



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hoitosuunnitelmien kirjaamisen ohjeistuksen toteutuminen JMT mielialapoliklinikalla

Aittakorpi, Rosita
Korhola, Marjukka

2018 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hoitosuunnitelmien kirjaamisen ohjeistuksen toteutuminen JMT mielialapoliklinikalla

Aittakorpi Rosita
Korhola Marjukka
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2018

Aittakorpi Rosita
Korhola Marjukka

Hoitosuunnitelmien kirjaamisen ohjeistuksen toteutuminen JMT mielialapoliklinikalla

Vuosi 2018 Sivumäärä 51

Opinnäytetyö oli osa Hyvinkään sairaanhoitoalueella vuonna 2016 toteutunutta PAAVO - parrampaa avohoitoa hanketta. Työn tilaajana oli Järvenpäässä toimiva JMT mielialapoliklinikka, joka tarjoaa psykiatrisia avohoitopalveluita Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan aikuisväestölle. Psykiatristen hoitosuunnitelmien on todettu vaihtelevan kirjaamiskäytännöiltään. Hoitosuunnitelmista ei ole välttämättä käynyt ilmi potilaan hoitoon keskeisesti liittyviä seikkoja. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka hoitosuunnitelmia koskeva, vuonna 2015 laadittu kirjaamisen ohjeistus toteutuu. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa työn tilaajalle hoitosuunnitelmien kirjauskäytännöistä ja niiden laadusta JMT mielialapoliklinikalla.

Tutkimusaineistona oli systemaattisella satunnaisotannalla poimittu otos vuonna 2017 JMT mielialapoliklinikalla alkaneiden hoitosuhteiden hoitosuunnitelmista. Kaikkien kriteerien osalta analysoitiin 89 hoitosuunnitelmaa kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja sisällön erittelyä käyttäen. Hoitosuunnitelmat analysoitiin mittarilla, jolla tutkittiin yhdeksän eri kriteerin toteutumista kolmiportaisella likertin asteikolla.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että hoitosuunnitelmien kirjaamiskäytännöissä on puutteita. Puolet tutkituista hoitosuunnitelmista oli laadittu ohjeistuksen mukaisesti kuukauden sisällä hoitosuhteen aloittamisesta. Psykiatrisen hoidon tavoitteet määritellään hoidon tarpeen pohjalta. Sekä potilaan, että työntekijän tulee olla tietoisia siitä, mihin hoidossa tähdätään. Hoidon tavoitteet oli kirjattu selkeästi viidesosassa hoitosuunnitelmista. Potilaan keskeiset ongelmat ja interventiot olivat kirjattuina vähintään osittain lähes kaikissa hoitosuunnitelmissa. Tutkituista kriteereistä kaksi ei toteutunut lainkaan kirjauksissa. Nämä olivat GAF -toimintakykymittarin käyttö sekä kirjaus toimintatavasta tilanteessa, jossa potilas ei noudata yhteisesti laadittua hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelman seuraava arviointiajankohta oli kirjattu selkeästi 33,7 prosentissa tarkastelluista hoitosuunnitelmista.

Tutkimus havainnollisti sen, millä osa-alueilla hoitosuunnitelmien kirjaamisen ohjeistus toteutuu ja millä osa-alueilla ohjeistus ei toteudu. Hoitosuunnitelma on oleellinen osa potilaan tarkoituksenmukaista hoitoa. Kirjaamisohjeiden tarkentamisen, henkilökunnan ohjeistamisen sekä seurannan avulla voidaan jatkossa laatia entistä paremmin potilasta ja työntekijää palvelevia hoitosuunnitelmia.

Aittakorpi Rosita
Korhola Marjukka

The fulfilment of the documentation instructions in care plans at the JMT mental health outpatient clinic

Year	2018	Pages	51
------	------	-------	----

This thesis was part of the PAAVO (better outpatient care project), which was carried out in year 2016 in the Hyvinkää health care district. The study was ordered by the JMT mental health outpatient clinic, which offers psychiatric outpatient care services for adults in the cities of Järvenpää, Mäntsälä and Tuusula. It has been stated that there is heterogeneity in the documentation of psychiatric patient care plans and the focus of patient care hasn't always been clearly indicated in care plans. The purpose of this thesis was to examine to what extent the renewed guidelines regarding documentation are followed. The renewed guidelines were launched in 2015.

The data in this study was collected by systematic random sampling of those patients' care plans whose care relationship started in 2017 at JMT clinic. By using a quantitative study method and content differentiation, 89 patient care plans were studied considering all criteria. A three step likert -scale was used to study the patient care plans considering the fulfilment of nine different criteria.

Based on this study it can be stated that there are deficiencies in the documentation practices. Only in half of the studied cases, was the care plan made within the instructed month. The objectives of psychiatric care are specified according to the need for care. Both the patient and the health care employee have to be aware of the target of the care. The objectives of care were clearly documented in only one fifth of the care plans. However, the essential problems of the patient and interventions were documented at least partly in almost all care plans. Two of the studied criteria were not actualized in the documentation at all. These criteria were the use of Global Assessment of Functioning scale (GAF) and the mention of the procedure if the patient doesn't follow the care plan. The next evaluation of the care plan was clearly documented in 33,7 % of the examined care plans.

The study demonstrated whether and which fields follow the guidelines of documentation. The care plan is an essential part of the appropriate patient care. To make care plans that serve both the patient and the healthcare employee better in the future, emphasis should be paid to documentation instructions, better guidance of care personnel as well as monitoring the procedure.

Keywords: care plan, nursing process, documentation, quality, psychiatric outpatient care

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Mielenterveys	8
2.1	Mielialahäiriöt	9
3	Mielenterveystyö	10
3.1	Mielenterveystyön palvelujärjestelmä	11
3.2	Psykiatrinen avohoito.....	12
4	Hoitotyön prosessi	13
5	Hoitosuunnitelma	14
5.1	Psykiatrisen potilaan hoitosuunnitelman laatimista koskeva lainsäädäntö	14
5.2	Psykiatrisen potilaan hoitosuunnitelma	15
5.3	Psykiatrisen potilaan hoitosuunnitelman laatiminen hoitotyön prosessin mukaisesti	16
6	Hoitotyön kirjaaminen	17
6.1	Hoitotyön kirjaamisen historiaa	18
6.2	Hoitosuunnitelman sähköinen kirjaaminen	19
6.3	Laadun merkitys psykiatrisen hoitotyön kirjaamisessa	19
7	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys.....	21
8	Tutkimusmenetelmä.....	21
9	Tutkimuksen toteutus	22
9.1	Tutkimusaineisto	22
9.2	Hoitosuunnitelmien kirjaamisen ohjeistus JMT mielialapoliklinikalla	23
9.2.1	Hoitosuunnitelmien kirjaamisen uudistunut ohjeistus JMT mielialapoliklinikalla	24
9.3	Aineiston analyysi	24
9.3.1	Tutkimuksessa käytetty mittari.....	25
9.3.2	Hoitosuunnitelmien analysointi	26
10	Tulokset.....	26
10.1	Kriteeri 1. Hoitosuunnitelman kirjaamisen ajankohta.....	27
10.2	Kriteeri 2. Potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen.....	27
10.3	Kriteeri 3. Hoidon tavoitteiden kirjaaminen	28
10.4	Kriteeri 4. Potilaan keskeisten ongelmien kirjaaminen	29
10.5	Kriteeri 5. Interventioiden kirjaaminen	30
10.6	Kriteeri 6. Yhteisen toimintatavan kirjaaminen	30
10.7	Kriteeri 7. Hoidon suunnitellun pituuden kirjaaminen	31
10.8	Kriteeri 8. Hoitosuunnitelman arvioinnin ajankohta	32
10.9	Kriteeri 9. GAF -mittarin tuloksen kirjaaminen.....	32
10.10	Yhteenveto hoitosuunnitelmien kriteerien toteutumisesta.....	33

11	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	35
12	Pohdinta	37
	12.1 Tutkimuksen eettisyys.....	39
	12.2 Tutkimuksen luotettavuus	40
	LÄHTEET	42
	LIITTEET	47

1 Johdanto

Psykiatrinen hoito on muuttunut viime vuosikymmeninä yhä enemmän avohoitopainotteiseksi. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä on kasvanut tasaisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Avohoidossa hoidettavien potilaiden määrä on kasvanut selvästi vuosittain ja vuodeosastohoidossa olevien potilaiden määrä on vähentynyt (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Mielenterveyshäiriöistä kärsii joka viides aikuinen. Mielenterveyshäiriöt aiheuttavat yhteiskunnalle merkittävät terveydenhuollon kulut. Tulevaisuudessa mielenterveyshoitotyön avopalveluja pyritäänkin kehittämään ja monipuolistamaan yhä enemmän potilaiden tarpeita vastaaviksi. (Marttunen, Kärkkäinen ja Suvisaari 2017.)

Opinnäytetyön tilaajana oli JMT mielialapoliklinikka, joka palvelee Mäntsälän, Järvenpään ja Tuusulan aikuisväestöä. JMT mielialapoliklinikka toimii Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvassa Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikössä (Hus poliklinikat 2018). Opinnäytetyö on osa PAAVO - Parempaa avohoito -hanketta. PAAVO on vuoden 2016 toiminnan kehittämishanke Hyvinkään sairaanhoitoalueella. PAAVO-hankkeen tavoitteena on tarjota laadukkaampaa hoitoa mielialapoliklinikoiden uudelleen organisoinnilla ja välittömällä näyttöön perustuvilla psykososiaalisilla hoitomenetelmillä. Osana Paavo-hanketta Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikössä on apulaisylilääkäri Kenneth Reinikan toimesta laadittu uudet hoitosuunnitelmien kirjaamisen ohjeistukset heinäkuussa vuonna 2015. Opinnäytetyössämme tutkimme JMT mielialapoliklinikan hoitosuunnitelmien kirjaamisen laatua.

Psykiatrian mielialapoliklinikoilla tutkitaan ja hoidetaan aikuisia, joiden hoitodiagnoosina on yleensä keskivaikkea tai vakava masennustila, toistuva masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Hoitomuotoina ovat yksilö-, perhe- ja ryhmähoito sekä lääkehoito. Henkilökuntaan kuuluvat lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti ja osaston sihteeri. Poliklinikalle tullaan lääkärin läheteellä. (Hus poliklinikat 2018.)

Perinteisesti psykiatrisen hoitotyön kirjaaminen on ollut kerronnallista ja kuvailevaa. (Sainola-Rodriguez ja Ikonen 2007, 41.) Potilaan tilan kuvaaminen ei saisi vaihdella kirjaajasta riippuen. Kirjauksissa olisi tärkeää tuoda esille potilaan oma näkemys hoidosta ja sen tavoitteista. (Kärkkäinen 2007,90.) Hoitosuunnitelmien kirjaamisen ohjeistuksella JMT mielialapoliklinikalla pyritään yhtenäistämään kirjauskäytäntöjä ja tukemaan laadukasta ja tavoitteellista hoitoa. Hoitosuunnitelma tulisi laatia yhdessä potilaan kanssa kuukauden sisällä hoidon aloittamisesta. Hoitosuunnitelmassa tulisi olla kirjattuna potilaan hoidon tavoitteet, keskeiset ongelmat ja interventiot. Hoitosuunnitelmassa tulisi olla myös arvioituna hoidon suunniteltu pituus ja hoitosuunnitelman seuraavan arvioinnin ajankohta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka hyvin hoitosuunnitelmien kirjaukset noudattavat niille laadittuja ohjeistuksia. Tavoitteena oli tuottaa tietoa työn tilaajalle hoitosuunnitelmien kirjauskäytännöistä ja niiden laadusta JMT mielialapoliklinikalla. Selkeillä ja johdonmukaisilla kirjauksilla luodaan paremmat edellytykset potilaan hoidon tavoitteellisuudelle ja voidaan tehostaa hoitoa. Käytännössä tämä voi näkyä resurssien parempana kohdentumisena, yhteiskunnan varojen säästönä, potilaiden parempana hoitoon sitoutumisena sekä työntekijöiden motivaation lisääntymisenä.

2 Mielen terveys

Ihmisen hyvinvoinnin perusta on mielen terveys, joka koostuu fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja henkisestä ulottuvuudesta. Positiivinen mielen terveys tarkastelee mielen terveyttä voimavarana. Positiiviseen mielen terveyteen kuuluu hyvinvoinnin kokemus. Hyvä mielen terveys näkyy persoonallisuuden kypsyytenä ja tunneälynä eli kykynä eläytyä toisen ihmisen tilanteeseen. Hyvään mielen terveyteen kuuluvat hyvä itsetunto, elämänhallinnan tunne, optimismi, mielekäs toiminta, kyky solmia tyydyttäviä sosiaalisia suhteita ja kohdata vastoin käymisiä. Hyvä mielen terveys tarkoittaa myös henkilökohtaista hyvinvointia ja tyytyväisyyttä omaan elämään. (Lönnqvist ja Lehtonen 2017, 18-22; Mielen terveyden edistäminen 2014.)

Mielen terveys ei ole staattinen tila, vaan se muovautuu ihmisen koko elämän ajan persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä. Väestön terveyttä koskevissa tutkimuksissa on keskitytty pääasiassa mielen terveyden oireisiin, häiriöihin ja sairauksiin. Mielen terveys on aina suhteellinen käsite. Kukaan ei ole täysin sairas tai kokonaan terve. Myös mielen terveyshäiriöistä kärsivät henkilöt voivat kokea mielen hyvinvointia oireista riippumatta. Positiivinen mielen terveys on jäänyt keskustelussa vähemmälle huomiolle. Positiivisen mielen terveyden korostamisella pyritään siirtämään ajattelua pois sairaus- ja ongelmakeskeisyydestä. Positiivista mielen terveyttä voidaan vahvistaa toimimaan suojana sairauksia vastaan, selviytymään niiden kanssa sekä edistämään toipumista. (Appelqvist-Schmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling ja Solin 2016.)

Psykiatrian tehtävä lääketieteen erikoisalana on tutkia ja hoitaa mielen terveyden häiriöitä. Ihmisen mielen terveys on tasapainoilun tila, jossa altistavat ja laukaisevat tekijät sekä mielen terveyttä suojaavat tekijät tasapainottelevat. Suojaavia tekijöitä ovat sosiaalinen tuki, yksilölliset voimavarat ja yhteiskunnalliset resurssit ja rakenteet. Altistavia tekijöitä ovat esimerkiksi perinnölliset tekijät, varhaislapsuuden kokemukset, koulutus ja työllisyys. Mielen terveyden häiriöitä laukaisevia tekijöitä ovat erilaiset elämäntapahtumat, kuten läheisen kuolema, raskaus ja synnytykseen liittyvät tekijät, avioero, taloudellinen epävarmuus ja vakava sairastuminen. (Kuhanen 2017, 21-26.)

Hyvällä mielenterveydellä on suuri merkitys yksilölle ja koko yhteiskunnalle. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat runsaasti kärsimystä yksilötasolla ja niistä koituu paljon kuluja yhteiskunnalle. (Moring, Martins, Partanen, Bergman, Nordling ja Nevalainen 2011, 14.) Vuonna 2017 työkyvyttömyyseläkettä sai 144 600 henkilöä ja mielenterveyden häiriöt olivat suurin (42%) työkyvyttömyyttä aiheuttanut sairausryhmä. Mielialahäiriöiden välittömät ja välilliset kustannukset on arvioitu yli 1000 miljoonaksi euroksi vuosittain. Mielenterveyden häiriöiden osuus on ollut suurin työkyvyttömyyttä aiheuttaneista sairauksista vuodesta 2000 lähtien. (Marttunen, Kärkkäinen ja Suvisaari 2017; Tilastokeskus 2018.)

2.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt voivat ilmetä joko masennushäiriöinä tai kaksisuuntaisina mielialahäiriöinä. Mielialahäiriöissä keskeinen oire on mielialan tai mielenvireen pitempään kestävä muutos. Masennustilasta eli depressiosta kärsii vuosittain noin viisi prosenttia suomalaisista. Masennustilan vaikeusaste jaetaan oireiden lukumäärän mukaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Tärkeimmät hoitomuodot ovat lääkehoito ja erilaiset psykoterapeuttiset hoidot. Psykoterapi-an yhdistäminen lääkehoitoon on sitä tärkeämpää, mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse. Masennustilalle tyypillisiä oireita ovat alakuloisuus, mielihyvätunteiden voimakas lasku, kiinnostuksen häviäminen asioihin, keskittymiskyvyttömyys, päättämättömyys, muistivaikeudet, alemmuuden ja arvottomuuden tunteet, korostuneet syllisyden tunteet, toivottomuuden tunteet, ajatusten keskittyminen kuolemaan ja itsetuhoon, univaikeudet, ruokahaluttomuus sekä henkinen ja fyysinen hidastuminen tai kiihtymys. Enemmistö niistä masennuspotilaista, jotka hakeutuvat hoitoon, kärsii samaan aikaan esimerkiksi ahdistuneisuus-, persoonallisuus- tai päihdehäiriöstä. Masennustilan erottaminen muista sairauksista, esimerkiksi kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä on tärkeää, jotta osataan valita oikea hoito. (Mielenterveystalo.fi 2017; Tarnanen, Isometsä, Kinnunen, Kivekäs, Lindfors, Marttunen ja Tuunainen 2016.)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluvat toisiaan vaihtelevin välein seuraavat masennus- ja maniajakso. Manialla tarkoitetaan korostunutta mielialan nousua, kohonnutta energiatasoa, touhukkuutta, kohonnutta itsetuntoa ja kaikkivoipaisuutta. Sairausjaksojen välillä henkilö voi olla täysin oireeton. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on elinikäinen sairaus, jonka perinnöllisyydestä on vahvaa näyttöä. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön periytyvyys vaihtelee tutkimuksissa 60 - 90 prosenttiin. Kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä on kaksi päätyyppiä: Tyyppi 1:n kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy sekä vakavan masennuksen jaksoja että manioita. Tyyppi 2:ssa ilmenee masennuksen ohella hypomanioita eli lievästi maanisia jaksoja. Keskeisin keino estää toistuvia sairausjaksoja on joko jatkuva tai heti sairausjakson esioireiden ilmetessä aloitettava lääkitys. Monet kaksisuuntaisesta mielialahäiriöistä kärsivät henkilöt eivät sitoudu lääkehoitoon. Lääkehoidon lisäksi on tärkeää antaa potilaalle tietoa sairaudesta ja tukea hoitomyöntyvyyttä. (Huttunen 2016; Isometsä 2017, 228-250; Kanerva ja Kuhanen

2017a, 269-272.) Lääkehoitoon sitoutumattomuuden taustalla saattavat olla esimerkiksi sairauden kieltäminen, sairautentunnon puuttuminen tai lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset (Suomen Mielenterveysseura 2017).

3 Mielenterveystyö

Mielenterveystyön toteuttamista ohjaavat useat lait yleisten terveydenhuoltoa ohjaavien lakien lisäksi. Näitä lakeja ovat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä potilasvahinkolaki (585/1986). Erityisesti mielenterveydestä säädetään mielenterveyslaissa (1116/1990), laissa mielenterveyslain muuttamisesta (438/2014) sekä terveydenhoitolaissa (1326/2010). (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert ja Seuri 2017, 72.)

Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Kanerva ja Hämäläinen 2017, 66-67.)

Mielenterveystyö voidaan jakaa mielenterveyttä edistävään, mielenterveyden häiriöitä ehkäisevään ja niitä korjaavaan toimintaan. Mielenterveyden edistämällä pyritään vahvistamaan perheiden, ryhmien ja yhteisöjen hyvinvointia yhteiskunnassa. Mielenterveyden häiriöitä ehkäisevään toimintaan kuuluvat sairaustapausten mahdollisimman varhainen havaitseminen ja mielenterveyttä edistävän tiedon lisääminen. Korjaavan toiminnan eli hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on vähentää mielenterveyden häiriöiden aiheuttamaa toimintakyvyn haittaa. Mielenterveystyö nähdään helposti lähinnä sairauksien ja mielenterveysongelmien hoitamisena. Todellisuudessa painopiste terveydenhuollossa on mielenterveyden edistämisessä. Mielenterveyden edistäminen alkaa syntymästä ja päättyy vanhuuteen. (Kuhanen 2017, 29-32; Lönnqvist ja Lehtonen 2017, 33-34.)

Akuutti mielenterveystyö on avoterveydenhuollossa tai sairaalahoidossa lyhyenä intensiivisenä jaksona tapahtuvaa tutkimus- ja hoitotyötä. Kuntouttava mielenterveyshoitotyö on pitkäkestoisia toimintaa, jonka tarkoituksena on lisätä potilaan selviytymiskykyä. (Kanerva ja Hämäläinen 2017, 66-67.) Mielenterveystyötä tehdään yksilö-, ryhmä- ja yhteisötasolla. Sitä toteutetaan moniammatillisissa työryhmissä, joiden jäsenet ovat psykiatrian alan lääkäreitä, sairaanhoitajia, psykologeja, sosiaalialan työntekijöitä, toimintaterapeutteja ja fysioterapeutteja. (Lönnqvist ja Lehtonen 2017, 18-36.)

Potilaan hoito alkaa hänen haastattelullaan ja hoidon tarpeen arvioinnilla, jonka pohjalta laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Avohoidossa keskeisenä menetelminä ovat yksilökeskustelut, perhetapaamiset, lääkehoito ja erilaiset ryhmät. Akuutissa tilanteessa voidaan tukea potilasta puhelinsoitoilla kotiin. Tulevaisuudessa tullaan yhä enemmän hyödyntämään erilaisia digitaalisia palveluja, kuten verkko-ohjausta, nettiterapiaa ja etävastaanottoa. (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 175-180.)

Psykiatrisessa hoitotyössä menetelminä käytetään esimerkiksi motivoivaa keskustelua, psykoedukaatiota ja perheen huomioimista. Motivovassa keskustelussa keskitytään potilaan vahvuuksien ja arvojen tunnistamiseen. Vuorovaikutuksen avulla hoitaja pyrkii herättelemään potilaan motivaatiota. Psykoedukaatiolla pyritään vuorovaikutuksellisen keskustelun avulla kartoittamaan tilannetta ja haetaan ymmärrystä tilanteeseen. Perhekeskeisessä työskentelyssä perheen ja läheisten hyvinvointi on tärkeä osa potilaan kuntoutumista. (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 182-194.)

3.1 Mielenterveystyön palvelujärjestelmä

Keskustelu psykiatristen sairaansijojen vähentämisestä aloitettiin Suomessa 1970-luvulla. Tällöin koko psykiatrisen palvelujärjestelmä oli melkein yksinomaan sairaalapainotteinen. Psykiatristen sairaansijojen määrä oli Suomessa suhteellisesti toiseksi suurin Euroopassa. (Tuori 2011.) Laitoshoidon purku ja painopisteen siirtäminen avohoitoon alkoi 1980-luvulla. Vuodesta 1980 alkaen psykiatristen sairaalapaikkojen määrä väheni kahdessakymmenessä vuodessa neljäsosaan. Osa potilaista jäi palveluiden ulkopuolelle 1990-luvun lamavuosina. Avohoitoa alettiin kehittää määrätietoisesti vasta 1990-luvun loppupuolella. (Nordling, Järvinen ja Lähteenlahti 2015, 133-142 ; Lönnqvist ja Lehtonen 2017, 25-28.)

Suuri rakenteellinen muutos tapahtui vuonna 1991, kun vanha mielisairaslaki muuttui mielenveyslaiksi ja jo edellisenä vuonna voimaan tullut erikoissairaanhoidolaki liitti psykiatrisen muuhun erikoissairaanhoidon ja osaksi sairaanhoitopiirejä. Samalla loppui mielisairaanhuoltopiirien vuosikymmeniä kestänyt itsenäinen toiminta. Erikoissairaanhoidon myötä vastuu kunnallisten psykiatristen palvelujen järjestämisestä siirtyi osaksi muuta erikoissairaanhoidon. Psykiatria on muuttumassa yhä selvemmin avohoitopainotteiseksi toiminnaksi väestön keskuuteen ja samalla osaksi muuta terveydenhuoltoa. (Lönnqvist ja Lehtonen 2017, 25-28.) Mielenveys- ja päihdetyön kärkihankkeissa 2000-luvun alusta alkaen on tehty paljon työtä asiakaskeskeisyyden vahvistamiseksi. Pikkuhiljaa ollaan painotettu yhä enemmän mielenveyskuntoutujien osallisuutta oman hoitonsa suunnitteluun ja osittain myös hoito-organisaatioiden kehittämiseen. (Nordling, Järvinen ja Lähteenlahti 2015, 133-142.)

3.2 Psykiatrinen avohoito

Mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina. Mielenterveysongelmista kärsivän ensisijainen hoitopaikka on perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat terveyskeskus, kouluterveys, neuvola ja työterveyshuolto. Näiden tehtävänä on arvioida mielenterveyshäiriössä olevan potilaan avun tarve ja antaa tarvittaessa lähete jatkohoitoon. Noin puolet maamme kunnista on järjestänyt psykiatrisen erikoissairaanhoitoon palveluja ainakin osittain omana toimintana perusterveydenhuollon yhteydessä. Pääosin psykiatrinen erikoissairaanhoito on sairaanhoitopiirien tuottamaa. Sairaalahoittoa järjestetään, kun avohoidon tarjoamat palvelut eivät riitä. Psykiatrisia avohoitopalveluja tuottavat julkisen sektorin ohella myös yksityinen ja kolmas sektori. Julkisen terveydenhuollon psykiatrisille poliklinikoille tai mielenterveystoimistoihin hakeudutaan paikkakunnasta riippuen joko suoraan tai perusterveydenhuollon kautta. (Lönnqvist, Moring ja Henriksson 2017, 738-740; Lönnqvist, Moring ja Vuorilehto 2017, 763-772.)

Psykiatriseen erikoissairaanhoitoon hakeutumisen yleisimpiä syitä vuonna 2015 olivat skitsofrenia, skitsotyypinen häiriö tai harhaluuloisuushäiriö, mielialahäiriö sekä neuroottiset, stressiin liittyvät tai somatoformiset häiriöt. Psykiatrisen erikoissairaanhoitoon hoidettavien potilaiden työikäisten osuus oli 58 prosenttia kaikista potilaista vuonna 2015. Vuodeosastohoidossa miehiä oli enemmän kuin naisia ja naisia oli taas enemmän avohoidossa. Miehet sairastuvat naisia useammin vaikeisiin psykoottisiin häiriöihin ja naisten yleisimmät psykiatriset sairaudet ovat tavallisesti avohoidossa hoidettavia masennus- ja ahdistuneisuushäiriöitä. (Tilastoraportti 21/2017.)

Avohoidon palveluita täydentävät psykiatriset sairaalaosastot ja psykiatrinen asuntolatoiminta sekä päihdekuntoutus. Avohoidon palveluja on tehostettu erilaisilla nopeasti apua tarjoavilla palveluilla. Eri puolilla Suomea toimii erilaisilla nimikkeillä työryhmiä, jotka pystyvät ottamaan hoitovastuun nopeasti ja pääsevät käymään potilaan kotona nopeasti. Avohoidossa järjestetään myös monenlaista päivätoimintaa. Toimiva yhteistyö eri tahojen välillä on tärkeää, jotta potilas saa parhaan mahdollisen hoidon. (Kanerva ja Hämäläinen 2017, 68-70.)

Psykiatrista avohoitoa kehitetään koko ajan ja yhä useampi potilas hoidetaan avohoidossa. Psykiatrisessa erikoissairaanhoitoon hoidettiin vuonna 2016 yhteensä 177 839 potilasta. Potilaita oli vuodeosastohoidossa 23 242 ja avohoidossa 174 052. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Vuodeosastohoidon potilaiden ja hoitajaksojen määrä väheni sekä keskimääräinen hoitoaika lyheni lähes joka vuosi vuosina 2006-2015. Avohoidon potilaiden ja käyntien määrä kasvoivat lähes yhtäjaksoisesti vuosina 2006-2015. Psykiatrian erikoissairaanhoitoon avohoidon käyntejä oli 2 miljoonaa vuonna 2015. (Tilastoraportti 21/2017.) Avohoidon potilaiden määrä kasvoi 24 prosenttia vuodesta 2006 vuoteen 2014. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Avopalveluiden painottaminen on tärkeää inhimillisistä, hoidollisista ja taloudellisista syistä.

Monipuoliset avopalvelut tuottavat enemmän hyvinvointia ja avohoitoon panostaminen on yleensä vaikuttavampaa kuin laitoshoitoon panostaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 42-43.)

Tulevaisuudessa psykiatrinen avohoito lisääntyy ja monipuolistuu entisestään. Oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista pyritään tukemaan. Psykiatria yhdentyy entistä tiiviimmin muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sairaalahoidon keskittyy tehohoitoyksiköihin. Psykiatrian palvelutuotannossa tapahtuu erikoistumista siten, että akuutti vastaanotto toiminta ja potilaan tilan arviointi keskittyvät omaksi toiminnakseen, joka lähettää potilaita koko toiminta-alueen kattavaan psykoosien hoitoon ja erikseen mielialahäiriöiden hoitoon. Kuntien keskeinen asema terveydenhuollon palveluiden järjestämistä vastuussa päättyy ja siirtyy maakunnille vuoden 2019 alusta. Sote-uudistuksen lähtökohta on täydellinen sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio. (Lönnqvist, Moring ja Vuorilehto 2017, 764.)

Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ei ole muuttunut, mutta niihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt voimakkaasti. Sairauspäivärahapäivistä joka neljäs ja uusista työkyvyttömyyseläkkeistä joka kolmas myönnetään psyykkisin perustein. Sosiaali- ja terveysministeriön kokoaman työryhmän mielenterveys- ja päihdetyön pääkehittämiskohteiksi vuosille 2012-2015 valittiin asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävää ja ehkäisevää työtä sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen tiiviissä yhteistyössä, jossa painopisteet ovat perus- ja avohoitopalveluissa. Mielenterveyspalvelujen järjestäminen pääasiallisesti avohoitona palvelee asiakkaita paremmin ja tukee heidän omia voimavarojaan. Avohoittoa tulee kehittää ensisijaisesti, jonka jälkeen laitoshoidon voidaan supistaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 14-18.)

4 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön prosessi tuli Suomessa tunnetuksi WHO:n hoitotyön kehittämis- ja tutkimusohjelman myötä vuonna 1977 (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska ja Vihunen 2012, 51). Sillä tarkoitetaan tieteellistä viitekehystä tai metodologiaa, johon käytännön hoitotyö perustuu myös psykiatrisessa hoitotyössä (Rodriguez-Sainola ja Ikonen 2007, 43). Hoitotyön prosessin menetelmällä luodaan hoitotilanteelle selkeästi ja johdonmukaisesti etenevä rakenne sekä ohjataan hoitajan ajattelua ja päätöksentekoa (Anttila ym. 2012, 51).

Hoitotyön prosessin vaiheet ovat hoitotyön tarpeiden määrittely ja diagnosointi, tavoitteiden määrittely, suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi (Rodriguez-Sainola ja Ikonen 2007, 43).

Psykiatrisen hoitotyön moniammatillisen luonteen vuoksi prosessin tieto ja sisältö tulevat psykiatrisen hoitotyön lisäksi myös muilta tieteenaloilta, kuten psykiatriasta, lääketieteestä, so-

siaalitieteestä ja psykologiasta. Hoitajan oman persoonan terapeuttinen käyttö sekä terapeutin yhteistyösuhteen kehittäminen ja ylläpitäminen korostuvat prosessissa. Psykiatrinen hoitotyön prosessi voidaan nähdä parhaimmillaan myös itsessään terapeuttisena prosessina potilaan osallistuessa hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Potilaan osallistuminen oman hoitotyönsä suunnitteluun voi selkeyttää potilaalle hänen sairauttaan, ajatteluaan, käyttäytymistään ja tunteitaan. (Rodriguez-Sainola ja Ikonen 2007, 43-44.)

5 Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan tiettyä, nimettyä henkilöä (potilas) varten laadittua kirjallista hoitotyön toteuttamisen suunnitelmaa. Lukuisten tutkimusten mukaan hoitotyön kirjallisen suunnitelman laatimista pidetään erittäin tärkeänä potilaan hoitoon liittyvänä osana alueena ja sillä on myös kustannusvaikutuksia. (Hallila 1999, 6.) Hoitosuunnitelma sisältää tietoa potilaan terveydentilasta, diagnooseista, hoidon järjestämisestä, tutkimuksista, kuntoutuksesta ja seurannasta. Hoitosuunnitelman tulee olla selkeä, ajantasainen ja helposti muokattava. Potilaan tilanteeseen soveltuva ja häntä parhaiten palveleva hoitosuunnitelma tulee laatia mahdollisimman monen potilasta hoitavan tahon moniammatillisessa yhteistyössä (Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä 2015).

5.1 Psykiatrisen potilaan hoitosuunnitelman laatimista koskeva lainsäädäntö

Mielenterveyslain 4.a luvun 22 b §:ssä määrätään psyykkisen sairauden hoidosta. Sen mukaan potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hoitoa toteutettaessa on laadittava hoitosuunnitelma (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116).

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista antaman asetuksen (298/2009) 7§:n mukaisesti potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Edellä mainitun asetuksen 11§:n mukaan potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Palvelutapahtumia koskevista tiedoista tulee tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi tulosityy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

5.2 Psykiatrisen potilaan hoitosuunnitelma

Hoidon alussa laaditaan potilasta koskeva yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka ohjaa potilaan hoitoa. Hoitotyön kirjallisen suunnitelman laatimiseksi hoitotyöntekijöillä tulee olla riittävä ammattitaito ja hoitotyön tietoperustan hyvä hallinta. Hoitohenkilöstöllä tulee olla kykyä tunnistaa potilaan hoidon tarve, käyttää hoitotyön keinoja tuloksellisesti, seurata ja arvioida hoitotyön toteutumista sekä kehittää hoitotyötä. (Sainola-Rodriguez ja Ikonen 2007, 43-44.) Hoitosuunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan kanssa (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 179) ja sen asianmukaisuudesta vastaa potilasta hoitava lääkäri. Myös potilaan omainen tai läheinen voi osallistua hoitosuunnitelman laatimiseen. Hoito pyritään suunnittelemaan keinoiltaan ja tavoiltaan konkreettiseksi ja suunnitelmassa tulee määritellä käytettävät mielenterveyshoito-työn menetelmät. Hoitosuunnitelma on sekä hoitavalle taholle että potilaalle keskeinen työväline hoidon toteuttamisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 179.)

Hoitosuunnitelman pohjaksi tietoa kerätään potilaalta itseltään, omaisilta, aiemmista sairauskertomuksista, työnantajalta ja muilta sellaisilta tahoilta, jotka tuntevat hyvin potilaan. Potilaan lupa tarvitaan mikäli ollaan yhteydessä potilaan ulkopuolisiin tahoihin. Tietoja kerätään potilaan perhetilanteesta, sairastumisen etiologiasta, nykytilanteesta, aiemmasta sairaushistoriasta ja muista sairauksista, potilaan omista tavoitteista ja toivomuksista, potilaan voimavaroista, vahvuuksista ja ongelmista, perheen voimavaroista ja ongelmista, sellaisista läheisvun sairauksista, joilla on merkitystä nykyisessä tilanteessa, työ- ja opiskeluhistoriasta, taloudellisesta tilanteesta sekä muista tilanteeseen mahdollisesti vaikuttavista seikoista, kuten esimerkiksi avioerosta tai päihteiden käytöstä. (Hietaharju & Nuuttila 2014, 94 - 95.)

Psykiatrisen potilaan hoitosuunnitelmassa on oltava nähtävissä potilaan sairauden kannalta keskeiset ongelmat sekä niiden hoito. Hoitosuunnitelman laatimisen lähtökohtana tulee olla potilaan esiin nostamat tarpeet, tavoitteet sekä keinot, joihin hän voi sitoutua. Suunnitelman laatimisessa on tärkeää huomioida myös potilaan voimavarat ja vahvuudet. (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 180.) Suunnitelmasta on käytävä ilmi millaisiin hoitotavoitteisiin ja minkälaisella aikavälillä kullakin hoidon erityisalueella, esimerkiksi psykoterapialla, pyritään. Myös hoidon eri osa-alueista vastuussa olevien henkilöiden on käytävä ilmi hoitosuunnitelmasta. (Lönqvist 2014, 55.)

Parhaimmillaan psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu toteutuu yhteistyönä potilaan, hänen läheistensä sekä potilasta hoitavien ammattilaisten kesken. Lopulliseen hoitosuunnitelmaan sisältyy myös arvio siitä, missä määrin potilaan kokonaiselämäntilanne vaatii huomiota. Tällaisia kokonaistilanteeseen vaikuttavia seikkoja ovat esimerkiksi potilaan fyysinen terveys, elämäntilat, kuntoutustarve, positiiviset voimavarat, sosiaalinen tuki, talousasiat sekä juridiset näkökulmat. (Lönqvist 2017, 55.)

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan potilaan hoitosuunnitelmaa tulee tarkentaa sopivin määräväleihin hoidon aikana. Potilaalla tulee olla aina tieto siitä, kuka on hänen hoidostaan vastaava henkilö, johon hän voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. (Mielenterveyspalvelujen laatusuositus 2011.)

5.3 Psykiatrisen potilaan hoitosuunnitelman laatiminen hoitotyön prosessin mukaisesti

Hoitosuunnitelma kirjataan hoitotyön prosessin mukaisesti ja siihen sisältyvät kaikki prosessin vaiheet (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 180). Hoitotyön prosessin vaiheet ovat *hoidon tarpeen määrittely, hoidon tavoitteiden määrittely, hoitotyön toimintojen määrittely ja toteutus (keinot)* sekä *hoitotyön arviointi* (Iivanainen & Syväoja 2016, 15 - 20).

Hoidon tarpeen määrittely sisältää hoitajan tai lääkärin laatiman kuvauksen potilaan senhetkisestä terveydentilasta. Potilaasta kerätään ja analysoidaan tietoja sekä pyritään tunnistamaan ja täsmentämään potilaan tarpeet. (Anttila ym. 2012, 52.) Hoidon tarpeen määrittely perustuu potilaan tilanteen arviointiin ja kuvaa niitä olemassa olevia tai mahdollisesti tulevia ongelmia, joita hoitotyötä toteuttamalla voidaan lievittää tai poistaa (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 180). Hoitotyön tarpeen arvioinnin yhteenveto voidaan esittää myös hoitotyön diagnoosina (Sainola-Rodriguez ja Ikonen 2007, 44).

Hoidon tavoitteet määritellään potilaan hoidon tarpeen pohjalta (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 176). Hoidon tavoitteet kirjataan siten, että kuvauksesta käy ilmi, mitä potilaan käyttäytymisessä tai tilassa odotetaan tapahtuvan. Tavoite tai tavoitteet pyritään asettamaan konkreettiseksi ja realistiseksi, jolloin tavoittelemisen ja arvioinnin on helpompaa. (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 180.) Lyhyen ja pidemmän aikajakson tavoitteet on tärkeää asettaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Sainola-Rodriguez ja Ikonen 2007, 45). Tavoitteet voivat olla hoidon alussa erilaiset kuin hoidon lopussa. Psykiatriassa potilaan oman työn merkitys on lopputuloksen kannalta erittäin suuri. Siksi on olennaista, että potilas ja työntekijä ovat tietoisia siitä, mihin hoidossa tähdätään (Häkkinen, 2014). Psykiatrisen potilaan hoitotyössä on monessa tapauksessa tavoitteena potilaan toiminnan tai käyttäytymisen muuttaminen sekä muutos- ja sopeutumisprosessin seuraaminen (Sainola-Rodriguez ja Ikonen 2007, 44-45). Hoitosuunnitelmaan kirjataan myös se, mitä potilas sitoutuu tekemään tavoitteidensa saavuttamiseksi ja miten läheiset voivat tukea potilasta niiden saavuttamisessa. Pää tavoitteita tulisi asettaa kohtuullinen määrä, esimerkiksi kaksi tai kolme. (Mielenterveyspotilaan hoitosuunnitelma 2017.)

Hoitotyön toiminnot ja keinot, eli *hoidon toteutus*, määritellään tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta ja niillä pyritään vastaamaan hoidon tarpeeseen. Työskentelytapoja kuvataan realistisesti ja konkreettisesti, kuten esimerkiksi potilaan ohjaus ja tukeminen itsehoitoon tai psy-

koedukaatio. (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 180.) Suunnitelmassa kuvataan myös arjenhallintaa tukevia, potilaan arkielämään liittyviä toimia sekä kuntoutumista (Mielenterveyspotilaan hoitosuunnitelma 2017). Mahdollisesta lääkeshoidosta ja tarvittavista tutkimuksista (esimerkiksi psykologin tutkimukset ja muistitestit) tulee olla maininta hoitosuunnitelmassa (Hietaharju ja Nuutila 2014, 96).

Hoitotyötä arvioitaessa kuvataan hoitotyön toimintojen vaikutusta sekä potilaan tilassa tapahtunutta muutosta suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteeseen (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 180). Hoitotyön arviointi liittyy kaikkeen hoitotyöhön ja sitä tehdään jatkuvasti hoitoprosessin kuluessa. Arvioitaessa hoitotyön vaikuttavuutta tarkastellaan sekä hoitosuunnitelmassa että sen jälkeen ilmaantuneita potilaan hoidon tarpeita ja tavoitteita. Suunnitelmaan tulee myös kirjata hoitoon käytettävissä oleva aika (Hietaharju & Nuutila 2014, 96) sekä se, miten potilaan tilan seuranta tapahtuu. Kun hoidon tavoitteet on asetettu selkeästi, hoito selkeytyy ja fokuoittuu, jolloin pystytään paremmin seuraamaan ja arvioimaan hoidon edistymistä. Hoito lopetetaan silloin, kun tavoitteet on saavutettu tai tavoitteiden suhteen ei ole tapahtunut edistymistä huolimatta useista interventioista ja työntekijän vaihtamisesta. (Häkkinen 2014.) Jotta toteutetun hoidon vastetta voidaan arvioida luotettavasti, tulee hoitosuunnitelman tarkistamisen ajankohta olla kirjattuna (Lönqvist 2017, 55). Jatkuvan ja säännöllisen arvioinnin pohjalta tehdään myös muutoksia hoitotyön suunnitelmaan. Hoitoyksiköissä tulisi sopia, miten usein hoitotyötä ja sen suunnitelmaa arvioidaan kirjallisesti. (Anttila ym. 2012, 57.)

6 Hoitotyön kirjaaminen

Sanalla kirjata tarkoitetaan jonkin asian, ominaisuuden tai ilmiön merkitsemistä kirjaan, luetteloon, rekisteriin tai muuhun vastaavaan. Se merkitsee myös tallentamista ja rekisteröimistä. Kirjaaminen on dokumentointia, joka tarkoittaa jonkin todistamista, vahvistamista tai tallentamista dokumenttien avulla. (Kielitoimiston sanakirja 2017.)

Hoitotyön kirjaamista säätelevät useat lait ja asetukset. Näistä keskeisimpiä ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), henkilötietolaki (1999/523), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159), terveydenhuoltolaki (2010/1326) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009). (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari ja Uski-Tallqvist 2014, 45.)

Potilaan päivittäisessä hoidossa kirjatulla tiedolla on oleellinen merkitys. Hoitotyön prosessi jäsentää kirjaamista ja dokumentoidulla tiedolla on merkittävä osuus hoidon suunnittelussa, järjestämisessä ja toteuttamisessa. Kirjaamisen perusteella voidaan selvittää, mitä potilaan hoidossa on suunniteltu tehtäväksi, mitä potilaan hoitotyössä on tehty ja tapahtunut, tai jää-

nyt tekemättä ja tapahtumatta. Kirjattujen tietojen merkitys korostuu paitsi hoitotyön toteuttamisen ja laadun näkökulmasta, myös potilaan oikeuksien suojelun kannalta. Potilaalla on oikeus saada tietoa hoidon etenemisestä sekä osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Saranto & Sonninen 2008, 15.) Potilaalla tai asiakkaalla on oikeus lukea asiakastietojaan tai potilaskertomustaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812) ja saada tietoja omasta terveydentilastaan sekä erilaisista hoitomuodoista ja niiden vaikutuksesta ja riskeistä (Anttila ym. 2012, 57). Huolellisella kirjaamisella turvataan myös hoitohenkilökunnan oikeuksia (Hallila 1999,6).

Hoitotietojen tulee olla kaikkien potilasta hoitavien tahojen käytössä ajantasaisesti, viiveettä, tarkoituksenmukaisesti ja siten, että olennainen tieto on helposti löydettävissä. Kirjaamisen tulee olla yhdenmukaista, rakenteista ja systemaattista. On siis oltava sopimus kirjaamisen sisällöstä ja rakenteesta; toisin sanoen mitä kirjataan ja miten kirjataan. (Saranto & Sonninen 2008, 12.)

Kansallisen hoitotyön systemaattisen kirjaamisen malli perustuu WHO:n päätöksenteon prosessimalliin sekä sähköiseen ja rakenteiseen kirjaamiseen (Iivanainen ym. 2016, 15). Potilaan hoitoon sisältyvät asiat kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen hoitotyön prosessin ja päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. Hoitotyön kirjaamisessa käytetään rakenteista kirjaamista, jonka perustana on Finnish Care Classification (FinnCC) luokituskokonaisuus. FinnCC koostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) sekä Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). (Iivanainen ym. 2016, 15.)

6.1 Hoitotyön kirjaamisen historiaa

Systemaattista hoitotyön kirjaamista Suomessa on alettu harjoittaa 1950-luvulla, tosin ensimmäisiä kirjaamiseen liittyviä merkintöjä löytyy jo 1920 - 1930-luvuilta Turun yliopistollisen keskussairaalan potilaspapereista. 1950-luvulla kirjaaminen tehtiin niin sanottuihin ”mustiin vihkoihin” ja tuolloin potilaan henkilötietojen lisäksi se sisälsi jo hoitotyön suunnitelman, joka sisälsi lääkitykseen liittyviä tietoja sekä erilaisia kehotuksia ja toimenpiteitä potilaan hoidon toteutukseen. 1960-luvulla otettiin käyttöön jokaisen potilaan oma hoitosuunnitelmalomake. 1970-luvulla aloitettiin jäsennellyn hoitotyön kirjallisen suunnitelman kehittäminen. (Hallila 1998, 16.)

Suomessa on käytetty hoitotyön kirjaamisen rakenteena 1980-luvulta lähtien Maailman terveysjärjestön WHO:n päätöksenteon prosessimallia. Nykyisin potilastiedot kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (9.2.2007/159) astui voimaan 1.7.2007.

6.2 Hoitosuunnitelman sähköinen kirjaaminen

Potilaan hoitosuunnitelma sisältyy sähköisesti kirjattuun hoitokertomukseen, joka sisältää tietoa potilaasta ja hänen hoidostaan. Hoitosuunnitelma on kokonaisuhoiton järjestämisen ja hoidon jatkuvuuden turvaamisen apuväline ja se on päätöksentekoprosessin toteutumista koskeva virallinen asiakirja. Hoitosuunnitelmaa tulee tarkistaa ja tarvittaessa päivittää säännöllisesti vertaamalla hoidosta saatuja arvioita ja hoidon tavoitteiden toteutumista. (Sonninen & Ikonen 2008, 77-78.)

Erilaisia sähköisiä potilastietojärjestelmiä on käytössä lukuisia, esimerkiksi Uranus, GFS ja Effica. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) sekä muutamien kuntien ja kaupunkien alueella otetaan käyttöön asteittain vuoden 2018 lopusta lähtien uusi potilastietojärjestelmä Apotti. Apotti on muutoshanke, jonka tarkoituksena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Apotin myötä otetaan käyttöön alueellisesti yhtenäinen sote-tietojärjestelmä. Kaikki asiakasta tai potilasta koskeva, tällä hetkellä useampien tietojärjestelmien sisällä oleva tieto tulee olemaan Apotissa ajantasaisesti käytettävissä ja se tulee yhdistämään sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät. Tavoitteena on sujuvoittaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten työtä ja ohjata parhaisiin käytäntöihin. (Mikä on Apotti? 2018.) Apotin eduiksi mainitaan muun muassa ammattilaisten työn tehostuminen ja ajansäästö, työprosessin ohjaaminen ja ammattilaisen tukena toimiminen, laadukkaampiin ja tehokkaampiin hoitoihin ja palveluihin ohjaaminen sekä eri toimijoiden välisen yhteistyön tiivistyminen (Apotti 2018, usein kysytyt kysymykset).

6.3 Laadun merkitys psykiatrisen hoitotyön kirjaamisessa

Kielitoimiston sanakirja määrittelee laadun siksi, mikä on jollekin ominaista, jonkin ominaisuudeksi, luonteeksi, olemukseksi tai kvaliteetiksi. Laadulla tarkoitetaan usein tuotteen kykyä täyttää asiakkaan tarpeet tai toiminnan tavoitteiden ja tuloksen vastaavuutta (Koivuranta-Vaara 2011, 5). Laatu kuvaa jotakin, mikä on kohteelle ominaista ja erityisesti sellaista, mikä koetaan hyvänä ja onnistuneena. Yleisesti silloin kun jokin tietty asia yhdistetään laatuun, halutaan tuoda esille asian myönteisiä piirteitä. (Mitä laatu on? Artikkelit 2016.) Pelkosen (1996, 62) mukaan hyvä hoitotyö voidaan määritellä esimerkiksi seuraavasti: ”hoitotyö on laadukasta eli hyvää, kun hoitotyön toiminnassa toteutuvat hyvät ja tavoiteltavat ominaisuudet”.

Laadukas psykiatrinen hoito perustuu psykiatria koskevan tiedon ja taidon ammatilliseen soveltamiseen. Hoidon kehittämiseen kuuluu oleellisena piirteenä jatkuva laadun parantaminen.

Laadun kehittämisessä tulee kiinnittää huomioita erityisesti poikkeamiin. Laadukasta toimintaa palkitaan ja vahvistetaan. Laadun kehittämiseen tarvitaan seuranta ja tutkimusta sekä hyvää johtamista. (Lönqvist, Moring ja Vuorilehto 2017, 766.)

Kirjaamisen tehtävänä on tuottaa tärkeää tietoa potilaan hoidosta ja sen edistymisestä. Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot kirjaavat tietoja potilaan hoitoon liittyen. On ilmeistä, että kirjaamisen laatu, käytännöt, tyyli ja tarkkuus vaihtelevat kirjaajasta riippuen. Potilasta hoitavat eri ammattiryhmät tuottavat erilaista kirjaamisjälkeä ja tämä voi johtaa pirstaleiseen kirjaamiseen, jolloin kokonaishoidon kannalta tärkeitä kirjauksia ei hyödynnetä riittävässä määrin. Samankin ammattiryhmän sisällä voi esiintyä koordinoimatonta hoidon kirjaamista, mikäli yhteinen tapa tiedon tuottamiseen puuttuu tai kaikki työntekijät eivät ole sisäistäneet yhtenäisiä kirjauskäytäntöjä. (Ensio ja Häyrinen 2008, 72.) Kinnusen ja Sarannon (2009) mukaan puutteellisen ja epätarkan kirjaamisen on todettu vaarantavan potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta sekä heikentävän potilaan hyvinvointia (Reponen ja Salonen 2011, 12). Sonnisen (2008, 66) mukaan kirjaamisen sisällön jäsentämisessä tulisi kehittää ja edistää sellaisten termistöjen käyttöä, jotka kuvaavat tarkoituksenmukaisesti hoitotoimintaa ja tekevät tiedon jatkokäytön mahdolliseksi.

Sainola-Rodriguezin ja Iksen (2007, 41) mukaan psykiatrisen hoitotyön kirjaaminen on perinteisesti ollut narratiivista ja kuvailevaa, eivätkä hoitotyön prosessi ja sisältö ole välttämättä näkyneet kirjaamiskäytännöissä. Kirjaamistavan muutos rakenteiseksi ja luokitukseen perustavaksi on ollut mittava, eikä muutosprosessi ole ollut yksinkertainen. Psykiatrisessa hoitotyössä luokitusten käyttö monipuolisesti ja yhtenevästi on ollut haastavaa, koska hoitotyön käsitteet psykiatrisessa hoitotyössä eivät ole yksiselitteisiä. Luokitusten käytöstä on kuitenkin ollut selkeänä hyötynä se, että hoitotyön sisältö ja näkyvyys ovat parantuneet tehdyn hoitotyön tultua systemaattisemmin ja paremmin esille kirjauksista. (Sainola-Rodriguez ja Ikonen 2007, 41-42.)

Potilaan tilan kuvaaminen ei saa vaihdella hoidon tuottajasta (kirjaajasta) riippuen. Kirjaukset potilaan voinnista on usein tehty hoitohenkilökunnan tulkintana sen sijaan, että kirjauksissa olisi näkynyt potilaan oma näkemys voinnista ja hoidosta. Tutkimusten mukaan kirjaamatta on jäänyt potilaan kannalta oleellista tietoa. (Kärkkäinen 2007, 90.) Kirjaamissisältöjen vakiointi on siten tärkeä kehittämisen kohde. Hoitotyön ammattilaisten oman toiminnan parantamiseen kuuluu myös kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen. Epäsystemaattisesta ja pelkästään henkilökohtaisiin havaintoihin perustuvasta arkitiedon käytöstä tulee siirtyä tieteellistä tietoa soveltavaan käytäntöön ja tavoitteeksi tulee asettaa parhaiden mahdollisten toimintatapojen löytäminen yhdessä potilaan kanssa. (Ensio ja Saranto 2008, 243.) Kirjaamiseen liittyvissä muutoksissa ja sen kehittämisessä on hoitotyön johtajilla merkittävä rooli (Ensio ja Saranto 2008, 244).

7 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää toteutuuko hoitosuunnitelmien kirjaamista koskeva ohjeistus potilaiden hoitotyötä koskevissa kirjauksissa JMT mielialapoliklinikalla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa työn tilaajalle hoitosuunnitelmien kirjauskäytännöistä ja niiden laadusta JMT mielialapoliklinikalla.

Tutkimuskysymys:

Toteutuuko hoitosuunnitelmia koskeva kirjaamisen ohjeistus JMT mielialapoliklinikan hoitosuunnitelmien kirjauksissa?

8 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus suoritettiin kvantitatiivista (määrällistä) tutkimusmenetelmää käyttäen. Kvantitatiivisella tutkimuksella on pitkä historia hoitotyössä. Jo 1800-luvun puolella välissä sairaanhoitotyön uranuurtaja Florence Nightingale keräsi tilastollista tutkimustietoa Krimin sodassa haavoittuneiden brittisotilaiden kuolleisuudesta. (Parahoo 2014, 42.) Myös hoitosuunnitelmia voidaan tarkastella kvantitatiivisesta näkökulmasta. Tällöin tarkastellaan sitä, kuinka monta kertaa jokin tietty asia on kirjattu potilasasiakirjaan (Hallila 2005, 112).

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistolle on tyypillistä, että vastaajien (tässä tutkimuksessa tutkittavien asiakirjojen) määrä on suuri. Suositeltava havaintoyksiköiden vähimmäismäärä on 100, kun käytetään tilastollisia menetelmiä (Vilka 2007, 17). Kvantitatiivisen tutkimuksen päätavoitteena on mitata objektiivisesti käsitteitä tai muuttujia ja tutkia niiden välisiä suhteita ja eroja numeerisia ja tilastollisia menetelmiä käyttäen (Parahoo 2014, 43). Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa erilaisia asioita, ominaisuuksia tai ilmiöitä (Vilka 2005, 19). Tutkimustieto on joko alun perin numeerisessa muodossa tai tutkija ryhmittelee laadullisen aineiston numeeriseen muotoon. Tulokset esitetään numeroina, esimerkiksi tunnuslukuina, ja olennainen numerotieto tulkitaan sanallisesti. (Vilka 2007, 14).

Strukturoinnilla tarkoitetaan tutkittavan asian ja sen ominaisuuksien suunnittelua ja vakiointia. Jokaiselle tutkittavalle asialle, eli muuttujalle annetaan arvo, joka ilmaistaan symboleina, kuten numeroina tai kirjaimina. (Vilka 2007, 14-15.) Tässä tutkimuksessa jokaisella ohjeistuksen kriteerin toteutumisella on tarkasteltu numeerisen mittarin avulla, jolloin jokaiselle muuttujalle (kriteerille) voitiin antaa arvo yhdestä kolmeen.

9 Tutkimuksen toteutus

Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikkö tarjoaa aikuisten psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut Järvenpään, Tuusulan, Mäntsälän ja Nurmijärven kunnille sekä erikoissairaanhoidon sairaalapalvelut Hyvinkään kaupungille. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalveluja tarjoavat JMT kuntoutuspoliklinikka ja akuuttipoliklinikka Järvenpäässä, tehostetun avohoidon yksikkö Kellokoskella, mieliala- ja kuntoutuspoliklinikka Nurmijärvellä sekä JMT mielialapoliklinikka Järvenpäässä. Kuntoutuspoliklinikalla hoidetaan mielialahäiriöön liittyväntömiin psykoosisairauksiin sairastuneita potilaita. (Hus poliklinikat 2018.) Akuuttipoliklinikka hoitaa potilaita, joiden tulee päästä hoitoon 1-3 päivän sisällä. Tehostetun avohoidon yksikkö tarjoaa tavanomaista tiiviimpää avohoitoa potilaille ja vastaa akuuteista konsultaatioista. Mielialapoliklinikat hoitavat pidempää tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta tarvitsevia potilaita. JMT mielialapoliklinikalla Järvenpäässä sijaitsee myös lähete- ja arviointityöryhmä, joka käsittelee kaikki tulosyksikköön tulevat lähetteet ja tekee usein potilaiden alkuarviot. JMT mielialapoliklinikalla potilaita hoidetaan kolmessa osaamiskeskeisessä tiimissä: kognitiivisen käyttäytymisterapian tiimi, psykodynaaminen tiimi ja monimuotoinen tiimi. Opinnäytetyössämme tutkimme JMT mielialapoliklinikan potilaiden hoitosuunnitelmia. (Tehostetun avohoidon yksikkö 2017; Akuuttipoliklinikka 2018.)

Tutkimus toteutettiin maaliskuussa 2018 viiden tutkimuspäivän aikana JMT mielialapoliklinikalla, jossa kaikki salassa pidettävä aineisto analysoitiin. Tutkimuksessa käytettiin valmista aineistoa, joka koostui PSY -lehtien potilaskirjauksista. Potilaskirjaukset sisältävät salassa pidettäviä potilaiden tietoja. Potilastietojen lukemiseksi ja tutkimuksen tekemiseksi tuli hakea asianmukaiset luvat. Haimme lupaa tutkimukselle Hyvinkään sairaanhoitoalueen tutkimuksesta vastaavalta henkilöltä, johtavalta lääkäriltä Anna-Maija Tapperilta. Tutkimuslupaa varten tuli laatia tutkimuslupahakemus, tutkimussuunnitelma, tiivistelmä tutkimussuunnitelmasta, tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste, henkilön vaitiolositoumus/salassapito- ja käyttäjäsitoumus ja hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista. Tutkimuksen vastuhenkilö oli Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikön johtaja Eila Sailas.

9.1 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen aineistona käytettiin JMT mielialapoliklinikan potilaiden PSY-lehdelle kirjattuja hoitosuunnitelmia. Tutkimusotos kerättiin vuonna 2017 JMT mielialapoliklinikalla aloitetuista hoitosuhteista, joita oli 343 kappaletta. Suurin osa hoitosuhteista jatkuu edelleen. Otoksoon määritteli tutkimuksen tavoite, jonka mukaan tutkimuksessa tulisi kerätä mahdollisimman kattavasti ja luotettavasti tietoa hoitosuunnitelmien laadusta kuvailevan määrällisen tutkimusotteen avulla. Riittäväksi otoskooksi määrittelimme noin 100 hoitosuunnitelmaa. Otoksoon määrittelemisessä meitä auttoi JMT mielialapoliklinikan psykologi Timo Säämänen. Hän tilasti Excel- taulukkoon kaikki vuonna 2017 alkaneet hoitosuhteet, joista hän systemaattisella

satunnaisotannalla poimi joka kolmannen potilaan tutkimukseen mukaan. Tällä menetelmällä otoskooksi tuli 114 hoitosuunnitelmaa. Otannan aloituspäivämääräksi valittiin 1.1.2017, koska siihen mennessä arvioitiin kuluneen riittävästi aikaa työntekijöiden omaksua uudet kirjaamisohjeet.

Psykologi Timo Säämänen käänsi valmiiksi potilaiden henkilötunnukset sattumanvaraisiksi potilasnumeroiksi. Otoksen potilaat identifioitiin potilasnumeroilla Excel-taulukkaan. Syötimme potilasnumerot Uranus potilastietojärjestelmän sisäänrakennettuun Cressida-hetupotilasnumerokääntäjäohjelmaan, joka muutti potilasnumerot henkilötunnuksiksi. Henkilötunnusten avulla pääsimme tarkastelemaan tutkimukseen valittujen potilaiden hoitosuunnitelmia.

9.2 Hoitosuunnitelmien kirjaamisen ohjeistus JMT mielialapoliklinikalla

JMT mielialapoliklinikalla hoitosuunnitelma tehdään hoitosuunnitelmapalaverissa, jossa ovat paikalla vähintään potilas ja häntä hoitava henkilö, joskin moniammatillisuus hoitosuunnitelmapalaverissa on suositeltavaa. Lääkärin osallistuminen hoitosuunnitelmapalaveriin on toivottavaa, mutta ei välttämätöntä. Hoitosuunnitelmassa keskeisiä seikkoja ovat potilaan hoidon tarpeeseen vaikuttavat ja toimintakykyä heikentävät ongelmat, hoidon tavoite sekä se, millaisia interventioita tarvitaan potilaan ongelmien korjaamiseen ja miten niiden toteutus suunnitellaan. (Syrjälä 2017.)

JMT mielialapoliklinikan hoitosuunnitelmien kirjaamisen ohjeistus on uudistettu heinäkuussa 2015 (Liite 1). Tarve ohjeistuksen uudistukseen havaittiin tarkasteltaessa hoitosuunnitelmien toteutuneita kirjauksia. Hoitosuunnitelmien kirjauksien havaittiin olevan laadultaan epätasaisia ja ne eivät välttämättä kuvanneet potilaan hoitoon liittyviä olennaisia seikkoja. Osassa hoitosuunnitelmista puuttuivat konkreettiset maininnat siitä, miten hoito tullaan toteuttamaan ja milloin hoitosuunnitelmaa arvioidaan uudestaan. Lisäksi hoitosuunnitelmien kirjauksista ei käynyt selville toteutuuko seuranta hoitosuunnitelmien mukaisesti. Hoitosuunnitelmien uudistetulla ohjeistuksella on haluttu yhtenäistää hoitosuunnitelmien kirjauskäytäntöjä. Selkeillä ja johdonmukaisilla kirjauksilla voidaan luoda paremmat edellytykset potilaan hoidon tavoitteellisuudelle. Hoitosuunnitelmien ohjeistuksen uudistamisen tavoitteena oli, että hoitosuunnitelmissa on jatkossa oltava kirjattuna vähintään ohjeistettu minimi.

9.2.1 Hoitosuunnitelmien kirjaamisen uudistunut ohjeistus JMT mielialapoliklinikalla

Hoitosuunnitelmassa keskeisiä asioita JMT mielialapoliklinikalla ovat (Liite 2):

1. **Hoidon tavoite**, joka keskeisesti on vastaus kysymykseen: Miten potilas pääsee pois hoidosta? (Hoidon jatkaminen tai hoidossa pysyminen eivät ole asianmukaisia hoidon tavoitteita.) Mitkä ovat lähiajan konkreettiset tavoitteet? (Esimerkiksi altistusharjoitukset, työhön paluu, sosiaalisen kanssakäymisen aktivointi.)
2. Mitkä **ongelmat** vaikuttavat hoidon tarpeeseen ja alentavat potilaan toimintakykyä?
3. **Mitä interventioita** näiden ongelmien korjaamiseen tarvitaan ja miten ne suunnitellaan toteutettaviksi?
4. Toimintakyky arvioidaan **GAF**-mittarilla hoitosuunnitelman yhteydessä (myös tulotilanteessa ja hoidon päättyessä). GAF-mittarilla (Global Assessment of Functioning) arvioidaan numeerisesti nollasta sataan potilaan psykologista, sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä. Luku 100 kuvaa parasta mahdollista toimintakykyä ja luku 1 huonointa mahdollista toimintakykyä. (Global Assessment of Functioning 2018.)
5. Sovitaan **seuraavan hoitosuunnitelman ajankohta** (joka on yleensä viimeistään 6 kuukauden kuluttua) ja selvitys siitä, miten toimitaan, jos potilas ei noudata laadittua yhteistä hoitosuunnitelmaa. Sovitaan alustava hoidon kokonaispituus, mikäli mahdollista. (Syrjälä 2017.)

Hoitosuunnitelma tulee tehdä ensimmäisen kuukauden sisällä hoidon alkamisesta. Hoitosuunnitelma kirjataan PSY-lehdelle. Hoitosuunnitelmaan kirjataan edellä mainittujen keskeisten asioiden lisäksi mahdollisten todistusten, arvioiden, tutkimusten ja lausuntojen tarve. Jos lääkäri on paikalla hoitosuunnitelmapalaverissa, hän arvioi lääkehoidon tarpeen ja tarkistaa lääkelistan. Jos lääkäri ei ole läsnä hoitosuunnitelmapalaverissa, hoitosuunnitelmassa arvioidaan tarvitaanko lääkäriaikaa. (Syrjälä 2017.)

9.3 Aineiston analyysi

Sisällön erittelyllä tarkoitetaan tekstiaineiston käsittelyä kvantitatiivisesti. Se on kvantitatiivista dokumenttien analyysia, jossa kuvataan määrällisesti jotakin tekstin tai dokumentin sisältöä. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 107-108).

Tutkimuksen aineiston analysointi tehtiin sisällön erittelyn avulla vertaamalla hoitosuunnitelmien toteutuneita kirjauksia niiden laadintaa koskevaan ohjeistukseen. Tutkimusta varten laaditun mittarin avulla hoitosuunnitelmien kirjaukset pystyttiin muuttamaan numeeriseen muotoon mittarin yhdeksää eri kriteeriä tarkasteltaessa.

9.3.1 Tutkimuksessa käytetty mittari

Voidaksemme selvittää ohjeistuksen toteutumista JMT mielialapoliklinikan hoitosuunnitelmien kirjauksissa, laadimme mittarin uuden ohjeistuksen keskeisistä asioista. Mittari koostui yhdeksästä kysymyksestä eli kriteeristä. Tutkimuksen vastuuhenkilö Eila Sailas hyväksyi mittarin.

Tarkastelimme seuraavien kriteerien toteutumista hoitosuunnitelmissa:

1. Onko hoitosuunnitelma tehty ensimmäisen kuukauden aikana hoidon aloittamisesta?
2. Onko potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen kirjattu?
3. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu hoidon tavoite/tavoitteet?
4. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu potilaan keskeiset ongelmat?
5. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu mitä interventioita ongelmien korjaamiseksi on suunniteltu?
6. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu miten toimitaan, jos potilas ei noudata yhteisesti laadittua hoitosuunnitelmaa?
7. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu hoidon suunniteltu pituus?
8. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu, koska hoitosuunnitelmaa arvioidaan seuraavaksi?
9. Onko potilaan toimintakykyä arvioiva GAF-mittarin tulos kirjattu hoitosuunnitelmaan?

Kartoitimme kriteereistä muodostetuista kysymyksistä hoitosuunnitelmien kirjaamista. Aineiston analyysin apuna käytettiin kolmiportaista likert-asteikollista mittaria. Likertin asteikko on tavallisesti 3-7-portainen vastausasteikko, jossa vaihtoehdot muodostavat nousevan tai laskevan skaalan. (Taanila 2014.) Tutkimuksessa käytetyssä mittarissa vastattiin yhdeksään yllä esitettyjen kriteerien mukaisesti kysymyksiin. (Liite 3). Mittarin avulla tarkastelimme onko kriteeri toteutunut täysin, osittain tai ei ollenkaan. Rekisteröimme tulokset Excel taulukkoon. Tilastoimme frekvenssit ja prosenttiosuudet eri kysymysten vastausten osalta. Kriteerikohtaisen tarkastelun jälkeen teimme yhteenvedon kriteerien toteutumisesta sekä täysin että osittain.

Mittarin toimivuutta testattiin kymmenellä hoitosuunnitelmalla ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista. Mittarin avulla löysimme vastaukset kysymyksiin ja mittari toimi testauksen perusteella melko hyvin. Mittarin kysymykseen numero kuusi, onko hoitosuunnitelmaan kirjattu miten toimitaan, jos potilas ei noudata yhteisesti laadittua hoitosuunnitelmaa sekä kysymykseen numero yhdeksän, onko potilaan toimintakykyä arvioiva GAF-mittarin tulos kirjattu hoitosuunnitelmaan, emme saaneet testausvaiheessa yhtään täysin tai edes osittain toteutunutta vastausta. Päätimme kuitenkin säilyttää edellä mainitut kysymykset mittarissa, koska hoitosuunnitelman kirjaamisen ohjeistus selkeästi määrittää kyseiset asiat keskeisiksi. Tarkensimme testaamisen jälkeen kysymystä numero kahdeksan vastaamaan hoitosuunnitelman uudelleen arviointiin eikä hoidon toteutumisen arviointiin. Kysymys numero kahdella haimme vastausta siihen onko potilaan läsnäolo kirjattu hoitosuunnitelmaan emmekä halunneet arvi-

oida sitä onko potilas ollut paikalla. Osassa hoitosuunnitelmia potilas oli kirjatusta tekstistä päätellen ollut mukana, mutta osallistumista ei ollut kirjattu.

9.3.2 Hoitosuunnitelmien analysointi

Analysoimme hoitosuunnitelmat JMT mielialapoliklinikan tiloissa. Kirjasimme tulokset Excel taulukkoon. Otokoko oli 114 hoitosuunnitelmaa, joista pystyimme analysoimaan 96 hoitosuunnitelmaa. Emme voineet analysoida 18 hoitosuunnitelmaa otoksesta, koska potilas ei ollut aloittanut hoitoa JMT mielialapoliklinikalla. Syinä olivat muutto toiselle paikkakunnalle, potilas ei ollut saapunut lainkaan sovituille vastaanottoajoille, potilas oli siirtynyt muualle hoitoon esimerkiksi psykoterapiaan, potilas oli jättänyt hoidon kesken ennen suunniteltua hoitosuunnitelman laatimista, hoito oli toteutunut etäkontaktina pelkän lääkityksen seurantana tai hoito oli toteutunut toisessa yksikössä, esimerkiksi Hyvinkään päiväosastolla. Nämä tulokset kirjasimme numerolla 0. Ennen tulosten analysointia poistimme kyseiset tulokset Excel taulukosta.

Tutkittujen 96 hoitosuunnitelman joukossa oli seitsemän tapausta, jotka jätimme analysoimatta kriteerien 2-9 osalta. Syinä analysoimatta jättämiseen oli kahdessa tapauksessa selkeästi myöhäinen hoitosuunnitelman laatimisen ajankohta (yli neljä kuukautta hoidon aloittamisesta). Kahdessa tapauksessa potilaan hoito jatkui toimintaterapiassa, jolloin hoitosuunnitelma oli jäänyt laatimatta. Kolmessa tapauksessa potilaan hoito ei toteutunut käyntimääriltään suunnitellusti, mutta hoitosuunnitelma olisi kuitenkin ohjeistuksen mukaisesti pitänyt laatia. Näin ollen analysoimme 89 hoitosuunnitelmaa kaikkien yhdeksän kriteerin osalta.

Hoitosuunnitelmista 12 oli kirjattu muun otsikon alle kuin hoitosuunnitelma. Viisi hoitosuunnitelmaa oli kirjattu hoitoneuvottelu-otsikolla, kolme väliarvio-otsikon alle, kaksi sairaanhoitajan alkuarvio-otsikolla, yksi hoitosuunnitelman tarkistus-otsikolla ja yksi alkuarvio-otsikon alle. Päätimme hyväksyä nämä tekstit analyysiin, koska selkeästi oli kysymys laaditusta hoitosuunnitelmasta.

10 Tulokset

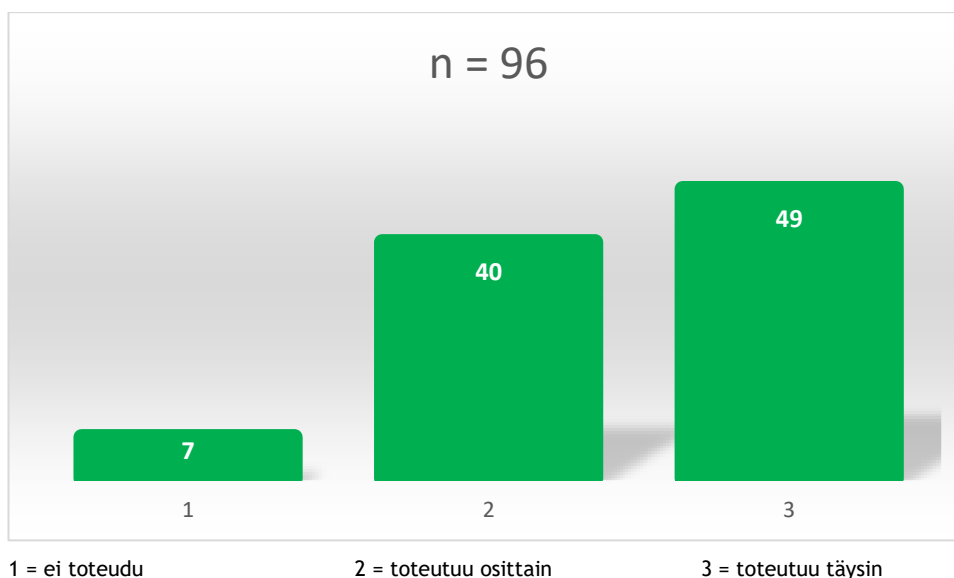
Tutkimuksessa tarkastelimme yhdeksän eri kriteerin toteutumista hoitosuunnitelmissa. Mittarin arvo yksi tarkoittaa, että kriteeri ei ole toteutunut hoitosuunnitelman kirjauksessa ohjeistuksen mukaisesti. Mittarin arvo kaksi tarkoittaa, että kriteeri on toteutunut osittain ohjeistuksen mukaisesti hoitosuunnitelman kirjauksessa. Mittarin arvo kolme tarkoittaa, että kriteeri on toteutunut täysin hoitosuunnitelman kirjaamisen ohjeistuksen mukaisesti.

10.1 Kriteeri 1. Hoitosuunnitelman kirjaamisen ajankohta

Ohjeistuksen mukaisesti hoitosuunnitelma tulee kirjata kuukauden kuluessa hoidon aloittamisesta. Tutkimusmittarimme ensimmäisenä kriteerinä tarkastelimme hoitosuunnitelman laatimisen ajankohtaa. Mikäli hoitosuunnitelma oli kirjattu ensimmäisen kuukauden aikana hoidon aloittamisesta, kriteeri toteutui täysin (3). Mikäli hoitosuunnitelma oli kirjattu myöhemmin kuin kuukauden kuluttua, mutta viimeistään neljän kuukauden kuluessa hoidon aloittamisesta, kriteeri toteutui osittain (2). Mikäli hoitosuunnitelmaa ei oltu tehty neljän kuukauden sisällä hoidon aloittamisesta tai ei ollenkaan, kriteeri ei toteutunut (1).

Tutkimme 96 hoitosuunnitelmaa ensimmäisen kriteerin toteutumisen osalta. Seitsemässä tapauksessa hoitosuunnitelma oli tehty myöhemmin kuin neljän kuukauden kuluttua hoitosuhteen aloittamisesta tai sitä ei oltu tehty lainkaan. Emme käsitelleet näitä seitsemää hoitosuunnitelmaa kriteerien 2-9 osalta.

Hoitosuunnitelma oli kirjattu tehdyksi kuukauden sisällä hoidon aloittamisesta 49 (51 %) hoitosuunnitelmassa. Hoitosuunnitelma oli kirjattu tehdyksi myöhemmin kuin yhden kuukauden kuluessa, mutta viimeistään neljän kuukauden kuluessa hoidon aloittamisesta 40 (41,7 %) hoitosuunnitelmassa. Hoitosuunnitelma oli kirjattu tehdyksi myöhemmin kuin neljän kuukauden kuluttua hoidon aloittamisesta tai sitä ei oltu tehty lainkaan 7 (7,3 %) tapauksessa.



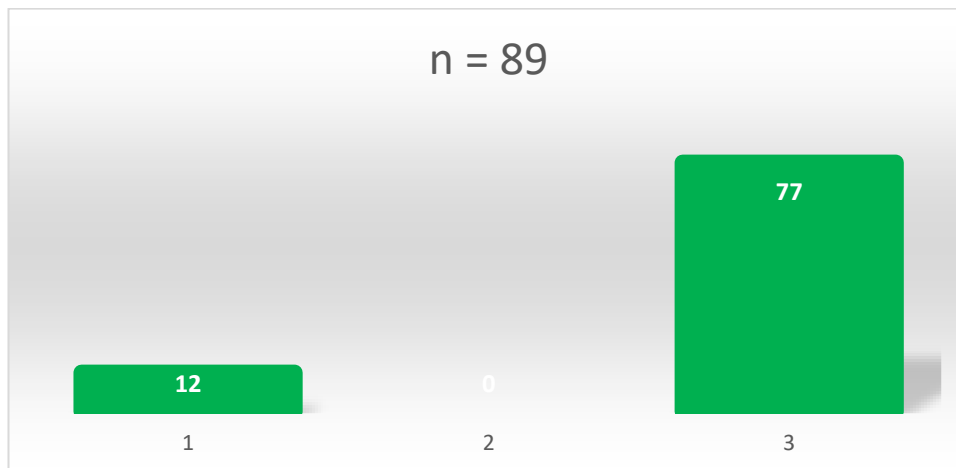
Kuvio 1. Onko hoitosuunnitelma tehty ensimmäisen kuukauden aikana hoidon aloittamisesta?

10.2 Kriteeri 2. Potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen

Ohjeistuksen mukaisesti potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen tulee kirjata hoitosuunnitelmaan. Mikäli potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen oli kirjattu,

kriteeri toteutui täysin (3). Mikäli potilaan osallistumista hoitosuunnitelman laatimiseen ei oltu kirjattu, kriteeri ei toteutunut (1). Muissa kriteereissä esiintyvää arvoa kaksi (toteutuu osittain) ei voitu tässä käyttää, koska potilas oli voinut vain joko osallistua tai olla osallistumatta hoitosuunnitelman laatimiseen.

Potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen oli kirjattu 77 (86,5 %) hoitosuunnitelmaan. Potilaan osallistumista hoitosuunnitelman laatimiseen ei oltu kirjattu 12 (13,5 %) hoitosuunnitelmaan.



1 = ei toteudu

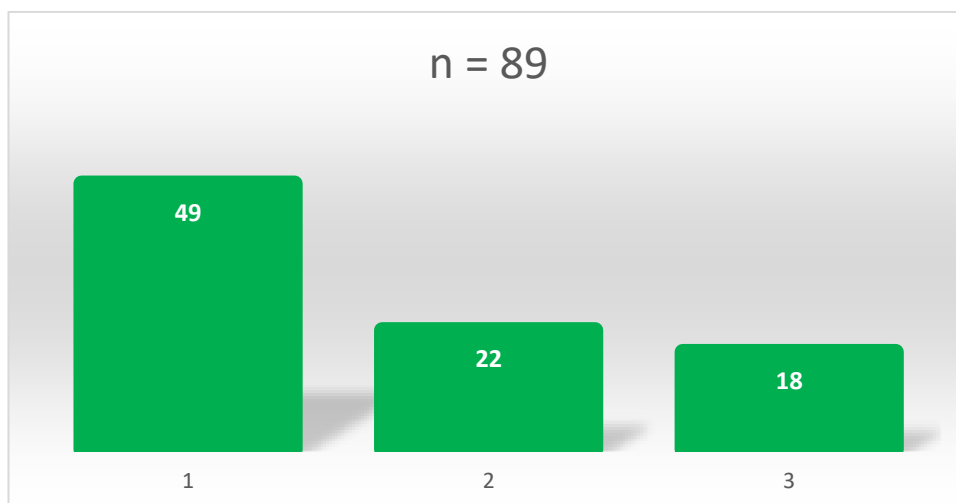
3 = toteutuu täysin

Kuvio 2. Onko potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen kirjattu?

10.3 Kriteeri 3. Hoidon tavoitteiden kirjaaminen

Ohjeistuksen mukaisesti hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hoidon tavoite tai tavoitteet. Mikäli hoidon tavoitteet oli kirjattu selkeästi ja konkreettisesti ja tavoitteet oli laadittu yhdessä potilaan kanssa, kriteeri toteutui täysin (3). Mikäli hoidon tavoitteet oli kirjattu epäselvästi tai puutteellisesti, kriteeri toteutui osittain (2). Mikäli hoidon tavoitteita ei oltu kirjattu, kriteeri ei toteutunut (1).

Hoidon tavoitteet oli kirjattu selkeästi ja konkreettisesti 18 (20,2 %) hoitosuunnitelmassa. Hoidon tavoitteet oli kirjattu puutteellisesti 22 (24,7 %) hoitosuunnitelmassa. Hoidon tavoitteita ei oltu kirjattu 49 (55,1 %) hoitosuunnitelmassa.



1 = ei toteudu

2 = toteutuu osittain

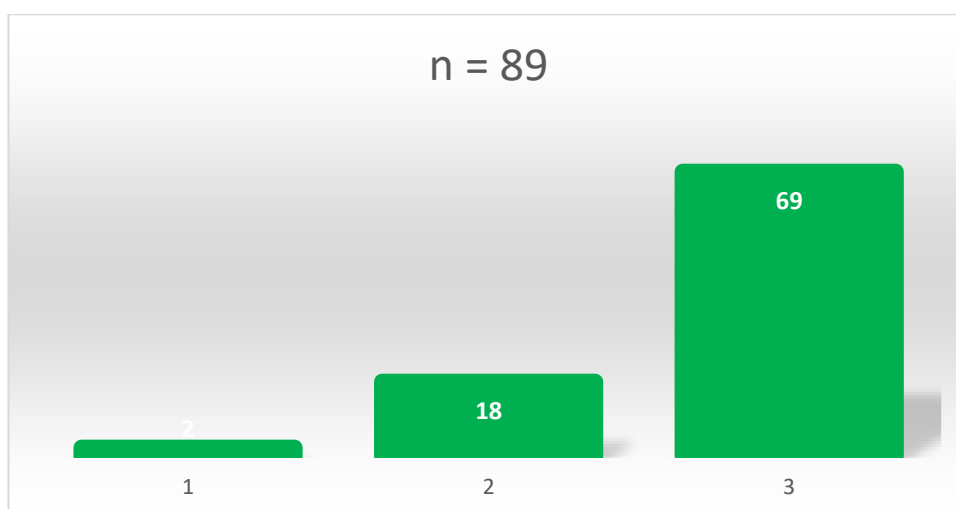
3 = toteutuu täysin

Kuvio 3. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu hoidon tavoite/tavoitteet?

10.4 Kriteeri 4. Potilaan keskeisten ongelmien kirjaaminen

Ohjeistuksen mukaisesti hoitosuunnitelmaan tulee kirjata potilaan keskeiset ongelmat. Mikäli potilaan keskeiset ongelmat oli kirjattu selkeästi ja kattavasti, kriteeri toteutui täysin (3). Mikäli ongelmat oli kirjattu epämääräisesti tai puutteellisesti, kriteeri toteutui osittain (2). Mikäli ongelmia ei oltu kirjattu, kriteeri ei toteutunut (1).

Potilaan keskeiset ongelmat oli kirjattu selkeästi ja kattavasti 69 (77,5 %) hoitosuunnitelmas-
sa. Potilaan keskeiset ongelmat oli kirjattu puutteellisesti 18 (20,2 %) hoitosuunnitelmassa.
Potilaan keskeisiä ongelmia ei oltu kirjattu 2 (2,2 %) hoitosuunnitelmassa.



1 = ei toteudu

2 = toteutuu osittain

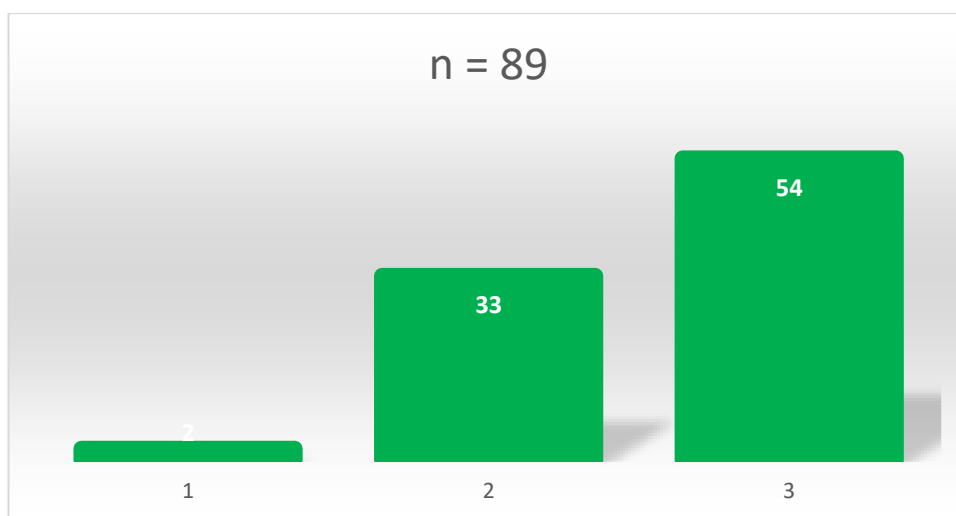
3 = toteutuu täysin

Kuvio 4. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu potilaan keskeiset ongelmat?

10.5 Kriteeri 5. Interventioiden kirjaaminen

Ohjeistuksen mukaisesti hoitosuunnitelmaan tulee kirjata mitä interventioita potilaan ongelmien korjaamiseksi on suunniteltu. Mikäli interventiot oli kirjattu selkeästi ja kattavasti, kriteeri toteutui täysin (3). Mikäli interventiot oli kirjattu epämääräisesti tai puutteellisesti, kriteeri toteutui osittain (2). Mikäli interventioita ei oltu kirjattu, kriteeri ei toteutunut (1).

Interventiot oli kirjattu ja kuvattu 54 (60,7 %) hoitosuunnitelmassa. Interventiot oli kirjattu puutteellisesti 33 (37,1 %) hoitosuunnitelmassa. Interventioita ei oltu kirjattu 2 (2,2 %) hoitosuunnitelmassa.



1 = ei toteudu

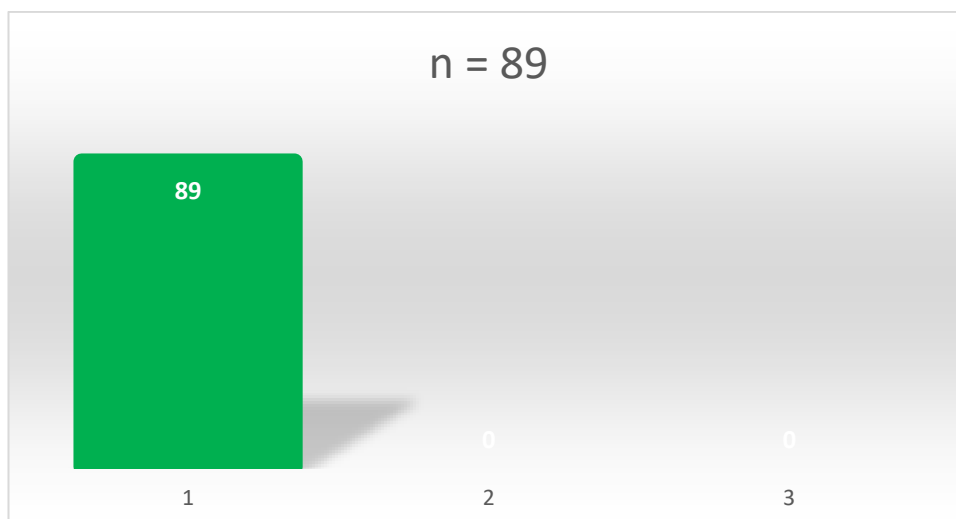
2 = toteutuu osittain

3 = toteutuu täysin

Kuvio 5. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu mitä interventioita potilaan ongelmien korjaamiseksi on suunniteltu.

10.6 Kriteeri 6. Yhteisen toimintatavan kirjaaminen

Ohjeistuksen mukaisesti hoitosuunnitelmaan tulee kirjata toimintatapa, mikäli potilas ei noudata yhteisesti laadittua hoitosuunnitelmaa. Tämä kriteeri ei toteutunut yhdessäkään tutkitussa hoitosuunnitelmassa (0 %). Kaikki tutkitut hoitosuunnitelmat saivat tämän kriteerin kohdalla arvon 1 (ei toteutunut).



1 = ei toteudu

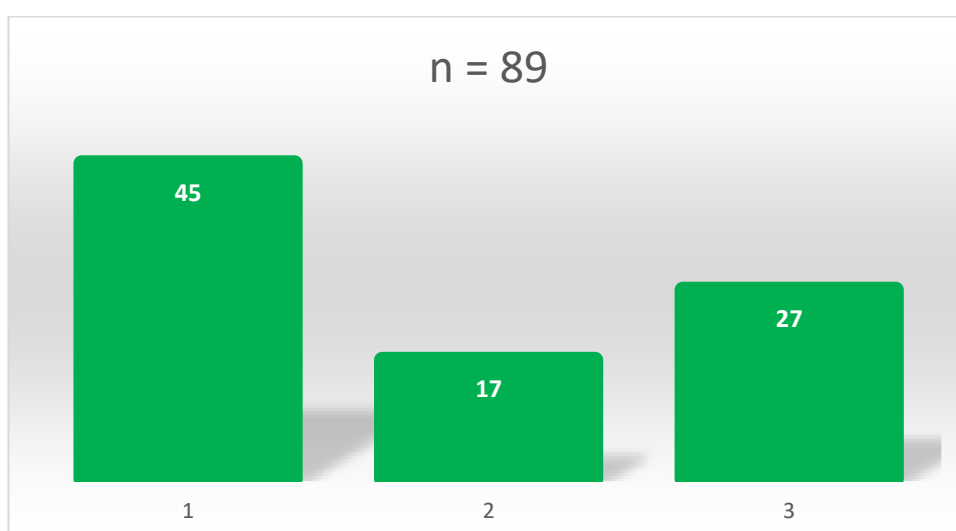
2 = toteutuu osittain

3 = toteutuu täysin

Kuvio 6. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu miten toimitaan, jos potilas ei noudata yhteisesti laadittua hoitosuunnitelmaa?

10.7 Kriteeri 7. Hoidon suunnitellun pituuden kirjaaminen

Ohjeistuksen mukaisesti hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hoidon suunniteltu pituus. Mikäli hoidon suunniteltu pituus oli kirjattu selkeästi, kriteeri toteutui täysin (3). Mikäli hoidon suunniteltu pituus oli kirjattu epämääräisesti tai puutteellisesti, kriteeri toteutui osittain (2). Mikäli hoidon suunniteltua pituutta ei oltu kirjattu, kriteeri ei toteutunut (1). Hoidon suunniteltu kesto oli kirjattu 27 (30,3 %) hoitosuunnitelmassa. Hoidon suunniteltu kesto oli kirjattu puutteellisesti 17 (19,1 %) hoitosuunnitelmassa. Hoidon suunniteltua kestoa ei oltu kirjattu 45 (50,6 %) hoitosuunnitelmassa.



1 = ei toteudu

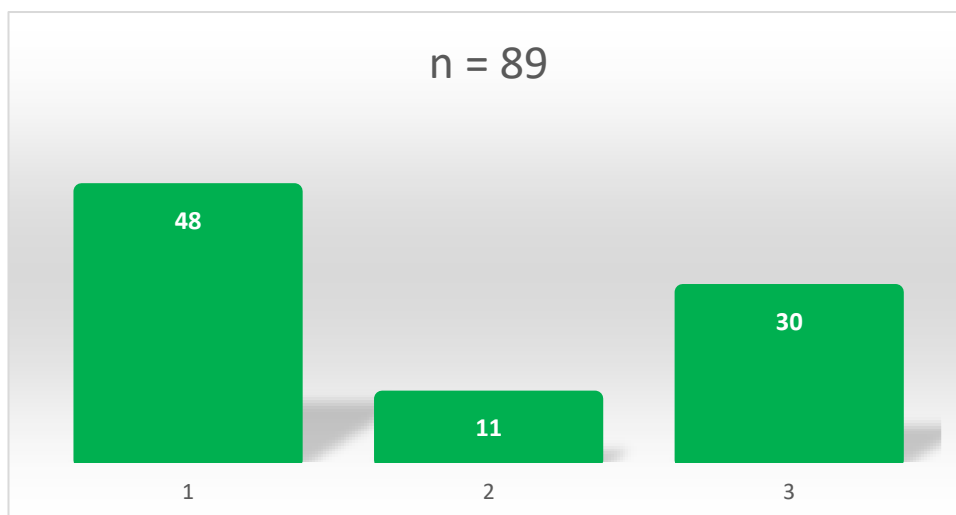
2 = toteutuu osittain

3 = toteutuu täysin

Kuvio 7. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu hoidon suunniteltu pituus?

10.8 Kriteeri 8. Hoitosuunnitelman arvioinnin ajankohta

Ohjeistuksen mukaisesti hoitosuunnitelmaan tulee kirjata ajankohta, jolloin hoitosuunnitelmaa arvioidaan seuraavan kerran. Mikäli hoitosuunnitelman seuraavan arvioinnin ajankohta oli kirjattu selkeästi, kriteeri toteutui täysin (3). Mikäli hoitosuunnitelman seuraavan arvioinnin ajankohta oli kirjattu epämääräisesti tai puutteellisesti, kriteeri toteutui osittain (2). Mikäli hoitosuunnitelman seuraavan arvioinnin ajankohtaa ei oltu kirjattu, kriteeri ei toteutunut (1). Hoitosuunnitelman seuraavan arvioinnin ajankohta oli kirjattu 30 (33,7 %) hoitosuunnitelmassa. Arvioinnin ajankohta oli kirjattu epämääräisesti 11 (12,4 %) hoitosuunnitelmassa. Hoitosuunnitelman seuraavan arvioinnin ajankohtaa ei oltu määritelty 48 (53,9 %) hoitosuunnitelmassa.



1 = ei toteudu

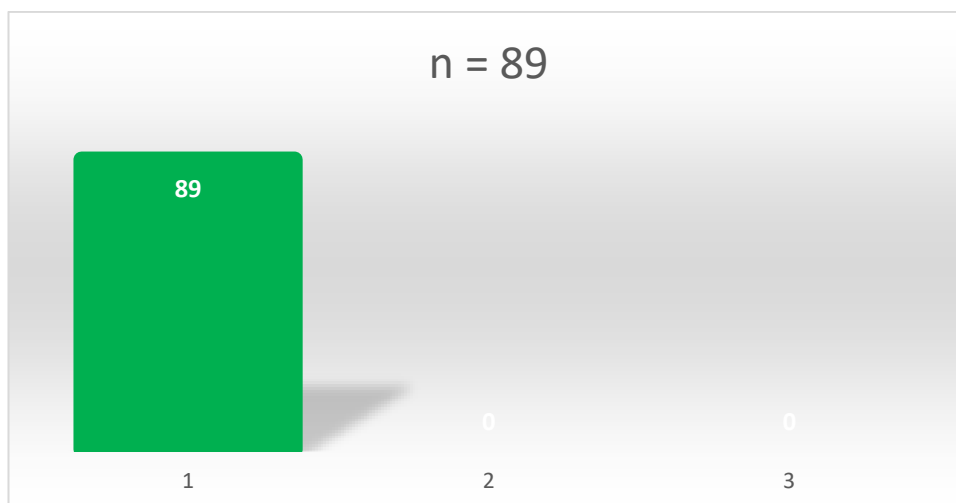
2 = toteutuu osittain

3 = toteutuu täysin

Kuvio 8. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu, koska hoitosuunnitelmaa arvioidaan seuraavaksi

10.9 Kriteeri 9. GAF -mittarin tuloksen kirjaaminen

Ohjeistuksen mukaisesti hoitosuunnitelmaan tulee kirjata GAF -mittarin tulos. GAF -mittarin tulosta ei oltu kirjattu yhteenkään hoitosuunnitelmaan (0 %). Kaikki tutkitut hoitosuunnitelmat saivat tämän kriteerin kohdalla arvon 1 (ei toteutunut).



1 = ei toteudu

2 = toteutuu osittain

3 = toteutuu täysin

Kuvio 9. Onko potilaan toimintakykyä arvioitu GAF -mittarilla ja tulos kirjattu hoitosuunnitelmaan?

10.10 Yhteenvedo hoitosuunnitelmien kriteerien toteutumisesta

Tarkastelimme prosenttilukuina kunkin kriteerin toteutumista hoitosuunnitelmissa sekä täysin että osittain. Kuvioista 10 ja 11 nähdään, että 92,7 prosentissa tarkastelluista potilaskirjauksista hoitosuunnitelma oli laadittu viimeistään neljän kuukauden kuluessa potilaan ensikäynnistä (kriteeri 1). Kriteerin mukaisesti hoitosuunnitelma tulisi laatia kuukauden sisällä ensimmäisestä käyntikerrasta, tämä oli toteutunut 51 prosentissa potilaskirjauksista. Potilaan osallistuminen hoitosuunnitelmaan laatimiseen (kriteeri 2) oli kirjattu 86,5 prosentissa hoitosuunnitelmista. Hoidon tavoitteet (kriteeri 3) oli kirjattu täysin ohjeistusta noudattaen 20,2 prosentissa hoitosuunnitelmista. Parhaiten hoitosuunnitelmiin oli kirjattu potilaan keskeiset ongelmat (kriteeri 4) ja se, mitä interventioita ongelmien korjaamiseksi oli suunniteltu (kriteeri 5). Kriteerit 4 ja 5 oli kirjattu joko täysin tai osittain 97,8 prosentissa hoitosuunnitelmista. Hoidon suunniteltu pituus (kriteeri 7) oli kirjattu joko täysin tai osittain ohjeistusta noudattaen 49,4 prosentissa hoitosuunnitelmista. Hoitosuunnitelman seuraava arviointiajankohta oli kirjattu selkeästi määritetyllä päivämäärällä tai tietyn ajanjakson tai hoitokertojen jälkeen 33,7 prosentissa hoitosuunnitelmista (kriteeri 8). Sitä, miten toimitaan jos potilas ei noudata yhteisesti laadittua hoitosuunnitelmaa (kriteeri 6) ja GAF-mittarin tulosta (kriteeri 9) ei oltu kirjattu yhteenkään hoitosuunnitelmaan.

Kriteeri 1: Onko hoitosuunnitelma tehty ensimmäisien kuukauden aikana hoidon aloittamisesta?

Kriteeri 2: Onko potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen kirjattu?

Kriteeri 3: Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu hoidon tavoite/tavoitteet?

Kriteeri 4: Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu potilaan keskeiset ongelmat?

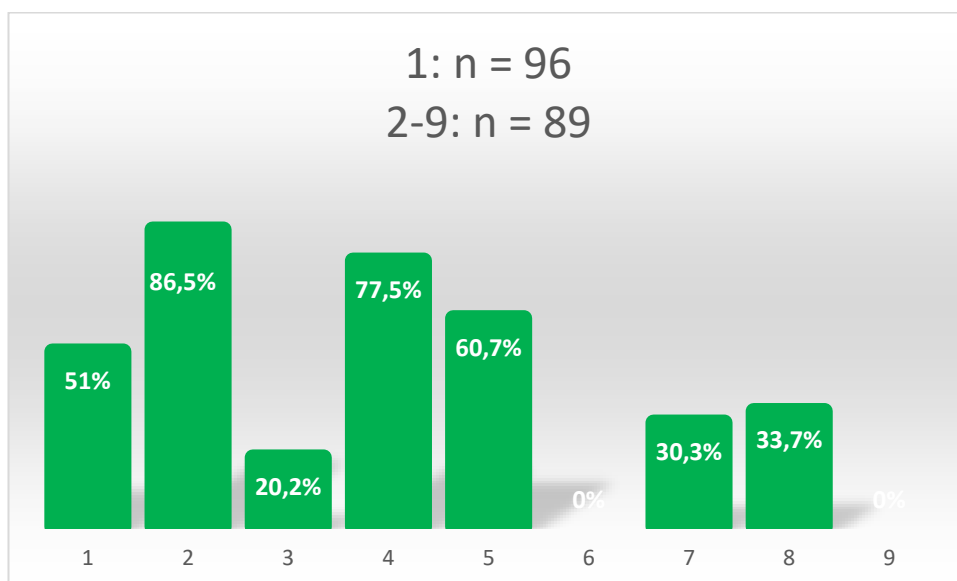
Kriteeri 5: Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu mitä interventioita ongelmien korjaamiseksi on suunniteltu?

Kriteeri 6: Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu miten toimitaan, jos potilas ei noudata yhteisesti laadittu hoitosuunnitelmaa?

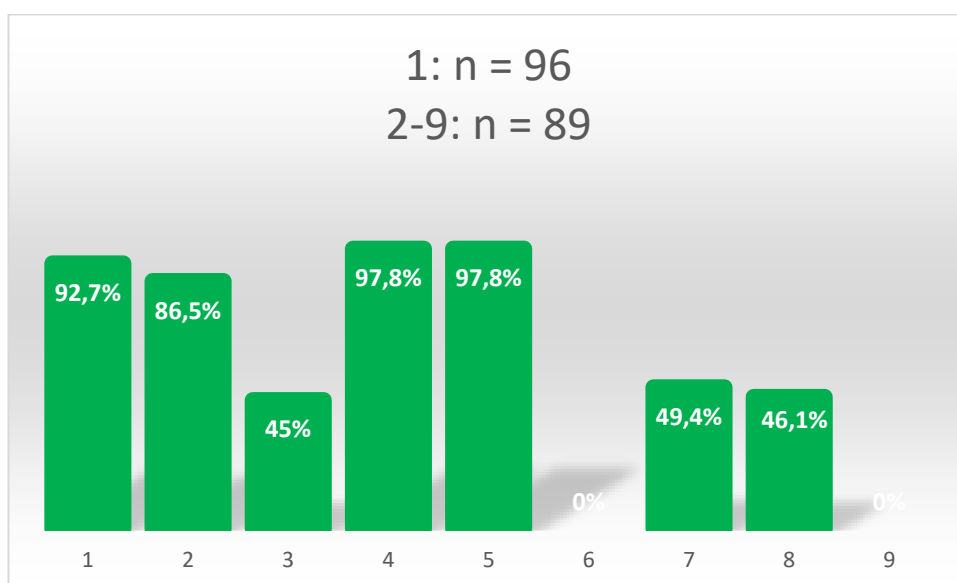
Kriteeri 7: Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu hoidon suunniteltu pituus?

Kriteeri 8: Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu, koska hoitosuunnitelmaa arvioidaan seuraavaksi?

Kriteeri 9: Onko potilaan toimintakykyä arvioiva GAF-mittarin tulos kirjattu hoitosuunnitelmaan?



Kuvio 10. Kriteerikohtainen ohjeistuksen toteutumisosuus. Ohjeistus toteutuu täysin.



Kuvio 11. Kriteerikohtainen ohjeistuksen toteutumisosuus. Ohjeistus toteutuu joko täysin tai osittain.

11 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Alkuperäisestä otoskoosta (114) pystyimme arvioimaan 96 potilaskirjausta, joista 89:ssä oli laadittu hoitosuunnitelma. Totesimme otoskoon riittäväksi, koska uusia asioita ei enää ilmennyt analysoitaessa viimeisiä hoitosuunnitelmia. Seitsemässä potilaskirjauksessa hoitosuunnitelmaa ei oltu laadittu ollenkaan tai se oli laadittu yli neljän kuukauden jälkeen hoidon aloittamisesta. Ohjeistuksessa hoitosuunnitelman laatimisen takarajaksi on asetettu yksi kuukausi hoitosuhteen aloittamisesta ja tämä toteutui noin puolessa hoitosuunnitelmista.

Lähes kaikki tutkimamme hoitosuunnitelmat oli laatinut lääkäri. Arvioimme kaksi hoitosuunnitelmaa, jotka sairaanhoitaja oli laatinut alkuarvio-otsikon alle. Hoitosuunnitelman ohjeistuksessa sanotaan, että lääkärin osallistuminen palaveriin on toivottavaa. Hoitosuunnitelma tulee tehdä hoitosuunnitelmapalaverissa, jossa minimissään paikalla ovat potilas ja häntä hoitava henkilö. Lähes kaikissa tarkastelemissamme potilaskirjauksissa sairaanhoitaja tai toimintaterapeutti oli tavannut potilaan ensimmäisen kerran, jonka jälkeen hoitosuunnitelma laadittiin seuraavalla lääkärin tapaamisella. Hoitosuunnitelmapalaverissa olivat lääkärin lisäksi mukana potilas ja häntä hoitava henkilö. Potilaan osallistumista hoitosuunnitelman laatimiseen ei oltu kirjattu 12 hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmista ilmeni kuitenkin, että potilas oli ollut paikalla hoitosuunnitelmaa laadittaessa, mutta häntä ei ohjeistuksen mukaisesti oltu kirjattu läsnä olleeksi.

Kriteerien pohjalta laadittuihin kysymyksiin oli suurimmassa osassa hoitosuunnitelmista melko helppoa löytää vastaukset. Haasteellisimmat ja eniten keskustelua aiheuttivat kysymykset siitä onko hoidon tavoitteita, potilaan keskeisiä ongelmia ja interventioita kirjattu hoitosuunnitelmiin. Tavoitteet oli merkitty useissa hoitosuunnitelmissa puutteellisesti. Vain joka viidennessä hoitosuunnitelmassa tavoitteet oli kirjattu selkeästi. Tavoitteet tulisi laatia yhdessä potilaan kanssa. Noin joka viidennessä hoitosuunnitelmassa ei käynyt ilmi potilaan asettamaa tavoitetta hoidolle eikä selkeää konkreettista tavoitetta, jolloin arvioimme kriteerin toteutuneen osittain.

Potilaan ongelmat olivat suurimmassa osassa hoitosuunnitelmista kirjattu kattavasti. Kriteeri toteutui täysin, jos kirjauksesta selvisi mitkä ongelmat vaikuttavat hoidon tarpeeseen ja alentavat potilaan toimintakykyä. Muutamissa hoitosuunnitelmissa potilaan tilanteesta ja voinnista oli kirjoitettu laveasti ja sellaisista seikoista, jotka eivät olennaisesti liity potilaan hoidon suunnitteluun. Tällaisista teksteistä oli vaikea löytää keskeisiä ongelmia. Hoitosuunnitelman kirjaaja olisi selkeyden vuoksi voinut kirjata keskeiset ongelmat erillisen otsikon alle.

Myös interventioiden kirjaamisessa oli puutteita, vaikkakin yli puolessa hoitosuunnitelmista interventiot oli kirjattu täysin ohjeistuksen mukaisesti. Näistä hoitosuunnitelmista kävi ilmi mitä toimenpiteitä potilaiden ongelmien korjaamiseksi tarvitaan ja miten ne on suunniteltu

toteutettaviksi. Kahdessa hoitosuunnitelmassa interventioita ei oltu mainittu lainkaan. Lo-
puissa hoitosuunnitelmissa oli suunniteltu esimerkiksi kuinka usein potilas käy sairaanhoitajan
vastaanotolla, toimintaterapissa, ryhmähoidoissa sekä mitä lisätutkimuksia tarvitaan, mutta
ei oltu kirjattu millä konkreettisilla menetelmillä ja harjoitteilla potilaan ongelmia pyritään
hoitamaan.

GAF -mittarin tulosta ei oltu kirjattu yhteenkään hoitosuunnitelmaan. Tutkittaessa tarkemmin
potilaan aikaisempia potilaskirjauksia kävi kuitenkin ilmi, että GAF -mittaus oli tehty usein
aiemmassa hoitosuhteessa esimerkiksi akuuttipoliklinikalla tai osastohoidossa. Ohjeistuksen
mukaan toimintakykyä tulisi kuitenkin arvioida hoidon alkaessa ja päättyessä JMT mielialapoli-
klinikalla, jolloin pystyttäisiin paremmin arvioimaan hoidon vaikuttavuutta JMT mielialapoli-
klinikalla. Ohjeistusta voisi tarkentaa tämän kriteerin osalta siten, että jos GAF toimintakyvyn
arviointi on tehty jossakin muussa yksikössä juuri ennen JMT mielialapoliklinikalla alkavaa
hoitojaksoa, pelkän tuloksen kirjaaminen ensimmäiseen hoitosuunnitelmaan riittäisi.

Kirjausta siitä, miten toimitaan, jos potilas ei noudata yhteisesti laadittua hoitosuunnitelmaa,
ei löytynyt yhdestäkään hoitosuunnitelmasta. Tämä herättää kysymyksen siitä, kokevatko hoi-
tavat henkilöt kiusallisena ottaa potilaan kanssa puheeksi potilaan mahdollisen huonon sitou-
tumisen omaan hoitoonsa. Tarkoituksena olisi kuitenkin jo hoidon alkuvaiheessa selvittää po-
tilaan omaa motivaatiota ja kykyä sitoutua hoitoon.

Hoidon suunniteltua pituutta oli arvioitu täysin tai osittain puolessa hoitosuunnitelmista. Tä-
män kriteerin kohdalla toteutuminen osittainkin on osoitus siitä, että hoitosuunnitelmaneu-
vottelussa on pohdittu alustavasti hoidon pituutta. Arvioimme kriteerin toteutuneen täysin,
kun hoitosuunnitelmaan oli kirjattu kuinka monta kertaa potilas käy hoidossa tai kuinka pitkä
hoitojakso on suunniteltu. Hoidon alkuvaiheessa on vaikea arvioida potilaan tarvitsemaa hoi-
toaikaa. Tavoitteena olisi alustavasti määritellä hoitojakson pituus, jolloin potilas ja häntä
hoitava henkilö sitoutuisivat tekemään töitä tehokkaasti määrätyn ajanjakson. Hoidon suunni-
tellun pituuden arviointi toisi myös potilaalle selkeyttä oman hoitonsa jaksottumiseen.

Hoitosuunnitelman arvioimisen seuraava ajankohta oli merkattu lähes yhtä usein kuin hoidon
arvioitu pituus. Hoitosuunnitelman seuraava arviointiajankohta olisi hoitosuunnitelmassa tär-
keämpi ja helpommin kirjattavissa oleva asia kuin hoidon suunniteltu pituus. Hoidon alussa
huolellisesti kirjatun hoitosuunnitelman pohjalta on helppo arvioida miten hoito on onnistu-
nut, kannattaako hoitoa jatkaa, onko tavoitteet saavutettu ja miten tavoitteet ovat muuttu-
neet. Kun hoitosuunnitelmaan on selkeästi kirjattu tavoitteet, on helpompi arvioida myös
hoidon onnistumista. Mikäli hoito ei ole tuottanut tuloksia, on resurssien tuhlaamista jatkaa
hoitoa samalla tavalla. Sen sijaan voidaan kokeilla toisenlaisia interventioita tai vaihtaa poti-
lasta hoitavaa työntekijää.

12 Pohdinta

JMT mielialapoliklinikan hoitosuunnitelmien uudistettu ohjeistus noudattaa pitkälti yleisen teoriatiedon painottamia tärkeitä asioita psykiatrisen potilaan hoitosuunnitelman laatimisesta. Teoriatieto korostaa tavoitteiden laatimisen tärkeyttä ja potilaan osallisuutta hoitosuunnitelmaan laatimiseen. JMT mielialapoliklinikan ohjeistuksessa sanotaan, että hoidon tavoite on keskeinen vastaus kysymykseen siihen, miten potilas pääsee hoidosta pois. Tässä kohtaa ohjeistuksessa voitaisiin painottaa potilaan osallistumisen tärkeyttä omien tarpeidensa ja tavoitteidensa määrittelyssä. Potilas voi tavoitella lähtökohtaisesti erilaisia asioita kuin hoitaja. Potilaan oma työ kuntoutumisensa edistämiseksi on erittäin tärkeää. (Häkkinen 2014.) Perustavana lähtökohtana on, että mielenterveyspotilaat eivät ole kohteita, joille tehdään toimintoja. Keskeisenä tavoitteena hoidossa on potilaan vastuunotto omasta elämästä. (Kanerva ja Kuhanen 2017b, 180.)

Mielestämme parhaiten potilasta hyödyttävässä hoitosuunnitelmassa tavoitteet kävisivät ilmi konkreettisemmin ja selkeämmin kuin tällä hetkellä. Hoitosuunnitelma toimisi hyvänä työvälineenä sekä potilaalle että hoitavalle taholle. Tavoitteiden selkeä kirjaaminen saattaisi edistää potilaan sitoutumista hoitoonsa. Selkeästi ja yhdessä potilaan kanssa asetetut hoidon tavoitteet toimisivat motivaattoreina ja niiden toteutumista voitaisiin konkreettisesti seurata. Tavoitteiden pilkkominen välitavoitteiksi helpottaisi seurantaa. Tavoitteiden seurannan ja niistä keskustelemisen kautta saataisiin arvokasta tietoa myös potilaan kulloisestakin voinnista ja olisi mahdollista ohjata hoidon painopistettä tarvittavaan suuntaan. Alle puolessa tutkimistamme hoitosuunnitelmista oli kirjattuina hoidon tavoitteita. Pohdimme sitä, miten selkeästi ja säännöllisesti tavoitteista keskustellaan hoitokäynneillä ja tarkennetaanko niitä sairaanhoitajan toimesta ensimmäisten hoitokäyntien aikana.

Pohdimme sitä, kuinka merkittävässä roolissa potilaan hoidon kannalta on lääkärin laatima hoitosuunnitelma. Olisiko mahdollista, että potilaan hoitosuunnitelman laatisikin häntä hoitava henkilö, joka usein on sairaanhoitaja? Sairanhoitaja näkee potilasta useammin ja hänellä voi olla mahdollisuus käyttää enemmän aikaa yhteen tapaamiseen. Lääkärin osuudeksi hoitosuunnitelman laatimisessa jäisi arvioida lääkityksen ja lisätutkimusten tarpeet sekä mahdollisesti korjata tai tarkentaa sairaanhoitajan laatimaa hoitosuunnitelmaa. Tarkastelemissamme potilaskirjauksissa sairaanhoitaja oli usein kirjannut ensikäyntien kirjauksiin interventiot ja tavoitteet hoidolle tarkemmin, kuin mitä hoitosuunnitelmiin oli kirjattu.

Psykiatrian puolella kirjaaminen on perinteisesti ollut narratiivista. Narratiivisella kerronnalla on paikkansa, koska psykiatrisen hoitotyön luonne ei painotu niin selkeästi mitattaviin havaintoihin kuin somatiikassa. Liian lavean kerronnan ongelmana voi kuitenkin olla se, että olennainen tieto hukkuu muun kerronnan lomaan. (Sainola-Rodriguez ja Ikonen 2007, 41.) Muutamissa hoitosuunnitelmissa oli selkeästi numeroin ilmaistu hoidon suunnitteluun liittyviä olen-

naisia seikkoja, esimerkiksi 1. lääkitys, 2. tavoitteet, 3. interventiot jne. Mielestämme tällainen kirjaaminen selvensi hyvin suunnitellun hoidon kokonaisuutta ja näin kirjattuina hoidon keskeiset osa-alueet on helppo löytää muun tekstin lomasta.

Osa (12) arvioimistamme hoitosuunnitelmista oli otsikoitu ohjeistuksesta poikkeavalla tavalla. Ohjeen mukaan väliarvio-otsikon alle kirjoitetaan hoitosuunnitelma isoilla kirjaimilla. Selkeä otsikointi helpottaa huomattavasti oikean tiedon löytymistä potilasasiakirjoista ja säästää aikaa. Hoitosuunnitelman ohjeistukseen tulisi selkeämmin kirjata mitkä ovat minimissään asiat, jotka tulee ilmetä suunnitelmasta. Kirjaamisen apuna voitaisiin käyttää valmista hoitosuunnitelmapohjaa, johon on valmiiksi otsikoitu keskeiset asiat.

Kuten etukäteen oletimme, hoitosuunnitelmien kirjaamisessa ilmeni eroja kirjaajasta riippuen. Osa kirjaajista oli selvästi omaksunut uudet ohjeistukset paremmin kuin toiset. Pohdimme sitä, perehdytetäänkö sijaistavat lääkärit kirjaamaan hoitosuunnitelmat uuden ohjeistuksen mukaan. Huolellinen perehdytys olisi mielestämme kaikkia osapuolia palveleva käytäntö.

Olisi ollut mielenkiintoista päästä tutustumaan muutamiin hoitosuunnitelmiin ajalta, jolloin uusia ohjeistuksia ei oltu vielä laadittu ja verrata niitä nyt tutkimiimme hoitosuunnitelmiin. Kirjaamisessa on varmasti tapahtunut suotuisaa kehitystä uuden ohjeistuksen myötä ja osa tutkimistamme hoitosuunnitelmista oli pyritty selkeästi laatimaan ohjeistuksen mukaisesti.

Laadukkaan hoitosuunnitelman laatimisen ensisijainen tavoite on luoda edellytyksiä sille, että potilas saa parasta mahdollista hoitoa. Laadukas hoitosuunnitelma selkeyttää ja helpottaa myös hoitavan henkilön työtä. Hoitoa arvioitaessa potilaan kanssa on helpompi keskustella tavoitteiden saavuttamisesta ensimmäisen hyvin laaditun hoitosuunnitelman pohjalta. Mahdollisia hoidon puutteita ja epäonnistumista tavoitteiden saavuttamisessa voidaan arvioida potilaan kanssa, kun hoitosuunnitelmaan on kirjattu yhdessä potilaan kanssa selkeästi se, mitä hoidolla tavoitellaan. Väliarvioinnin yhteydessä tavoitteita voidaan tarkentaa paremmin vastaamaan potilaan sen hetkisiä tarpeita.

Tutkimuksemme perusteella toteamme, että hoitosuunnitelmien laatimisessa osa kriteereistä toteutuu hyvin, osa toteutuu vaivallisesti ja osa (kaksi) ei ollenkaan. Ehdotammekin, että hoitosuunnitelmien ohjeistusta tulisi vielä tarkentaa ja painottaa ohjeistuksen minimien kirjaamisen tärkeyttä, jotta kaikki uuden ohjeistuksen mukaiset kriteerit tulisivat jatkossa kirjatuiksi.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrä on kasvanut tasaisesti viime vuosina (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2017). Rajallisten resurssien käyttö edellyttää mahdollisimman tehokasta hoitoa, jonka yhtenä keinona on laadukas hoitosuunnitelma ja sen toteuttaminen

hoidossa. Tässä tutkimuksessa tarkastelimme hoitosuunnitelmien kirjaamista. Jatkotutkimuksen aiheena olisi mielenkiintoista tarkastella miten hoitosuunnitelmiin kirjatut asiat toteutuvat potilaan hoidossa. Tärkeää olisi tutkia myös sitä, miten kriteerien mukaisesti laadittu hoitosuunnitelma näkyy potilaan hoitoketjussa. Jatkotutkimusten avulla voitaisiin arvioida sitä, kuinka paljon laadukas hoitosuunnitelma tehostaa psykiatristen potilaiden hoitoa.

12.1 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellinen tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimuksen tekijät huomioivat ja kunnioittavat muiden tutkijoiden tekemää työtä sekä viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimuksen tekijät hankkivat tarvittavat tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014.)

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on pohdittava sitä miten se vaikuttaa siihen osallistuviin ihmisiin. Tutkijan on suojeltava tutkittavien yksityisyyttä mahdollisimman hyvin. Tutkijan on pyrittävä tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien riskien minimointiin. Tutkimukseen osallistuminen on oltava täysin vapaaehtoista ja tutkittavaksi valikoituvat ovat tasa-arvoisessa asemassa. Anonymiteetti on erittäin tärkeä tutkittaessa potilaita ja heidän henkilökohtaisia tietoja. Tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Aineisto säilytetään lukitussa paikassa ja tietokoneessa salasanalla suojattuna. (Kankkunen ja Vehviläinen 2010, 176-179.)

Opinnäytetyössä huomioimme tutkimuseettiset periaatteet. Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa noudatettiin huolellisuutta ja rehellisyyttä. Psykiatrinen avohoito on muuttunut viimeisinä vuosikymmeninä paljon, joten työssämme pyrimme hyödyntämään mahdollisimman uusia ja luotettavia lähteitä.

Tutkimuksen aineistona olivat potilaiden hoitosuunnitelmat. Potilasasiakirjat ovat arkaluonteista ja henkilökohtaista tietoa sisältäviä henkilörekistereitä, joiden tiedot ovat aina salassa pidettäviä ja luottamuksellisia (Hallila 2005, 114). Henkilötietolaki (1999/523) sekä lakiviranomaisten toiminnan julkisuudesta (1999/621) edellyttävät tutkimusaineiston anonymisointia (Vilkkä 2007, 95). Tutkimusta tehdessä tietosuojaan tuli kiinnittää erityistä huomiota ja aineistoa käsitellä huolellisuudella siten, että potilaiden anonymiteetti säilyi. Aineiston käsittely suoritettiin kokonaisuudessaan JMT mielialapoliklinikan tiloissa Järvenpäässä. Allekirjoitimme henkilön vaitiolositoumus/salassapito- ja käyttäjäsitoumuksen. Eettisen toimikunnan lupaa tutkimukselle ei tarvittu, koska tutkimuksen kohteena ei ollut ihminen vaan asiakirja. (Hus 2018.)

Hoitosuunnitelmia lukiessa potilastiedot olivat näkyvissä. Kaikki tutkimukseen liittyvät analyysit tehtiin ilman henkilötietoja ja siten, että kerättyjä tietoja ei kykene yhdistämään tiettyyn potilaaseen. Työn tilaajan ja opinnäytetyön tekijöiden ulkopuolisilla tahoilla ei ollut pääsyä aineistoon.

Opinnäytetyötutkimusta varten perustettiin tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste. Analysoitavat tiedot kerättiin tutkimussuunnitelman mukaisesti tutkimusrekisteriin. Tutkimusrekisteri muodostettiin käyttämättä henkilötunnuksia tai muita henkilöllisyyden paljastavia tietoja. Tutkimusrekisterin muodostamisessa käytettiin tunnistetietoja, jotka yhdistivät rekisterin tutkimushenkilöt potilastietoihin. Tätä tutkimusrekisteriä säilytettiin tutkimuksen ajan HUS sairaanhoitoalueen tietokoneessa erillisen salasanan turvaamana siten, että vain tutkimuksen tekemiseen osallistuneilla henkilöillä oli mahdollisuus käyttää sitä. Tutkimuksen jälkeen tutkimusrekisteriä säilytetään tutkimusohjeistuksen edellyttämä aika JMT mielialapoliklinikan lukullisen arkistotilan lukitussa tutkimusrekisterikaapissa mahdollista jatkotutkimuskäyttöä varten.

12.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kvantitatiivisessa tutkimuksessa arvioidaan validiteetilla ja reliabiliteetilla. Sisäisellä validiteetilla viitataan siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä on ollut tarkoituskin mitata. Mittarin sisältövaliditeettia arvioitaessa pohditaan onko mittari riittävän kattava vai jääkö jokin tutkimusilmiön osa-alue mittaamatta. Mittarin esitestaaminen tarkoittaa, että sen luotettavuutta ja toimivuutta testataan varsinaista tutkimusotosta vastaavalla pienemmällä vastaajajoukolla. Esitestaaminen on erityisen tärkeää silloin, kun mittari on uusi ja se on tutkimusta varten erikseen kehitetty. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voi yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Hoitotieteessä joudutaan usein pohtimaan ovatko saadut tulokset päteviä toisessa hoitoympäristössä; voidaanko esimerkiksi perusterveydenhuollossa saatuja tuloksia yleistää erikoissairaanhoidon potilaisiin. (Kankkunen ja Vehviläinen 2010, 152-154.)

Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Esimerkiksi jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää reliabelina. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 200, 213.) Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmista. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus kuvaa mittarin eri osioiden kykyä mitata samaa asiaa. Mittarin pysyvyydellä tarkoitetaan mittarin kykyä tuottaa sama tulos eri mittauserroilla. Mittarin vastaavuudella tarkoitetaan kahden eri mittajaan saamaa yhteneväistä mittaustulosta. (Kankkunen ja Vehviläinen 2010, 156-157.)

Tutkimuksen aineistona olivat hoitosuunnitelmien toteutuneet kirjaukset. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi riittävän suuri otoskoko. Hoitosuunnitelmien tutkimista varten laadittiin mittari. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta oli tärkeää laatia mittarin kysymykset huolellisesti. Laadimme mittarin kysymykset niin, että se mittaisi kattavasti kaikkia hoitosuunnitelman kirjaamisen ohjeistuksessa mainittuja keskeisiä seikkoja. Mittarin toimivuutta testattiin kymmenellä hoitosuunnitelmalla ennen varsinaisen tutkimuksen suorittamista. Testaamisen jälkeen muutamaa mittarin kysymystä tarkennettiin.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta oli tärkeää, että saimme lukea ja analysoida hoitosuunnitelmat rauhallisessa tilassa JMT mielialapoliklinikalla. Olimme varanneet runsaasti aikaa hoitosuunnitelmien tarkastelemiseen, joka mahdollisti huolellisen ja kiireettömän analysoinnin.

Opinnäytetyön tekijöinä analysoimme aineiston kahden kesken. Suurimmassa osassa kysymyksistä päädyimme samaan arvioon. Muutamien kysymysten kohdalla kriteerien toteutuminen osittain tai täysin ei ollut yksiselitteinen. Mittarin luotettavuutta olisi lisännyt suuremman aineiston esitestaaminen, jolloin olisimme pystyneet tarkemmin määrittelemään kriteerit jokaiselle mittarin asteikoille. Tutkimuksen reliabiliteettia olisi lisännyt useamman tutkijan suorittama aineiston analysointi. Pyrimme lisäämään aineiston analyysin luotettavuutta kirjamalla Excel taulukkoon sanallisia kommentteja täydentämään numeerista arviointia. Tutkimuksen luotettavuutta paransimme tarkastelemalla uudestaan muutamia analysoimiamme hoitosuunnitelmia varmistaaksemme yhtenäiset kriteerit numeerisille arvioinnille.

Tutkimuksessa käytetyn mittarin kriteerit pohjautuvat yleiseen teoriatietoon psykiatrisen potilaan laadukkaan hoitosuunnitelman laatimisesta. Tutkimuksen tuloksia voidaan siten hyödyntää JMT mielialapoliklinikan lisäksi myös muiden mielialapoliklinikkojen toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä.

LÄHTEET

Painetut lähteet:

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. ja Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. 1.-4.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. ja Vihunen, R. 2012. Hoitamalla hyvää oloa. 14.-16. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisuus, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi.

Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku K., Tamminen N., Nordling. Eja Solin 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen lääkärilehti 24/2016.

Hallila, L. (toim.).1999. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Kustannus Oy Tamara Press.

Hallila, L. (toim.). 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosa-kehittäjä Tammi.

Hietaharju, P. ja Nuuttila, M. 2014. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P.2000. Tutki ja kirjoita. 6.-9.painos. Helsinki:Tammi.

Hämäläinen, K. ja Kanerva, A. 2017. Mielenterveyshoitotyö ja yhteiskunta. Teoksessa Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. ja Seuri, T. (toim.). Mielenterveyshoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 65-101.

Isometsä, E. 2017. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Teoksessa Lönnqvist, J., Henrikson, M., Marttunen, M., Partonen, T. ja Aalberg, V. (toim.). Psykiatria Helsinki: Duodecim, 228-250.

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

Kanerva, A., Hämäläinen, K. 2017. Mielenterveyshoitotyö ja yhteiskunta. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Schubert, C. ja Seuri, T. (toim.). Mielenterveyshoitotyö- Helsinki: Sanoma Pro Oy, 65-96.

Kanerva, A. ja Kuhanen, C. 2017a. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja hoitotyö. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Schubert, C. ja Seuri, T. (toim.). Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 224-282.

Kanerva, A. ja Kuhanen, C. 2017b. Mielenterveyshoitotyön menetelmät. Teoksessa Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Schubert, C. ja Seuri, T. (toim.). Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 175- 221.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Koivuranta-Vaara, P. (Toim.) 2011. Terveystieteiden laatuopas. Suomen Kuntaliitto. 1. painos. Helsinki.

Kuhanen, C. 2017 Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. ja Seuri, S. (toim.). Mielenterveyshoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 18-33.

- Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2.painos. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Lönnqvist, J. 2017. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T.(toim.). Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 43-59.
- Lönnqvist, J. 2014. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 41-56.
- Lönnqvist, J. ja Lehtonen, J. 2017. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T.(toim.). Psykiatria. Helsinki: Duodecim,18-36.
- Lönnqvist, J., Moring, J. ja Henriksson, M. 2017. Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 737-762.
- Lönnqvist, J., Moring, J. ja Vuorilehto, M. 2017. Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim,763-772.
- Nordling, E., Järvinen, M. ja Lähteenlahti, Y. 2015. Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehystenä. Teoksessa Partanen, Moring, Bergman, Mustalampi, Nordling, Partonen, Santalahti, Solin Tuulos, Wuori S. (toim.) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Miten tästä eteenpäin. THL.
- Parahoo, K. 2014. Nursing research. Principles, process and issues. Third edition. London: Palgrave Macmillan.
- Pelkonen, M. 1996. Laadunvarmistuksen keskeiset käsitteet. Teoksessa Pelkonen, M. ja Perälä M-L. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. 1.-3. painos. Helsinki: Kirjayhtymä, 61-83.
- Sainola-Rodriguez, K. ja Ikonen, H. 2007. Luokitusten luovuus - kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa Hopia, H. ja Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2. painos. Jyväskylä: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Saranto, K. ja Sonninen, A. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttua, K. ja Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 12-16.
- Sonninen, A. 2008. Miten hoitotietoa kirjataan systemaattisesti? Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttua, K. ja Sonninen A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 65-94.
- Sonninen, A. ja Ikonen, H. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttua, K. ja Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 75-79.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielen-terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tuomi, J. ja Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sähköiset lähteet:

Apotti.fi. 2018. Usein kysytyt kysymykset. Viitattu 17.1.2018. <http://www.apotti.fi/usein-kysytyt-kysymykset/>

Akuuttipoliklinikka 2018. Hus poliklinikat. Viitattu 4.4.2018. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/poliklinikat/akuuttipoliklinikka/Sivut/default.aspx>

Global Assessment of Functioning. 2018. Kela. Viitattu 6.3.2018. <http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gafarviointi.pdf>

Hus 2018. Asiakirja- tai rekisteritutkimus. Viitattu 4.4.2018. <http://www.hus.fi/tutkijalle/tutkimuslupa/asiakirja-rekisteri/Sivut/default.aspx>

Hus poliklinikat 2018. Viitattu 4.4.2018. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/poliklinikat/Sivut/default.aspx>

Huttunen, H. 2016. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.5.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378

Henkilötietolaki. 22.4.1999/523. Finlex. Viitattu 10.1.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Kielitoimiston sanakirja. Kotimaisten kielten keskus. Viitattu 13.5.2017. <http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe>

Kielitoimisto sanakirja. Kotimaisten kielten keskus. Viitattu 22.1.2018. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>

Laatuauditointi. 22.1.2018. Tieteen termipankki. Viitattu 22.1.2018. <http://tieteentermipankki.fi/wiki/Mikrobiologia:laatuauditointi>

Laki mielenterveyslain muuttamisesta. 438.2014. Finlex. Viitattu 11.12.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140438>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 11.12.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

[Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159. Finlex. Viitattu 17.1.2018. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159#L4P15](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159#L4P15)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Finlex. Viitattu 10.1.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159. Finlex. Viitattu 10.1.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Marttunen, M., Kärkkäinen, J., Suvisaari, J. 2017. Mielenterveyspalvelut. Luettu 4.4.2018. <https://thl.fi/documents/974282/1449788/Mielenterveyspalvelut.pdf/182ce61a-be12-426b-b6ca-1c65245b186f>

Mielenterveyden edistäminen. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>

- Mielenterveystalo.fi. 2017. F30-39 mielialahäiriöt. Viitattu 19.5.2017.
<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F30-39/Pages/default.aspx>
- Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116. Finlex. Viitattu 11.12.2017.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmän esitys. Helsinki, 2001.
- Mielenterveyspotilaan hoitosuunnitelma. 2017. Innokylä. Viitattu 08.01.2018.
<https://www.innokyla.fi/web/malli1000766>
- Mikä on Apotti? Oy Apotti Ab. Viitattu 17.1.2018. <http://www.apotti.fi/apotti-hanke/>
- Mitä laatu on? Artikkel. 8.2.2016. Suomen Standardoimisliitto SFS Oy. Viitattu 22.1.2018.
https://www.sfs.fi/ajankohtaista/uutiskirjeet/uutiskirjeet_2016/mita_laatu_on_artikkeli
- Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä. 17.12.2015. Valvira. Viitattu 19.03.2017.
<https://www.valvira.fi/-/potilasta-palveleva-hoitosuunnitelma-tehdaan-yhteistyossa>
- Potilasvahinkolaki. 25.7.1986/585. Finlex. Viitattu 11.12.2017.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>
- Reponen S-T. ja Salonen E. 2011. Rakenteinen kirjaaminen aikuispsykiatrisessa hoitotyössä - käyttöönnoton loppumittaus. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutuslinja. Viitattu 28.3.2018.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36348/Salonen_Elina_Reponen_Sini-Tuulia.pdf?sequence=1
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Finlex. Viitattu 10.1.2018.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Suomen mielenterveysseura.2017. Viitattu 1.12.2017. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi>
- Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Finlex. Viitattu 11.12.2017.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Taanila A. 2014. Määrällisen aineiston kerääminen. Viitattu 14.1.2018. <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>
- Tarnanen K., Isometsä E., Kinnunen E., Kivekäs T., Lindfors O., Marttunen M., ja Tuunainen A. 2016. Mieli maassa, mikä avuksi. Käypä hoito. Viitattu 29.5. 2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00044>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2016. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon. Viitattu 1.3.2018.
<http://www.julkari.fi/handle/10024/130535>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2016. Viitattu 11.3.2018 . <https://thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrisen-erikoissairaanhoidon>
- Tehostetun avohoidon yksikkö. 2017 Hus. Viitattu 1.9.2017.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/poliklinikat/tehostetun-avohoidon-yksikko/Sivut/default.aspx>

Tilastokeskus 2018. Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Viitattu 4.4. 2018.

<http://www.findikaattori.fi/fi/76>

[Tilastoraportti 21/2017. 2017. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastot 2015. Viitattu 5.4.2018.](https://www.julkari.fi/handle/10024/134729)

<https://www.julkari.fi/handle/10024/134729>

Tuori T. 2011. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Suuntaaja 1/2011. Viitattu 1.12.2017.

<https://thl.fi/documents/10531/1449887/Psykiatrian+rakennemuutos.pdf/02d8e3d9-7617-4b70-9fbb-1a2852a52960>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 2.4.2018.

<http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Julkaisemattomat lähteet:

Häkkinen M. 2014. Hoitotavoitteet hoitosuunnitelmassa. HUS, Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian poliklinikat.

Syrjälä E. 2017. Sähköpostiviesti. Hoitosuunnitelma ja hoitosuunnitelman tarkistuslista. JMT mielialapoliklinikka. Järvenpää

LIITTEET

Liite 1 Hoitosuunnitelman ohjeistus

Liite 2 Hoitosuunnitelman tarkistuslista

Liite 3 Mittari

Liite 1 Hoitosuunnitelman ohjeistus

Hoitosuunnitelma

Potilaan hoitoa psykiatrian poliklinikalla ohjaa hoitosuunnitelma. Siksi hoitosuunnitelma tulee tehdä mahdollisimman pikaisesti, kun hoidon aloituksesta on päätetty ja sitä tulee päivittää säännöllisesti. Hoitosuunnitelma tehdään ensimmäisen kuukauden sisällä hoidon alkamisesta. Hoitosuunnitelma tehdään hoitosuunnitelmapalaverissa, jossa minimissään ovat paikalla potilas ja häntä hoitava henkilö. On kuitenkin suotavaa, että hoitosuunnitelmatilaisuudet olisivat moniammatillisia. Sillä tavalla potilas saa parhaan mahdollisen hyödyn poliklinikan osaamisesta. Lääkärin osallistuminen hoitosuunnitelmapalaveriin on toivottavaa, mutta ei välttämätöntä.

Hoitosuunnitelmassa keskeisiä ovat

- hoidon tavoite, joka keskeisesti on vastaus kysymykseen: Miten potilas pääsee pois hoidosta? (hoidon jatkaminen tai hoidossa pysyminen eivät ole asianmukaisia hoidon tavoitteita)
- mitkä ongelmat vaikuttavat hoidon tarpeeseen ja alentavat potilaan toimintakykyä?
- mitä interventioita näiden ongelmien korjaamiseen tarvitaan ja miten ne suunnitellaan toteutettaviksi?

Hoitosuunnitelma kirjataan PSY-lehdelle, Väliarvio (psykiatria decursus)- otsikolla. Tekstin alkuun kirjoitetaan HOITOSUUNNITELMA. Jos hoitosuunnitelmapalaveriin on osallistunut useampia henkilöitä, varsinainen laskutettava suorite tulee työntekijälle, joka kirjaa hoitosuunnitelman. *Hoitosuunnitelman päivämäärän käy merkkäämassa potilaan päätösjonotietoon se henkilö, joka sen kirjaa.*

Hoitosuunnitelmassa todetaan hoidon tavoite, suunnitellut interventiot ja niiden aikataulu, seuraavan hoitosuunnitelman ajankohta (joka on yleensä viimeistään 6 kk kuluttua) ja selviytyksen siitä, miten toimitaan, jos potilas ei noudata laadittua yhteistä hoitosuunnitelmaa. Lisäksi kirjataan mahdollisten todistusten, arvioiden, tutkimusten ja lausuntojen tarve. Jos lääkäri on hoitosuunnitelmassa läsnä, hän arvioi lääkeshoidon tarpeen ja tarkistaa lääkelistan. Jos lääkäri ei ole läsnä, hoitosuunnitelmassa arvioidaan, tarvitaanko lääkäriaikaa. Jos potilas on juuri tavannut lääkärin ja lausunto- ja lääkeasiat ovat hoidossa, lääkäriaikaa ei tarvita. Jos joku muu työntekijä, kuin lääkäri, kirjoittaa hoitosuunnitelmatekstin PSY-lehdelle, hän lähettää hoitosuunnitelmatekstin vahvistettavaksi tiiminsä lääkärille. Jos lääkäri toivoo muutoksia/tarkennuksia hoitosuunnitelmaan, hän ottaa viivytystä yhteyttä tekstin kirjoittaneeseen työntekijään. Kun lääkäri lukee hoitosuunnitelmatekstin, hän tarkistaa myös potilaan ajankohtaisen hoitodiagnoosin ja tarvittaessa korjaa sen/arvio, mitä tutkimuksia/tapaamisia tarvitaan diagnoosin tarkentamiseksi (myös päätöskäyntijonotietoihin). Tavoitteena on, että

vain tutkimusvaiheessa olevilla potilailla olisi hoitosuunnitelman tekemisen jälkeen .9-päättävä diagnoosinumero.

Liite 2 Hoitosuunnitelman tarkistuslista

Hoitosuunnitelma tarkistuslista

Uusien potilaiden kohdalla tavoitteena tehdä hoitosuunnitelma **kk:n sisällä hoidon alkamisesta**, vanhojen kohdalla päivitettävä kaikilta, joilla ei ole tehty, tarpeen mukaan 6-12 kk:n välein.

1. **Oberonin** käyntitietoihin valitaan käyntityypiksi ”Ryhmävastaanotto”, jos useampi työntekijä (muut laittaa lisäkäynnin). Hoitokäynti, jos tapaa potilaan yksin. Jos hoitosuunnitelmapalaveriin on osallistunut useampia henkilöitä, varsinainen laskutettava suorite tulee työntekijälle, joka kirjaa hoitosuunnitelman.

Toimenpidekoodiksi pitää valita soveltuva PPC-alkuinen Hoitosuunnitelma-koodi.

2. **Päätöskäyntijonoon** pitää laittaa hoitosuunnitelma-pvm. **Ensimmäinen hoitosuunnitelmapvm lisätään ohjeiden mukaan ”Tavoite-aika” kenttään** (huom! ei voi lisätä jälkeensä, vaan samana pv:nä). **Hoitosuunnitelman tarkistuksessa pvm lisätään ”Huomautus” kenttään ILM huomautuksena.** *Hoitosuunnitelman päivämäärän käy merkkäämassa potilaan päätöskäyntijonotietoon se henkilö, joka sen kirjaa. Katso erillinen ohje R-asemalta: JMTMielialapkl/Päätöskäyntijono/ ”Päätöskäyntijonon tietojen päivitys”.*

Samalla tarkistettava Päätöskäyntijonosta dg, joka pitää päivittää jos vaihtaa tai lisää dg:n, klikkaamalla Diagn/Tmp

3. Teksti kirjataan PSY-lehdelle, pääotsikkona **VÄLIARVIO (psykiatria decursus)**, tekstin alkuun kirjoitetaan **HOITOSUUNNITELMA**. Jos joku muu työntekijä, kuin lääkäri, kirjoittaa hoitosuunnitelmatekstin PSY-lehdelle, hän lähettää hoitosuunnitelmatekstin vahvistettavaksi tiiminsä lääkärille. Jos lääkäri toivoo muutoksia/tarkennuksia hoitosuunnitelmaan, hän ottaa viivytyksettä yhteyttä tekstin kirjoittaneeseen työntekijään. Kun lääkäri lukee hoitosuunnitelmatekstin, hän tarkistaa myös potilaan ajankohittaisen hoitodiagnoosin ja tarvittaessa korjaa sen/arvio, mitä tutkimuksia/tapaamisia tarvitaan diagnoosin tarkentamiseksi. Tavoitteena on, että vain tutkimusvaiheessa olevilla potilailla olisi hoitosuunnitelman tekemisen jälkeen .9-päättävä diagnoosinnumero.

Hoitosuunnitelmassa keskeisiä asioita

1. **Hoidon tavoite**, joka keskeisesti on vastaus kysymykseen: Miten potilas pääsee pois hoidosta? (hoidon jatkaminen tai hoidossa pysyminen eivät ole asianmukaisia hoidon tavoitteita). Mitkä ovat lähiajan konkreettiset tavoitteet (esim. altistusharjoitukset, työhönpaluu, sosiaalisen kanssakäymisen aktivointi)
2. Mitkä **ongelmat** vaikuttavat hoidon tarpeeseen ja alentavat potilaan toimintakykyä?
3. Mitä **interventioita** näiden ongelmien korjaamiseen tarvitaan ja miten ne suunnitellaan toteutettaviksi?
4. Toimintakyky arvioidaan **GAF**-mittarilla hoitosuunnitelman yhteydessä (myös tulotilanteessa ja hoidon päättyessä)

5. Sovitaan **seuraavan hoitosuunnitelman ajankohta** (joka on yleensä viimeistään 6 kk kuluttua) ja selvityksen siitä, miten toimitaan, jos potilas ei noudata laadittua yhteistä hoitosuunnitelmaa. Sovitaan alustava hoidon kokonaispituus, mikäli mahdollista.
6. Pidempään hoidossa olleiden kohdalla arvioidaan onko **psyk. esh:n tehtävät** hoidettu, kts. erillinen liite. Akuuttivaiheen hoidon jälkeen arvioidaan esim. Kelan kuntoutuspsykoterapian tarve, jolloin hoitovastuu yleensä voi siirtyä pth:oon tai tth:oon.

Liite 3 Mittari

Hoitosuunnitelmien arviointia varten laadittu mittari

Tarkasteltavat Kriteerit:

- 1. Onko hoitosuunnitelma tehty ensimmäisen kuukauden aikana hoidon aloittamisesta?**
 1. Hoitosuunnitelmaa ei ole tehty.
 2. Hoitosuunnitelma on tehty myöhemmin kuin yhden kuukauden kuluessa, mutta viimeistään neljän kuukauden kuluessa potilaan ensimmäisen käyntikerran jälkeen.
 3. Hoitosuunnitelma on tehty kuukauden sisällä potilaan ensimmäisestä käyntikerrasta.

- 2. Onko potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman laatimiseen kirjattu?**
 1. Potilas ei ole osallistunut hoitosuunnitelman tekoon.
 2. ----
 3. Potilas on osallistunut hoitosuunnitelman tekoon.

- 3. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu hoidon tavoite/tavoitteet?**
 1. Hoidon tavoitteita ei ole kirjattu.
 2. Hoidon tavoitteet on kirjattu osittain/puutteellisesti
 3. Hoidon tavoitteet on kirjattu selkeästi. Tavoitteet on laadittu yhdessä potilaan kanssa, jolloin hoitaja ja potilas tavoittelevat hoidossa samoja asioita. Tavoitteita voivat olla esimerkiksi: potilas pystyy käymään kaupassa, kykenee opiskelemaan, käymään töissä, selviytyy arjesta itsenäisesti, saa työkaluja ahdistuksen sietoon, saa vahvistusta seksuaaliseen identiteettiinsä , jne.

- 4. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu potilaan keskeiset ongelmat?**
 1. Keskeisiä ongelmia ei ole kirjattu.
 2. Keskeiset ongelmat on kirjattu epämääräisesti tai puutteellisesti.
 3. Potilaan keskeiset ongelmat on kirjattu selkeästi ja kattavasti.

- 5. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu mitä interventioita ongelmien korjaamiseksi on suunniteltu?**
 1. Interventioita ei ole kirjattu.
 2. Interventiot on kirjattu puutteellisesti tai epämääräisesti.
 3. Interventiot on kirjattu ja kuvattu, miten ne toteutetaan. Hoidon tavoite voidaan saavuttaa, jos potilaan keskeisiin ongelmiin pystytään vaikuttamaan interventioiden avulla.

- 6. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu miten toimitaan, jos potilas ei noudata yhteisesti laadittua hoitosuunnitelmaa?**
 1. Toimintatapaa ei ole kirjattu.
 2. Toimintatapa on kirjattu puutteellisesti tai epämääräisesti.
 3. Toimintatapa on kirjattu ja kuvattu. Yhteisen hoitosuunnitelman noudattamiseen liittyviä asioita voivat olla esimerkiksi: potilas tulee sovittuna aikana vastaanotol-

le, potilas osallistuu sovittuihin ryhmiin ja potilas tekee sovitut harjoitteet kotona.

7. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu hoidon suunniteltu pituus?

1. Hoidon suunniteltua pituutta ei ole kirjattu.
2. Hoidon suunniteltu pituus on kirjattu puutteellisesti.
3. Hoidon suunniteltu pituus on kirjattu siten, että hoidon suunniteltu kesto käy ilmi hoitosuunnitelmasta.

8. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu koska hoidon toteutumista arvioidaan seuraavaksi kirjallisesti?

1. Hoidon toteutumisen seurannan ajankohtaa ei ole määritetty.
2. Hoidon toteutumisen seurannan ajankohta on kirjattu epämääräisesti.
3. Hoidon toteutumisen seurannan ajankohta on selkeästi määritetty päivämäärällä tai tietyn ajanjakson tai hoitokertojen jälkeen.

9. Onko potilaan toimintakykyä arvioiva GAF -mittarin tulos kirjattu hoitosuunnitelmaan?

1. GAF -mittarin käyttöä ei ole kirjattu.
2. GAF -mittarin tulos on kirjattu puutteellisesti.
3. GAF -mittarin tulos on kirjattu hoitosuunnitelmaan.