolle.”*

Lisäksi osaston sisällä sovituista käytänteistä ei aina pidetä kiinni, erityisesti jos kokee oman toimintamallinsa paremmaksi sovituksi. Osastolla ei aina ole huomattu tai ehditty sopia yhteisiä käytänteitä, jolloin muodostuu monenlaisten käytänteiden viidakko ja tiedonkulku kolmi- vuorotyöpainotteisessa ympäristössä on ajoittain haastavaa.

*”Yhteiset sopimukset ei pidä.”*



*Kuvio 5 Yhteisten käytänteiden sopimisen haasteet: sisällönanalyysi*

#### 5.1.4 Ulkoisten tekijöiden aiheuttamat haasteet kirjaamisessa

Neljänneksi pääluokaksi nousi aivoriihen tuloksissa ulkoiset, eli lähinnä olosuhteista johtuvat tekijät kirjaamisen haasteina (kuvio 6). Lisäksi ulkoisten tekijöiden vaikutus rinnastuu edelliseen pääluokkaan estävinä tekijöinä yhteisten käytänteiden sopimisen haasteisiin. Yläluokiksi ulkoisten tekijöiden aiheuttamia haasteita nousi aineistosta neljä: hoitotyön näkökulman puuttuminen, potilaslähtöisen hoitotyön väheneminen, välineet ja tilat sekä työn paljous.

Hoitotyön näkökulman puuttuminen rinnastettiin aivoriihen pohdinnoissa lääkärivetoiseen hoidon suunnitteluun, jossa omahoitajuuden osuus jäi liian vähäiseksi, vaikka omahoitajan koetaan kuitenkin kantavan päävastuun potilaan hoidon suunnittelun organisoinnista. Hoitosuunnitelmia koettiin tehtävän liikaa omahoitajan ollessa pois työvuorosta ja hoitosuunnitelmien tekemiseen ajan varaaminen koettiin hankalana lääkärin ja omahoitajan aikataulujen yhteensopimattomuuden vuoksi.

*”Lääkärivetoiset suunnitelmat”*

*”Omahoitajan vastuulla suunnitelman tarkistus -> aikoja ei onnistu saamaan.”*

Potilaslähtöisen ja välittömän hoitotyön koettiin vähentyneen kirjaamisen vuoksi. Kirjaamisen koettiin olevan aikaa vievää ja niin sanottuun vuoteenvieruskirjaamiseen potilaan vierellä ei ollut mahdollisuuksia eikä tarvittavia välineitä esimerkiksi tablettitietokoneita. Potilaan osallisuutta koetaan teoriassa korostettavan, mutta käytännön toimenpiteet ovat aivoriihen pohdintojen mukaan osoittaneet toista. Lisäksi henkilökunnan vaihtuvuus ja etenkin osastojen muuton yhteydessä tulleet henkilökuntavaihdokset ovat olleet haasteena muun muassa yhteisten käytänteiden sopimiselle. Kirjaamiseen tarkoitettujen tilojen on koettu parantuneen muuton myötä, mutta suulliseen raportointiin riittävän suuria tiloja on vähemmän ja lisäksi vanhoissa tiloissa koettiin tietokoneiden riittämättömyyden aiheuttavan kirjaamiselle haasteita, uusiin tiloihin muuton myötä tämä tilanne on vähitellen korjaantunut. Potilasasiakirjoihin kirjaaminen on huomattavasti lisääntynyt ja esimerkiksi viime syksynä psykiatrian poliklinikoille tehdyissä työajanseurannoissa kirjaamiseen kului lähes suurin osa työajasta.

*”Potilaiden hoito vähenee kirjaamisen alle.”*

*”Potilas ei mukana suunnitelmissa.”*

*”Koneiden jonottaminen.”*

*”Hoitoajat psykiatrialla pitkiä, paljon kirjattavaa.”*



Kuvio 6 Ulkoisten tekijöiden aiheuttamat haasteet: sisällönanalyysi

### 5.1.5 Sovellukseen liittyvät tietotekniset haasteet kirjaamisessa

Viidenneksi pääluokaksi muodostuivat sovellukseen liittyvät tietotekniset haasteet (kuvio 7.) Sovelluksena toimii siis LifeCaren Hoitokertomus, jossa käyttöönoton jälkeen on huomattu joitain puutoksia ja ohjelman tuottaja on lisäksi palautetta kysynyt ja sitä annettu, mutta seuraaviin tilanteisiin ei ainakaan vielä ole korjauksia saatu toteutettua. Aivoriihen aineiston mukaan kirjaamisvastaavat kokivat Hoitokertomus-sovelluksen palvelevan paremmin somaattisen sairaanhoidon lyhyttä ja ytimekästä kirjaamistapaa, kuin psykiatrista kirjaamistyyliä ja kirjaamistarvetta. Lisäksi oltiin sitä mieltä, että jos pyritään kirjaamaan psykiatrisella kirjaamistavalla rakenteisesti jää paljon asioita kirjaamatta ja jos kirjaaminen taas tapahtuu pääosin ”psykiatrisen narratiivisesti”, kaikki asiat yhden komponentin alle, hankaloittaa se tällöin taas tiedonhakua. Lisäksi FinCC-luokituksen mukaisten komponenttien koettiin tukevan paremmin somatiikan kirjauksia.

*”Ei taivu psykiatrilalle.”*

*”Somatiikan kirjaukset jyrää psykiatrian.”*

*”Keskustelun paloittelu vaikean takana.”*

Lisäksi teknisenä ongelmana koettiin se, että suunnitemaan on mahdollista lisätä sama komponentti useaan kertaan ohjelman sitä erikseen havaitsematta, jolloin suunnitelmasta tulee sekava ja vaikeasti hahmotettava, joka aiheuttaa kirjaajalle päänvaivaa, mihin väliin asiansa kirjaa. Kirjaamisvastaavien mukaan myös toteutukseen kirjaamisen lukkiutumisen aikaraja hankaloitti kirjaamisen korjaamista jälkikäteen. Kirjaamista hidastaa myös se, että tietokoneelle on tietosuojasyistä kirjauduttava useilla eri käyttäjätunnuksilla, ennen kuin varsinainen kirjaaminen onnistuu.

*”Komponentit pystyy laittamaan samat useaan kertaan.”*

*”Toteutuksen korjaaminen kahden viikon kuluttua ei onnistu.”*

Psykiatrialle on jo vuosia toivottu omaa sähköistä hoitosuunnitelmapohjaa, jota ei kuitenkaan ole onnistuttu saamaan. Alun perin psykiatrialla oli paperinen hoitosuunnitelmalomake, joka oli mahdollista myös kopioida potilaalle itselle. Nyt hoitosuunnitelma tehdään Hoitokertomuksen suunnitelma-pohjalle, jonka tulostaminen potilaalle ei onnistu, koska tulostustoiminto tulostaa kaikki mahdolliset tekstit esitiedoista toteutukseen ja yhteenvetoon suunnitelman lisäksi. Psykiatrisen avo- ja osastohoidon yhteistyötä suunnittelevan sairaanhoitopiirin työryhmän tavoitteena on ollut saada muun muassa avo- ja osastohoitoon potilaalle yhteinen hoitosuunnitelma. Työryhmässä pilotoitiin Hoitokertomuspohjalle tehtävää yhteistä hoitosuunnitelmaa käytettäväksi sekä osasto-, että avohoidossa. Pilotoinnin kyselyn tuloksena kuitenkin selvisi, ettei Hoitokertomuspohja sellaisenaan toimi yhteisenä hoitosuunnitelmana, vaan aiheutti sekaannusta ja epäselvyyttä erityisesti uuden Hoitokertomuksen avaamisen yhteydessä potilaan tullessa hoitoon. Edelleen toiveissa olisi täysin erillisen sähköisen hoitosuunnitelmapohjan saaminen yhteiseen käyttöön avohoidossa ja osastohoidossa, jolloin potilaan hoidon jatkuvuus toteutuisi luotettavammin.

*”Erillinen hoitosuunnitelmapohja.”*

## SOVELLUKSEEN LIITTYVÄT TIETOTEKNISET HAASTEET

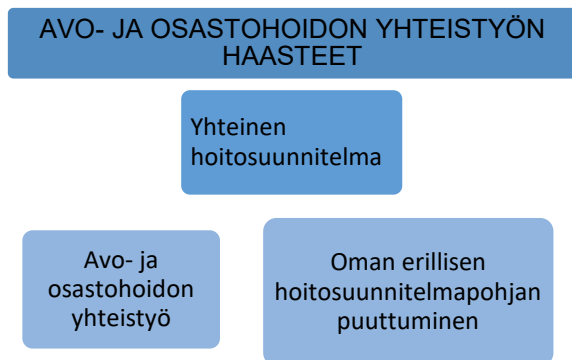
- \*Psykiatriselle soveltumattomuus
- \*Oleellisen tiedon katoaminen kirjausten sisälle
- \*Kirjausten korjaamisen aikarajat
- \*Hitaus
- \*Sama komponentti mahdollista lisätä moneen kertaan.
- \*Oman erillisen hoitosuunnitelmapohjan puuttuminen
- \*Tulostusongelmat

*Kuvio 7 Sovellukseen liittyvät tietotekniset haasteet: sisällönanalyysi*

### 5.1.6 Avo- ja osastohoidon yhteistyön haasteet kirjaamisessa

Kuudenneksi pääluokaksi ensimmäisen aivoriihen pohdinnoissa erilliseksi haluttiin nostaa avohoidon ja osastohoidon yhteistyön haasteet kirjaamisessa (kuvio 8), koska se on monella saralla noussut isoksi haasteeksi muun muassa potilaan jatkohoidon ja hoidon jatkuvuuden järjestämisessä sekä potilasturvallisuudessa. Kirjaamisen yhteneväisyyden on ajateltu parantavan yhteistyön toteutumista, mutta kirjaamisen saaminen yhteneväksi on asettanut runsaasti haasteita. Hoitokertomus-sovelluksen soveltumattomuus avohoidon kirjauksissa on todettu muun muassa sairaanhoitopiirin pilotissa, jossa yhteistä hoitosuunnitelmaa kokeiltiin muutaman avohoitoyksikön pilottina. Koska oman erillisen hoitosuunnitelmapohjan puuttuminen on haasteena ja jopa esteenä avo- ja osastohoidon väliselle yhteistyölle ja hoitosuunnitelmapohjan luominen potilastietojärjestelmän hoitokertomukseen ei ole pyynnöistä huolimatta toteutunut. Haaste on tällöin myös potilastietojärjestelmien suunnittelussa ja kehittämisessä. Avo- ja osastohoidon yhtenäisyyden haasteet liittyvät kirjaamisen yhtenäisyyden puutteen lisäksi myös liian vähäisestä yhteydenpidosta yksiköiden kesken, johon on myös yritetty panostaa. Osastojen yhteistyön vähäisyyden koettiin kirjaamiseen lisääntyvän omat yksikkökohtaiset piirteet ja ohjeistukset, jolloin kirjaamisen yhtenäisyys kärsii. Yhteinen kirjaamisalusta helpottaisi todennäköisesti myös muuta yhteydenpitoa ja edistäisi erityisesti yhteneväistä ja jatkuvaa hoitosuunnitelmaa potilaan hoidossa avo- ja osastohoidon välillä, jolloin hoidon jatkuvuus olisi myös paremmin turvattu.



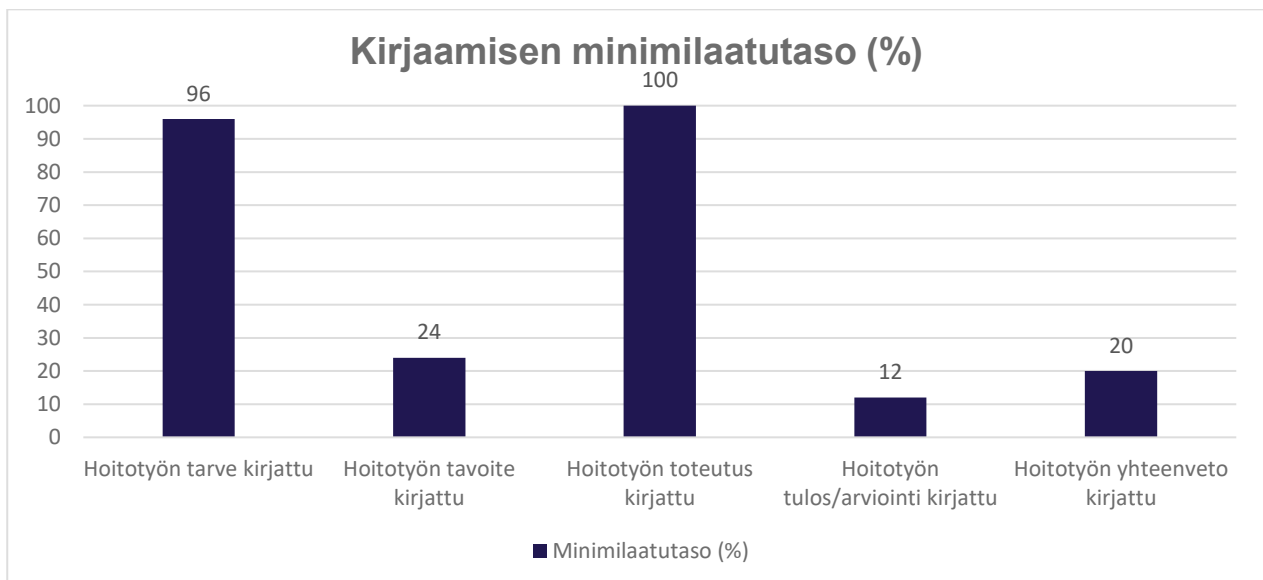


*Kuvio 8 Avo- ja osastohoidon yhteistyön haasteet: sisällönanalyysi*

## 5.2 Kirjaamisen auditointi

### 5.2.1 Minimilaatutason kirjaaminen

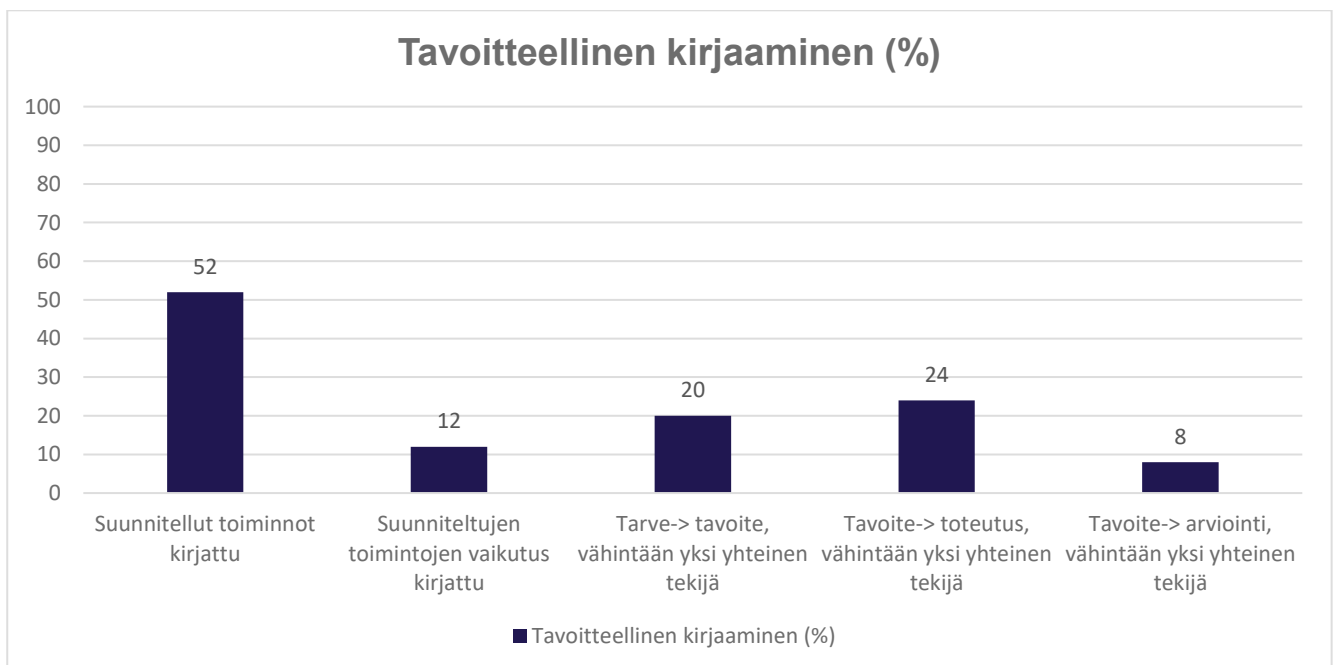
Minimilaatutason kirjaamisessa (kuvio 9) tarkastellaan auditointimittarin (Kaila & Kuivalainen 2008/versio 31.3.2012 ©) viittä ensimmäistä kohtaa, joihin haettiin vastausta kirjaamisen toteutumisesta, jotka minimilaatutasossa on saavutettava. Vaaditut asiat on siis löydyttävä kertomuksesta niille varatuista kohdista. Nämä viidessä ensimmäisessä minimilaatutason kohdissa käsitellään hoitotyön tarvetta, tavoitetta, toteutusta, tuloksen arviointia ja yhteenvetoa. Tarkasteltavia dokumentteja oli yhteensä 25 kappaletta. Auditointimittarin kriteereiden perusteella tarkasteltiin, onko hoitotyön ydintiedot kirjattu kertomuksiin ylipäätään tai oikein hoitotyön näkökulmasta ja niille varattuihin oikeisiin kohtiin. Kaikista (N=25) käsitellyistä potilaiden hoitokertomusmerkinnöistä hoidon tarve, hoitotyön tarpeena, oli kirjattu sille varattuun kohtaan 96 % (n=24). Hoidon tavoite, hoitotyön tavoitteena, oli kirjattu sille varattuun kohtaan 24 % (n=6). Hoidon toteutus, hoitotyön toteutuksena oli kirjattu sille varattuun kohtaan 100 % (N=25). Tulos / arviointi oli kirjattu sille varattuun kohtaan 12 % (n=3). Hoitotyön yhteenveto oli tehty vain 20 %:ssa (n=5) hoitokertomuksista. Minimilaatutason kirjaamisen toteutumisen keskiarvo oli 50,4 % ja mediaani 24 %.



Kuvio 9 Minimilaatutason (1-5 arvioitavat osiot) kirjaamisen toteutuminen

## 5.2.2 Tavoitteellinen kirjaaminen

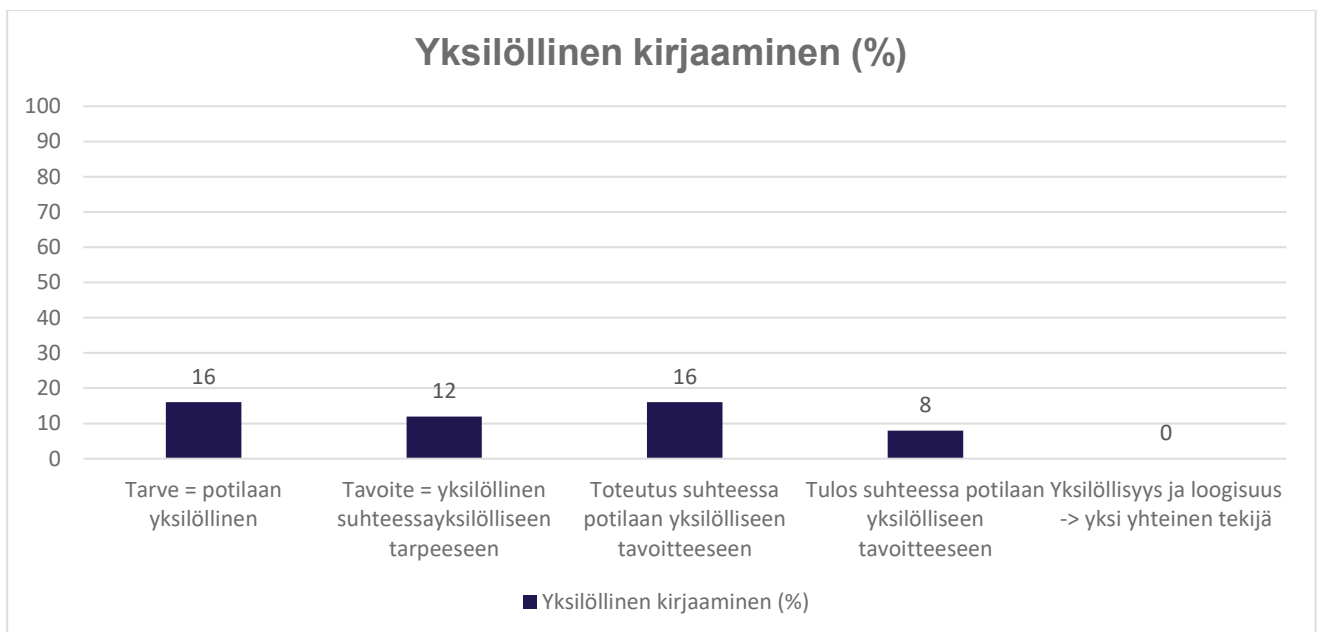
Auditointimittarin toinen osio koski tavoitteellisen prosessin mukaisesti etenevää kirjaamista (kuvio 10). Tavoitteellisen kirjaamisen osio koostui viidestä eri kriteeristä, joiden perusteella tarkasteltiin kirjaamisen etenemistä hoitotyön prosessin mukaisesti (kuvio 1.). Tässä vaiheessa arvioidaan, onko suunnitellut toiminnot kirjattu jo suunnitteluvaiheessa ja onko suunniteltuja toimintoja arvioitu. Lisäksi tavoitteellisen kirjaamisen tavoitetason saavuttamiseksi on löydyttävä tavoitteelle yhteys tarpeeseen, toteutukseen sekä tulokseen/arviointiin. Mittarin kriteerinä prosessin vaiheiden välillä on löydyttävä vähintään yksi tekijä (komponentti tai asiayhteys). Kaikista (N=25) käsitellyistä potilaiden hoitokertomusmerkinnöistä suunnitellut toiminnot oli kirjattu jo hoidon suunnitteluvaiheessa 52 % (n=13). Suunniteltujen toimintojen vaikutusta oli arvioitu 12 % (n=3). Hoidon tarpeen ja tavoitteen välillä oli yhteys 20 % (n=5), eli kaikista ylipäätään kirjatusta tavoitteista (24 %) 4 %:ssa ei tavoitteella kuitenkaan ollut yhteyttä tarpeeseen. Hoidon tavoitteen ja toteutuksen välillä oli yhteys 24 % (n=6). Hoidon tavoitteen (24 %) ja tuloksen/arvioinnin välinen yhteys oli vain 8 % (n=2), eli 33 % kaikista ylipäätään kirjatusta tavoitteista oli arvioitu. Hoidon tulosta kirjattiin aineistossa hyvin huonosti. Tavoitteellisen kirjaamisen keskiarvo oli 23,2 % ja mediaani 20 %.



Kuvio 10 Tavoitteellisen kirjaamisen (6–10 arvioitavat osiot) toteutumisen.

### 5.2.3 Yksilöllinen kirjaaminen

Yksilöllinen hoito kirjauksissa vaatii kirjaamisen potilaan näkökulmasta, joka on ilmaistu potilaan kokemana ongelmana tai voimavarana. Yksilöllisen kirjaamisen osio (kuvio 11) koostui viidestä eri kriteeristä, joiden perusteella tarkasteltiin kirjaamisen yksilöllisyyttä, toisin sanoen asiakas-/potilaslähtöisyyttä. Auditoinnin kohteena oli, miten kirjaamisen yksilöllisyys näkyi tarpeen, tavoitteen, toteutuksen ja arvioinnin asettelussa ja miten nämä oli kirjattu suhteessa toisiinsa. Tämän kehittämistyön aineistossa kuitenkin tavoite oli kirjattu hoitokertomuksista ainoastaan kuuteen kertomukseen 25:stä, joten tulokset eivät yksilöllisen kirjaamisen suhteen täten olleet oikein rohkaisevia, eikä tuloksissa ollut mahdollista saavuttaa kuin maksimissaan kirjattujen tavoitteiden verran, eli 24 %, johon ei kuitenkaan ylletty yksilöllisyyden puuttuessa kirjauksista. Tavoitteiden kirjaamisen vähäisyyden vuoksi myös loogisen kirjaamisen taso (osiot 1-14) oli tavoitteiden puuttumisen vuoksi 0 % (n=0). Kaikista (N=25) arvioituista potilaiden hoitokertomusmerkinnöistä hoitotyön tarve oli kirjattu yksilöllisesti 16 % (n=4). Hoitotyön tavoite oli kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen 12 % (n=3). Hoitotyön toteutus oli kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen 16 % (n=4). Hoidon tulos/ arviointi oli kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen 8 % (n=2). Osion viimeisessä kohdassa kaikki edelliset osiot (1-14) eivät olleet kyllä, joten yksilöllisten asioiden kirjausten loogisuudelle tulokseksi saatiin 0 % (n=0). Yksilöllisen kirjaamisen keskiarvo oli 10,4 % ja mediaani 12 %.



Kuvio 11 Yksilöllisen kirjaaminen (11–15 arvioitavat osiot) toteutumisen.

#### 5.2.4 Kirjaamisen kokonaistaso

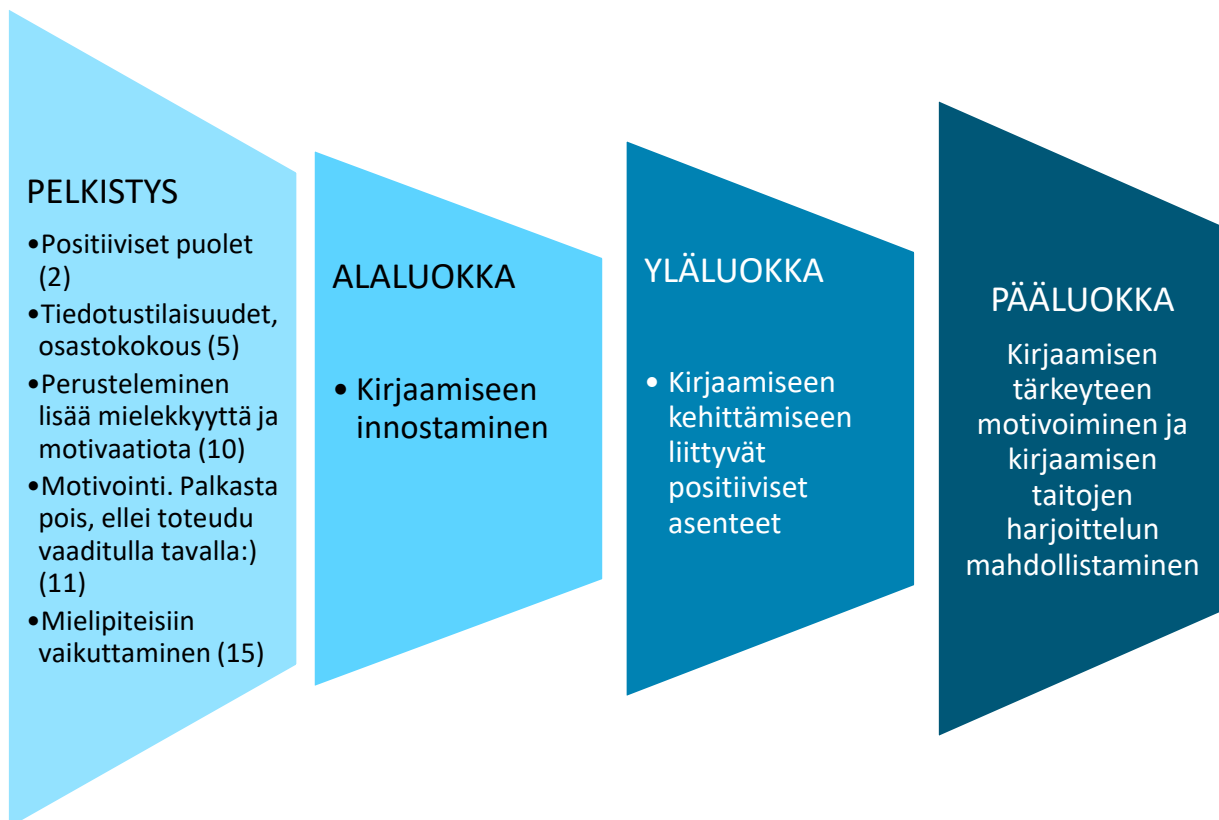
Kirjaamisen kokonaistaso arvioitiin Kaila & Kuivalaisen (2008/versio 31.3.2012) kokonaistason arviointitaulukolla (Taulukko 1). Auditoinnin perusteella lähes koko aikuispsykiatrialla kirjaamisen laatu on ”ei hyväksyttävällä tasolla” keskiarvolla 4,2. Vaihteluväli pisteissä oli laaja välillä 1-12 pistettä. Mediaanina 3. Kirjaamisen kokonaistason ollessa ei hyväksyttävällä tasolla kehitettävää on tällöin kaikilla osa-alueilla; tarpeiden, tavoitteiden, toteutuksen, arvioinnin ja yhteenvetojen kirjaamisessa. Koska tämän kehittämistyön auditoinnin pilotoinnissa oli mukana ainoastaan kolme osastoa ja 25 hoitokertomusta, en erittele osastokohtaisia tuloksia raportoinnissa, vaikka olen analysointia tehdessä tulokset eritellytkin. En kokenut tarpeenmuokaiseksi nostaa eri osastojen tuloksia erikseen, koska kehitettävää oli kuitenkin jokaisessa yksikössä, lukuun ottamatta kahta hoitokertomusta, joista tuloksena kiitettävän tason pisteet 12. Suurin kirjaamisen puute auditoinnin mukaan on potilaan tavoitteen kirjaaminen, joka vaikuttaa suoraan erityisesti tavoitteellisen ja yksilöllisen kirjaamisen tuloksiin.

*Taulukko 1 Hoitotyön kirjaamisen laadun kokonaistaso (Kaila & Kuivalainen 2008/versio 31.3.2012 ©)*

Ei hyväksyttävä taso	0,00 – 4,99
Heikko taso	5,00 – 8,30
Hyvä taso	8,31 – 11,60
Kiitettävä taso	11,61 – 15,00

### 5.3 Toinen aivoriihi: Kirjaamisen kehittäminen auditoinnin tulosten valossa

Toiseen aivoriihen 17.3.2022 osallistui osastojen kirjaamisvastaavia yhteensä viisi, joista yksi oli yhteydessä Teamsin välityksellä ja neljä paikan päällä. Aivoriihen aluksi pidettiin alustus kehittämistyössä tehdyn kirjaamisen auditoinnin tuloksista sekä kirjaamisen lakisääteisyydestä ja perusteista. Alustuksen jälkeen pohdittiin ryhmässä kirjaamisen kehittämisen mahdollisuuksia ja jatkotoimenpiteitä. Jokainen osallistuja sai laittaa tarralapuilla ehdotuksia kirjaamisen laadun kehittämiseen tähtäävistä toimenpiteistä. Tarralappuja tästä aiheesta tuli yhteensä 16 alkuperäisilmaisua, jotka analysoitiin sisällönanalyysillä (kuvio 12). Aivoriihessä nousi paljon keskustelua aiheesta, mutta asioiden kirjaaminen ylös jäi vähemmälle huomiolle, vaikka siitä keskustelun lomassa muistutettiin.



Kuvio 12 Esimerkki Aivoriihi II sisällönanalyysistä

### 5.3.1 Kirjaamisen tärkeyteen motivoiminen ja kirjaamisen taitojen harjoittelun mahdollistaminen

Tulosten sisällönanalyysin mukaan (taulukko 2) kirjaaminen koettiin vähemmän miellyttävänä toimintona hoitotyössä ja sen vievän liikaa aikaa välittömältä hoitotyöltä. Lisäksi kirjaamisen koettiin lisääntyneen ja muuttuneen hoitotyössä viimeisten vuosien aikana paljon ja kuitenkin siihen kouluttautumismahdollisuudet koettiin vähäisiksi. Kirjaamisen kehittämisen edellytyksiksi koettiin kirjaamiseen motivoiminen ja tiedottaminen kirjaamisen välttämättömyydestä, lakisääteisydestä sekä kirjaamisesta potilasturvallisuuden lisääjänä sekä hoitajan oikeusturvana. Pääosin kirjaamista tehtiin vain kirjaamisen pakosta, eikä juurikaan ole pohdittu sen tarkoitusta, merkitystä ja sen kehittämistä yhteisöllisesti ja potilaan hoidon tuloksellisuutta silmällä pitäen. Tämä kehittämistyö koettiin hyvänä alullepanijana kirjaamisen näkyväksi tekemiseen psykiatrialla.

*”Perustelut miksi tehdään mitään, muuten ei ole mielekästä/motivaatiota.”*

*”Kirjaaminen prioriteetiksi.”*

*”Lakiperusteista puhuminen.”*

Koulutuksiin toivottiin enemmän käytännönläheisyyttä ja mahdollisuuksia erityisesti työpäivän aikana ottaa aikaa ja yhdessä henkilökunnan kesken pohtia kirjaamiskäytäntöjä sekä ohjata kollegoita ongelmatilanteissa. Päivät koettiin ajoittain niin kiireisiksi, ettei asiaan ollut aikaa riittävästi paneutua, jolloin kirjaamisen käytäntöjen pohtiminen ja opettelu on jäänyt toissijaiseksi. Kirjaamisvastaavien työpanosta osasto-oloissa kouluttamiseen korostettiin. Kirjaamisen koulutukset toivottiin järjestettävän läsnäolokoulutuksina, etäkoulutukset koettiin riittämättöminä. Lisäksi somaattisille erikoisaloille kohdennetut kirjaamiskoulutukset koettiin psykiatrialle soveltumattomina sisältäen liian paljon psykiatrialle vähemmän käytännöllistä tietoa ja toisaalta psykiatrian käytännöt taasen eivät tulleet riittävästi esiin, koska kirjaamistyöli erikoisalojen välillä saattaa olla todella erilaista.

*”Kirjaamisen ohjaustilanteet käytännön tilanteisiin.”*

*”Lisäkoulutusta – kirjaamisvastaavat?”*

*”Läsnäolevat koulutukset - > ei etänä.”*

Taulukko 2 Kirjaamisen tärkeyteen motivoiminen ja kirjaamisen taitojen harjoittelun mahdollistaminen: sisällönanalyysi

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kirjaamisen tärkeyden korostaminen (1) (5) (8) (14) (16)	Kirjaamiseen kehittämiseen liittyvät positiiviset asenteet	Kirjaamisen tärkeyteen motivoiminen ja kirjaamisen taitojen harjoittelun mahdollistaminen
Kirjaamiseen innostaminen (2) (5) (10) (11) (15)		
Kirjaamistaidon kehittäminen (3) (4) (6) (9) (12) (13)	Mahdollisuudet kirjaamistaitojen kehittämiselle	

### 5.3.2 Omahoitaja potilaan hoitokertomuksen kirjaamisen pääosassa

Kuten ensimmäisessä aivoriihessä, tulosten aivoriihen mukaan (taulukko 3) kirjaamisen haasteena omahoitajan vastuu ja rooli kirjaamisen suunnittelussa ja toteutuksessa, nousi omahoitajan rooli myös keskusteluissa korkealle, vaikka siitä kirjattiin paperille vain yksi kommentti. Omahoitajan tehtäväkuvaa kirjaamisen edistäjänä haluttiin nostaa esille, sekä omahoitajan vastuuta potilaan hoitokertomuksen ajantasaistamisessa sekä tietojen täydentämisessä haluttiin korostaa. Lisäksi omahoitajan osallisuus potilaan hoitosuunnitelman tekemisessä koettiin ajoittain riittämättömänä muun muassa lääkärin kanssa yhteen sopimattomien aikataulujen vuoksi. Lisäksi todettiin erilaisten persoonien hoitavan omahoitajuuttaan eri tavoin, toiset tunnontarkasti ja toiset ”vasemmalla kädellä”, joka heijastui myös kirjaamisen toteutuksen tasossa. Lisäksi ajoittain koettiin kirjaamisen rajoittavan aikaa välittömälle omahoitajatyölle. Kirjaamisen kehittämisen näkökulmasta toivottiin omahoitajuuden määritelmän ja tehtävien kirkastamista myös kirjaamisen osalta esimerkiksi jo järjestettävien omahoitajuuskoulutusten yhteydessä.

*”Omahoitajan työpanos”*



*Taulukko 3 Omahoitaja potilaan hoitokertomuksen kirjaamisen pääosassa: sisällönanalyysi*

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Omahoitaja hoitotyön kirjaamisen edistäjänä (7)	Omahoitajan tehtäväkuva	Omahoitaja potilaan hoitokertomuksen kirjaamisen pääosassa

## 6 POHDINTA

### 6.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

*”Tutkimustulosten luotettavuus edellyttää tieteen hyvien käytäntöjen tuntemista ja noudattamista, rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (TENK [Viitattu 7.5.2021] <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>.)*

Kehittämistyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti toteutettu tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia. Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyön eri vaiheissa ovat hyviä tieteellisen käytännön periaatteita. (TENK 2012, 6.) Eettiset velvoitteet on otettava huomioon erityisesti myös hoitotyön kirjaamisessa, koska terveydenhuollossa ollaan jatkuvasti tekemisissä ihmisen elämän peruskysymysten kanssa. Hoitotyöntekijä joutuu kirjatessaan pohtimaan, mitä potilaskertomukseen voi kirjoittaa. (Hallila 2005, 23.) Thiroux (1998, teoksessa Rowe, 2010) on laatinut eettisten periaatteiden luettelon, jonka mukaan eettisiä periaatteita ovat; elämän kunnioittaminen, hyvyys ja oikeamielisyys, oikeudenmukaisuus ja reiluus, totuuden puhuminen ja rehellisyys, sekä yksilön vapaus.

Tässä kehittämistyössä noudatettiin tutkimustyötä koskevaa lainsäädäntöä ja eettisiä periaatteita. Kehittämistyö pohjautuu potilasasiakirjojen auditointiin auditointikaavaketta käyttäen, sekä sisällönanalyysiin kirjaamisen laadusta sekä osastojen kirjaamisvastaavien kanssa työskentelystä aivoriihissä. Kehittämiseen osallistuvia kirjaamisyhdyshenkilöitä informoitiin tutkimuksesta ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta aivoriihiin. Kehittämistyöstä pidettiin alustuksia ennen aivoriihien järjestämistä ja työyhteisöä tiedotettiin koko prosessin ajan kehittämistyön etenemisestä ja tuloksista. Aivoriihessä työskennelleet osastojen kirjaamisvastaavat eivät tulleet potilaiden henkilöllisyyttä saamaan tietoonsa missään tutkimuksen vaiheessa, eikä aivoriihessä työskennelleiden hoitajien henkilöllisyys paljastu tutkimusraportissa.

Haasteena aivoriihiin osallistamisessa ja kirjaamisvastaavien informoimisessa oli koko psykiatrian toimintayksikön muutto lokakuussa 2021, jolloin toiminta ja toimijat muuttuivat ja kirjaamisvastaavien kokoaminen oli haastavaa kokoonpanojen ollessa epäselviä. Lisäksi Covid-

19-pandemia aiheutti haasteita aivoriihien järjestelyille erinäisten kokoontumisrajoitusten ja karanteenipäätösten ollessa voimassa.

Kirjaamisen auditoinnin raportoinnissa eivät tule esille potilasasiakirjojen henkilötiedot, eivätkä yksittäiset kirjaukset. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen (2019,11) Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi mukaan:

*”henkilötietoja sisältävän tutkimusaineiston käsittelyä ohjaavia keskeisiä periaatteita ovat suunnitelmallisuus, vastuullisuus ja lainmukaisuus. Suunnittelussa on otettava asianmukaisesti huomioon tutkimusaineiston käsittelyyn liittyvät riskit tutkittavien ja muiden henkilöiden kannalta”. (TENK 2019, 11.)*

Sairaanhoitopiirin tietohallinnolta tutkimukseen saatiin käyttöön erilliset tutkijatunnukset, joissa oli rajattu pääsy vain tutkimuksessa tarvittaviin tietoihin, ja jotka olivat voimassa vain tutkimuksessa tarpeen olevan rajatun ajan. Tutkittavista potilasasiakirjoista oli tarve saada tietoon vain potilaan hoitokertomukseen kirjatut tiedot, edes potilaan sukupuolella, iällä tai muillakaan henkilötiedoilla ei auditoinnissa ole merkitystä. Tutkimuksen kohteena ovat ainoastaan dokumentit, eivät ihmiset. Myöskään hoitokertomuksiin kirjanneen henkilökunnan henkilöllisyys ei tutkimuksessa tule ilmi. Potilasasiakirjojen tiedot ovat aina salassa pidettäviä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee, että potilasasiakirjoja ei saa luovuttaa sivullisille ilman potilaan kirjallista suostumusta. Sivullisella tarkoitetaan tässä laissa muita, kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Kun aineistoja ei enää tutkimuksessa tarvita asiakirjat hävitetään.

Tutkimukselle saatiin tutkimuslupa sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä sekä puolto tutkimuslualle psykiatrian toimintayksikön ylilääkäriltä, opetusylihoitajalta ja psykiatrian toimintayksikön vt. ylihoitajalta. Sairaanhoitopiirin tietohallinto sekä erityissuunnittelija olivat mukana auditoinnin prosessissa.

Kehittämistyön tekijänä työskentelen sairaanhoitopiirin psykiatrian toimintayksikön alaisuudessa, ja minulla on pääsyoikeus psykiatriisiin potilasasiakirjoihin työni puolesta. Kehittämistyön tekijänä olen osallisena lisäksi muun muassa Sairaanhoitopiirin kirjaamistyöryhmässä, M-talon kirjaamistyöryhmässä, Hyvinvointialueen mielenterveys- ja päihde työryhmän osasto-

hoidon alatyöryhmän jäsenenä, Rakenneuudistuksen kirjaamisen yhtenäistämisen työryhmässä sekä sairaanhoitopiirien yhteisen Lifecare-tiimin jäsenenä, sekä sairaanhoitopiirin psykiatrian edustajana HoiVerke-hankkeessa. Kehittämistyön tekijänä en ole organisaation ulkopuolinen ja tehtävänkuvani on myös kirjaamisen laadun edistäminen työssäni, johon myös tämä kehittäminen on tähdännyt. Lisäksi kehittäminen aivoriihiin osallistuneet osastojen kirjaamisvastaavat kokivat kirjaamisen kehittämisen tarpeelliseksi ja olivat motivoituneita olemaan mukana aivoriihissä asiantuntijoina, jolloin luotettavuutta lisää asiaan perehtyneiden henkilöiden näkemys ja kokemus aiheesta.

Kehittäminen sisälsi sekä laadullisen että määrällisen tutkimusmenetelmän. Laadullisena menetelmänä oli siis kaksi osallistavaa aivoriihtä kirjaamisvastaaville. Aivoriihen sisällönanalyysiin sain avukseni ylemmän ammattikorkeakoulun kehittäminen itse muutama vuosi sitten tehneen ystäväni, jonka avulla analyysilleni sain vertaisarvioinnin. Määrällisenä menetelmänä oli kirjaamisen auditointi valmiilla mittarilla. Syksyllä 2022 on suunnitteilla sairaanhoitopiirissä laajempi kirjaamisen auditointi, johon tämä kehittäminen toimii pilottina. Kaila & Kivilaisen (2008) auditointimittari on ollut sairaanhoitopiirissä käytössä vuosia ja sen on todettu olevan hyvä väline kirjaamisen arviointiin. Lisäksi auditoinnissa ohjaajana ja vertaisarvioijana on toiminut sairaanhoitopiiristä erityissuunnittelija /osastonhoitaja, joka on aiemmin auditointimittaria käyttänyt ja mittariin perehtynyt.

Auditointimittaria (liite1) on Suomessa laajasti käytetty hoitotyön kirjaamisen arvioinnissa, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Mittarin valinnassa on kiinnitettävä huomioita siihen, ilmentääkö mittari kaikkia tutkimuksen osa-alueita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152). Luotettavuutta määrällisessä tutkimuksessa tarkastellaan myös tutkimuksen pätevydellä eli validiteetilla, jolloin arvioidaan mitattaako mittari oikeita asioita, joita oli tutkimuksessa tarkoitus mitata ja onko tulokset yleistettävissä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Mittarin luotettavuus luo tutkimukselle perustan. Tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen täytyessä tutkimusta voidaan pitää luotettavana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152; Tuomi & Sarajärvi 2018, 160.)

## 6.2 Kehittämistyön tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Psykiatrisen hoitotyön kirjaamisesta varsinaista tutkimustietoa löytyy vähän. Hoitotyön kirjaamisen tutkimus sisältää lähinnä kirjaamisen rakenteisuuden arviointia, mutta varsinaista kirjaamisen laadun kokonaisvaltaiseen kehittämiseen panostavaa tutkimusta ei juurikaan löydy, etenkin, kun kehittämistyön tiedonhaun ulkopuolelle rajattiin Pro gradu-tutkielmat, ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt sekä ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kehittämistyöt. Teoreettista viitekehystä kootessa todettiin erityisesti ulkomaisen tutkimustiedon kirjaamisesta olevan kovin vähäistä. Kirjaamisen ulkomainen tutkimus keskittyi pääosin yleiseen kirjaamisen kehittämiseen sekä siihen velvoittamiseen, muttei varsinaisesti laatuun. Tuleva sote-uudistus lisää kirjaamisen yhtenäistämisen painoarvoa, josta syystä kehittämistyö on todella ajankohtainen ja saanut lisäarvoa erityisesti viime vuosien aikana. Sote-uudistuksen nettisivuilla on myös todettu, että laadukas tieto ja tiedon hyödyntäminen vaativat toimivia tietojärjestelmiä, kirjatun tiedon laadun toistuvaa arvioimista sekä jatkuvaa henkilökunnan kouluttamista (Mölläri & Saukkonen 2021). Tavoitteena hyvälle kirjaamiselle 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 ym. 2018, 204; Liljamo 2019.)

Kehittämistyön tarkoituksena ja tutkimuskysymyksenä oli arvioida kirjaamisen laadun lähtöta-soa ja löytää yhteisiä käytäntöjä auditoinnin tuloksista kirjaamisen laadun edistämisen tueksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian aikuisosastojen henkilökunnalle. Kirjaamisen oikeanlainen rakenteisuus helpottaa myös tiedon etsimistä sekä potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin selkeytymistä ja myös lisää tiedonhaun ja saatavuuden kannalta potilasturvallisuutta. Sairaanhoitopiirissä psykiatrialla on jäänyt kirjaamisen auditointi kokonaisuudessaan vähäiselle huomiolle. Kuten myös Mykkänen ym. (2018, 204) toteaa, että Systemaattista rakenteisen kirjaamisen arviointia ei ole Suomessa tehty, mutta auditointimalli on koettu hyödyllisenä kirjaamisen laadun arviointiin. Joitain vuosia sitten kirjaamisen auditointiin koulutettiin kirjaamisvastaavia, mutta systemaattinen auditointi on silloinkin jäänyt tekemättä. Ensi syksyille on suunnitteilla koko sairaanhoitopiirin kattava kirjaamisen auditointi, jolle tämä kehittämistyö toimii pilottina psykiatrisen kirjaamisen lähtötasosta.

Auditoinnin perusteella kirjaamisen kehittäminen vaatii runsaasti toimenpiteitä jatkossa. Auditoinnin kokonaistaso kehittämistyössä oli ”ei hyväksyttävällä tasolla” pisteillä 4,2 välillä 0-15 (taulukko 4), jolloin kirjaaminen vaatii runsaasti enemmän huomiota osana potilaan kokonais-

valtaista hoitotyötä. Kehitettävää on tällöin kaikilla osa-alueilla; tarpeiden, tavoitteiden, toteutuksen, arvioinnin ja yhteenvetojen kirjaamisessa. Kokemusten perusteella yksilöllisesti pohdittu hoitosuunnitelma antaa hoitajalle yksilöllisemmän toimintatavan tehdä työtä potilaan tarpeiden pohjalta ja siten potilaan tarpeet tulee paremmin huomioitua. (Laaksonen ym. 2012, 50.), josta syystä hoitosuunnitelman tekoon on kiinnitettävä erityisesti huomiota.

Potilaan tarpeiden kirjaamisessa (96 %) oli todella vähän huomautettavaa, josta oletus on se, että potilaan tilanne kuvataan kirjauksissa jo potilaan tullessa psykiatriseen päivystykseen ennen siirtymistään osastolle, jolloin se on muodostunut systemaattiseksi toiminnoksi, toki potilaan oman näkökulma tarpeeseen pitäisi tehokkaammin tuoda esille. Wendelin (2019, 30–31) mukaan sairaalaan tullessa potilaan hoito alkaa potilaan oman kertomuksen kuuntelulla ja dokumentoinnilla yhteistyössä. Potilaan kanssa yhdessä tehdään heti hoitosuunnitelmaa ja suunnitelman toteutumista seurataan päivittäin. (Wendel 2019, 30–31.) Günter (2015, 66) taas on todennut, että dokumentoinnissa on pääasiallisesti kirjattu ammattilaisen näkökulmasta asiantuntijana, jolloin potilaan oma kertomus on jäänyt toissijaiseksi. Luostarisen ym. (2019, 37) mukaan edelleen dokumentoinnin haasteena nähdään potilaslähtöinen kirjaaminen sekä potilasohjauksen ja jatkohoidon järjestämisen kirjaaminen. Potilas-/asiakaskeskeisyys on tärkeä periaate kirjaamisessa, jossa sen tulisi myös näkyä. (Hallila, 2005, 32–33.) Kirjaamisen puutteet näkyivät erityisesti tavoitteiden asettamisessa potilaan hoidolle, joissa harvoissa tehdyissä puutteena oli myös potilas-/asiakaslähtöisen näkökulman esille tuominen.

Kehittämistyön auditoinnin tuloksissa potilaan hoidon toteutus oli kirjattuna kattavasti (100 %). Toteutuksen hyvä kirjaaminen mahdollisesti juontaa juuri narratiivisen kirjaamisen luonnollisesta siirtymästä toteutuksen kirjaamiseen. Myös potilaslähtöisyys näkyi parhaiten juuri toteutuksen kirjaamisessa. Virkkusen ym. (2015, 96) mukaan suunnitellun hoidon toteutus kirjataan myös potilaslähtöisesti sekä pohditaan yhdessä potilaan kanssa keinoja omahoitoon. Lisäksi hoitohenkilökunnan potilaslähtöinen kirjoitustapa, jossa asiat on kuvattu potilaan omin sanoin ja päätökset tehty yhdessä yhteisymmärryksessä vahvistivat potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhdetta. (Laitinen, 2014, 7.) Kuitenkaan potilastietojärjestelmät eivät vielä potilaan omien kirjausten tallennuksille taivu ja vapaa, narratiivinen kirjoitusasu on poistumassa, joka vaikeuttaa potilaan omien dokumenttien tallennusta (Wendel 2019, 30–31).

Hoitotyön kehittäminen perustuu näyttöön perustuvan tiedon etsimiseen ja vaikuttavuuden arviointiin. (Luostarinen ym. 2019, 37). Arvioinnin kirjaaminen hoitokertomukseen loisti lähes

kokonaan poissaolollaan (12 %). Arvioinnit, joita hoitokertomuksiin oli kirjattu, olivat kaikki ainoastaan potilaan saaman lääkityksen vaikutuksen arviointia. Varsinaista tarpeista lähtevää arviointia ei ollut tehty lainkaan. Güntherin väitöskirjatutkimuksen (2015, 62) mukaan potilas on toiminnan kohteena ja ammattilaisten tehtävänä on arvioida potilaan toipumisen edistymistä lyhyen ja pitkän ajan tavoitteiden kautta, joka ei kehittämistyön auditoinnin perusteella potilaan tavoitteiden puuttuessa voinut arvioinnissakaan toteutua.

Minimilaatutason kirjaamisen viimeinen osa-alue oli hoitotyön yhteenvedon tekeminen, joka oli tehty vain viidesosalle tarkastelluista hoitokertomuksista. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 mukaan jokaisesta potilaan hoitajaksosta pitää laatia loppulausunto, joka sisältää yhteenvedon annetusta hoidosta sekä ohjeet potilaan seurannasta ja jatkohoidon toteuttamisesta (STM (298/2009)). Kuitenkin hoitotyöntekijöillä ajatus loppulausunnosta käsittää lääkärin loppulausunnon, josta syystä hoitajan hoitotyön yhteenvedolle ei koeta tarvetta, vaikka juuri hoitotyön yhteenveito olisi tarvittava lisä muun muassa potilasohjauksessa sekä informaationa jatkohoitoyksikköön. Tiedon siirtymisen ja tallentumisen tarkoituksena on parantaa tiedonsaantia, hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta sekä asiakaslähtöisyyttä. (Virkkunen ym. 2016, 7.)

Kehittämistyön auditoinnissa tavoitteellisen kirjaamisen osa-alueen tulokset kertovat jo sen, että potilaan tavoitteiden kirjaamisen ollessa alhaisella tasolla ei tavoitteellisen kirjaamisen kriteerit luonnollisestikaan täytyneet. Tavoitteellisen kirjaamisen osa-alueen tulosten parantaminen vaatii jatkossa kirjattavan potilaan hoidolle tavoitteen potilaslähtöisesti, jolloin tavoitetaso tavoitteellisen kirjaamisen osa-alueella olisi mahdollista saavuttaa. Samoin kuin tavoitteellisen kirjaamisen arvioinnissa myös yksilöllisen kirjaamisen osion arviointikriteereissä painoi potilaan oman yksilöllisen tavoitteen asettamisen korostuminen, josta syystä tulokset jäivät todella heikoiksi. Jatkossa kirjaamisen auditointitulosten parantaminen vaatisi pääosin parantamista erityisesti potilaslähtöisen tavoitteen kirjaamiseen potilaan hoitosuunnitelmaan, jolla tavoitteellisen sekä yksilöllisen kirjaamisen tulostaso jo saataisiin nostettua hyvälle tasolle.

Osallistavalla menetelmällä saatiin ensimmäisessä aivoriihessä konkreettisia, kokemukseen perustuvia sekä työelämälähtöisiä muutostarpeita esille myös kirjaamisen kehittämistä silmällä pitäen. Ensimmäisen aivoriihen ja tutkimuskysymyksen aiheena sekä kehittämistyön yhtenä tavoitteena oli yhdessä kirjaamisvastaavien kanssa ottaa esille ja kuvata kirjaamisen

haasteita. Yhtenä isona haasteena kirjaamisessa koettiin hoitajalähtöiset haasteet. Hoitajalähtöisiin haasteisiin luokiteltiin muun muassa hoitajan jaksamattomuuteen, muistiin ja välinpitämättömyyteen perustuvaa kirjaamatta jättämistä, kirjatun tiedon rakenteistamista ja hoitokertomuksen siistimistä. Rakenteinen kirjaaminen ylipäättään koettiin psykiatrialle soveltumattomana kirjaamistapana, josta syystä esimerkiksi välinpitämättömyys nousi esille. Psykiatrisen hoitotyö on ollut täysin oma alueensa, mitä kirjaamiseen tulee, koska asiat ovat niin moniselitteisiä, että kirjaamisen luokittelu on tuottanut runsaasti haasteita. (Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 41–42.) Lisäksi luokitteluissa yhdeksi alueeksi nousi hoitohenkilökunnan tiedonpuute ja osaamattomuus kirjaamisessa. Saatetaan kirjata liikaa tai liian vähän. Komponenttien käyttö ei ole sujuvaa, jolloin kirjaaminen saattaa tapahtua aina vanhalla narratiivisella kirjaamistavalla yhden komponentin alle, jolloin rakenteisuus kärsii ja samalla kärsii myös tiedonhaku. Komponentteja käyttää jokainen kirjaaja oman päättelynsä mukaan, jolloin eri henkilöiden päättelyt eivät aina osu yksiin. Ukkolan (2016, 121) mukaan Rakenteisen kirjaamisen tiukan rakenteen on koettu jättävän pois kirjauksista olennaistakin tietoa. Lisäksi aivoriihessä nousi esille, ettei tiedonhakua juurikaan tehdä ja se on koettu hankalaksi. Hoitokertomuksen kaikkia mahdollisuuksia ei tunneta, eikä niitä siksi osata hyödyntää. Pitkän ajan kuluessa myös eri yksiköihin on muodostuneet omat käytäntönsä, joista on vaikea oppia pois ja saada uusia yhtenäisiä käytänteitä tilalle. Erityisesti lääkärin määräysten purkaminen on koettu erityisen haastavaksi ja siihen ovat eri yksiköt ja eri työntekijätkin muodostaneet omia käytänteitään, josta syystä määräysten kirjaaminen on ollut todella kirjavaa koko aikuispsykiatrian alueella. Erityisesti jatkossa käytänteiden yhtenäistämisessä tähän asiaan on kiinnitettävä huomiota.

Ensimmäisen aivoriihen luokitteluissa toiseksi haasteeksi nousi ulkoisten tekijöiden aiheuttamat haasteet kirjaamiselle, joista korostuivat potilaan osallisuuden ja välittömän potilaaseen kohdistuvan hoitotyön väheneminen. Hietaharju & Nuutila (2016, 137) ovat myös todenneet, että valitettavasti kirjaaminen vie aikaa välittömästä potilastyöstä. Ammattilaiset kokevat hoitavansa enemmän tietokonetta, kuin ihmistä (Sandås & Koskinen 2015). Kirjaamisen koetaan myös lisääntyneen ja sitä myöten vievän aikaa potilaan kohtaamiselta. Lisäksi kirjaaminen on vähiten mielenkiintoisin ja aikaa vievin työtehtävä hoitotyössä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 137). Aivoriihen pohdinnoissa kaivattiin lisäksi kirjaamiseen enemmän hoitotyön näkökulmaa. suunnitelmat koostuivat pääosin lääkärin kirjaamista määräyksistä ja hoitotyön näkökulma jäi kirjaamatta. Lisäksi henkilökunnan ajankäyttö on pitänyt soveltaa uusien kirjaamisen toimintatapojen mukaiseksi, joka on vaatinut suunnitelmallisuutta. (Salonen ym. 2019.) Kirjaamisen



harjoitteluun koettiin löytyvän liian vähän aikaa, laitteita kirjaamiseen oli liian vähän ja kirjaamistilat rauhattomia. Kirjaamisolosuhteisiin koettiin kuitenkin tulleen helpotusta uusiin tiloihin siirryttäessä lokakuun lopulla 2021. Ulkoisena haasteena kirjaamiselle koettiin lisäksi henkilökunnan vaihtuvuus, etenkin muuton yhteydessä, jolloin toimintatapojen sisään ajaminen otti takapakkia ja todennäköisesti muuton jalkoihin jäi muun muassa ajanpuutteen vuoksi kirjaamiseen keskittyminen, kirjaukset vain tehtiin pakollisena tehtävänä sen enempää paneutumatta, joka mahdollisesti myös näkyi juuri auditoinnin tuloksissa. Lisäksi sopimuksissa oli joidenkin vaikea pysyä, jos se ei ollut oman ajatuksen mukainen ja tiedonkulku sopimusten muuttumisesta ei kaikkia aina tavoittanut, jolloin uusien käytänteiden käyttöönotto hidastui ja sekaannuksia sattui.

Omahoitajan vastuu kirjausten ajantasaistamisessa ja rooli kirjaamisessa korostui aivoriihen pohdinnoissa. Pohdinnoissa nousi esille, onko omahoitajalla liikaa vastuuta kirjaamisessa, mutta oli vaikea jakaa tehtävää muuallekaan, koska omahoitaja on parhaiten perillä potilaansa asioista. Toisaalta esille tuotiin myös näkökohtaa, jossa omahoitajan rooli jää varjoon esimerkiksi tehtäessä lääkärin kanssa potilaalle hoitosuunnitelmia ilman omahoitajan läsnäoloa. Psykiatrisen hoitotyön yksi kulmakivistä on omahoitajatyöskentely, joka näkyy myös kirjaamisen toteuttamisessa. Omahoitajan rooli kuvattiin potilaan asianajajana. Omahoitaja toimii yhteistyössä tiimin ja potilaansa kanssa tehden hoitajaksoille hoitosuunnitelman ja asettamalla potilaansa kanssa hoidolle tavoitteet ja auttamalla potilasta hoitotyön keinoin saavuttamaan tavoitteitaan hoidon aikana. Omahoitaja huolehtii potilaan hoitosuunnitelman ja tavoitteiden kirjaamisesta sekä lääkärin ja potilaansa kanssa yhteistyössä pohditun jatkohoitosuunnitelman mukaisesta jatkohoidon organisoinnista. (Heikkinen-Peltonen ym. 2009, 74–75; Hietaharju & Nuutila 2016: 124–126.)

Lisäksi potilaan hoidon jatkuvuudelle koettiin tarpeellisena saada oma sähköinen psykiatrisen hoitotyön hoitosuunnitelmapohja, koska hoitokertomuspohja koettiin soveltumattomaksi avo- ja osastohoito-yhteistyössä potilaan hoidossa. Avo- ja osastohoitoa hyödyttäisi yhteinen hoitosuunnitelma, jolloin potilaalle ei tehtäisi esimerkiksi päällekkäisiä tai täysin eroavia suunnitelmia avohoidossa ja osastohoidossa toisistaan tietämättä, koska kirjavat kirjaamiskäytännöt tällä hetkellä eivät palvele yhteisen suunnitelman tekemistä. Mykkäsen ym. (2018, 204) ja Liljamon (2019) mukaan tavoitteena hyvälle kirjaamiselle on turvata tiedonkulku potilaan hoitoon osallistuvien kesken ja luoda edellytykset hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle. Ongelma on yhteistyön vähäisyyden lisäksi riippuvainen potilaskertomussovelluksesta,

koska ohjelmantoimittajat eivät pyynnöistä huolimatta ole saaneet tuotua käytäntöön omaa hoitosuunnitelmapohjaa.

Kritiikkiä käytössä olevat potilastietojärjestelmät ovat saaneet siitä, etteivät ne vastaa täysin terveydenhuollon ammattilaisten toiveita (Valvira 2021). Potilasturvallisuuden kannalta puutteina on koettu ohjelmien hitaus, monimutkaisuus ja ongelmatilanteet käytössä. Lisäksi saman asian kirjaamisessa useaan paikkaan ns. kaksoiskirjaus koetaan hankaluudeksi. Tietomäärän runsauden vuoksi oleellisten tai haettujen asioiden koetaan myös hukkuvan massaan. (Callen ym. 2010; Sandås & Koskinen 2015; Jylhä 2017; Hyppönen ym. 2018, 53–55; Saranto ym. 2020, 220–222; Kyytsönen ym. 2020.) Hoitokertomuspohjassa koettiin tiedonhaku vaikeaksi ja siksi tietoa ei juurikaan haettu. Oikeiden komponenttien käyttö oikeissa kohdissa rakenteisesti tuotti hankaluuksia ja vääriin kohtiin kirjattuna se ei palvele tiedonhakuja. Lisäksi sovelluspohjan ongelmat, muun muassa mahdollisuus lisätä monta samaa tarvetta tai suunniteltua toimintoa suunnitelmaan on mahdollista ohjelman tästä huomauttamatta, jolloin oikean kirjaamiskohdan löytyminen on hankaluuksien takana. Potilaan oikeus saada hoitoaan koskeva suunnitelma itselle on myös tehty hoitokertomuspohjassa hankalaksi, ohjelman tulostaessa kaikki mahdolliset kirjatut sivut samalla erittelemättä suunnitelmaa. Kaiken kaikkiaan psykiatrisen kirjaamistavan ja niin sanotun rivien välistä saatavan informaation kirjaamista ei rakenteisen kirjaamisen koeta parhaiten palvelevan.

Toisen aivoriihen sekä kehittämistyön tavoitteena ja kolmantena tutkimuskysymyksenä oli etsiä ratkaisuja auditoinnin tuloksia apuna käyttäen kirjaamisen kehittämiseen sekä kirjaamisen yhtenäistämiseen aikuispsykiatrian osastoilla (kuvio 13). Aivoriihessä nousi kaksi pääluokkaa, ensimmäinen oli kirjaamisen taitojen harjoitteluun ja kirjaamisen tärkeyteen motivoiminen, jossa korostui kirjaamisesta tiedottaminen, sen tärkeyden korostaminen ja kielteisiin asenteisiin vaikuttaminen sekä kirjaamistaitojen harjoittelun mahdollistaminen. Kirjaamistaidot olisi voinut laittaa erilliseksi luokakseen, mutta aivoriihessä koettiin harjoittelua estäväksi tekijäksi myös asenteiden vaikutuksen, ettei siihen jaksettu paneutua, josta syystä se lopuksi päätettiin laittaa samaan pääluokkaan.

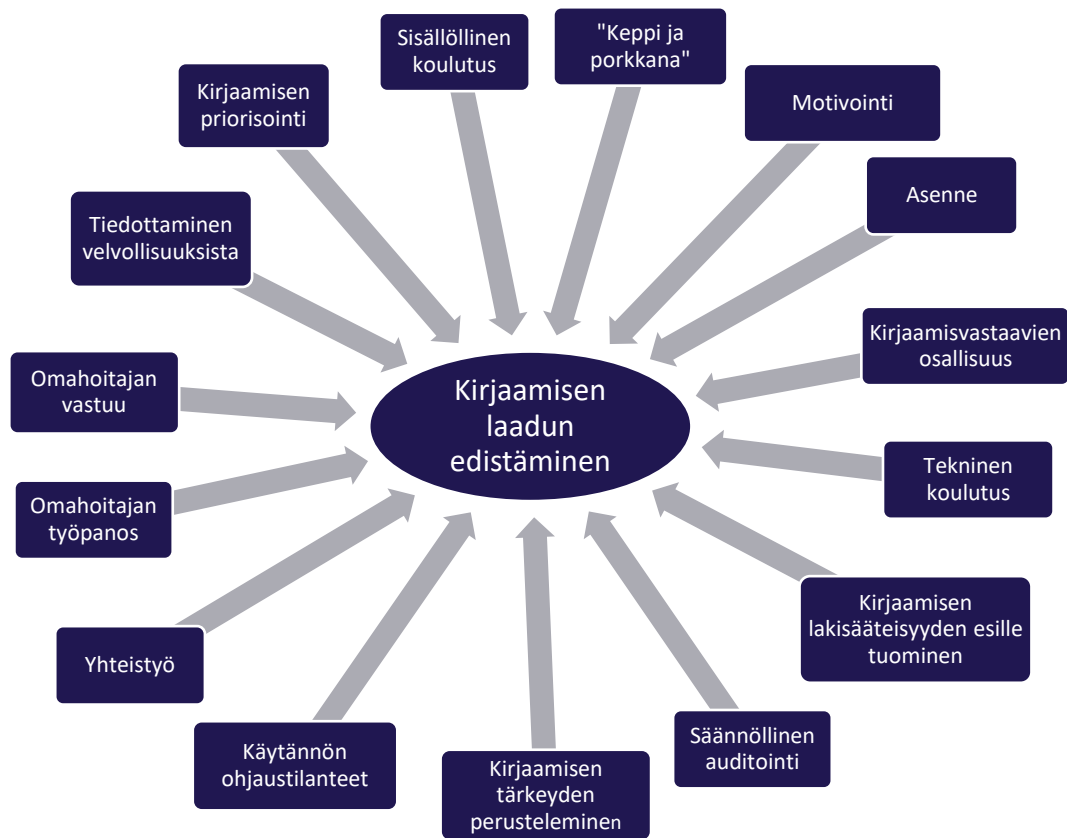
Kirjaamisen lakisääteisyys puhutti aivoriihessä ja siitä koettiin tarvetta viestittää enemmän hoitohenkilökunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (298/2009) potilasasiakirjoista edellyttää potilaskertomukseen kirjattavan potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan kannalta tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot (STM 2009). Hoitajan on hoitokertomukseen kirjatessaan myös pohdittava; miksi hän asian kirjaa, kuka

sen tulee lukemaan ja lisäksi miltä se kuulostaa, jos se vaikka päätyisi luettavaksi oikeussaliin, koska kaikki asiakirjat voivat olla todisteita oikeudenkäynneissä. Kirjaaminen on siis myös osa henkilökunnan sekä potilaan oikeusturvaa. (Hietaharju & Nuutila 2016, 137; Liemandri 2021, 6.) Lakisääteisyys lisäksi hoitohenkilökunnalla ei koettu olevan riittävästi tietoa kirjaamisen tarkoituksesta eikä erityisesti hoitotyön prosessiajattelusta kirjaamisen pohjana. Asenteet kirjaamista kohtaan puhuttivat. Huumorilla höystettynä asenteiden muokkamiselle ehdotettiin ”keppi ja porkkana”-menetelmänä palkan vähentämistä tietyiltä henkilöiltä, ellei asenne ja kirjaamistapa muuttuneet paremmaksi. Kirjaamista lähinnä pidettiin välttämättömänä sivutyönä, eikä sen arvostus ollut mitenkään edes verrattavissa välittömään potilastyöhön, eikä sitä pystytty ajattelemaan tarpeellisena osana sitä. Hoitohenkilökunnan koettiin tarvitsevan motivointia kirjaamiseen ja tämän kehittämistyön koettiin olevan yksi tietoisuuden lisäämisen muoto ja siihen liittyvät kirjaamisvastaavien tapaamiset, joita olisi syytä järjestää jatkossakin. Kirjaamisvastaavat olivat todella motivoituneita itse kirjaamisen kehittämiseen, mutta kokivat työkalujen puuttumisen kirjaamista edistävään työhön ja siten tehdä asiaa näkyväksi. Osastotunnit ja kehittämispäivät koettiin hyvänä informaatiokanavana myös kirjaamisen kehittämiseksi.

Kirjaamisen koulutuksia pidettiin riittämättöminä, koska ne keskittyivät pääasiassa kirjaamisen tekniseen osaamiseen ja kuitenkin eniten kysymyksiä herättivät sisällölliset asiat esimerkiksi tarpeiden ja suunniteltujen toimintojen valinnan perusteet ja niiden sisältö, joihin koulutuksia ei ole suunniteltu. Lisäksi yhteiset koulutukset somaattisten erikoisalojen kanssa koettiin haastaviksi kirjaamisen erilaisen sisällön vuoksi. Somatiikan lyhyisiin ja ytimekkäisiin kirjauksiin koettiin rakenteisuuden paremmin sopivan, kuin psykiatrian asiasisältöön. Riskien vähentämiseksi esimerkiksi pakolliset käyttökoulutukset ja hyvin suunnitellut verkkokoulutukset ovat ensiarvoisen tärkeässä asemassa (Kyytsönen ym. 2020). Kuitenkin aivoriihessä koettiin kirjaamisen verkkokoulutusten olevan riittämättömiä. Tietoteknisten taitojen oppimiseen koettiin läsnäolo-opetus välttämättömäksi, jossa saisi itse olla koneen takana. Lisäksi kehittämis ehdotuksena oli lisätä kirjaamisvastaavien vastuuta osastolla ohjaamassa kirjaamista käytännön tilanteissa ja ottamalla aikaa perustyöstä yhdessä kirjaamisen harjoitteluun enemmän haastavuutta kokevien hoitajien kanssa yksilöllisesti. Kirjaamisen haasteet myös kuormittavat työntekijöitä erityisesti tietoteknisten hankaluuksiensa vuoksi ja ajoittain ongelmat aiheuttavat ongelmia lisäksi tiedon saatavuuteen. (Palojoki ym. 2016, 8; Vehko ym. 2018, 143, 156–157). Kyytsösen ym. (2020) mukaan lisäksi potilastietojärjestelmien mahdollisesti aiheuttamia potilasturvallisuusriskejä tulisi kartoittaa ja arvioida systemaattisesti ja ennaltaehkäisevästi. Säännöllinen auditointi koettiin hyvänä lisänä kirjaamisen kehittämiseen. Lisäksi

osastojen pitäisi yhdessä päästä miettimään kirjaamisen sisältöä yhteisten käytänteiden luomiseksi erilaisiin tilanteisiin, jolloin yksikkökohtaiset eroavaisuudet saataisiin minimoitua.

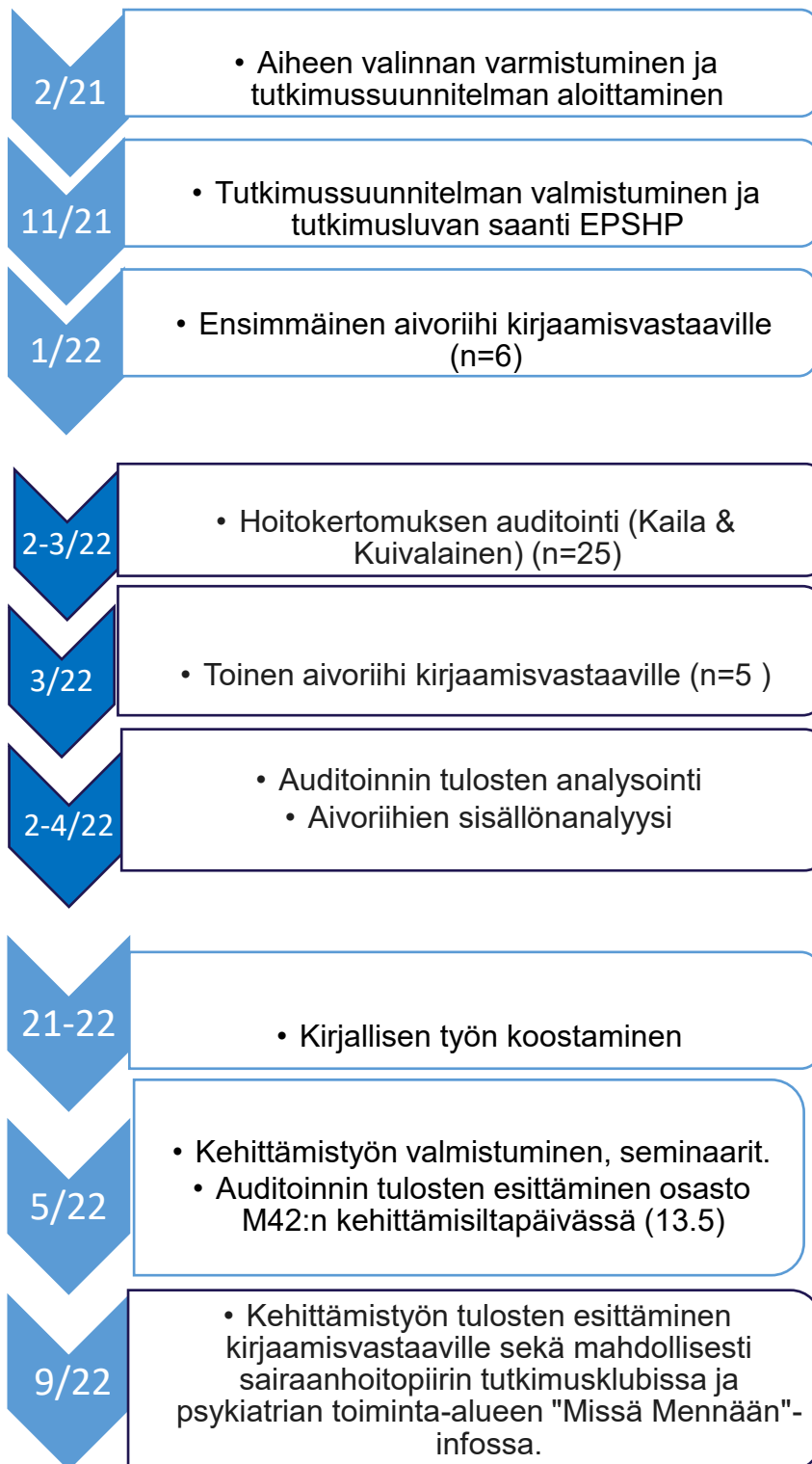
Omahoitajuus haluttiin nostaa omaksi pääluokakseen myös kirjaamisen kehittämisessä, koska aivoriihessä keskustelua aiheutti omahoitajan vastuu potilaan hoitokertomuksen kirjaamisessa ja sen päivittämisessä. Jokainen hoitaja hoitaa omahoitajan tehtävää tavallaan, joita on yhtä monta, kuin on tekijääkin. Kuitenkin muun muassa kirjaamisessa olisi tarpeellista tiedostaa kirjaamisen velvollisuudet ja struktuurit kirjaamisen toteuttamisessa. Omahoitaja toimii yhteistyössä tiimin ja potilaansa kanssa tehden hoitajaksole hoitosuunnitelman ja asettamalla potilaansa kanssa hoidolle tavoitteet ja auttamalla potilasta hoitotyön keinoin saavuttamaan tavoitteitaan hoidon aikana (Hietaharju & Nuuttila 2016: 124–126). Hoitotyön prosessi ja erityisesti potilaan tavoitteet hoidolle tulisi näkyä hoitotyössä ja sitä mukaa myös kirjaamisessa. Kirjattu tieto on todiste tehdystä hoitotyöstä, joka jokaisen hoitotyöntekijän tulisi tiedostaa. Aivoriihessä pohdittiin omahoitajuuskoulutuksissa korostettavan erityisesti kirjaamisen roolia omahoitajuudessa. Kirjaaminen helpottaa lisäksi omahoitajan työtä, jos hänen poissa ollessaan kirjaaminen on ollut kattavaa päivittäisen vastuuhoitajan toimesta. Erityisesti potilaan esitietojen ja hoitosuunnitelman päivittäminen vaatisi enemmän panostusta omahoitajien toimesta.



Kuvio 13 Aivoriihen tuloksista esille tulleet kirjaamisen laadun edistämisen toimenpide-ehdotukset ideakarttana

Johtopäätöksinä tutkimustuloksista voidaan todeta, että ensimmäisessä aivoriihessä kirjaamisen haasteina koettiin erityisesti kirjaamialustan ja rakenteisen kirjaamistyylin soveltumattomuus psykiatrisen hoitotyön kirjaamiseen sekä henkilökunnan asenne ja tiedonpuute. Lisäksi omahoitajan lisääntynyt vastuu kirjaamisesta ja perustyöltä ajan vieminen nousivat esille. Auditoinnin tulosten perusteella kirjaamisen kokonaistaso oli ”ei hyväksyttävällä tasolla”, jolloin kirjaamisen jokaiseen osa-alueeseen on kiinnitettävä jatkossa huomiota. Erityisesti kirjaamisen tavoitteellisuudessa oli puutteita ja hoitotyön arviointia sekä hoitotyön yhteenvetoja oli tehty vain vähän. Tavoitteiden asettamisen puutteellisuus vaikutti myös yksilöllisen kirjaamisen heikkoon laatuun. Toisessa aivoriihessä kirjaamisen laadun edistämisen suunnitelmiksi nousivat tiedottaminen, motivointi, koulutus, omahoitajan tehtävänkuvan kirkastaminen, yhteistyö sekä säännöllinen kirjaamisen auditointi. Jatkossa kirjaamisen säännölliseen auditointiin ja koulutukseen olisi panostettava.

### 6.3 Kehittämistyön prosessin arviointi



Kuvio 14 Kehittämistyön prosessin aikataulu

Kehittämistyön prosessi (kuvio 14) alkoi aiheen valinnalla. Kehittämistyön aiheen ehdotus lähti työnantajaltani Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä. Kirjaamisen kehittäminen on ollut yksi Tuke-hankeen sekä Steppi2-hankkeen aiheista, johon tämä työ liittyy yhtenä osa-alueena. Kehittämistyön tekijänä olen itse toiminut osaston kirjaamisvastaavana aiemmin sekä Hoitokertomuksen käyttöönoton yhtenä kouluttajista. Lisäksi työ on poikunut useita eri yhteistyö- sekä toimintaryhmien jäsenyyksiä kirjaamiseen liittyen sairaanhoitopiirin sisällä ja kansallisesti eri sairaanhoitopiirien yhteistyössä, rakenneuudistuksessa sekä hyvinvointialueen suunnittelussa. Kirjaaminen kehittämistyön aiheena oli siis luonnollinen jatke työkuviointihini. Kirjaaminen aiheena ei monen mielestä erityisen mielenkiintoinen ole ja prosessin aikana jouduin käymään tätä kamppailua myös itseni kanssa, että sain taas omankin mielenkiintoni heräämään. Opiskelijatovereiden ja ohjaajien kannustus ja motivointi ovat olleet isossa roolissa, etten tullut useassa kohtaa heittäneeksi hanskojani tiskiini.

Tutkimussuunnitelman valmistuttua sain nopeasti tutkimusluvan sairaanhoitopiiriltä tutkimukseen ja tietohallinnolta tutkijatunnukset LifeCaren potilastietojärjestelmän hoitokertomustietoihin auditointia varten. Viime syksynä myös työkuviointi menivät uusiksi ja sain toteuttaa jo ennenaikaisesti opiskelemaani koulutusta sairaanhoitopiiriin palveluksessa asiantuntijahoitajana. Työnkuva muuttui paljon itsenäisemmäksi siirryttyäni osastolta potilastyöstä omaan toimistooni ja etätyöhön. Ihmisiä tuli välillä todella ikävä ja aivoriihien järjestäminen ja tapaamiset tuttujen ihmisten kanssa olivat itselleni mieleisiä. Kuitenkin pandemiatilanne aiheutti jännitystä aivoriihien järjestämiselle. Välillä kokoontumisrajoitusten ollessa päällä oli pelko, että koko toiminnallinen osuus menee täysin mönkään. Onneksi tammikuulla ensimmäisen aivoriihen aikaan kokoontumisrajoituksena oli kymmenen henkilön raja, jolloin aivoriihen järjestäminen mahdollistui osallistujien maksimimäärän parhaimmassa tapauksessa olevan juuri kymmenen henkilöä. Pandemia puuttui lopulta aivoriihen järjestämiseen kuitenkin, koska yhdellä osastolla oli todettu useita altistumisia ja annettu henkilökunnalle karanteenimääräyksiä. Varsinaiseen aivoriihen paikan päällä lopulta osallistui kolme kirjaamisvastaavaa kahdelta eri osastolta. Luovasti ratkaistuna sovimme karanteenissa olleiden kirjaamisvastaavien kanssa ensimmäisen toiminnallisen osuuden suorittamisen lopulta sähköpostitse. Osaston yksi kirjaamisvastaavista keräsi osastolla kaikilta kolmelta kirjaamisvastaavalta tutkimuskysymyksen ajatuksia ja lähetti ne sähköpostitse kehittämistyön tekijälle analysoitavaksi. Täten saatiin ensimmäiseen aivoriihen osallistujamääräksi lopulta yhteensä kuusi kirjaamisvastaavaa ja 48 alkuperäisilmaisua. Sisällönanalyysiä sain vertaisarvioinnin ystäväni avulla, joka on tehnyt oman kehittämistyön muutama vuosi sitten Tampereen ammattikorkeakoulussa ja

toimi kliinisenä asiantuntijasairaanhoidajana päivystyksen toiminta-alueella, sekä myös psykiatrian toiminta-alueen ylihoitaja ohjasi sisällönanalyysiäni alkuun.

Kirjaamisen auditointiin sain apua kirjaamista aiemmin tehneeltä sairaalan entiseltä erityissuunnittelijalta ja nykyiseltä osastonhoitajalta. Sain koulutuksen mittarin käyttöön sekä auditointiin vertaisarvioinnin hänen avullaan. Mittari on melko helppo käytettävä, mutta tulkintaerot ja kriittisyys saattavat vaikuttaa arviointiin. Lisäksi auditointia hankaloitti hoitokertomuksen arvioitavan ajanjakson määrittäminen. Kirjaamisen auditointi suoritetaan potilaan päätyneeltä hoitajaksoilta, jolloin hoitajakson kesto oli ensin tarkasti selvitettävä. Lisäksi, kun psykiatrian päivystys oli mukana avo- ja osastohoidon yhteisen hoitosuunnitelman pilotoinnissa aiheutti se vaikeuksia juuri hoitajakson pituuden määrittämiseen, koska hoitokertomuksissa jatkettiin jo aiemmin tehtyä kertomusta, jolloin ajallisesti hoitajakson pituus oli mahdoton määrittää pelkästään kertomuksen perusteella. Onneksi sain tutkijatunnusten alle käyttööni hoitokertomuksen lisäksi pääsyn psykiatrian erikoisalalehdille, jonka avulla oli mahdollista määrittää hoitajaksojen kesto.

Toinen aivoriihi kirjaamisen kehittämiseen liittyen pidettiin maaliskuussa ilman kokoontumisrajoituksia sillä hetkellä. Kuitenkin Covid-19 pandemia toi oman lisänsä aivoriiheen yhden kirjaamisvastaavan osallistuessa tapaamiseen Teamsin välityksellä. Aivoriihessä paikan päällä oli kuitenkin neljä kirjaamisvastaavaa. Selkeästi vaikeampi pohdinnan aihe oli kirjaamisen kehittäminen, kuin aikaisemmassa aivoriihessä haasteiden tunnistaminen, koska alkuperäisilmaisuja kertyi kehittämiseen ainoastaan 16. Itse osallistuessani aivoriihiin koin saavani paljon enemmän irti, kuin pelkillä alkuperäisilmaisuilla olisin saanut. Aivoriihistä sai paljon arvokasta tietoa vietäväksi kentälle jatkossa. Oma näkökulma kirjaamiseen myös lisääntyi paljon auditointeja tehdessä sekä aivoriihien pohdinnoista. Jatkossa koen tätä tietoa eteenpäin vietäessä auditoinnin tulosten ja kirjaamisosaamisen lisääntyvän. Kehittämistyön valmistuttua on tulossa vielä useita informaatiotilaisuuksia jatkossakin, eli kehittämistyö ei jää työn valmistamiseen, vaan aihetta pidetään säännöllisesti esillä.

Mielestäni kehittämistyössäni kriteerit tutkimuksen reliabiliteetista ovat täyttyneet, koska tutkimuksen tarkoitus ja tavoite ovat toteutuneet. Kehittämistyön prosessi on noudattanut tutkimusongelmaa ja se on ollut asianmukainen. Kehittämistyön tulos on jo tässä vaiheessa saanut muutosta toimintatapoihin sekä ajatusmaailmaan kirjaamisen toteuttamisen ja kehittämisen tärkeydestä. Kirjaaminen on saanut paljon jalansijaa kehittämistyöni kautta psykiatrisen osastohoidon kehittämisessä. Kehittämistyön lopputulokset ovat olleet tavoitteiden mukaiset.



Kehittämistyö on poikunut jatkuvasti lisää tiedotuskanavia ja mahdollisuuksia kouluttaa hyvien uusien käytänteiden mahdollistamiselle. Kirjaamisen laadun parantaminen kumpuaa käytännöstä, jonne asiaa on saatu hyvin kehittämistyön ansiosta istutettua ja näyttö laadukkaaman kirjaamisen käytänteistä on saatu koottua yhteen ja hiottua siitä yhtenäisempää ja toimivampaa. Kehittämistyössä on kehitetty uusia hyviä käytänteitä kirjaamisen laadun ja yhtenäistämisen kehittämiseen psykiatrisessa osastohoidossa. Etenkin onnistuneesti on kehittämistyön seurauksena saatu kirjaamisen laadun parantamisen käytänteitä ja sanomaa vietyä eteenpäin.

Tämä kehittämistyö on vaatinut paljon itseltäni. Yli 20 vuoden takainen edellinen opinnäytetyöni ei juuri antamallaan tiedoilla ja taidoilla tänä päivänä palvele. Siihen aikaan nettilähteet olivat kelvottomia luotettaviksi lähteiksi, joten tiedonhaku oli nyt opeteltava uudelleen. Onneksi sain tiedonhakuun apua ammattikorkeakoulukirjaston informaattikolta, joka vahvasti ajatustani aiheesta huonosti löytyviin tutkimuksiin, eikä vain omaa nolouttani. Perheen, työn ja opiskelun yhdistäminen on ollut haastavaa ja välillä kotona äitiä on nähty vain tietokoneen ääressä. Työnantajalleni saan esittää kiitoksen työn tekemisen mahdollistamisesta, ajasta, välineistä ja isosta tuesta sekä ohjaajilleni, ystäväilleni ja opiskelukavereilleni tuesta, avusta ja tsempeistä.

#### **6.4 Jatkotutkimusehdotukset**

Tarpeellinen jatkotutkimusaihe on seuranta-auditoinnin tekeminen, joka onkin tällä tietoa tulossa tämän vuoden aikana. Laadun jatkuva kehittäminen vaatii laadun seurantaa, tutkimusta sekä asiantuntevaa johtamista. (Lönnqvist ym. 2017, 766.) Myös kirjaamisen laadun arviointiin on tarve tehdä kehittämissuunnitelmat, kuinka usein kirjaamisen tasoa tarkastellaan organisaatiossa. (Mykkänen ym. 2018, 204.) Mykkäsen ym. (2018) tutkimuksen mukaan auditoinnin avulla saadaan tietoa kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämisalueista. Arviointitietoa voidaan käyttää hoitotyön päätöksenteon tukena käytännössä, koulutuksessa, johtamisessa ja tutkimuksessa. (Mykkänen ym. 2018, 204).

Lisäksi mielenkiintoni kohdistui kirjaamiseen käytettävään työaikaan. Sairaanhoitopiirisämme on viime syksynä tehty psykiatrian poliklinikoiden henkilökunnan työajanseurantaa, jonka tilastoinnissa olin itse mukana ja huomiotani herätti työajanseurannan tuloksissa ilmentynyt ajankäyttö liittyen kirjaamiseen, kun taas hoitosuhdetyöskentely oli jäänyt vähemmälle.

Vilmin (2020, 60) tutkimuksessa taas työajanseurantatutkimuksen mukaan alle kymmenesosa psykiatrisen osastohoidon hoitohenkilökunnan työajasta kului kirjaamiseen liittyviin toimintoihin. Tutkimuksen mukaan saman verran työaikaa, kuin kirjaamiseen, käytettiin psykiatriselle hoitotyölle ominaiseksi miellettyyn omahoitaja- ja hoitosuhdetyöskentelyyn. (Vilmi ym. 2020,60.)

Lisäksi isona kehittämisalueena on ollut avo- ja osastohoidon yhteistyön kehittäminen ja siihen tarpeellisen yhteisen hoitosuunnitelman saaminen käytäntöön sähköisenä pohjana. Sairaanhoidopiirissämme psykiatrian toiminta-alueella pilotoitiin Lifecaren hoitosuunnitelmapohjalle laadittavaa yhteistä hoitosuunnitelmaa avo- ja osastohoitoon, mutta pilotoinnin tuloksena koettiin käytössä olevan potilastietojärjestelmän hoitokertomuspohja huonosti soveltuvaksi yhteiselle hoitosuunnitelmalle. Yhteisen hoitosuunnitelmapohjan saaminen edistäisi potilaan hoidon suunnittelua esimerkiksi päällekkäisten suunnitelmien tekemisen vähenemisenä ja tieto jo kokeilluista toimimattomista suunnitelmista olisi kaikkien hoitavien tahojen tiedossa, eikä niihin tarvitsisi uhrata enää liikaa aikaa. Sama potilas saattaa olla hoidettavana useissa eri yksiköissä, josta syystä potilaalle tehty kokonaissuunnitelma tulisi olla kaikilla potilasta hoitavilla tahoilla nähtävillä.

## LÄHTEET

- Ala-Nikkola, T. 2017. Mielenterveyspalvelujen rakenne ja siihen vaikuttavat tekijät Etelä-Suomen sairaanhoitopiirien alueella. Helsinki: Unigrafia. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 17.1.2022] Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/216723/Mielente.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alasaarela, M. 2020. Tietojärjestelmän käytön vaikutus laatuun ja tuottavuuteen sairaalaorganisaatiossa palveluhenkilöstön kokemana. University of Oulu; 2020. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2020;12(4) 327–329. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 14.3.2022] Vaatii sisäänkirjautumisen: [Vol. 12 No. 4 \(2020\) | Finnish Journal of eHealth and eWelfare](#)
- Callen, J., McIntosh, J. & Li, J. 2010. Accuracy of medication documentation in hospital discharge summaries: A retrospective analysis of medication transcription errors in manual and electronic discharge summaries. International Journal of Medical Informatics 79(1), 58–64.
- Chan K S., Fowles J. B. & Weiner Jonathan P. (2010). Review: Electronic Health Records and the Reliability and Validity of Quality Measures: A Review of the Literature. Medical Care Research and Review 67 (5), 503–527
- de Chesnay, M.(2015) Nursing Research Using Data Analysis: Qualitative Designs and Methods in Nursing [Verkkojulkaisu] [Viitattu 25.8.2021] Vaatii sisäänkirjautumisen: <https://web-a-ebscohost-com.libts.seamk.fi/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fO-TlwMDlxX19BTg2?sid=5aafae46-f509-4df6-9f10-942a903e4d10@session-mgr4007&vid=6&format=EB&rid=2>
- Erkko, P. 2011. Kirjaaminen osana hyvää hoitoa. Teoksessa: Ahonen, P. & Koivuniemi, S. (toim.) Vastauksia terveysalan oppimishaasteisiin 4, Teemana aikuiskoulutus Raportteja 101, 60–70. Turun ammattikorkeakoulu, Juvenes Print Oy, Tampere [Verkkojulkaisu] [Viitattu 11.10.2021] Saatavana: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161734.pdf#page=61>
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri i.a Kokemusasiantuntijaraati, [Verkkosivu] [Viitattu 23.8.2021] Saatavana: [https://www.epshp.fi/files/11033/Kokemusasiantuntijaraati\\_-\\_toiminta.pdf](https://www.epshp.fi/files/11033/Kokemusasiantuntijaraati_-_toiminta.pdf)

- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri i.a. Steppi 2 Terveyttä tuottava perushoito (2021–2025) [Verkkosivu] [Viitattu 25.8.2021] Saatavana: [https://www.epshp.fi/ammattilaiselle\\_ja\\_opiskelijalle/hoitoty/steppi\\_-\\_terveytta\\_tuottava\\_perushoito](https://www.epshp.fi/ammattilaiselle_ja_opiskelijalle/hoitoty/steppi_-_terveytta_tuottava_perushoito)
- ETENE, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (2009) Mielenterveysetiikka – sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 17.1.2022] Saatavana: [untitled \(etene.fi\)](https://www.etene.fi/)
- European committee for standardization 2011. Guidelines for auditing management systems (ISO 19011:2011). Brussels: Management Centre.
- Günter, K. 2015 Asiakasdokumentaatio arviointina mielenterveystyön arjessa Tutkimus ammatillisesta kirjaamisesta. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print Tampere. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 21.5.2021] Saatavana: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98096/978-951-44-9950-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2009. Mieli ja terveys. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Henkilötietolaki, 22.4.1999/523 [Verkkosivu] [Viitattu 15.5.2021]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveytyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hyppönen, H., Lääveri, T., Hahtela, N, Suutarla, A., Sillanpää, K., Kinnunen, U-M., Ahonen, O., Rajalahti, E., Kaipio, J., Heponiemi, T., Saranto, K. 2018. Kyvykkäille käyttäjille fiksut järjestelmät? Sairaanhoitajien arviot potilastietojärjestelmistä 2017. Finnish Journal of

eHealth and eWelfare, 2018;10(1), 30–59. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 6.2.2022] Saatavana: <https://journal.fi/finjehew/article/view/65363>

Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P., Mäkelä-Bengs P. (toim.) 2014 Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen – Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Raportti 31/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 21.5.2021] Saatavana: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN\\_ISBN\\_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P., Mäkelä-Bengs P., Saranto K. 2014. Potilastiedon rakenteistamisen hyödyt – systemaattisen katsauksen menetelmä ja aiempien katsausten tulokset. Finnish Journal of eHealth and eWelfare vol.6 No.2-3, 62–69. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 11.10.2021] Vaatii sisäänkirjautumisen: <https://journal.fi/finjehew/issue/view/2906>

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert C. ja Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro

Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa - Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Kuopio. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 10.3.2022] Saatavana: [eRepo - Kliininen tieto hoitoprosessissa : tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen \(uef.fi\)](https://eRepo-uef.fi/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-381-9.pdf)

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jylhä, V. 2017. Information management in health care. A model for connecting information culture and patient safety. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies. N:o 140. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 10.3.2022] Saatavana: [urn isbn 978-952-61-2384-4.pdf \(uef.fi\)](https://urn.isbn.978-952-61-2384-4.pdf)

Kaila, A. (toim.) 2014. Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008–2013. [Verkkojulkaisu]. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 20/2014. Laatutyö. [Verkkojulkaisu]

[Viitattu 31.5.2021]. Saatavana: [https://www.siunsote.fi/documents/393252/5552615/PKSSK\\_julkaisuja\\_20/3d5afc7d-15cb-4147-848f-71a98311259c](https://www.siunsote.fi/documents/393252/5552615/PKSSK_julkaisuja_20/3d5afc7d-15cb-4147-848f-71a98311259c)

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 31.3.2012. Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje 2008/versio. Koulutusmateriaali. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2008/Versio, 2012. Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje.

Kaila, A & Kuivalainen, L. 2008/Versio, 2012. Kirjaamisen arviointilomake.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä, Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kinnunen, U-M., Liljamo, P., Härkönen, M., Ukkola, T., Kuusisto, A., Hassinen, T., Moilanen, K. 2019. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas. SHTaL 4.0, SHToL 4.0, SHTuL 1.0. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) [Verkojulkaisu] [Viitattu 10.2.2022] Saatavana: [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)

Koivuranta, P. (toim.) 2019 Terveystieteiden laatuopas. Suomen Kuntaliitto [Verkojulkaisu] [Viitattu 10.2.2022] Saatavana: <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1996-terveyden-huollon-laatuopas>

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M., Kanste, M. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23 (2), 138–148

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 1999, vol. 11, 1/-99, 3

Kyytsönen, M., Hyppönen, H., Koponen, S., Kinnunen, U-M, Saranto, K., Kivekäs, E., Kaipio, J., Lääveri, T., Heponiemi, T. & Vehko, T. 2020. Tietojärjestelmät sairaanhoitajien työn tukena eri toimintaympäristöissä: kokemuksia tuotemerkeittäin. *Finnish Journal of EHealth*

and eWelfare 2020;12(3), 250–269. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 10.3.2022] Saatavana: [16037966151638124357.pdf \(uef.fi\)](https://www.uef.fi/bitstream/handle/16037966151638124357)

Kärkkäinen, M-L. 2013. Työnohjaus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 15.1.2022] Saatavana: [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/12822/urn\\_isbn\\_978-952-61-1180-3.pdf](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/12822/urn_isbn_978-952-61-1180-3.pdf)

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. (2012). Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita Prima Oy, Helsinki

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2010. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 12. painos. s.l. SanomaPro Oy

Laitinen, H. 2014. The Significance of Proximity and Timeliness for Patient-focused Nursing Care and Electronic Documentation in Acute Care Wards. Väitöskirja, Tampereen Yliopisto, Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print Tampere [Verkkojulkaisu] [Viitattu 24.2.22] Saatavana: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/96218/978-951-44-9583-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559 [Verkkosivu]. [Viitattu 5.10.2021]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [Verkkosivu] [Viitattu 5.10.2021] Saatavana: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) 2003, 21–43: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Liljamo, P. 2019. Kliinisen ja hallinnollisen hoitotiedon vastaavuus. Hoitoisuustiedon luotettavuus ja rakenteisen hoitokertomustiedon toisiokäytön mahdollisuudet hoitoisuuden määrittämisessä. Itä-Suomen yliopisto; 2018. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2019;11(1–2),

- 150–153. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 14.3.2022]. Saatavana: [Vol. 11 No. 1-2 \(2019\) | Finnish Journal of eHealth and eWelfare](#)
- Limandri, B.J, 2021. Efficient and effective documentation in nursing care. Advanced practice vo.40 no.3, 4-7. Oregon State board of nursing
- Luostarinen, P., Meretoja, M. & Niemi, A. 2019. Sairaanhoidajien ammattipätevyys polikliinissä hoitotyössä ja tulevaisuuden pätevyysaasteet. Tutkiva hoitotyö 17(2), 30–39.
- Lönnqvist, J., Moring, J. ja Vuorilehto, M. 2017. Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Lönnqvist, J., Henrikson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 763–772.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 12.
- Lönnqvist, J. 2011. Ryhmäpsykoterapiat. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 701–708.
- Martikainen, S., Kotila, J., Kaipio, J. & Lääveri, T. 2018. Lääkärit ja hoitajat parempien tietojärjestelmien kehittämistyössä: kyvykkäät ja innokkaat käyttäjät alihyödynnettyinä. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 10 (2-3), 236–250. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 5.2.2022] Saatavana: <https://doi.org/10.23996/fjhw.70097>
- Medina, F., Vergara, Z., Acuña, R., & Tellez, J. 2019. Exploring user experiences of information systems in health of patient safety programs: A rapid systematic review. International Journal of Medical and Biomedical Studies 3 (9), 181–187. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 10.3.2022] Saatavana: <https://doi.org/10.32553/ijmbs.v3i9.516>
- Midos Touch-blogi 28.11.2019 [verkkosivu] [Viitattu 21.8.2021] Saatavana: <https://midostouch.home.blog/2019/11/28/ideoinnin-tyokalut-osa-1-aivoriihi-brainstorming-ja-brain-writing/>
- Mielenterveyslaki 22b§ 21.12.2001/1423 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>



- Mielenterveystalo.fi [Verkkosivusto] [Viitattu 17.1.2022] Saatavana: [Psykiatria \(mielenterveystalo.fi\)](https://mielenterveystalo.fi)
- Mikkola, M., Rintanen, H., Nuorteva, L., Kovasin, M. & Erhola, M. 2015. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mirlashari, J., Qommi, R., Nariman, S., Bahrani, N., Begjani, J. 2016. Clinical competence and its related factors of nurses in neonatal intensive care units. Journal of Caring Sciences. 12/2016. 5(4). 317–324.
- Mykkänen, M., Saranto, K. & Miettinen, M. 2018. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi – näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämisalueista. Hoitotiede 2018, 30 (3), 203–213. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 21.4.2021]. Vaatii kirjautumisen: <https://elektra-helsinki.fi/libts.seamk.fi/se/h/0786-5686/30/3/hoitoty.pdf>
- Mykrä, T. & Hätönen, H. 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Mölläri, K., Saukkonen, S-M. 2021. Laadukas kirjaaminen ja toimivat potilastietojärjestelmät tukevat nopeampaa hoitoonpääsyä. Sote-uudistus, sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistus 15.12.2021 [Verkkosivusto] [Viitattu 6.4.2022] Saatavana: <https://soteuudistus.fi/-/laadukas-kirjaaminen-ja-toimivat-potilastietojarjestelmat-tukevat-nopeampaa-hoitoonpaasya>
- Nykänen P., Viitanen J. & Kuusisto A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tampereen yliopisto. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 15.5.2021] [https://webpages.tuni.fi/utacs\\_history/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf](https://webpages.tuni.fi/utacs_history/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf)
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uud. p. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Palojoki, S., Pajunen, T., Saranto, K., & Lehtonen, L. 2016. Electronic Health Record-Related Safety Concerns: A Cross-Sectional Survey of Electronic Health Record Users. JMIR medical informatics 4 (2), 1-8. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 10.3.2022] Saatavana: [JMIR Medical Informatics - Electronic Health Record-Related Safety Concerns: A Cross-Sectional Survey of Electronic Health Record Users](https://www.jmir.org/2016/2/e1/)

- Salonen, J., Jokinen, T., Järvelin, J., Virkkunen, H. 2019. Rakenteinen kirjaaminen tuottaa yhteistä hyvää. Lääkärilehti 43/2019 vsk 74 (2434-2435) [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 10.2.2022] Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141614/SLL432019-2434.pdf?sequence=1>
- Sandås, S. & Koskinen, C. 2015. Vårdpersonalens erfarenhet av datateknologins inverkan på vårdarbete och vårdrelation. *Hoitotiede* 27 (1), 43–52.
- Saranto, K., Kinnunen, U-M., Koponen, S., Kyytsönen, M., Hyppönen, H. & Vehko, T. 2020. Nurses' competences in information management as well as experiences in health and social care information system support for daily practice. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. 12 (3), 212–228. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 5.2.2022] Saatavana: <https://journal.fi/finjehew/issue/view/6818>
- Saranto, K., Sonninen, A. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Julkaisussa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. ja Sonninen A.L. (toim.) *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 12–16.
- Sariola- Rodriguez, K. & Ikonen, H. 2007 Luokitusten luovuus – kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa: Hopia, H., Koponen, L. (toim.) 2007. *Hoitotyön kirjaaminen*. Hoitotyön vuosikirja 2007 Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy
- Stenberg, J., Saiho, S., Pihlaja, S., Service, H., Holli, M. & Grigori, J. 2013. *Irti masennuksesta, Duodecim*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. *Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Helsinki. [Verkkojulkaisu] [Viitattu: 17.1.2022] Saatavana: [Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmänmuistio 20011:x \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.sosiaali- ja-terveysministerio.fi/tyoryhmanmuistio-20011-x)
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 15.5.2021] Saatavana: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. *Hoidon tarpeen arviointi*. Helsinki. Tammi.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki, Tammi
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. THL 2020. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2020 – psykiatristen hoitajaksojen kesto lyhenee yhä. Tilastoraportti 53/2020. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 20.11.2021] Saatavana: [Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2020 \(julkari.fi\)](https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/139267/FinCC%20opas%20ver%204_0%20FIN-NAL_20200429.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL, 12/2019. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0 Julkari, [Verkkajulkaisu] [Viitattu: 27.5.2021] Saatavana: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139267/FinCC%20opas%20ver%204\\_0%20FIN-NAL\\_20200429.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139267/FinCC%20opas%20ver%204_0%20FIN-NAL_20200429.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL, 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0, Julkari [Verkkajulkaisu] [Viitattu 27.5.2021], Saatavana: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%c3%a4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%c3%a4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Thiroux, J. 1998 Ethics. Theory and Practice. USA, Prentice Hall. Artikkelissa: Rowe, J. 2010 Information disclosure to family caregivers: Applying Thiroux's framework, Nursing Ethics 17(4) 435–444 [Verkkajulkaisu] [Viitattu: 20.5.2021] Vaatii kirjautumisen: <https://journals-sagepub-com.libts.seamk.fi/doi/pdf/10.1177/0969733010364892>
- TENK 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 7.5.2021] Saatavana: [https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf)
- TENK, i.a Tutkimuseettinen neuvottelukunta [Verkkosivu] [Viitattu 7.5.2021] Saatavana: <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>

- TENK, 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 7.5.2020]. Saatavana: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Timlin, U. 2012. Psykiatrisen potilaan sitoutuminen hoitoon. Teoksessa M. Hentinen & H. Kyngäs. (toim.) Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY, 161–176
- Työ, elämä, valmennus, Tevere [Verkkosivusto] [Viitattu 16.8.2021] Saatavana: <https://tevere.fi/menetelmat/aivoriihi/>
- Ukkonen, A-E, 2016. Sana on vapaa – narratiivisen tekstin rooli sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Finnish Journal of EHealth and EWelfare 2016;8(2–3), 120-126. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 22.2.2022] Saatavana: [Vol. 12 No. 4 \(2020\) | Finnish Journal of eHealth and eWelfare](#)
- Valtioneuvosto i.a, "Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä siirretään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan" 3.6.1 Sosiaali- ja terveystietojärjestelmien rakenneuudistus [Verkkosivu] [Viitattu 25.8.2021]. Saatavana: [3.6.1 Sosiaali- ja terveystietojärjestelmien rakenneuudistus \(valtioneuvosto.fi\)](#)
- Valvira 2021. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät – Valvira. [Verkkosivusto] [Viitattu 5.2.2022] Saatavana: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/sosiaali-ja-terveydenhuollon-tietojarjestelmat>
- Vehko, T., Hyppönen, H., Ryhänen, M., Tuukkanen, J., Ketola, E. & Heponiemi, T. 2018. Tietojärjestelmät ja työhyvinvointi – terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. 10 (1), 143–163. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 5.2.2022]. Saatavana: <https://doi.org/10.23996/fjhw.65387>
- Vilmi, E-M, Olsbo, U., Hakko, H., Laukkanen M., Kanste, O. 2020. Hoitohenkilöstön työajan käyttö aikuispsykiatrian vuodeosastoilla yliopistosairaalassa. Hoitotiede 2021, 33 (1), 54–64. [Verkkolehtiartikkeli] [Viitattu 22.1.2022]. Vaatii kirjautumisen: <https://web-s-ebshost.com.libts.seamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=cbc2b058-d68b-4297-a242-b20a0a1a8d10%40redis>

- Virkkunen H., Mäkelä-Bengs, P., Suhonen, J. ja Vuokko R. 2016. Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely, versio 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) Julkari. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 15.10.2021]. Saatavana: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126021/OHJ2015\\_4\\_THP\\_Vanhentunut%20-leima.WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126021/OHJ2015_4_THP_Vanhentunut%20-leima.WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.) 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Osa I. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, versio 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 18.5.2021]. Saatavana: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN\\_ISBN\\_978-952-302-%20479-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-%20479-3.pdf?sequence=1)
- Wendel, L. 2019. Dokumentation, profession och hälso- och sjukvård. Rättsliga perspektiv. Malmö University Health and Society, Doctoral Dissertation 2019:3. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 17.3.2022] Saatavana: <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?dswid=-1577&pid=diva2%3A1404221>

## **LIITTEET**

Liite 1. Kirjaamisen arviointilomake

Liite 2. Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje s. 1-2

**KIRJAAMISEN ARVIOINTILOMAKE**

arviointikohde = yhden potilaan hoitotyön suunnitelma (päättynyt hoitojakso, yhteenvedo &gt;3 kk tai pkl-käynti)

arviointiyksikkö:

arviointipvm: / 20

Auditoidava osio/ hoitosuunnitelma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Σ ka	
1 Hoitotyön tarve kirjattu 1)																						
2 Hoitotyön tavoite kirjattu 2)																						
3 Hoitotyön toteutus kirjattu 3)																						
4 Hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu 4)																						
5 Hoitotyön yhteenvedo kirjattu 5) patsi 6)																						
6 Suunnitellut toiminnot kirjattu 7)																						
7 Suunniteltujen toimintojen vaikutus kirjattu 5)																						
8 Tarve → tavoite, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)																						
9 Tavoite → toteutus, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)																						
10 Tavoite → arviointi, vähintään 1 yhteinen tekijä 5)																						
11 Tarve=potilaan yksilöllinen 8)																						
12 Tavoite=yksilöllinen suhteessa yksilölliseen tarpeeseen 9)																						
13 Toteutus suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen 10)																						
14 Tulos suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen 11)																						
15 Yksilöllisyys & laajuisuus, > 1 yhteinen tekijä, patsi 12)																						
<b>Σ</b>																						
<b>tuloksen arviointi</b>	<b>ei hyväksyttävä taso</b>																					
<b>ei hyväksyttävä taso</b>	0,00-4,99	tarvitaan kirjaamisen perusasioiden kehittämistä																				
heikko taso	5,00-8,30	myös tarpeiden kirjaamisessa on kehitettävää																				
hyvä taso	8,31-11,60	myös tavoitteiden kirjaamisessa on kehitettävää																				
kiitettävä taso	11,61-15,00	myös toteutuksen kirjaamisessa on kehitettävää																				
		myös arvioinnin kirjaamisessa on kehitettävää																				
		myös yhteenvedon kirjaamisessa on kehitettävää																				
		1) jos osio 1 = 0, myös osiot 8, 11-15 = 0																				
		2) jos osio 2 = 0, myös osiot 8-10, 12-15 = 0																				
		3) jos osio 3 = 0, myös osiot 9, 13, 15 = 0																				
		4) jos osio 4 = 0, myös osiot 7, 10, 14, 15 = 0																				
		5) jos osiot 5, 7-10 = 0 myös osio 15 = 0																				
		6) ei koske yksittäisiä pkl-käyntiä, jossa yhteenvedo = 1																				
		7) jos osio 6 = 0, myös osiot 7 ja 15 = 0																				
		8) jos osio 11 = 0, myös osiot 12-15 = 0																				
		9) jos osio 12 = 0, myös osiot 13-15 = 0																				
		10) jos osio 13 = 0, myös osio 15 = 0																				
		11) jos osio 14 = 0, myös osio 15 = 0																				
		12) ei koske yksittäisiä lyhyitä pkl-käyntiä, jossa riittää 1 yhteinen tekijä																				

## Liite 2. Hoitotyön kirjaamisen arviointiohje s. 1-2

**HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE**

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

Minimilaatutaso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1  Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
<b>1 Tarve: onko hoitotyön tarve kirjattu sille varattuun kohtaan?</b>	Kyllä Ei	Hoitotyön tarve on kirjattu sille varattuun kohtaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tarve (esim. on lääketieteellinen ongelma, dg, toimenpide, tulosyy kuten astman seuranta tai suunniteltu toiminto esim. tarvitsee silmällä pitoa vrt. karkaalee)
<b>2 Tavoite: onko hoitotyön tavoite kirjattu sille varattuun kohtaan?</b>	Kyllä Ei	Hoitotyön tavoite on kirjattu sille varattuun kohtaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tavoite (esim. leikkaus onnistuu) tai on suunniteltu toiminto (esim. mobilisointi onnistuu, huomioidaan asentohoito, seurataan haavavuotoa, motivointi, saa tietoa leikkauksesta, sairaudesta vrt. potilas oppii, osaa, ymmärtää...)
<b>3 Toteutus: onko hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) kirjattu sille varattuun kohtaan?</b>	Kyllä Ei	Hoitotyön toteutus (hoitotyön toiminnot) on kirjattu sille varattuun kohtaan tai päiväseurantaan Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön toteutusta (esim. on arviointia)
<b>4 Tuloksen arviointi: onko hoitotyön tulos/ arviointi kirjattu sille varattuun kohtaan?</b>	Kyllä Ei	Hoitotyön tulos on kirjattu sille varattuun kohtaan: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset Ei ole kirjattu mitään tai ei ole hoitotyön tulos (esim. on toteutusta kuten ohjaus suoritettu, jatkohoito järjestetty tai on tarpeen määrittelyä)
<b>5 Yhteenvedo: onko hoitotyön yhteenvedo kirjattu hoitajaksoista, pitkäaikaispotilaasta &gt; 3 kk tai sarjakäynnistä? Yksittäinen pkl-käynti arvioidaan kyllä=1</b>	Kyllä Ei	Hoitotyön yhteenvedo on tehty <b>TAI</b> on yksittäinen pkl-käynti, josta ei tarvitsekaan tehdä yhteenvedoa Ei ole tehty päättyneestä hoitajaksoista, pitkäaikaispotilaasta (3 kk välein) tai sarjahoitokäynnistä
<b>6 Onko valitut auttamismenetelmät (suunnitellut toiminnot) kirjattu jo suunnitteluvalheessa?</b>	Kyllä Ei	Suunnitellut toiminnot on kirjattu sille varattuun kohtaan <b>TAI</b> lyhyeltä pkl-käynniltä riittää pelkkä komponentti ja alaluokka ilman vapaata tekstiä Ei ole kirjattu tai eivät ole hoitotyön toimintoja
<b>7 Onko suunnitteluvalheessa valitun auttamismenetelmän tulos kirjattu?</b>	Kyllä Ei	On kirjattu vähintään yhden suunnitellun toiminnon/ auttamismenetelmän vaikutus sille varatussa kohdassa: päivittäinen arviointi tai hoidon tulokset (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30, päänsärky helpottui, keskusteltu ravitsemuksesta, yrittää kokeilla "lautasmallia", epäileväinen vielä onnistuuko) Ei On kirjattu suunniteltu toiminto/ auttamismenetelmä ja sen toteutus, mutta ei mainintaa arviointikohdassa sen tuloksesta (esim. annettu X lääkettä xx mg klo 14.30 tai keskusteltu ravitsemuksesta)
<b>8 Onko kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä yhteys?</b>	Kyllä Ei	Kirjatun tarpeen ja tavoitteen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti <b>TAI</b> asiayhteys) Ei ole yhtään
<b>9 Onko kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä yhteys?</b>	Kyllä Ei	Kirjatun tavoitteen ja toteutuksen välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti <b>TAI</b> asiayhteys) Ei ole yhtään
<b>10 Onko kirjatun tavoitteen ja tuloksen/ arvioinnin välillä yhteys?</b>	Kyllä Ei	Kirjatun tavoitteen ja arvioinnin välillä on vähintään 1 yhteinen tekijä (sama komponentti <b>TAI</b> asiayhteys) Ei ole yhtään



## HOITOTYÖN KIRJAAMISEN ARVIOINTIOHJE

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

Minimilaatutaso: osiot 1-5 Tavoitteellinen kirjaaminen: osiot 6-10 Yksilöllinen kirjaaminen: osiot 11-15	Kyllä=1 Ei=0	Kyllä-vastaukseen tarvitaan vapaata tekstiä, pelkkä komponentti ja alaluokka ei riitä, mutta yksikin kriteerinmukainen hoitotyön maininta riittää osioissa 1-14
11 <i>Onko hoitotyön tarve kirjattu yksilöllisesti?</i>	Kyllä	Tarve on ilmaistu potilaan kannalta muutoksena, riskinä, häiriönä, vaikeutena, heikentymisenä, heikkoutena, ongelmana, vähentymisenä, vähäisyytenä, vajeena, huolena, tuttuutena, haluna, toiveena, kiinnostuksena, innostuksena, valmiutena (esim. muutokseen tai suhteessa ikään) sisältäen vapaata tekstiä (esim. kiinnostunut tietämään, missä mennään tai onko kunnossa, reipas, itsenäinen, yksin asuva, väliaikainen, vähäinen, ajoittainen, toistuva, jatkuva vaiva) <b>TAI</b> vähintään 4 eri tarpeen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tarve on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiininomaisella vapaalla tekstillä (esim. potilaan tiedon tarve kontrolliajasta)
12 <i>Onko hoitotyön tavoite kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tarpeeseen?</i>	Kyllä	Tavoite on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen ja se on ilmaistu potilaan konkreettisena tekemisenä (esim. potilas tekee, tuntee, osaa, hallitsee, ymmärtää, tietää, pärjää, tilanne pysyy ennallaan) sisältäen vapaata tekstiä (esim. selviytyy ensin autettuna ruokailusta ja viikon kuluttua itsenäisesti) <b>TAI</b> vähintään 4 eri tavoitteen yksilöllinen yhdistelmä niukalla vapaalla ei-yksilöllisellä tekstillä
	Ei	Tavoite ei ole yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen tai se on ilmaistu pelkkänä komponenttina ja alaluokkana tai niukalla rutiininomaisella vapaalla yleisluonteisella tekstillä (esim. vointi säilyy hyvänä, motivoituu omahoitoon)
13 <i>Onko hoitotyön toteutus kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?</i>	Kyllä	Toteutus on yhteydessä potilaan yksilölliseen tarpeeseen, tavoitteeseen ja tavoitteen saavuttamiseksi suunniteltujen toimintojen toteuttamiseen esim. avustaminen, auttaminen, seuranta, tarkkailu, ohjaaminen, tukeminen, rohkaiseminen <u>juuri tällä potilaalla</u> (esim. vähäinen, toistuva, jatkuva avustaminen; helppo, melko tai erittäin vaativa ohjaus; väliaikainen, hetkittäinen, toistuva, yhtäjaksoinen seuranta)
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai hoitajan toiminta on kirjattu rutiininomaisena tekemisen luettelemisena (esim. annettu ohjelehtinen, keskustelu ravitsemuksesta, muistutettu, kehoitettu potilasta tekemään) tai on kuvattu potilaan toiminta irrallisena toteutuksena (esim. nukkunut, syönyt iltapalan, vieraita käymässä, potilas kertonut pahasta olostaan, ilman tarkempaa yksilöllistä sisältöä tai yhteyttä tarpeeseen ja tavoitteeseen)
14 <i>Onko tulos/ arviointi kirjattu yksilöllisesti suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen ja tarpeeseen?</i>	Kyllä	Tulos on vertailua potilaan yksilöllisen tavoitteen saavuttamisesta ollen arvioivaa
	Ei	Potilaan yksilöllistä tarvetta ja/tai tavoitetta ei ole kirjattu tai tulos on irrallista toteavaa kuvausta hoitajan tekemisestä/ toteutuksesta
15 <i>Kun kaikki edelliset osiot 1-14 ovat kyllä → Onko olennaiset yksilölliset asiat kirjattu myös loogisesti?</i>	Kyllä	Osiot 1-14 ovat kyllä ja sen lisäksi on kirjattu hoitotyön kannalta olennaiset yksilölliset asiat myös loogisesti >1 yhteinen tekijä (sama komponentti <b>JA</b> asiayhteys) <b>TAI</b> yksittäiseltä lyhyeltä pkl-käynniltä riittää 1 yhteinen tekijä
	Ei	Osiot 1-14 eivät kaikki ole kyllä <b>TAI</b> osiot 1-14 ovat kyllä, mutta kirjaaminen on rönsyilevää ja/ tai joiltain osin niukkaa, jolloin on vaikea löytää olennaisia asioita