



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

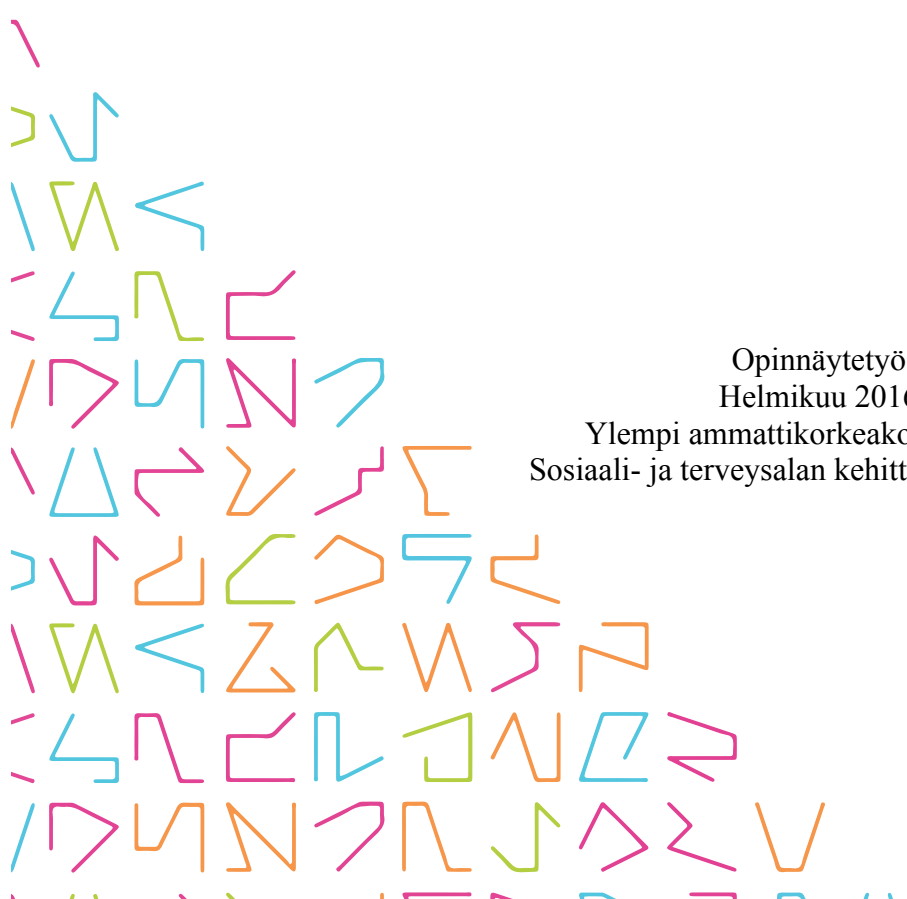
HOITOTYÖN YHTEENVETO

”Emme kirjaa järjestelmän vaan potilaan takia”

Outi Järvinen

Opinnäytetyö
Helmikuu 2016

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

JÄRVINEN OUTI:

Hoitotyön yhteenveto

”Emme kirjaa järjestelmän vaan potilaan takia”

Opinnäytetyö 102 sivua, joista liitteitä 16 sivua
Helmikuu 2016

Hoitotyön kirjaaminen on muuttunut monella tavalla viime vuosina. Suomessa on siirtynyt manuaalisesta sähköiseen ja rakenteiseen kirjaamiseen, sähköinen potilaskertomus on otettu käyttöön ja potilaat saavat kotiutuessaan tai jatkohoitoon siirtyessään hoitotyön yhteenvetotiedon, jonka tarkoituksena on turvata ja parantaa potilaan jatkohoitoa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:den vuodeosastoilla tehtyjen hoitotyön yhteenvetojen sisältöjä sekä hoitohenkilökunnan valmiuksia tehdä hoitotyön yhteenvetoja. Tarkoituksena oli tutkia, miten tehtyjen hoitotyön yhteenvetojen sisältö vastaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kirjaamisohjetta. Tavoitteena oli lisäksi selvittää, miten kirjaamisesta ja valmiuksista tulisi edelleen kehittää. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kanssa.

Tutkimus oli kaksiosainen. Tutkimuksen kvalitatiivinen aineisto kerättiin vuodeosastoilla tehdyistä hoitotyön yhteenvetoista. Kvantitatiivinen aineisto kerättiin vuodeosastojen hoitohenkilökunnalta sähköisellä kyselyllä. Sähköinen kyselylomake laadittiin tätä tutkimusta varten.

Kvalitatiivinen aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä sekä sisällön erittelyllä. Käytetty analyysirunko muodostettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin hoitotyön kirjaamistyöryhmän ohjeesta. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttämällä SPSS -tilasto-ohjelmaa.

Tulosten mukaan hoitotyön yhteenvetojen sisältö ei täysin vastaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin hoitotyön kirjaamistyöryhmän ohjetta. Lisäksi eri osastoilla tehdään sisällöllisesti ja muodollisesti hyvin erilaisia hoitotyön yhteenvetoja. Kirjaamisessa ei välity tarpeeksi hoitotyön ja potilaan näkökulmaa. Potilaan saama hyöty hoitotyön yhteenvetosta jää kyseenalaiseksi. Hoitotyön kirjaamiskoulutus lisäsi hoitohenkilökunnan valmiuksia kirjoittaa hoitotyön yhteenvetoja sekä ymmärrystä sen hyödystä oman työn ja potilaan kannalta. Ongelmaksi koetaan ajan riittävyys sekä se, että kaikki potilaan hoitoon osallistuneet eivät tasapuolisesti päivitä hoitotyön yhteenvetoa.

Hoitohenkilökunta tarvitsee selvästi lisää koulutusta, yhdenmukaiset toimintatavat ja selkeän ohjeen hoitotyön yhteenvetotiedon tekemiseen.

Asiasanat: sähköinen kirjaaminen, hoitotyö, hoitotyön yhteenveto

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

JÄRVINEN OUTI:

Nursing Discharge Summary

“We don't document because of the system, but for the patient”

Master's thesis 102 pages, appendices 16 pages

February 2016

Nursing documentation has changed in many ways in Finland in recent years. Hospitals have moved from manual to electronic and structured to recording. Electronic patient records have been introduced. Patients receive a nursing discharge summary when they go home or to follow-up treatment. The purpose of this summary is to improve the patient's continuing treatment.

The purpose of this study was to identify the content of nursing discharge summaries and the nursing staff's ability to make them. The aim was also to examine how the contents of the nursing discharge summaries matched with recordkeeping instruction of Pirkanmaa Hospital District. The aim was also to find out how the recording and measurement capabilities should be developed further. The study was carried out in cooperation with Pirkanmaa Hospital District.

The study had two parts. The qualitative data were collected from nursing discharge summaries written in wards. The quantitative data were collected from ward nursing staff through an electronic questionnaire. The qualitative data were analyzed by means of theory based content analysis and content analysis. The quantitative data were analyzed by means of statistical methods using SPSS statistical program.

The results showed that the contents of nursing summaries did not fully reflect the Pirkanmaa Hospital District's instructions. Different departments compile very different nursing discharge summaries. The recording does not transmit enough nursing and patient perspectives. The benefit of content summaries to the patient is arguable. Training clearly increased the staff's capacity to write summaries of nursing, as well as the understanding of one's work and the patient's point of view. The perceived adequacy of time and the fact that all the participants in the treatment of a patient do not update the nursing summary equally were found problematic.

The nursing staff's needs more training, uniform operating procedures and clear instructions to produce a nursing discharge summary.

Key words: electronic documentation, nursing, nursing discharge summary

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	9
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	11
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	12
4.1	Laatujohtaminen terveydenhuollossa.....	12
4.2	Hoitotyön sähköinen kirjaaminen ja sen laatuvaatimukset.....	13
4.3	Laadukas hoitotyön yhteenveto	16
4.3.1	Hoitotyön yhteenvedon sisältö Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä	17
4.4	Sähköistä kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	18
4.5	Omahoitajuus	19
4.6	Kirjallisuuskatsaus	20
4.6.1	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	21
4.6.2	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	23
5	TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	25
5.1	Tutkimusmenetelmät	26
5.2	Aineiston keruu	28
5.3	Aineiston analyysimenetelmät	30
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	33
6.1	Aineiston keruu vuodeosastoilta	33
6.2	Laadullisen aineiston analyysi	34
6.3	Aineiston keruu kyselylomakkeella	35
6.4	Määrällisen aineiston analyysi	38
7	TUTKIMUSTULOKSET	41
7.1	Hoitotyön yhteenvetojen sisältö.....	41
7.1.1	Hoidon tarve	44
7.1.2	Hoidon tavoitteet	45
7.1.3	Hoitotyön toiminnot	47
7.1.4	Hoidon tulokset.....	49
7.1.5	Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot	50
7.2	Hoitotyön yhteenvetojen sisällön riittävyys.....	52
7.3	Hoitohenkilökunnan valmiudet tehdä hoitotyön yhteenvetoja	55

7.3.1	Vastaajien taustatiedot.....	56
7.3.2	Valmiudet kirjaamisen toteutumiseen	58
7.3.3	Valmiudet hoitotyön yhteenvedon kirjoittamiseen.....	61
7.3.4	Hyöty hoitotyön yhteenvedosta	64
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	68
8.1	Tutkimuksen eettisyys	68
8.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	70
8.3	Keskeiset tulokset	72
8.3.1	Hoitotyön yhteenvedojen sisältö	72
8.3.2	Hoitohenkilökunnan valmiudet tehdä hoitotyön yhteenvedoja.....	76
8.4	Kehittämisehdotukset.....	78
9	POHDINTA	81
	LÄHTEET.....	83
	LIITTEET	87
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten luotettavuuden arviointiin käytetty lomake.	87
	Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten näytön asteen arviointi.	88
	Liite 3. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimukset taulukoituna 1(3).....	89
	Liite 4. Tutkimuslupa	92
	Liite 5. Kyselylomake 1(3).....	93
	Liite 6. Saatekirje	96
	Liite 7. Kirjaamisen toteutumista koskeviin väittämiin Likertin –asteikolla annettujen vastausten keskiarvot, keskihajonnat ja annetut vastaukset vastausvaihtoehdoittain (n=48).....	97
	Liite 8. Kirjaamisen toteutuminen -osion SPSS –tuloste.	98
	Liite 9. Hoitotyön yhteenvedon kirjoittamista koskeviin väittämiin Likertin – asteikolla annettujen vastausten keskiarvot, keskihajonnat ja annetut vastaukset vastausvaihtoehdoittain (n=48).	99
	Liite 10. Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen -osion SPSS-tuloste.	100
	Liite 11. Hyöty hoitotyön yhteenvedosta väittämiin Likertin –asteikolla annettujen vastausten keskiarvot, keskihajonnat ja annetut vastaukset vastausvaihtoehdoittain (n=48).	101
	Liite 12. Hyöty hoitotyön yhteenvedosta –osion SPSS –tuloste.....	102

1 JOHDANTO

Suomessa on jo pitkään kehitetty valtakunnallisesti yhtenäistä rakenteista ja sähköistä kirjaamista sekä potilastiedon arkistoa. Tavoitteena on ollut, että hoitotyön kirjaaminen on yhtenäistä kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Tällöin tarvittava ja ajantasainen tieto on löydettävissä helpommin sekä nopeammin, jolloin myös potilasturvallisuus paranee. Tulevaisuudessa potilastiedon arkistoon tallennettu tieto on kaikkien käytettävissä potilaan suostumusten ja kieltojen määrittelemissä rajoissa. Jatkossa potilaskertomusten tietoja voidaan hyödyntää potilastiedon dokumentoinnin lisäksi hoidon saataavuuden ja laadun seurannassa entistä paremmin. Uudistuksen tarkoituksena on ollut lisäksi parantaa potilaan omaa tiedonsaantia, koska esimerkiksi hoitotyön yhteenveto vuodeosastohoitojakson ajalta annetaan potilaalle sekä tallennetaan potilastiedon arkistoon. (Hallila 2005, 8; THL 2013; Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 39-50.)

Syyskuun 2014 alusta Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:den vuodeosastoilla on potilaille annettu kotiutumisasiheessa mukaan paperille tulostettu hoitotyön yhteenveto, johon on koottu potilaan saama hoito hoitojakson aikana sekä vointi hoitojakson päättyessä. Hoitotyön yhteenveto kirjoitetaan sähköiseen potilaskertomusjärjestelmä MD-Mirandaan avatulle hoitokertomuksen yhteenvetopäivälle ja tallennetaan kotiutumis- tai jatkohoitoon siirtymispäivänä erikoisalakohtaiselle HOI – lehdelle. Hoitotyön yhteenveto koostuu hoitokertomuksen ydintiedoista, lääkehoidon ja jatkohoidon tiedoista sekä sisältää jatkohoito-ohjeet. Hoitotyön yhteenveto on hoitotyön ammattihenkilön tekemä ja se perustuu hoidon tulovaiheessa potilaan kanssa tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Sen tavoitteena on lisätä potilaan hoidon jatkuvuutta. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014.)

Suomessa siirrytään vaiheittain käyttämään valtakunnallista Potilastiedon arkistoa, joka on aktiivinen potilastiedon varasto sekä toimii lisäksi keskitettynä potilastiedon pitkäaikaisarkistona. Kesäkuun 2015 alusta lähtien suurin osa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimipisteistä on tallentanut hoitotyön yhteenvedon potilaan saamasta hoidosta myös Potilastiedon arkistoon, josta potilas voi lukea omia tietojaan. Potilastiedon arkisto on osa valtakunnallista terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluita eli Kansallista Terveysarkistoa (Kanta), jota Kansaneläkelaitos (Kela) hallinnoi (Kanta ja THL 2014, 5).

Hoitotyön yhteenveto ei korvaa lääkärin tekemää lääketieteellisen hoidon yhteenvetoa vaan potilas saa kotiutuessaan sekä lääkärin epikriisin että hoitajan tekemän hoitotyön yhteenvedon. Onkin hyvä muistaa, ettei hoitotyön toiminta voi olla ristiriidassa lääketieteellisen hoidon kanssa, vaan sen on tuettava lääkärin antamaa hoitoa ja ohjeistusta. (Hallila 2005, 7.) Hyöty tästä moniammatillisesta yhteistyöstä ja osaamisesta tulee potilaalle (Hallila 2005, 71).

Tietotekniikan käyttö on olennainen osa suomalaista terveydenhuoltoa. Hoitotyötä ei nykyään voi tehdä ilman erilaisia sähköisiä järjestelmiä ja laitteita. (Kaivo-Oja 2011, 180-191.) Hoitotyön kirjaaminen on kehittynyt suuresti käytössä olevien sähköisten järjestelmien myötä (Hallila 2005, 49-50). Potilasturvallisuuden ja hoitotyöntekijöiden oman oikeusturvan kannalta on tärkeätä, että hoitotyön kirjaaminen on reaaliaikaista, virheetöntä ja potilaiden oikeuksia kunnioittavaa (Hallila 2005, 5). Hoitotyön kirjaaminen varmistaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja on yksi tärkeä osa potilasturvallisuutta. Kirjaamisessa pitää näkyä hoidon kannalta oleelliset asiat potilaslähtöisesti, yksilöllisesti ja potilasta kunnioittaen. Laadukas kirjaaminen on osa hyvää hoitotyötä. (Hallila 2005, 36; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014; Rautava-Nurmi ym. 2014, 40.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, millaisia hoitotyön yhteenvetoja Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:den vuodeosastoilla on tehty sekä hoitohenkilökunnan valmiuksia kirjoittaa hoitotyön yhteenvetoja. Opinnäytetyö on kaksiosainen ja aihe on työelämälähtöinen, ajankohtainen sekä käytännönläheinen. Tehtyjen hoitotyön yhteenvetojen sisältö analysoidaan teorialähtöisellä sisällönanalysillä. Sähköisellä kyselyllä selvitetään toimialueen hoitohenkilökunnan kokemuksia ja valmiuksia hoitotyön yhteenvetojen kirjoittamisesta. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Tutkimuksen aihe on ajankohtainen, koska hoitotyön kirjaaminen elää tiettyä murrosvaihetta hoitotyön yhteenvedon myötä. Uudistusten takia hoitotyön kirjaamisen pitää olla entistä yksilöllisempää, ymmärrettävämpää ja sisällöltään laadukkaampaa, jotta siitä olisi todellista hyötyä potilaille, omaisille ja muille hoitotyöntekijöille.

Kesäkuussa 2015 osallistuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin järjestämään Hoitotyön suunnitelma ja yhteenveto – koulutukseen. Koulutuksen alussa ylihoitaja Kaija Leino kertoi hoitotyön kirjaamisen historiasta ja nykyisen potilaskertomusjärjestelmän synnystä. Leinon mukaan meidän hoitajien tulee muistaa, ketä varten kirjaamme. Hän sanoi

osuvasti, että emme kirjaa järjestelmän takia vaan potilaan takia. Lisäksi tulisi muistaa, että hoitotyön kirjaamisen tavoitteena on helpottaa ja jäsentää omaa työtämme. (Leino 2015.)

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on 23 kunnan muodostama kuntayhtymä, jonka tehtävänä on tuottaa terveyttä ja toimintakykyä edistäviä terveydenhuollon palveluja sekä luoda edellytyksiä tätä tukevalle tieteelliselle tutkimukselle ja koulutukselle. Sairaanhoitopiirin alueella asuu noin 525 000 asukasta. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat: Tampereen yliopistollinen sairaala (TAYS), Valkeakosken aluesairaala, Vammalan aluesairaala, Sydänkeskus Oy, Fimlab Laboratoriot Oy, Tekonivelsairaala Coxa Oy, kuvantamiskeskus- ja apteekkiliikelaitos. Henkilökuntaa on yhteensä noin 7500. TAYS on yksi maamme viidestä yliopistosairaalasta. TAYS koostuu 7 eri toimialueesta. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015a.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä hoitotyön sähköinen kirjaaminen ja sen kehittäminen on koettu tärkeäksi asiaksi. Hoitohenkilökunnalle on järjestetty kirjaamiskoulutusta esimerkiksi hoitotyön suunnitelman ja yhteenvedon tekemisestä. Erityisesti Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:llä kirjaaminen ja sen kehittäminen on valittu yhdeksi näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen kohteeksi. Toimialueen kaikilla vuodeosastoilla on tavoitteena siirtyä vähitellen hiljaiseen raportointiin, joka asettaa omat vaatimuksensa laadukkaalle hoitotyön kirjaamiselle. Kaikille potilaille tehdään sairaalaan tulovaiheessa hoitosuunnitelma yhdessä potilaan kanssa ja sen pohjalta kootaan kotiutuessa tai jatkohoitoon siirryttäessä hoitotyön yhteenvedo vuodeosastolla annetusta hoidosta. Kesäkuun 2015 alusta lähtien hoitotyön yhteenvedot on ollut velvollisuus tallentaa myös valtakunnalliseen Potilastiedon arkistoon. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin toimialue 1:den seuraavilta vuodeosastoilta: KEI1 (keuhkosairaudet), KEI2 (keuhko- ja ihosairaudet), sisätautien päivystysosasto eli SPÄI, SIRE (sisätaudit ja reumataudit), 10A (hematologia), 11B (munuaistaudit) ja infektiosasto B0. Hoitohenkilökuntaa näillä vuodeosastoilla on yhteensä 206. Hoitohenkilökunta koostuu sairaanhoitajista, perushoitajista ja lähihoitajista. (Koponen 2015.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä Uranus -potilastietojärjestelmä. Potilaan sairaalaan tulovaiheessa hänelle avataan sähköinen hoitokertomus MD-Mirandaan. Kirjaaminen sähköiseen hoitokertomukseen on moniammatillista eli kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattiryhmät kirjaavat samaan hoitokertomukseen. Syyskuun 2014 alusta lähtien toimialue 1:den potilaat ovat saaneet kotiutumisvaiheessa mukaansa tai potilaan suostumuksella jatkohoitopaikkaan paperille tulostetun hoitotyön yhteenvedon, josta on selvinnyt potilaan saama hoito hoitajakson aikana sekä vointi hoitajakson päättyessä. Yhteenvedo pohjautuu potilaalle tulovaiheessa tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Hoitotyön yhteenvedo kootaan potilaan hoidon aikana sähköiseen MD-MIRANDA:n hoitokertomukseen avattavalle yhteenvetopäivälle, josta se kotiutumisvaiheessa tallennetaan erikoisalakohtaiselle HOI – lehdelle sekä kesäkuun 2015 alusta lähtien myös Potilastiedon arkistoon. Yhteenvetopäivän otsikot ovat hoidon tarve, hoidon tavoitteet, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot. Nämä samat otsikot näkyvät myös lopullisessa hoitotyön yhteenvedossa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:den vuodeosastoilla tehtyjen hoitotyön yhteenvetojen sisältöjä sekä vuodeosastojen hoitohenkilökunnan valmiuksia tehdä hoitotyön yhteenvetoja.

Tämän opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Minkä tasoisia hoitotyön yhteenvetoja toimialue 1:den vuodeosastoilla on laadittu?
2. Miten hoitotyön yhteenvetojen kirjaamista tulisi sisällöllisesti kehittää toimialue 1:den vuodeosastoilla?
3. Minkälaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla on tehdä hoitotyön yhteenvetoja?
4. Miten hoitohenkilökunnan valmiuksia tulisi kehittää?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyön kirjaamista ja näin vahvistaa hoitohenkilökunnan osaamista tehdä sisällöllisesti laadukkaita hoitotyön yhteenvetoja Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:den vuodeosastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyön kirjaamista vuodeosastoilla yhtenäisempään suuntaan, kartoittaa mahdollista kirjaamiskoulutuksen tarvetta sekä aktivoida kirjaamiseen liittyvää moniammatillista keskustelua ja yhteistyötä.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisina lähtökohtina ovat laatujohtaminen terveydenhuollossa, hoitotyön sähköinen kirjaaminen, hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö, omahoitajuus ja hoitotyön yhteenvedon sisältö. Hoitotyön kirjaamista määrittävät monet lait, ohjeet, suositukset ja ammattieettiset asiat. Alla olevaan kuvioon 2 on koottu opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat potilaan hoitotyön kirjaamisprosessissa.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat potilaan hoitotyön kirjaamisprosessissa

4.1 Laatujohtaminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa on totuttu kehittämään tuotteiden, palveluiden ja toiminnan laatua sekä mittaamaan niiden vaikuttavuutta. Hyvä laatu on yksi organisaatioiden keskeisistä menestystekijöistä. Laadun johtaminen on tärkeä osa organisaatioiden johtamista. Laatujohtamisella pyritään tekemään organisaatiosta laatua korostava ja siihen sitoutunut paikka. Laatujohtaminen alkaa aina organisaation johdosta ja ulottuu sen kaikkiin osiin.

Laatua korostava organisaatio on asiakaslähtöinen, sitoutunut laatutyöhön, ennakoiva, henkilöstöään arvostava, kehittämismyönteinen, käyttää laadun seurannassa mittareita ja seuraa niitä sekä tietää ja kantaa yhteiskunnallisen vastuunsa. Tavoitteena on aina sisäistää laatu osaksi toimintaa sekä poistaa sen avulla toiminnasta mahdolliset virheet tai heikkoudet. Tavoitteena on varmistaa asiakastyytyväisyys, parantaa tuottavuutta ja dokumentointia sekä turvata tuotteiden, palvelujen ja toiminnan laatu sekä kehittää näitä edelleen. Organisaation johdon tehtävänä on asettaa tavoitteet ja luoda mahdollisuudet toiminnan laadukkaalle toteuttamiselle sekä huolehtia henkilökunnan motivoinnista ja ammattitaidosta. (Lecklin 2006, 15-41; Kotisaari & Kukkola 2012, 64-69.)

Nykyään myös potilaat osaavat vaatia tiettyä laatua terveydenhuollossa. Laatuajattelun lähtökohtana terveydenhuollossa on yleensä potilas, joko suoraan tai välillisesti. Laadun johtamisen tavoitteena on aina tyytyväinen potilas, mutta samalla oman työn kehittäminen, yhdenmukaiset työkäytännöt, oman työn ymmärtäminen osana kokonaisuutta, työn korkea laatu ja työntekijöiden tukeminen. (Lecklin 2006, 15-41.)

Hoitotyössä laatu merkitsee hoidon saatavuutta, asianmukaisuutta, tehokkuutta, turvallisuutta, potilastyytyväisyyttä, hoidon jatkuvuutta ja hoidon arviointia eli mittaamista (Hallila 2005, 11). Hoidon yksilöllisyys lisää aina hoidon laatua. Yksilöllinen hoitotyön kirjaaminen on tärkeä osa laadukasta hoitotyötä. Kirjaamisen kehittäminen lisää aina hoitotyön laatua ja parantaa potilaiden hoidon laatua. (Suhonen 2005, 36-40; Kotisaari & Kukkola 2012, 63-71.)

4.2 Hoitotyön sähköinen kirjaaminen ja sen laatuvaatimukset

Hoitotyön kirjaamisessa ollaan Suomessa siirrytty manuaalisesta sähköiseen kirjaamiseen ja sähköisen potilaskertomuksen käyttöön. Laadukas sähköinen kirjaaminen tukee potilaslähtöistä hoitotyötä, moniammatillisuutta ja takaa potilaan hoidon jatkuvuuden (Mäkilä 2007, 35-40). Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) kansallisen terveystietojärjestelmän tavoitteena on ollut kehittää yhtenäinen sähköinen potilaskertomus, johon kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat sähköisesti keskeisen potilastiedon yhdenmukaisella rakenteisella tavalla, jolloin oleellinen tieto löytyy helpommin ja nopeammin (Hallila 2005, 8; Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Hoitotyön sähköistä rakenteista kirjaamista ohjaa hoitotyön prosessimalli, jossa kirjaaminen etenee hoidon tarpeen määrittelystä, hoidon suunnittelun ja toteutuksen kautta hoidon arviointiin. Kirjaaminen hoitotyön prosessimallin mukaisesti etsii vastauksia sekä vastaa kysymyksiin mitä, miten ja miksi hoidetaan. Sähköinen hoitokertomus ohjaa kirjaamaan potilaan saaman hoidon hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. (Hallila 2005, 24; Ahonen ym. 2007; Mäkilä 2007, 36-40.)

Hoitotyön keskeisien periaatteiden potilaslähtöisyyden, yksilöllisyyden, hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden pitää toteutua myös jokapäiväisessä hoitotyön kirjaamisessa. Laadukkaasta hoitotyön kirjaamisesta ilmenee, miten potilasta on hoidettu ja annetun hoidon lopputulos. Laadukkaalla kirjaamisella luodaan edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle, turvataan hoitoa koskeva tiedonsaanti sekä varmistetaan hoidon toteutus ja seuranta. Laadukas kirjaaminen on osa hyvää hoitotyötä. Se on hoitajan keskeisin informaation ja kommunikoinnin väline. Tiedon käsitteleminen ja välittäminen on yksi tärkeimmistä hoitajan taidoista ja tehtävistä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 59-61; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014; Rautava-Nurmi ym. 2014, 40-50.)

Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen jakaantuu hoitotyön suunnitelmaan, hoidon toteutukseen ja hoidon arviointiin. Hoitotyön suunnitelmaan kuuluvat potilaan tietojen kerääminen ja analysointi, hoidon tarpeen määrittely, hoidon tavoitteiden asettaminen ja hoitotyön suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitosuunnitelma luo edellytykset hoidon etenemiselle ja jatkuvuudelle. Potilaan tietoja kerätään ja analysoidaan koko hoitajakson ajan. Hoidon suunnittelu alkaa potilaan esitiedoista ja tulohaastattelusta mahdollisimman pian potilaan osastolle saapumisen jälkeen. Kattava tulotilanteen kartoitus lisää hoidon yksilöllisyyttä ja potilaan todellisiin tarpeisiin perustuvaa hoitoa. Hyvin tehty ja kirjattu hoitosuunnitelma auttaa hoitotyöntekijää keskittymään potilaan hoidon keskeisiin asioihin. Yhdessä tehty hoitosuunnitelma lisää myös potilaan tietämystä hoidosta ja sen tavoitteista sekä motivoi niiden saavuttamisessa. (Hallila 2005, 26-27; 61-63; Ahonen ym. 2007; Kotisaari & Kukkola 2012, 59-61.)

Hoidon tarve on syy potilaan hoitoon hakeutumiselle. Hoidon tarve muodostuu yhdestä tai useammasta potilaan kuvaamasta terveysongelmasta, joiden tunnistamisessa hoitotyöntekijä toimii apuna. Hoidon tarve kohtaan kirjataan hoitotyöntekijän kuvaus potilaan olemassa olevista tai tulevista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoito-

toimintojen avulla. Tarpeen määrittäminen tapahtuu potilaan tietojen keräämisen ja niiden analysoinnin avulla. Sähköiseen potilaskertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät asiat. Hoidon tarpeeksi voidaan merkitä lääketieteellinen diagnoosi, mutta hoidon tarpeen tulee kuitenkin kuvata potilaan vointia tai tilannetta, johon voidaan vastata hoitotyön toiminnoin. (Hallila 2005, 63-69; Ahonen ym. 2007; Iivanainen & Syväoja 2012, 18; THL 2013.)

Laadukkaaseen hoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan hoidon tavoitteet mahdollisimman yksilöllisesti, konkreettisesti ja realistisesti. Hoidon tavoitteet tarkoittavat keinoja ja hoitotyön toimintoja, joilla pyritään muuttamaan potilaan terveydentilaa paremmaksi. Tavoitteita asetettaessa on mietittävä, minkälaista muutosta potilaan terveydentilassa odotetaan tapahtuvan ja mitä potilas itse odottaa tapahtuvan. Hoidon tavoitteet sovitaan yhdessä potilaan kanssa. Hoidolle asetettujen tavoitteiden toteutumista on voitava arvioida sekä on hyvä yhdessä miettiä, kuinka realistisia ne ovat. Tarkoituksena ei ole, että hoidon tavoite kohtaan luetellaan vain yksittäisiä hoitohenkilökunnan hoitotyön toimintoja. (Hallila & Graeffe 2005, 84-85; Ahonen ym. 2007; Iivanainen & Syväoja 2012, 18; THL 2013.)

Hoitosuunnitelmaan kirjataan myös hoitotyön suunnitellut toiminnot, joilla hoidolle asetetut tavoitteet saavutetaan. Suunnittelu tehdään yhdessä potilaan kanssa, jotta potilas sitoutuu toimimaan omalta osaltaan tavoitteiden mukaisesti. Hoitotyön suunnitellut toiminnot auttavat moniammatillista henkilökuntaa työskentelemään asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Jokainen jäsen tietää tehtävänsä ja vastuunsa sekä tiedostaa, miten oma työskentely vaikuttaa muiden työhön ja potilaan hoidon etenemiseen. (Ahonen ym. 2007; Kotisaari & Kukkola 2012, 58-59.)

Hoidon toteutus kohtaan kirjataan, miten hoitotyön suunnitellut toiminnot toteutuivat ja mitä muuta tapahtui potilaan hoidossa. Potilaan vointi kuvataan hyvin yksityiskohtaisesti. Viimeisenä hoitoprosessin vaiheista kirjataan hoidon arviointi, jossa pohditaan tavoitteiden saavuttamista, potilaan voinnissa tapahtunutta muutosta sekä potilaan kokemuksia hoidosta. Hoidon arviointi kohdassa arvioidaan toteutunutta hoitotyötä ja hoitotyön laatua. (Hallila 2005, 108-109; Ahonen ym. 2007.)

Työnantajan velvollisuutena on varmistaa, että terveydenhuollon henkilöstöllä on riittävästi osaamista potilastietojen käsittelystä. Osaaminen koskee tieto- ja viestintätekniisiä

taitoja sekä tietojenkäsittelyyn liittyvää lainsäädäntöä. Tarvittaessa työnantajan on järjestettävä täydennyskoulutusta sitä tarvitseville. Täydennyskoulutuksen rinnalle tarvitaan kuitenkin aina paikallista, omassa työyksikössä tapahtuvaa kehittämistä sekä päivittäisten toimintatapojen miettimistä omista lähtökohdista käsin. (Hallila 2005, 51-52.)

4.3 Laadukas hoitotyön yhteenveto

Hoitotyön yhteenveto eli hoitotyön loppuarviointi on osa sähköistä potilaskertomusta ja se tehdään kaikille vuodeosastolla hoidossa oleville potilaille. Yhteenveto pohjautuu potilaalle tulovaiheessa tehtyyn ja hoidon aikana päivitettyyn hoitosuunnitelmaan. Hoitotyön yhteenveto kootaan potilaan hoidon aikana sähköiseen MD-Mirandan hoitokertomukseen avattavalle yhteenvetopäivälle, josta se kotiutumisen tai jatkohoitoon siirtymisvaiheessa tallennetaan erikoisalakohtaiselle HOI – lehdelle, tallennetaan Potilastiedon arkistoon sekä tulostetaan ja annetaan potilaalle. Potilaan lupa tarvitaan, jos hoitotyön yhteenveto lähetetään potilaan jatkohoitopaikkaan. Hoitotyön yhteenvetotarkoituksena on turvata ja parantaa potilaan hoidon jatkuvuutta. Hoitokertomuksen yhteenvetopäivän -otsikot ovat hoidon tarve, hoidon tavoitteet, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot. Nämä otsikot näkyvät myös lopullisessa hoitotyön yhteenvetossa. (Ahonen ym. 2007; Iivanainen & Syväoja 2012, 18; Kotisaari & Kukkola 2012, 61; THL 2013; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014; Rautava-Nurmi ym. 2014, 45-50.)

Hoitotyön yhteenvetotiedon laatiminen edellyttää hyvää päivittäistä kirjaamista. Kirjaamista ohjaa hoitotyön prosessimalli. Tavoitteena on, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat pystyisivät laatimaan yhteenvetotiedon, ei ainoastaan potilaan omahoitaja. Yhteenveto koostaa hoitajakson olennaiset asiat lyhyesti, ytimekkäästi ja arvioivasti yhteen. Tavoitteena on, että sisältö mahtuu yhdelle A4-sivulle, kieli on ymmärrettävää sekä kirjoitettu potilaan omalla äidinkielellä. Hoitotyön yhteenveto kattaa potilaan hoidon hoitotyön osuuden. Lääketieteellisen hoidon osuus löytyy lääkärin tekemästä epikriisistä. Alkuun kuvataan potilaan tila sairaalaan tulovaiheessa ja mahdolliset diagnoosit, seuraavaksi kuvataan hoitotyön tarpeet sekä hoitotyön tavoitteet. Tämän jälkeen kuvataan käytetyt hoitotyön auttamismenetelmät ja erityisesti arvioidaan niillä saavutettuja tuloksia, potilaan vointi lähtöpäivänä sekä jatkohoitoa koskevat asiat. Hoitotyön yhteenvetossa potilaan tulotilannetta verrataan ja arvioidaan aina lähtötilanteeseen. (Hallila 2005 109-110;

Ahonen ym. 2007; Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 16; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014.)

4.3.1 Hoitotyön yhteenvedon sisältö Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (2015b) hoitotyön kirjaamistyöryhmä on tehnyt ohjeen, jossa määritellään mitä otsikoita hoitotyön yhteenvedossa käytetään ja mitä tietoja otsikoiden alta tulee löytyä. Hoitotyön yhteenvedon tarkoitus kirjoittaa tämän ohjeen mukaisesti myös toimialue 1:llä. Ohjeen mukainen hoitotyön yhteenvedo sisältää 1) hoidon tarve, 2) hoidon tavoitteet, 3) hoitotyön toiminnot, 4) hoidon tulokset ja 5) jatkohoidon järjestämistä koskevat otsikot. Näihin otsikkoihin kuuluva hoitotyön sisältö on avattu alla. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b.)

Hoidon tarve tarkoittaa niitä ongelmia, joita potilaan terveydentilassa on. Se muodostuu yhdestä tai useammasta potilaan tunnistamasta terveysongelmasta, joiden tunnistamisessa terveydenhuollon ammattihenkilö auttaa. Hoidon tarve kohtaan tulee merkitä tulosyy ja diagnoosi. Tulosyy on potilaan kertoman mukainen tai terveydenhuollon ammattihenkilön havaintoon perustuva hoitoon hakeutumisen syy. Diagnoosi ilmaisee aina lääketieteellisesti määritellyn taudin eli mitä hoidetaan. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b; THL 2015, 111-112; 117.)

Hoidon tavoitteet kohtaan merkitään potilaan hoidon tavoitteet hoitotyön eri osa-alueilla. Hoitotyön eri osa-alueet ovat 1) lääkehoito, 2) nestehoito, 3) erittäminen, 4) ravitsemus, 5) hengitys, verenkierto ja sairauden oireet, 6) päivittäiset toiminnot, 7) mielenterveyttä edistävä hoitotyö, 8) ohjaus ja 9) potilaan ja/tai omaisen tukeminen. Hoitotyön tavoitteet osa-alueista valitaan vain ne, jotka ovat potilaan hoidon kannalta olennaisia. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b.) Hoidon tavoite tarkoittaa sitä potilaan terveydentilan muutosta, johon yhdessä sovitulla hoitotyön tavoitteilla pyritään (THL 2015, 112).

Hoitotyön toiminnot kohtaan merkitään hoitojaksolla annettu hoito. Tämä käsittää tutkimukset ja toimenpiteet, lääkehoidon, ohjauksen, tukemisen sekä mahdolliset selvitykset hoidon aikaisista poikkeamista. Tähän kohtaan hoitotyön yhteenvedossa tulee kirjata myös lääkehoidon toteutuminen lähtöpäivänä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b.)

Hoidon tulokset kohta sisältää potilaan ja/tai hoitajan arvion hoidosta ja kuntoutuksesta sekä siihen tulee kuvata potilaan vointi lähtötilanteessa (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b). Hoidon arviointi tarkoittaa potilaan voinnissa tapahtuneiden muutosten ja toteutuneen hoidon arvioimista suhteessa hoitosuunnitelmassa asetettuihin tavoitteisiin. Arviointi käsittää tutkimuksiin, toimenpiteisiin, lääkehoitoon, toimintakykyyn ja hoitotyön toimintoihin liittyvät muutokset. (THL 2015, 111.)

Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot otsikko sisältää hoito-ohjeet kotiin ja/tai jatkohoitopaikkaan, potilaan jatkohoidon ohjauksen sekä potilasta hoitaneiden henkilöiden tai osaston yhteystiedot (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b).

4.4 Sähköistä kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Suomessa lainsäädäntö asettaa omat vaatimuksensa hoitotyön sähköiselle kirjaamiselle. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää potilaan oikeuksista ja koskee koko terveydenhuoltoa. Lain mukaan hoitoon tarvitaan potilaan suostumus ja sen on tapahduttava yhteistyössä hänen kanssaan. Laki määrää kuinka hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot merkitään potilasasiakirjoihin. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin edellä mainituista asioista tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjoihin liittyvät tiedot ovat salaisia, mutta yhteenveto annetusta hoidosta voidaan luovuttaa toiselle terveydenhuollon toimipaikalle potilaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää myös potilaan tiedonsaantioikeudesta. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava potilaalle selvitys hänen terveydentilastaan ja kaikista potilaan hoitoon liittyvistä seikoista. Tarvittaessa potilaalla on oikeus oikaista potilasasiakirjamerkintöjä. Tietoja on annettava hoidon merkityksestä ja laajuudesta, riskitekijöistä, epäonnistumismahdollisuuksista, komplikaatioista, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä mahdollisista seuraamuksista, jos toimenpidettä ei tehtäisi. Selvitys on annettava potilaalle ilman erillistä pyyntöä. Merkintöjen ja selvitysten tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 108-111.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittää terveydenhuollon am-

mattihenkilöt, joilla on oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin sekä määrittää velvollisuuden laatia potilasasiakirjoja ja niihin liittyvistä tietojen salassapidosta. Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä vain potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt. Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua.

Henkilötietolaki (523/1999) määrittää henkilötietojen käsittelyä koskevat periaatteet. Lain tarkoituksena on edistää hyvää tietojenkäsittely tapaa ja valvoa sen noudattamista.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) antaa ohjeistusta kirjaamiseen liittyvistä asioista. Asetus määrittää, mitä potilasasiakirjoilla tarkoitetaan ja kenellä on oikeus tehdä niihin merkintöjä. Asetuksessa korostetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilö voi käsitellä potilasasiakirjoja vain työtehtävänsä ja vastuunsa edellyttämässä laajuudessa. Potilasasiakirjamerkinnot tulee tehdä viivytyksettä ja niiden tulee olla virheettömiä, selkeitä sekä ymmärrettäviä. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan perustiedot, riskitiedot, keskeiset hoitotiedot, sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät sekä mahdolliset hoidon aikana esille tulleet haitalliset asiat. Asetuksen mukaan jokaisesta osasto- ja laitoshoidojaksosta tulee laatia loppulausunto.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) määrittelee asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleiset vaatimukset. Lain tarkoituksena on edistää asiakastietojen turvallista sähköistä käsittelyä. Lisäksi tavoitteena on turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys. Asiakastietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina niiden säilytysajan. Laissa määritellään myös potilastietojen sähköinen luovuttaminen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla sekä velvollisuus liittyä käyttämään tietojärjestelmäpalveluja.

4.5 Omahoitajuus

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä omahoitajamalli. Osastoilla, joiden hoitajat ovat vain muutaman päivän mittaisia, on käytössä työvuorokohtainen nimetty hoitaja. Omahoitaja nimetään potilaalle heti hoidon alussa koko hoitajakson ajaksi. Yleensä omahoitaja nimetään vuorokauden sisällä potilaan saavuttua osastolle. Tavoitteena on, että potilaan osastolle vastaanottanut hoitaja ryhtyy omahoitajaksi, ellei hän tiedä jäävänsä heti pidemmälle vapaalle tai lomalle. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Omahoitaja tekee yhdessä potilaan kanssa hoitosuunnitelman, jota tarvittaessa päivitetään hoitajakson aikana. Hoitosuunnitelmalla omahoitaja luo edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle, turvaa hoitoa koskevaa tiedonsaantia sekä varmistaa hoidon toteutuksen myös silloin, kun ei itse ole paikalla. Omahoitaja vastaa hoitotyön suunnittelusta, osallistuu potilaan hoidon toteutukseen ja arvioi hoidon toteutumista sekä vaikutuksia yhdessä hoitavan lääkärin, potilaan ja läheisten kanssa. Omahoitajan ollessa vapaalla korvaava hoitaja hoitaa potilasta ja tarvittaessa päivittää hoitosuunnitelmaa. Korvaavaksi hoitajaksi nimetään yleensä joku pätevyydeltään sopivin työvuorossa olevista hoitotyöntekijöistä. Hän jatkaa potilaan hoitoa hoitosuunnitelman mukaisesti omalla ammattitaidolla ja persoonallaan. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Hoitajakson lopussa omahoitaja kokoaa yhdessä muiden potilaan hoitoon osallistuneiden hoitotyöntekijöiden kanssa hoitotyön yhteenvedon hoitajakson keskeisistä asioista ja tuloksista. Hoitotyön yhteenvedon kokoaminen on helpompaa myös korvaavalle hoitajalle, jos hoitotyön päivittäinen kirjaaminen on hyvää. (Hallila 2005, 109-110.) Tutkitun tiedon mukaan omahoitajuus edistää potilaan yksilöllistä hoidon suunnittelua ja toteutumista sekä vaikuttaa kokonaisuuden laatuun. Yksilöllinen hoidon suunnittelu ja toteutus auttaa hahmottamaan ja huomioimaan potilaan erityistarpeet ja toiveet hoidon eri vaiheissa paremmin. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 22-25; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012; Rautava-Nurmi ym. 2014, 22.)

4.6 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kerätä mahdollisimman kattavasti alkuperäistutkimuksia tietystä aiheesta, selvittää löydettyjen tutkimusten menetelmällinen laatu sekä yhdistää tutkimustulokset (Metsämuuronen 2006, 31). Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tutkitaan jo tehtyjä tutkimuksia mahdollisimman kattavasti. Tarkoituksena on löytää kattavasti tietyn aihepiirin tutkimusten olennainen sisältö. Tavoitteena on koota alkuperäistutkimuksien tuloksia, jotka ovat sitten perustana uudelle tutkimukselle. Pyrkimyksenä on aina saada kokonaiskuva tietystä asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan tutkimuskysymyksiä vielä tarkentaa sekä tehdä aiheesta luotettavia yleistyksiä. Tiedonkeruun on oltava järjestelmällistä. Toteutusprosessi on suunnit-

niteltava ja kuvattava tarkasti, jotta tiedonhakuprosessi pystytään tarvittaessa toistamaan samanlaisena. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37-45; Salminen 2011.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus alkaa aihepiirin rajauksella. Suunnitteluvaiheessa on päätettävä myös alkuperäistutkimusten hyväksymis- ja poissulkukriteerit. Pyrkimyksenä on aina löytää mukaan mahdollisimman edustava joukko luotettavia tutkimuksia. Hyväksymiskriteerit määrittävät, millaiset tutkimukset halutaan ottaa mukaan. Poissulkukriteerien tehtävänä on määrittää haun rajat, jotta tiedonhaku voidaan jossain vaiheessa lopettaa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekijän pitää päättää mistä, millä tavoin, millä kielellä, millä näkökulmalla ja kuinka vanhoja mukaan otettavat tutkimukset ovat. Tietoa haetaan erilaisista tietokannoista valituilla hakusanoilla. Mukaan valitaan alkupe-
räistutkimukset määriteltyjen hyväksymis- ja poissulkukriteerien perusteella. Alkupe-
räistutkimuksia voidaan hakea myös manuaalisella haulla, jolloin pystytään varmistamaan, ettei sähköisten hakujen ulkopuolelle jää oleellisia tutkimuksia. (Metsämuuronen 2006, 31-32.)

4.6.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin marras-joulukuussa 2014 osana ylemmän ammattikorkeakoulun kurssia Näyttöön perustuva toiminta / Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä useammalla manuaalisella haulla vielä keväällä 2015. Tietoa haettiin käsitteistä sähköinen kirjaaminen ja hoitotyön yhteenvedo. Näkökulmana oli hoitaja tai hoitotyö. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli löytää tietoa opinnäytetyön teoreettisista käsitteistä sekä löytää tutkittua tietoa hoitotyön yhteenvedon sähköisestä kirjaamisesta.

Kirjallisuuskatsauksen hakusanojen testaus osoitti, että sähköisestä kirjaamisesta löytyy tietoa, mutta hoitotyön yhteenvedosta vähemmän. Tutkimuksista löydetyn tiedon piti myös olla sovellettavissa suomalaisen terveydenhuoltoon. Hakusanoina käytettiin suomen ja englanninkielisiä sähköinen kirjaaminen / electronic documentation ja hoitotyön yhteenvedo / discharge summary / nursing discharge summary/ nursing summary / nursing information. Molemmista kokonaisuuksista haettiin ensin tietoa erikseen. Lopullinen haku tehtiin yhdistämällä nämä kaksi kokonaisuutta.

Tietoa haettiin Nelli-portaalin kautta eri tietokannoista. Suomenkielisiä hakuja tehtiin MEDIC, Tampereen Ammattikorkeakoulun Theseus ja Tampereen yliopiston PubMed – tietokannoista. Englanninkielisiä hakuja tehtiin CINAHL ja COCHRANE – tietokannoista.

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuille tutkimuksille määriteltiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 1), joita hieman muutettiin keväällä 2015 manuaalisia hakuja tehtäessä. Vasta kevään 2015 hakuja tehtäessä mukaan hyväksyttiin Pro gradu ja ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöt, koska niitä oli tehty viime vuosina aiheen ajankohtaisuuden takia.

TAULUKKO 1. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimukset julkaistu vuosina 2005-2014.	Tutkimukset julkaistu ennen vuotta 2005.
Mukaan hyväksyttiin eri metodein tehdyt tutkimukset.	Tutkimusten tieto ei ole sovellettavissa suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään.
Näkökulmana hoitaja tai hoitotyö.	Näkökulma ei ole oikea.
Tutkimuksen tieto sovellettavissa suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään.	Tieto ei ole sovellettavissa suomalaisen terveydenhuoltoon.
Julkaisukieli suomi tai englanti.	Julkaisukieli joku muu.
Koko teksti saatavilla ilmaiseksi.	Kokoteksti ei ole saatavilla ilmaiseksi.
Mukaan hyväksyttiin Pro gradu- ja YAMK - opinnäytetyöt.	Mukaan ei hyväksytty AMK –opinnäytetöitä.
Laadunarviointipisteet ovat vähintään 14.	Laadunarviointipisteet ovat alle 14.

Haku tuotti yhteensä 144 osumaa, joista otsikon mukaan jatkoon valittiin 20 tutkimusta. Seuraavaksi näistä tutkimuksista luettiin tiivistelmät. Tiivistelmien perusteella mukaan valittiin viisi alkuperäistutkimusta, joiden laatu ja näyttö arvioitiin. Valittujen tutkimusten laadunarviointiin käytettiin Tampereen Ammattikorkeakoulun entisten oppilaiden Gitta Palomäen ja Heli Piirtolan (2012) luomaa lomaketta (liite 1), jonka käyttöön on saatu tekijöiden lupa. Kyseisellä lomakkeella arvioituna tutkimuksen laadunarviointipisteiden tuli olla vähintään 14/20. Lisäksi arvioitiin tutkimusten näytön astetta. Näytön asteen arviointiin käytettiin Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) taulukkoa (liite 2). Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui mukaan 5 alkuperäistutkimusta, jotka löytyvät opinnäytetyön lopusta liitteestä 3.

4.6.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kuusiston, Asikaisen ja Sarannon (2010) tutkimuksen mukaan hoitotyön yhteenvedon koettiin parantavan tiedonkulkua ja yhteistyötä eri ammattiryhmien ja hoitopaikkojen välillä. Hoitotyön yhteenvedon vastaanottaneiden mielestä tieto oli luotettavampaa, nopeampaa ja reaaliaikaisempaa kuin niiden mielestä, jotka eivät olleet yhteenvedoja saaneet. Hoitotyön yhteenvedo auttoi selvästi hahmottamaan asiakkaan kokonaistilanteen paremmin. Hoitotyön yhteenvedon kanssa tekemisissä olleet suhtautuivat lisäksi myönteisemmin yhteenvedon tuomiin mahdollisuuksiin ja hyötyihin. (Kuusisto, Asikainen & Saranto 2010, 310-321.)

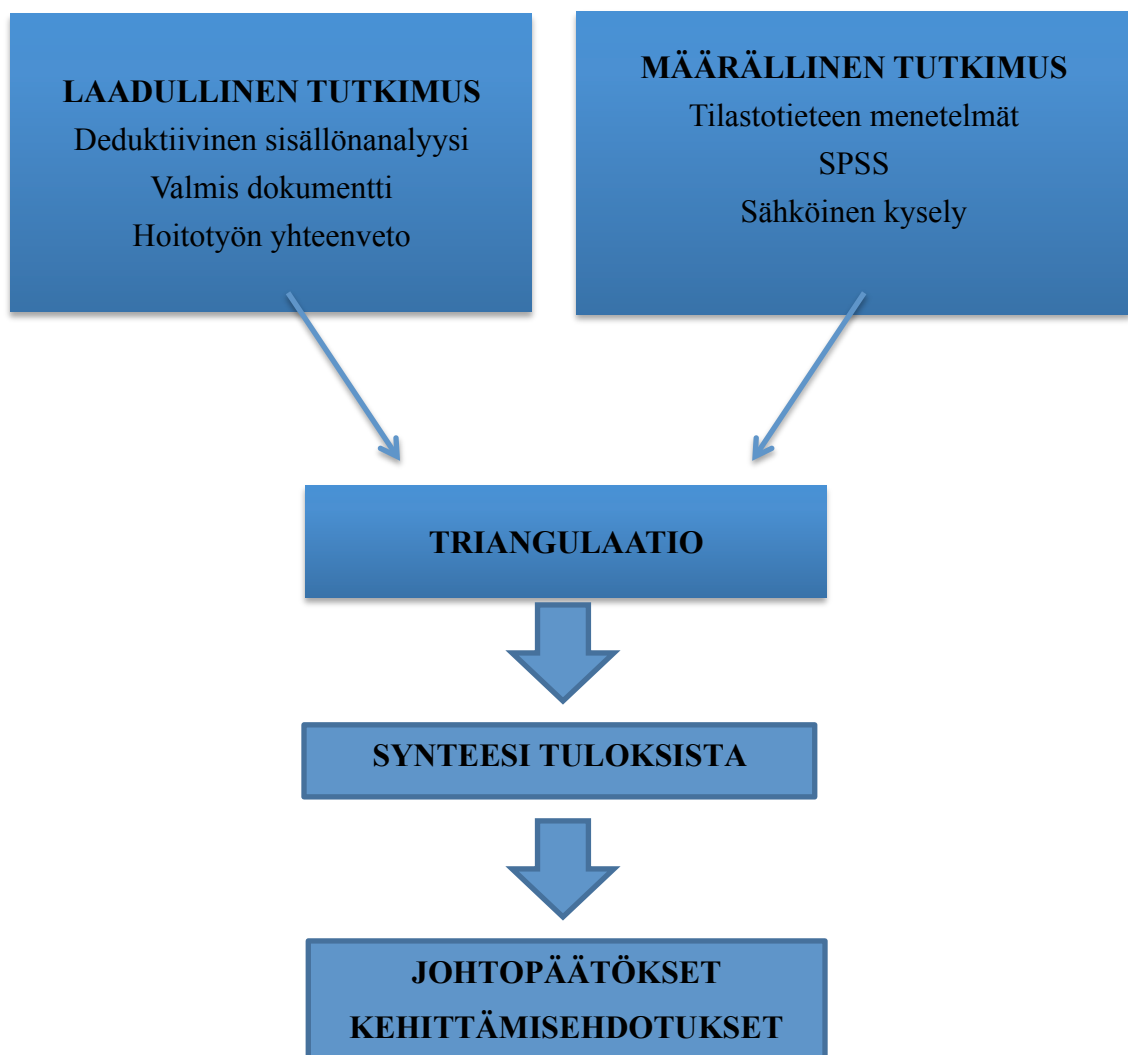
Ritolan (2010) mukaan hoitotyön yhteenvedon kirjaamista on edelleen kehitettävä, jotta hoitotyön näkökulma saataisiin paremmin esille. Keskeisiksi ongelmiksi tällä hetkellä koetaan kirjaaminen liian lääketieteellisestä näkökulmasta lääketieteen termejä käyttäen sekä hoitotyön yhteenvedon sisällön kirjaaminen. Kirjaaminen lääketieteen näkökulmasta aiheuttaa sen, että hoitajat kirjaavat lääkäreiden kanssa päällekkäisiä asioita. Hoitotyön yhteenvedon sisällöstä puuttuu tutkimustulosten mukaan lähes kokonaan ohjauksen, hoidon tavoitteiden ja arvioinnin kirjaaminen. Lisäksi yhteenvedon rakenteessa ei käytetä kaikkia hoitotyön yhteenvedoon kuuluvia otsikoita. (Ritola 2010, 34-36.)

Sähköinen kirjaaminen on muuttanut sairaanhoitajien päivittäistä työtä monella tapaa. Tutkimuksien mukaan myönteisiksi asioiksi koettiin, että lääkärit kirjaavat itse määräyksensä koneelle, kirjaajan tunnistaminen on helppoa, persoonalliset käsialat eivät enää hidasta lukemista, hiljainen raportointi sekä hoidollinen päätöksenteko helpottuivat. Osa koki sähköisen kirjaamisen selkeäksi, mutta osa oli sitä mieltä, että sähköinen, rakenteellinen kirjaaminen vei enemmän aikaa potilailta. Haastaviksi asioiksi koettiin: tietokoneen käytön epävarmuus, tietotekniset ongelmat, riittämätön tuki johdolta ja työtovereilta, suullista raporttia annettaessa potilaan tietojen etsiminen oli hankalaa ja aikaa vievää sekä lääkäreiden asenteet. Potilaan tulohaastattelussa ei tietokonetta mielellään käytetty, koska sen koettiin haittaavan vuorovaikutusta potilaan kanssa. Tämän takia koettiin, että tulohaastattelu vei enemmän aikaa kuin ennen, koska tiedot tallennettiin koneelle paperilta vasta jälkeenpäin. Sähköisen kirjaamisen koettiin selvästi vähentävän potilaan luona vietettyä aikaa. (Hartikainen 2008; Laine 2008, 21-47.)

Lääkärit lukevat hoitotyön sähköisiä kirjauksia lähinnä etsiessään tietoa potilaan hoidon vaikuttavuudesta. Tulosten mukaan olennaisen tiedon löytäminen kirjauksista on kuitenkin vaikeaa, koska se hukkuu rutiinikirjausten joukkoon. Moniammatillista sähköistä kirjaamista tulee kuitenkin edelleen kehittää, jotta kirjaamisesta on todellista hyötyä hoidon laatua arvioitaessa sekä tiedonvälityksessä eri ammattiryhmien ja hoitopaikkojen välillä. Tutkimustulosten mukaan esimiehet käyttävät sähköistä kirjaamista hyväkseen laatiessaan erilaisia raportteja, mutta he eivät osaa vielä hyödyntää sitä hoidon laatua arvioidessaan. (Törnvall & Wilhelmsson 2008.)

5 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä luvussa avataan tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat teorian kautta. Opin- näytetyö voidaan tehdä myös monimetodisella lähestymistavalla (kuvio 2), triangulaati- olla. Triangulaatio tarkoittaa, että työssä yhdistetään erilaisia tutkimusmetodeja, jolloin puhutaan metoditriangulaatiosta, sekä erilaisia tutkimusaineistoja, jolloin puhutaan ai- neistotriangulaatiosta (Vilka 2015, 70). Tässä opinnäytetyössä (kuvio 2) käytettiin sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää. Myös analysoitava tutkimusaineisto kerättiin kahdella eri tavalla. Laadullinen tutkimusaineisto koostuu valmiista kirjallisista dokumenteista, jotka olivat hoitotyöntekijöiden kirjoittamia hoitotyön yhteenvetoja ja määrällinen aineisto sähköisen kyselyn aineistosta.



KUVIO 2. Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat

Monimetodisen lähestymistavan tavoitteena on lisätä tutkimuksen luotettavuutta, koska ilmiötä tai asiaa tarkastellaan eri näkökulmista (Kananen 2014, 121). Monimetodisen lähestymistavan valinta on kuitenkin tutkijalle haaste ja vaatii taitoja. Aineistotriangulaation tavoitteena on tutkittavan ilmiön syvempi ja laajempi ymmärtäminen. Haastavaa on eri aineistojen tulosten yhdistäminen tutkimusraportissa loogiseksi kokonaisuudeksi. (Metsämuuronen 2001, 134; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75-79 ; Vilkka 2015, 70-73.)

5.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa valitaan se menetelmällä, jolla tutkimuksesta haluttu tieto on saatavissa parhaiten. Tutkimusmenetelmiä on myös mahdollista yhdistää samassa työssä. Tutkimusmenetelmät jaetaan yleensä laadulliseen ja määrälliseen. Laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on löytää tietoa, joka auttaa merkitysten ymmärtämisessä. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä pyritään saamaan aikaan numeraalista tietoa, joka kuvaa jotakin asiaa yleisesti, kuvaa tapahtuvaa muutosta tai jonkin asian vaikutusta toiseen. (Vilka 2015, 56-66.)

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa, joka auttaa jonkin ilmiön tai asian ymmärtämisessä. Tavoitteena on todellisen elämän kuvaaminen sekä totuuden löytyminen tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta. Tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Pyrkimyksenä on paljastaa tutkittavasta asiasta odottamattomia seikkoja. Lähtökohtana on, ettei kaikkea toimintaa voi selittää vaan myös poikkeavuudet tutkimusaineistossa kiinnostavat. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elinympäristönsä ja niihin liittyvät merkitykset. Tutkimus on ihmislähtöistä sekä joustavaa. Tutkimussuunnitelma muotoutuu usein vasta tutkimuksen edetessä ja sitä on mahdollista muuttaa olosuhteiden muuttuessa. (Metsämuuronen 2001, 7; Kylmä & Juvakka 2007, 16; Kananen 2008, 24; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160-164; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-68; Vilka 2015, 118-122.)

Laadullinen tutkimus soveltuu käytettäväksi, kun ilmiöstä halutaan saada syvälinen näkemys ja hyvä kuvaus, halutaan luoda uusia teorioita ja hypoteeseja sekä ilmiöstä tiedetään vähän (Kananen 2008, 32; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74-75;

Heikkilä 2014, 16; Kananen 2014, 16-17). Laadullinen tutkimus sopii menetelmäksi, kun lähtökohtana on jonkin asian kehittäminen tai muutoksen aikaan saaminen (Heikkilä 2014, 16; Kananen 2014, 20).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien määrä tai käytettävä aineisto on yleensä pienempi kuin määrällisessä tutkimuksessa ja aineiston lopullinen koko päätetään usein vasta aineiston analyysivaiheessa. Tutkimusaineiston koolla ei ole niin suurta merkitystä kuin aineiston laadulla. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan ilmiöitä ja asioita pyritään ymmärtämään kokonaisuuksina. Laadullisen tutkimuksen yhteydessä puhutaan aineiston saturaatiosta eli kylläntymisestä. Kylläntyminen on tapahtunut silloin, kun tutkittava aineisto ei enää tuota uutta tietoa tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 85-90; Heikkilä 2014, 17; Vilka 2015, 150-153.)

Vilkan (2015) mukaan määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia. Tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia mitataan ja käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Määrällinen tutkimusmenetelmä sopii käytettäväksi silloin, kun tutkimusaineisto on muutettavissa mitattavaan ja testattavaan muotoon. Tarkoituksena on löytää tutkimusaineistosta syy-seuraus – suhteita, jotka selittävät asioiden välisiä yhteyksiä ja ilmaantuvuutta. Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on löytää aineistosta yleisiä lainalaisuuksia, jotka selittävät, miksi asiat ovat niin kuin ovat. Usein tutkimusongelma esitetään selitystä ennakoivan hypoteesin eli perustellun väitteen muodossa. (Vilka 2015, 66-67; Heikkilä 2014, 16.)

Määrälliselle tutkimukselle on ominaista tiedon operationalisointi ja strukturointi. Nämä asiat tulee tehdä tutkimusprosessin alussa ennen tutkimusaineiston keräämistä. Operationalisointi tarkoittaa teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttamista muotoon, jonka tutkittava ymmärtää. Operationalisointi vaikuttaa suoraan tutkimustulosten luotettavuuteen ja pätevyyteen. Tulokset eivät ole luotettavia ja päteviä, jos esimerkiksi sähköiseen kyselyyn vastaaja ei ymmärrä esitettyjä kysymyksiä. Mittariin valittujen käsitteiden on aina mitattava sitä, mitä tutkija on halunnutkin mitata. (Vilka 2007, 14-17; 36-44.)

Strukturointi tarkoittaa, että tutkittava asia ja sen ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan etukäteen. Tavoitteena on, että jokainen vastaaja ymmärtää kysymyksen samalla

tavalla ja kysymykset voidaan kysyä kaikilta vastaajilta samalla tavalla. Määrällisessä tutkimuksessa jokaiselle tutkittavalle asialle eli muuttujalle annetaan arvo, joita on tarkoitus mitata. Hyvin suunnitellun tutkimusprosessin tavoitteena on tehdä mahdollisimman objektiivinen tutkimus. Objektiivisuus tarkoittaa, että tutkijalla on mahdollisimman etäinen suhde tutkittavaan, jolloin hän ei pysty vaikuttamaan vastaajaan. Esimerkiksi sähköisessä kyselyssä tutkija ei tapaa tutkittavaa henkilökohtaisesti. Tutkimustulos on objektiivinen, kun se on tutkijasta riippumaton eli tutkija ei vaikuta itse tutkimustulokseen mitenkään. Määrällisen tutkimuksen aineisto on yleensä suurempi kuin laadullisessa tutkimuksessa. (Vilka 2007, 14-17.)

5.2 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen aineisto voidaan kerätä monella eri tavalla. Kaikki ihmisen tuottama materiaali (puhe, kuvat, tekstit) kertovat jotakin ihmisten kokemusten laadusta. Laadullinen tutkimusmenetelmä ei aina tarkoita, että tutkijalla on läheinen kontakti tutkittavaan, vaikka yleisesti käytetyin tapa kerätä laadullinen tutkimusaineisto on haastattelu. Laadullisen tutkimuksen aineisto voidaan kerätä haastattelujen sijaan myös havainnoimalla. Havainnointia voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Havainnointitapaan vaikuttaa se, ollaanko havainnoimassa ihmisten toimintaa vai ihmisten tuottamia valmiita kuva- tai tekstimateriaaleja. Laadullinen tutkimusmenetelmä ei aina vaadi tutkijan ja tutkittavan läheistä kontaktia vaan tutkimusaineisto voidaan kerätä myös käyttämällä valmiita dokumentteja hyväksi. Dokumentti voi olla esimerkiksi kirja, artikkeli, päiväkirja, kirje, haastattelu, puhe, keskustelu, dialogi, raportti tai joku muu kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71,84; Vilka 2015, 142-143.)

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineisto voidaan kerätä juuri tiettyä tutkimusta varten tai hyödyntämällä aiemmin kerättyjä aineistoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113). Määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetään tavallisimmin kyselylomaketta tutkimusaineiston keräämisessä. Kysely voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Kyselyssä survey-tutkimus nimitys viittaa siihen, että kysely on standardoitu eli vakioitu. Vakioiminen tarkoittaa, että kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. (Vilka 2007, 27-28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114; Vilka 2015, 94.) Onnistunut kyselylomake eli mittari on perusta laadukkaalle ja luotettavalle määrälliselle tutkimukselle, joten sen huolellinen suunnitte-

lu kannattaa. Lomakkeen tulisi aina mitata sitä, mitä tutkimussuunnitelmassa sanotaan mitattavan. (Vilkkä 2007, 62-63; Vilkkä 2015, 105.)

Määrällisen tutkimuksen aineiston keruussa käytetyn kyselylomakkeen tekemisen tärkeimmät vaiheet ovat lomakkeen suunnittelu, kysymysten muotoilu ja testaus (Vilkkä 2007, 78-79). Kyselylomakkeen eli mittarin tekemisen lähtökohtana on, että tutkija tuntee tutkimusongelman aihealueen keskeiset käsitteet sekä kohderyhmän, jota tutkimus koskettaa. Kyselylomake ei saa olla epämääräinen kysymysten kokoelma vaan sen tulee mitata tutkittavaa asiaa. Kyselylomakkeen avulla tutkija on vuorovaikutussuhteessa tutkittavan kanssa. (Vilkkä 2007, 70-71; Vilkkä 2015, 105.)

Lomakkeen suunnittelu alkaa aina teoriasta nousseista isoista asiakokonaisuuksista, joiden pohjalta tehdään kyselylomakkeen varsinaiset kysymykset. Kysymyksillä pitää saada vastaajilta mahdollisimman kattavat vastaukset. Kysymysten jälkeen tutkijan on päätettävä, saadaanko vastaukset parhaiten monivalintakysymyksillä (suljettu kysymys, strukturoitu kysymys), sekamuotoisilla kysymyksillä vai avoimilla kysymyksillä. Monivalintakysymyksissä vastaajalle annetaan valmiit vastausvaihtoehdot, jolloin kysymysmuoto on standardoitu eli vakioitu. Aineiston analysointia helpottaa, jos kysymykset ovat mahdollisimman strukturoidut, jolloin vastaaja voi valita vain yhden vastauksen. Vastausvaihtoehtojen tulee olla toisensa poissulkevia eikä yhdessä kysymyksessä tule koskaan kysyä samalla kertaa useampaa asiaa. (Vilkkä 2007, 70-71; Vilkkä 2015, 105-106.)

Likertin asenneasteikkoa käytetään yleensä silloin, kun määrällisen tutkimuksen tavoitteena on mitata vastaajien kokemuksiin perustuvia mielipiteitä. Mittaamisen tavoitteena on löytää eroja vastaajien asenteista ja mielipiteistä. Likertin asteikko voi olla järjestyksasteikko, jos asteikon jokainen arvo (1-5) on kuvattu sanallisesti, tai välimatkaasteikko, jos ainoastaan asteikon ääripäät (1 ja 5) on kuvattu sanallisesti. Asteikon perusideana on, että asteikon keskikohdasta lähtien toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa (täysin samaa mieltä) ja toiseen suuntaan samanmielisyys vähenee (täysin eri mieltä). Vastaajan tulee valita asteikolta parhaiten omaa mielipidettään vastaava vaihtoehto. Asteikko voi olla 4-, 5-, 7- tai 9-portainen. (Vilkkä 2007, 45-46; Heikkilä 2014, 51-52.)

Kyselylomake tulee aina testata ennen sen lähettämistä vastaajille. Lomakkeen testaaminen tarkoittaa, että muutama perusjoukkoon kuuluva arvioi kriittisesti kyselylomak-

keen vastaamalla siihen. Testaamisella selvitetään seuraavia asioita: kysymysten toimivuutta ja kattavuutta, vastausohjeiden selkeyttä ja toimivuutta, kysymysten täsmällisyyttä, selkeyttä ja yksiselitteisyyttä, kysymysten kykyä mitata sitä asiaa, jota on tarkoitus mitata ja kyselylomakkeen pituutta sekä vastaamiseen käytettyä aikaa. Onnistunut testaaminen edellyttää, että testaajat kykenevät perustelemaan antamansa palautteen. (Vilkkä 2007, 78; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191-192; Heikkilä 2014, 58; Vilkkä 2015, 108.) Testaamisen merkitys korostuu silloin, kun käytetään uutta, kyseistä tutkimusta varten laadittua mittaria (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191).

Sähköisesti lähetettyyn kyselylomakkeeseen tulee aina liittää mukaan saatekirje, joka antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta. Saatekirjeen perusteella kyselyn saanut henkilö päättää osallistumisestaan ja vastaamisestaan. Saatekirjeen tavoitteena on motivoida kyselyn saanut vastaamaan. (Vilkkä 2007, 65; 80.) Saatekirje on korkeintaan sivun mittainen. Sen tulee sisältää riittävästi tietoa kyseisestä tutkimuksesta, koska puutteelliset tiedot lisäävät vastaamatta jättämistä. Kirjeen sävyn tulee olla kohtelias, myönteinen ja puhutella vastaajaa. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavien määrä on yleensä suuri ja tutkija ei tunne kaikkia vastaajia, joten tästä syystä on suositeltavaa käyttää teitittelyä sinuttelun sijaan. Kohderyhmä vaikuttaa kuitenkin lopullisen puhuttelumuodon valintaan. Saatekirjeestä tulee löytyä seuraavat asiat: tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, tutkimuksen osapuolet, kiitokset vastaajalle, tieto, kuinka vastaajan henkilötiedot on suojattu ja tutkimuksesta vastaavan yhteystiedot. Saatekirje tai saatesanat ovat ensimmäinen asia, jonka vastaaja näkee tutkimuksesta. Tämän takia tekstin sisällön ja saatteen visuaalisen ilmeen tulee olla hyvin suunniteltu ja toteutettu. (Vilkkä 2007, 80-88; Heikkilä 2014, 59.)

5.3 Aineiston analyysimenetelmät

Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen alkaa laadullisen aineiston analyysi, jota monesti pidetään tutkimusprosessin haasteellisimpana osana (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163). Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Se voidaan jakaa sisällön erittelyyn ja varsinaiseen sisällönanalyysiin. Sisällön erittely tarkoittaa, että käytettyä tekstiaineistoa kuvataan myös numeroin eli kvantitatiivisesti. Varsinainen sisällönanalyysi tarkoittaa tekstiaineiston sisällön kuvaamista laa-

dullisesti eli kvalitatiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105-108.)

Varsinainen sisällönanalyysi on tutkimusaineiston kuvaamista sanallisesti. Sen avulla kerätty aineisto tiivistetään, jotta siitä voidaan tarkastella tutkittavien ilmiöiden ja asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysissa tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Se käy minkä tahansa dokumentin analysointiin. Sisällönanalyysilla pyritään luomaan hajanaisesta aineistosta selkeää ja yhtenäistä tietoa, jotta tulkinta ja johtopäätösten teko mahdollistuvat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-94; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165-167.) Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä eli induktiivista tai teorialähtöistä eli deduktiivista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,167; Vilka 2015, 163).

Teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi pohjautuu teoriaan, ajatteluun tai malliin, jonka tutkija kuvaa tutkimuksen alussa. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä teoria ja aikaisemmat tutkimukset aiheesta ohjaavat analyysiä sekä käsitteiden ja luokitusten määrittelyä. Tavoitteena on uudistaa tutkittavaa asiaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167-168; Vilka 2015, 170-171.)

Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on aina analyysirungon muodostaminen tai siitä päättäminen. Analyysirunko voi olla väljä tai tarkasti strukturoitu, jolloin aineistosta etsitään analyysirunkoon sisällöllisesti kuuluvia asioita. Aineistosta on tarkoitus poimia ne asiat, jotka kuuluvat rungon sisälle sekä sellaiset asiat, jotka jäävät rungon ulkopuolelle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

Ennen analyysin aloittamista tulee määrittää käytettävä analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 168.)

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston kerääminen, aineiston käsittely sekä analysointi ja tulkinta ovat erillisiä vaiheita. Aineiston käsittely alkaa, kun aineisto on saatu koottua. Tämä tarkoittaa, että kyselylomakkeilla saatu aineisto syötetään, tarkastetaan ja tallennetaan sellaiseen muotoon, että sitä voidaan tutkia numeerisesti taulukko- ja tilasto-ohjelmilla. Aineiston tarkastuksessa tärkeintä on arvioida tutkimuksen kato eli puuttuvien tietojen määrä. Tarkistuksessa lomakkeen tiedot käydään läpi kysymys kysy-

mykseltä ja arvioidaan puuttuvat tiedot ja mahdolliset virheet. Puutteellisesti täytetyt lomakkeet voidaan perustelluista syistä ottaa mukaan. Määrällisessä tutkimuksessa katon laatu pitää aina arvioida. (Vilka 2007, 106-110; Heikkilä 2014, 178-179.)

Aineiston käsittely alkaa kyselylomakkeiden numeroinnilla, jotta tallennettuja tietoja on helppo tarvittaessa tarkistaa jälkikäteen. Tämän jälkeen kaikki tiedot syötetään ja tallennetaan havaintomatriisiin. Havaintomatriisi on taulukko, jossa vaakariveiltä löytyy yhden vastaajan kaikki tiedot ja pystysarakkeista löytyy yhden kysymyksen kaikki vastaukset. Vaakarivit ovat tilastoyksiköitä eli vastauksia tutkimuskysymyksiin tai mielipiteitä tutkittavista asioista. Pystysarakkeet ovat muuttujia. Muuttujalla tarkoitetaan, mitä tahansa mitattavaa asiaa, jonka arvoissa on vaihtelua. Jokaisen pysty- ja vaakarivinleikkauspisteestä löytyy yksi havainto. Tallennuksen jälkeen tarkistetaan vielä, että kaikki tiedot on syötetty ja tallennettu oikein. Aineiston tarkastuksella vähennetään virheitä ja parannetaan aineiston laatua sekä tutkimustulosten tarkkuutta. (Vilka 2007, 111-117; Nummenmaa 2011, 47-48; Heikkilä 2014, 13, 120-121.)

Määrällinen tutkimus on tilastollista tutkimusta, joka perustuu mittauksiin. Määrällisen tutkimuksen aineistoa analysoidaan tilastollisin menetelmin. Tilastollisten menetelmien tarkoituksena on helpottaa tutkimuksessa kerättyjen tietojen tulkitsemista. Tilastolliseen analyysiin soveltuvia ohjelmistoja on olemassa useita. (Vilka 2015, 113; Heikkilä 2014,15-16.) SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) on tilasto-ohjelma, jonka avulla tilastollisten taulukoiden, tunnuslukujen ja testien tekeminen onnistuu. Excel – taulukkolaskentaohjelmaa voidaan myös käyttää apuna. (Nummenmaa 2011, 50-55; Heikkilä 2014, 118-119.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin monimetodisella lähestymistavalla, triangulaatiolla, mikä tarkoittaa, että työssä käytettiin sekä laadullista eli kvalitatiivista että määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Myös analysoitava tutkimusaineisto kerättiin kahdella eri tavalla. Laadullinen tutkimusaineisto kerättiin vuodeosastoilla kirjoitetuista hoitotyön yhteenvedoista ja määrällinen aineisto hoitohenkilökunnalle tehdyllä sähköisellä kyselyllä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa (liite 4).

6.1 Aineiston keruu vuodeosastoilta

Tutkimuksen laadullinen aineisto kerättiin Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:den neljältä vuodeosastolta. Osastoilta kerättiin yhteensä 21 potilaan HOI –lehdelle tallennettua hoitotyön yhteenvedoa. Tutkimusluvan (liite 4) saannin jälkeen toimialue 1:den vuodeosastojen osastonhoitajiin otettiin sähköpostilla yhteyttä ja sovittiin, milloin tutkija voi hakea tarvittavan aineiston osastoilta. Aineisto hankittiin huhtikuun 2015 aikana. Mukaan otettiin ensimmäiset kolme HOI- lehdelle tallennettua hoitotyön yhteenvedoa potilailta, jotka olivat kotiutuneet osastoilta 16.3.2015 tai myöhemmin. Osastonhoitaja tai -sihteeri etsi osastolta kotiutuneiden joukosta potilaat, joille oli tehty HOI – lehdelle hoitotyön yhteenvedo ja tulosti sen paperisena tutkijalle. Potilaan henkilötunnus ja nimi leikattiin papereista heti pois, jolloin ne eivät tulleet tutkijan tietoon. Ajankohdan, jolta hoitotyön yhteenvedoja etsittiin, päätti tutkija.

Ensimmäisen suunnitelman mukaan tarkoituksena oli kerätä kolme hoitotyön yhteenvedoa jokaiselta seitsemältä vuodeosastolta. Tämä suunnitelma ei kuitenkaan toteutunut, koska kolmen osaston hoitotyön yhteenvedoja ei ollut tallennettu hoitokertomuksen yhteenvedopäivältä HOI – lehdelle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (2015b) kirjaamistyyryryhmän ohjeistuksen mukaisesti. Tämän takia näiltä kolmelta vuodeosastolta ei otettu hoitotyön yhteenvedoja mukaan lopulliseen tutkimusaineistoon. Tämän seikan vuoksi joiltakin osastoilta mukaan tuli enemmän kuin kolme hoitotyön yhteenvedoa. Tulosten analyysivaiheessa keskitytään ainoastaan hoitotyön yhteenvedojen asiasisältöön eikä

osastoihin, joissa ne on kirjoitettu. Tuloksissa ei eritellä osastoja. Tämä tieto jää ainoastaan tutkijan tietoon.

6.2 Laadullisen aineiston analyysi

Laadullisen aineiston keräämisen jälkeen aloitettiin aineiston varsinainen analyysi. Aineisto analysoitiin laadullisin ja osittain määrällisin menetelmin. Analyysissä käytettiin teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysiä sekä osittain sisällön erittelyä, joka tarkoittaa tekstisisällön kuvaamista numeerisesti eli määrällisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105-108). Teorialähtöiseen sisällönanalyysiin päädyttiin, sillä hoitotyön yhteenveto on tarkoitus kirjoittaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (2015b) hoitotyön kirjaamistyöryhmän ohjeen mukaisesti eli olemassa oleva ohje ohjaa sen kirjoittamista. Tehty ohje pohjautuu teoriaan, jota aiheesta tiedetään.

Vuodeosastoilta kerätyn aineiston analyysi aloitettiin numeroimalla hoitotyön yhteenvedot yhdestä kahteenkymmeneenyhteen. Tämän jälkeen hoitotyön yhteenvedot luettiin läpi useamman kerran, jotta aineistosta saatiin mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä käytettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (2015b) hoitotyön kirjaamistyöryhmän ”Moniammatilliset otsikot” – ohjeen pohjalta muodostettua analyysirunkoa (taulukko 2). Tässä ohjeessa on määritelty tarkasti hoitotyön yhteenvedossa käytettävät otsikot ja niiden sisältö. Ohjeen mukainen hoitotyön yhteenveto sisältää 1) hoidon tarve, 2) hoidon tavoitteet, 3) hoitotyön toiminnot, 4) hoidon tulokset ja 5) jatkohoidon järjestämistä koskevat otsikot. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b.)

Analyysirungosta (taulukko 2) löytyvät ne keskeiset asiat, jotka nousivat tutkimusaiheen teoriasta esille. Muodostettu analyysirunko sisältää ne asiat, jotka laadullisesti hyvin kirjoitetusta hoitotyön yhteenvedosta pitäisi löytyä. Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus, joka on yhden tai useamman lauseen muodostama kokonaisuus (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 168). Ajatuskokonaisuudesta lukija ymmärtää paremmin hoitotyön kirjaamisen tarkoituksen ja kokonaisuuden.

TAULUKKO 2. Teorialähtöisessä sisällönanalyyysissä käytetty analyysirunko

<p>Hoidon tarve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tulosyy • diagnoosi
<p>Hoidon tavoitteet hoitotyön eri osa-alueilla</p> <ul style="list-style-type: none"> • lääkehoito • nestehoito • erittäminen • ravitseminen • hengitys, verenkierto ja sairauden oireet • päivittäiset toiminnot • mielenterveyttä edistävä hoitotyö • ohjaus • potilaan/omaisen tukeminen
<p>Hoitotyön toiminnot</p> <ul style="list-style-type: none"> • annettu hoito kirjattuna • lääkehoidon toteutus lähtöpäivänä
<p>Hoidon tulokset</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoitajan arvio hoidosta ja kuntoutuksesta • potilaan arvio hoidosta ja kuntoutuksesta • potilaan vointi lähtötilanteessa
<p>Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoito-ohjeet kotiin ja/tai jatkohoitopaikkaan • potilaan jatkohoidon ohjaus • potilasta hoitaneiden/osaston yhteystiedot

Analyysirungon (taulukko 2) muodostumisen jälkeen aineistosta etsittiin systemaattisesti sinne kuuluvat asiat. Ensimmäisenä jokaisesta hoitotyön yhteenvedosta etsittiin ohjeen mukaiset otsikot ja värejä hyväksi käyttäen niihin kuuluva asiasisältö. Seuraavaksi löydetyt asiat koottiin manuaalisesti analyysirungosta muodostettuun taulukkoon. Tämä helpotti hahmottamaan hoitotyön yhteenvedojen eri osa-alueiden sisältöä. Tämän jälkeen kirjoitetusta tekstistä poimittiin eri osa-alueiden sisällöstä ajatuskokonaisuuksia taulukoihin, jotka oli muodostettu hoitotyön yhteenvedossa käytetyistä otsikoista. Lisäksi analysoitiin tarkemmin kirjoitetun tekstin ymmärrettävyyttä, asettelua ja pituutta sekä kiinnitettiin huomiota siihen, oliko hoitotyön yhteenvedon sisällössä eroa potilaan kotiutuksessa tai siirtyessä jatkohoitoon. Viimeisenä yhteenvedoista etsittiin asioita, joita hoitotyön yhteenvedossa ei ohjeen mukaisesti kuuluisi olla.

6.3 Aineiston keruu kyselylomakkeella

Tutkimuksen määrällinen aineisto kerättiin Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:den hoitotyöntekijöiltä (N=206) seitsemältä vuodeosastolta, koska kyseisen toimialue-

een vuodeosastoilla tehdään potilaille hoitotyön yhteenvetoja eli hoitohenkilökunnalla on kokemusta asiasta. Kokemus jostain asiasta, motivoi yleensä ihmisiä vastaamaan kyselyihin (Vilka 2007, 64). Vastaajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn työajalla, työtietokoneella, työsähköpostin kautta. Lisäksi kyselyyn vastaaminen ei vaatinut mitään erityisiä tietoteknisiä taitoja tai salasanoja vaan kysely avautui suoraan saatekirjeen mukana tulleesta linkistä. Aineisto kerättiin sähköisellä Webropol – kyselyllä, joka lähetettiin vastaajille sähköpostin kautta. Tutkimuksessa käytettiin tutkijan laatimaa sähköistä kyselylomaketta (liite 5). Kyselylomakkeet lähetettiin vastaajille saatekirjeen (liite 6) kera osastonhoitajien kautta ja vastaaminen tapahtui sähköisesti.

Kyselylomake laadittiin tätä tutkimusta varten tutkijan toimesta. Lomakkeen kysymykset olivat pääosin suljettuja ja strukturoituja eli vastaajille annettiin valmiit vastausvaihtoehdot ja kaikilta kysyttiin samat asiat (Vilka 2015,106). Taustatiedot osiossa vastaajat joutuivat vastaamaan viiteen kysymykseen (ikä, työkokemus, omahoitaja, hoitosuunnitelma, hoitotyön yhteenveto) numerolla. Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuivat teoriasta ja hoitotyön yhteenvedon ohjeistuksesta nousseisiin asioihin. Kyselyssä vastaajia pyydettiin arvioimaan Likert – asteikolla 1-5 (täysin eri mieltä – täysin samaa mieltä) hoitotyön yhteenvedon tekemiseen liittyviä väittämiä. Tässä tutkimuksessa asteikko luokiteltiin välimatka-asteikoksi, koska vain asteikon ääripäät (1 ja 5) kuvattiin sanallisesti. Tähän kyselylomakkeeseen valittiin 5-portainen asteikko, koska sen avulla keskikohdan, samanmielisyyden ja erimielisyyden hahmottaminen oli tutkijan mielestä helpompaa.

Sähköinen kyselylomake (liite 5) muodostui taustatiedoista sekä 3 osa-alueesta. Osa-alueet olivat kirjaamisen toteutuminen (8 väittämää), hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen (10 väittämää) ja hyöty hoitotyön yhteenvedosta (7 väittämää). Sähköisen kyselylomakkeen kysymykset 1-12 olivat taustakysymyksiä ja selittäviä muuttujia, joilla uskottiin olevan vaikutusta tutkittavaan asiaan. Selittävien muuttujien kautta tarkoituksena on selittää saatuja tuloksia tai löytää niiden aiheuttamat muutokset tutkittavaan asiaan (Vilka 2015, 105). Taustatiedoissa ei tietoisesti kysytty vastaajan osastoa, koska tämän asian ei haluttu vaikuttavan vastaamishalukkuuteen.

Kyselylomakkeen kysymykset 13-20 mittasivat vastaajien hoitotyön kirjaamiseen liittyviä valmiuksia. Kysymykset johdettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksista, sähköistä hoitotyön kirjaamista ohjaavasta teoriasta sekä terveydenhuollon laatujohtamisen tavoit-

teista. Kysymykset 21-30 mittasivat vastaajien hoitotyön yhteenvedon kirjaamiseen liittyviä valmiuksia ja ne pohjautuivat hoitotyön kirjaamisen ja hoitotyön yhteenvedon teoriaan sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (2015b) hoitotyön kirjaamistyöryhmän ohjeeseen. Viimeisen osion kysymykset 31-37 mittasivat vastaajien kokemuksia hoitotyön yhteenvedon hyödyistä. Kysymykset pohjautuvat tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien tavoitteista nousseisiin asioihin (liite 5).

Kyselylomake esiteltiin yhden osaston sairaanhoitajilla (n=5) sekä sisällön että toimivuuden osalta 11.5.2015. Kaikki esitestaukseen osallistuneet sairaanhoitajat täyttivät paperisen kyselylomakkeen vapaaehtoisesti aamuvuorossa. Esitestaukseen osallistumisen takia heille annettiin mahdollisuus jättää vastaamatta lopulliseen kyselyyn. Pääsääntöisesti kyselylomake koettiin selkeäksi ja helpoksi täyttää eikä sen täyttäminen vienyt vastaajista liikaa aikaa. Vastaamiseen käytettyä aikaa ei mitattu tarkemmin. Saadun palautteen perusteella lomakkeesta korjattiin vielä muutamaa taustatietoa selvittävää kysymystä sekä lisättiin niihin yksi selventävä kysymys.

Tehtyjen korjausten jälkeen kyselylomake (liite 5) ja saatekirje (liite 6) lähetettiin sähköpostilla toimialue 1:den atk-koordinaattori Raija Niskaselle, joka työsti kyselyn Webropol -muotoon. Webropol on suomalainen tutkimus- ja tiedonkeruuohjelma, jonka avulla sähköinen tiedonkeruu, tiedon analysointi ja raportointi onnistuvat. Tulokset ovat tutkijan käytössä reaaliaikaisesti. Lisäksi kaikki tieto ja tulokset ovat siirrettävissä Exceliin, PowerPointiin, Wordiin sekä moniin tilasto-ohjelmiin, kuten SPSS – ohjelmaan. (Heikkilä 2014, 118-119.) Ennen kyselyn lopullista lähettämistä eteenpäin vastaajille kyselyn lopullinen versio vielä oikoluettiin ja tarkistettiin yhdessä Niskasen kanssa.

26.5.2015 saatekirje ja sähköisen kyselylomakkeen linkki lähetettiin valittujen vuodeosastojen osastonhoitajille, jotka olivat luvanneet toimittaa kyselyn eteenpäin hoitotyöntekijöiden (N=206) sähköposteihin. Vastausaikaa annettiin 12.6.2015 asti eli reilut kaksi viikkoa. Tutkija sai linkin Webropol – kyselyn raporttiin, josta pystyi seuraamaan koko kyselyn ajan vastausprosenttia ja annettuja vastauksia reaaliaikaisesti. Kyselyn puolivälissä osastonhoitajille lähetettiin vielä viesti, jotta he kannustaisivat henkilökuntaa vastaamaan aktiivisemmin sähköiseen kyselyyn.

Vastauksia sähköiseen kyselyyn saatiin 48 kappaletta. Vastausprosentiksi tuli 23,3 %. Linkki lopulliseen Webropol – raporttiin saatiin vastausajan umpeuduttua kesäkuun

puolivälissä. Lopullinen kaksiosainen raportti tallennettiin sähköisesti sekä tulostettiin myös paperille. Raportin ensimmäisestä osasta löytyi kaikkien vastaajien vastaukset vastauskoodeilla lueteltuina, tarkka vastauspäivä ja kellonaika. Vastausrivit numeroitiin, jotta tietojen lukeminen ja syöttäminen havaintomatriisiin oli helpompaa. Raportin toisesta osasta löytyi strukturoitujen taustakysymysten tulokset pylväsdiagrammeina sekä Likertin – asteikolla mitatut väittämät taulukoituina. Taulukoista näkyi eri vastausten jakautuminen asteikolla sekä vastausten keskiarvot.

6.4 Määrällisen aineiston analyysi

Syyskuussa 2015 sähköisen kyselyn aineisto syötettiin SPSS – tilasto-ohjelmaan luotun havaintomatriisiin. Havaintomatriisiin muuttujat vastasivat kyselylomakkeen kysymyksiä. Aineiston tallennusvaiheessa muuttujien nimet ja arvot vielä tarkistettiin sekä tehtiin muutama korjaus, koska tässä vaiheessa havaittiin yksi puuttuva tieto ja muutama ristiriitainen merkintätapa. Yhden vastaajan ikä jätettiin tallentamatta virheellisen merkinnän vuoksi. Työkokemuskohdassa noin vastaukset pyöristettiin lähimpään kokonaiseen lukuun. Kysymyksissä, montako hoitosuunnitelmaa ja montako hoitotyöryhteenvetoa oli tehnyt viimeisen kuukauden aikana, käytettiin kahden arvon keskiarvoa, koska vastaukset olivat merkitty tulkinnanvaraisesti. Kohta, jossa luki, tehnyt ”monta” hoitotyön yhteenvetoa, jätettiin tallentamatta. Puuttuvia tietoja löytyi aineistosta muutamia, joten yhtään vastauslomaketta ei jouduttu hylkäämään tämän seikan takia. Puuttuvia tietoja ei paikattu missään vaiheessa.

Tutkimuksen määrällinen aineisto analysoitiin SPSS -tilasto-ohjelmalla. Aineistosta laskettiin ensin suorat jakaumat, jotta aineistosta saatiin jonkinlainen yleiskuva sekä tarkistettiin, että kaikki tiedot oli tallennettu oikein. Muuttujista katsottiin frekvenssit, prosentit, keskiarvot, keskihajonnat, minimi ja maksimit. Keskiarvot laskettiin myös kyselylomakkeen Likert – asteikkoisille muuttujille, vaikka pienessä havaintomäärässä ääriarvojen vaikutus voi olla keskiarvoon merkittävä (Heikkilä 2014, 83).

Tässä tutkimuksessa käytettiin korrelaatiokerrointa eri muuttujien välisten yhteyksien tutkimisessa, koska haluttiin selvittää, mitkä eri asiat ja yhteydet vaikuttavat hoitohenkilökunnan valmiuksiin tehdä hoitotyön yhteenvetoja. Korrelaatiokerroin kuvaa kahden muuttujan välisen riippuvuuden voimakkuutta. (Heikkilä 2014, 90-91.) Pearsonin korre-

laatiokertoimella voidaan tarkastella kahden välimatka-asteikollisen muuttujan riippuvuutta toisistaan. Tutkijan tehtävänä on aina päättää, kumpi on selittävä ja kumpi selitettävä muuttuja. Korrelaatiokerroin voi vaihdella -1:n ja +1:n välillä ja kertoimen arvo 0 ilmoittaa, ettei muuttujien välillä ole riippuvuutta (taulukko 3). Negatiivinen kerroin viittaa tilanteisiin, joissa toisen muuttujan arvojen kasvaessa toisen muuttujan arvot pienenevät. Positiivinen kerroin tarkoittaa, että selittävän ja selitettävän muuttujan arvot kasvavat samansuuntaisesti. Pearsonin korrelaatiokerrointa kuvataan r - arvolla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 138; Heikkilä 2014, 192-193).

TAULUKKO 3. Korrelaatio (Heikkilä 2014, 91)

Korrelaatio	r
Positiivinen korrelaatio	$0 < r \leq +1$
Negatiivinen korrelaatio	$-1 \leq r < 0$
Ei korrelaatiota	$r = 0$

Korrelaatio on vahva, kun $r \geq 0,8$. Korrelaatio on kohtalainen, kun $0,3 \leq r < 0,8$. Korrelaatio on heikko, kun $r < 0,3$. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 138.)

Tässä tutkimuksessa on käytetty taulukossa neljä (4) olevia tilastollisen merkitsevyyden raja-arvoja (Heikkilä 2014, 185). Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvoilla voidaan päätellä, onko muuttujien välillä riippuvuutta vai ei. Tilastollinen merkitsevyys kuvataan p arvolla (probability). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 135; Heikkilä 2014, 184-185.)

TAULUKKO 4. Tilastollinen merkitsevyys (Heikkilä 2014, 185)

Testatun eron tai riippuvuuden sanotaan olevan	p	Symboli
Tilastollisesti suuntaa antava	$0,05 < p \leq 0,1$	
Tilastollisesti melkein merkitsevä	$0,01 < p \leq 0,05$	*
Tilastollisesti merkitsevä	$0,001 < p \leq 0,01$	**
Tilastollisesti erittäin merkitsevä	$p \leq 0,001$	***

Kyselylomakkeen kysymysosoiden luotettavuus testattiin Cronbachin alfa reliabiliteettitestillä, jota avataan tarkemmin tutkimuksen luotettavuus luvussa (8.2).

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, minkä taseisia hoitotyön yhteenvetoja Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:den vuodeosastoilla on tehty ja miten hoitotyön yhteenvetojen kirjaamista tulisi kehittää sekä vuodeosastojen hoitohenkilökunnan valmiuksia tehdä hoitotyön yhteenvetoja ja miten hoitohenkilökunnan valmiuksia tulisi kehittää edelleen.

7.1 Hoitotyön yhteenvetojen sisältö

Hoitotyön yhteenvetojen (n=21) sisällön arvioinnissa käytettiin apuna Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (2015b) hoitotyön kirjaamistyöryhmän ”Moniammatilliset otsikot” – ohjeen pohjalta laadittua analyysirunkoa (taulukko 2). Ensimmäisenä hoitotyön yhteenvedoista etsittiin analyysirungon mukaiset otsikot ja niihin kuuluvat asiat. Seuraaviin taulukoihin (5-6) on koottu manuaalisesti ne asiat, jotka löytyivät kirjattuina hoitotyön yhteenvetdon eri osa-alueista.

Taulukosta viisi (5) löytyy hoidon tarve ja hoidon tavoitteet osa-alueisiin kirjattu sisältö. Näiden kahden osa-alueen kirjaaminen perustuu potilaalle tulovaiheessa tehtyyn hoitosuunnitelmaan, jota tarvittaessa päivitetään hoitajakson aikana. Nämä osa-alueet voidaan kopioida suoraan hyvin tehdystä hoitosuunnitelmasta hoitotyön yhteenvetoon. Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu potilaille tehtyjä hoitosuunnitelmia. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b.)

TAULUKKO 5. Hoitotyön yhteenvetoihin hoidon tarve ja hoidon tavoitteet osa-alueisiin analyysirungon mukaisesti kirjatut asiat

HOITOTYÖN YHTEENVEDON OSA-ALUEET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Hoidon tarve	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
• Tulosity	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
• Diagnoosi	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X		
Hoidon tavoitteet	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
• Lääkehoito																	X			X	X
• Nestehoito								X									X			X	
• Erittäminen																	X	X		X	
• Ravitseminen																	X	X		X	X
• Hengitys, verenkierto ja sairauden oireet	X				X		X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Päivittäiset toiminnot											X						X	X	X	X	X
• Mielenterveyttä edistävä hoitotyö																	X	X			
• Ohjaus													X								
• Potilaan/omaisen tukeminen																					X

Taulukosta kuusi (6) löytyy osa-alueisiin hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja jatkohoidon järjestäminen kirjatut asiat. Näiden osa-alueiden sisältö kootaan potilaan hoitajakson aikana potilaan hoidon kannalta tärkeistä asioista (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b). Hoitotyön yhteenvedon (n=21) saaneista potilaista 57 % (n=12) siirtyi osastoilta jatkohoitopaikkaan, 33 % (n=7) kotiutui suoraan ja 10 %:n (n=2) kohdalla ei lukenut jatkohoidosta mitään.

TAULUKKO 6. Hoitotyön yhteenvedoihin hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot osa-alueisiin kirjatut asiat analyysirungon mukaisesti

HOITOTYÖN YHTeenVEDON OSA-ALUEET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Hoitotyön toiminnot	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
• Annettu hoito kirjattuna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Lääkehoidon toteutus lähtöpäivänä												X	X	X	X	X					
Hoidon tulokset		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
• Hoitajan arvio hoidosta ja kuntoutuksesta	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
• Potilaan arvio hoidosta ja kuntoutuksesta									X			X									
• Potilaan vointi lähtötilanteessa						X	X		X										X	X	
Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
• Hoito-ohjeet kotiin ja/tai jatkohoitopaikkaan	X	X					X	X	X			X		X						X	X
• Potilaan jatkohoidon ohjaus	X					X	X	X	X											X	X
• Potilasta hoitaneiden/osaston yhteystiedot											X	X	X	X	X	X					X

Ohjeistuksen mukaisia otsikoita oli käytetty 76 % (n=16) hoitotyön yhteenvedoista (n=21). 19 % (n=4) yhteenvedoista oli käytetty otsikoita, jotka pohjautuivat hoitotyön eri osa-alueisiin. Otsikoiksi oli valittu potilaan hoidon kannalta keskeisimmät hoitotyön osa-alueet. Kaikki näin rakennetut hoitotyön yhteenvedot oli kirjoitettu samalla osastolla. Yhdessä yhteenvedossa ei ollut käytetty mitään väliotsikoita. Ohjeen mukaisesti käytetyt otsikot jäsensivät tekstiä ja haluttu tieto löytyi nopeammin.

Otsikkojen asettelu oli ohjeen mukainen 48 % (n=10) hoitotyön yhteenvedoista. Oikeita otsikoita oli käytetty 24 % (n=5) yhteenvedoista, mutta otsikot eivät olleet oikeassa, määritellyssä järjestyksessä. Otsikoiden väärä järjestys vaikeutti hoitotyön yhteenvedon lukemista ja asian hahmottamista, koska asiat eivät edenneet loogisessa järjestyksessä. Syynä otsikoiden väärään järjestykseen oli ilmeisesti siirtämisessä yhteenvetopäivältä HOI -lehdelle tapahtunut tietotekninen virhe, jota ei ollut korjattu ennen tallennusta. Yhdestä yhteenvedosta puuttui hoidon tulokset – otsikko. Tämä ei vaikeuttanut asian

ymmärtämistä, koska hoidon tulokset kohdan sisältö oli kirjoitettu yhteenvedossa toiseen kohtaan.

7.1.1 Hoidon tarve

Hoidon tarve otsikko löytyi 76 % (n=16) hoitotyön yhteenvedoista (n=21). Hoidon tarve kohdan sisältöön merkitään tulosyyn ja diagnoosi. 71 % (n=15) tulosyyn oli kirjattu selkeästi ja ymmärrettävästi. Potilaan tai omaisen kertoman mukaisesti tulosyyn oli kirjattu 29 % (n=6). Terveystieteellisen ammattihenkilön kuvaamana tulosyyn löytyi 71 % (n=15) yhteenvedoista. Potilaan hoidon lopullinen syy, diagnoosi, puuttui 24 % (n=5).

29 % (n=6) hoitotyön yhteenvedoista tulosyyn oli kirjattu puutteellisesti. Syitä puutteelliseen kirjaamiseen olivat liian lääketieteellinen teksti sekä selkeän tulosyyn puuttuminen. Tulosyyn liian lääketieteellinen kirjaaminen teki tekstistä vaikealukuista ja kasvatti sen pituutta. Ohjeistuksen mukaan hoitotyön yhteenvedon sisällön tulee olla kirjoitettu selkeällä, ymmärrettävällä suomenkielellä, jotta potilas ymmärtää sen sisällön. Alapuolella on yksi esimerkki pitkästä ja lääketieteellisellä tavalla kirjatusta hoidon tarve kohdasta:

”Potilas tullut jatkohoitoon teholla. 64-vuotias mies, jolla taustalla rrr-tauti ja uniapnea. Vuonna -69 nikamamurtuman jälkeen tullut neliraaja-halvaus, josta jäänyt rajoitteita liikkumisen suhteen. Tupakkataustaa ollut. Ei ole ollut suostuvainen laitehoitoihin uniapnean vuoksi. Potilas hakeutunut sairaalaan huonovointisuuden vuoksi. Potilas ollut matalapaineinen. Tutkimuksissa todettu infrarenaalinen revennyt aortta aneyrysmia, josta vuotoa.... Päivystyksellisesti leikkaussaliin, josta intuboituna teholle. Vuotoa lähes 6 litraa toimenpiteen aikana. Teholla seuraavaan aamuna ekstuboitu. Vasen jalka jäänyt viileäksi. Myoglobiini ollut korkea. Tehty embolectomia vasempaan arteriapopliteaan, lisäksi faskiatomiat vasempaan pohkeeseen....”

Diagnoosin tarkoituksena on kuvata hoidon lopullinen lääketieteellinen syy, joka ei aina ole sama kuin potilaan tai ammattihenkilön kuvaama tulosyyn. Hoidon lopullinen diagnoosi löytyi 76 % (n=16) hoitotyön yhteenvedoista. Lääketieteellinen hoito ja hoitotyyn eivät voi olla ristiriidassa keskenään. Hoitotyyn toiminnan on tuettava parhaalla mahdollisella tavalla lääkärin antamaa lääketieteellistä hoitoa ja ohjeistusta (Hallila 2005, 7).

Hoitotyön yhteenveto kootaan potilaan hoidon loppuvaiheessa, potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitoon. Silloin potilaan hoidon syy on yleensä selvillä, joten se pitää myös kirjoittaa selkeästi tekstiin. 24 % (n=5) yhteenvedoista lopullinen hoidon syy jäi epäselväksi lukijalle, vaikka kyseessä oli valmis hoitotyön yhteenvedon teksti. Alla olevaan taulukkoon (7) on koottu hoitotyön yhteenvetoihin kirjoitettuja esimerkkejä hoidon tarve osa-alueesta.

TAULUKKO 7. Teorialähtöinen sisällönanalyysi Hoidon tarve – alueesta (n=21)

ALKUPERÄINEN ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<p>"Tulee äkillisesti alkaneen hengenahdistuksen vuoksi."</p> <p>"Viimeisen kuukauden aikana oikea alaraaja lähtenyt turpoamaan, kipua pohkeessa..."</p> <p>"Tulee Acutasta osastolle copd:n pahenemisen vuoksi hoitoon."</p> <p>"Tulee kotoa käsin... neurokupan hoitoon."</p> <p>"Osastolle Coxasta vasemman olkapään tekonivelinfektion jatkohoitoon...."</p> <p>"Tuberkuloosilääkityksen aikana kreaan, munuaisarvon nousun vuoksi...sovitusti."</p> <p>"Rytmihäiriöt</p> <p>Rytmihäiriö tuntemuksia ja rasituksen sieto alentunut. Hengenahdistusta."</p> <p>"Äkillisesti alkanut hengenahdistus."</p> <p>"Kanyylisepsis. Hyponatremia, hypokalemia, kaatuminen ja sen seurauksena neurologisia oireita. Kanyylista alkaneen vereen päässeeseen bakteerin (sepsis) hoitoon..."</p>	Tulosyy	Hoidon
<p>"...oikean polven tekonivelinfektion..."</p> <p>"Rytmihäiriöt"</p> <p>"Sairaalassa todetaan sydäninfarkti, sydämen vajaatoimintaa ja keuhkopussissa nestettä."</p> <p>"Sairaalassa todetaan sydämen vajaatoimintatilanne sekä bronkiitti."</p> <p>"...copd:n pahenemisen..."</p> <p>"Todettu rytmihäiriöitä sekä ultraäänellä syvä laskimotukos jalassa."</p> <p>"Kanyylisepsis. Hyponatremia, hypokalemia, kaatuminen ja sen seurauksena neurologisia oireita."</p> <p>"o. jalan erysipelas"</p> <p>"Epäselvä infektio..."</p>	Diagnoosi	tarve

7.1.2 Hoidon tavoitteet

Hoidon tavoitteet kohtaan merkitään potilaan hoidon tavoitteet hoitotyön eri osa-alueilla (lääkehoito, nestehoito, erittäminen, ravitsemus, hengitys, verenkierto ja sairauden oi-

reet, päivittäiset toiminnot, mielenterveyttä edistävä hoitotyö, ohjaus, potilaan ja/tai omaisen tukeminen). Osa-alueista valitaan vain ne, jotka ovat potilaan hoidon kannalta olennaisia. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b.)

Hoidon tavoitteet otsikko löytyi 76 % (n=16) yhteenvedoista. Hoidon tavoitteet oli kirjoitettu hyvin yleisellä tasolla 81 % (n=17), minkä takia hoitotyön eri osa-alueita oli kuvattu hyvin suppeasti. Hoidon tavoitteet oli kuvattu isoina lääketieteellisinä kokonaisuuksina eikä niinkään hoitotyön toimintojen kautta. Hoitotyön yhteenvetoihin kuvatut hoidon tavoitteet kuvasivat terveydenhuollon ammattihenkilön antaman lääketieteellisen hoidon ja hoitotyön kokonaistavoitteita. Potilaan näkemys ei tullut esille tavoitteiden kirjaamisessa.

Neljässä yhteenvedossa (19 %) tavoitteet oli kirjoitettu käyttämällä potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä hoitotyön osa-alueita otsikkoina, ei hoitotyön yhteenvedon omia määriteltyjä otsikoita. Eri lailla kootut neljä hoitotyön yhteenvetoa muistuttivat enemmän potilaan hoitosuunnitelmaa kuin potilaan kokonaishoidon yhteenvetoa. Hoidon tavoitteisiin oli lisäksi kirjoitettu liikaa lääketieteellistä tietoa, joita potilas ei välttämättä ymmärrä tai tiedoista ei ole hänelle kotiutumisvaiheessa hyötyä. Hoidon tavoitteiden kirjaamisessa ei ollut selvää eroa kotiutuneiden (n=7) tai jatkohoitoon siirtyneiden (n=12) potilaiden kohdalla. Kahden potilaan kohdalla ei lukenut jatkohoidosta mitään.

Hoidon tavoitteet kohtaan oli yleisimmin kuvattu lääkehoitoon, päivittäisiin toimintoihin sekä hengitykseen, verenkiertoon ja sairauden oireisiin liittyviä asioita. Ohjausta, tukemista ja mielenterveyttä edistävää hoitotyötä löytyi vain muutamasta yhteenvedosta.

Seuraavaan taulukkoon (8) on koottu hoitotyön yhteenvetoihin hoidon tavoitteet osa-alueisiin kirjoitettuja esimerkkejä. Tavoitteiden kirjaamisessa korostuu lääketieteellinen näkökulma. Hoitotyön näkökulma ja auttamiskeinot eivät välity kirjauksista.

TAULUKKO 8. Teorialähtöinen sisällönanalyysi hoidon tavoitteet – alueesta (n=21)

ALKUPERÄINEN ILMAISU	ALAKATE- GORIA	YLÄKATE- GORIA
"astman hoito" "Diabeteksen hyvä tasapaino infektion aikana" "kivut hallintaan" "nestetasapaino"	Lääkehoito Nestehoito Erittäminen Ravitsemus	
"Pahoinvoinnin loppuminen" "sydänseuranta, verenpaine tasapainoon" "polven haavan paraneminen" "Krea-arvon normalisoituminen. Natrium arvojen normalisoituminen ja nestearvojen seuraaminen." "Hengenahdistuksen helpottuminen" "Rintakivun helpottuminen" "verensokerin seuranta kortisonihoidon takia..." "Kivuttomuus, hengenahdistuksen väheneminen"	Hengitys, verenkierto ja sairauden oireet	Hoidon tavoitteet
"Infektion paraneminen. Yleiskunnon ylläpitäminen." "Olkapään infektion parantuminen ja kuntoutuminen kotona pärjääväksi." "epäselvä infektio, infektion löytyminen, infektiosta toipuminen" "hemoglobiini nousu, yleisvoiminnan paraneminen. Diagnoosin selvittäminen" "Sydänleikkauksesta (bioläppä, tahdistin) paraneminen ja kuntoutuminen kotikuntoiseksi"	Päivittäiset toiminnot	
"Yleisvoiminnan koheneminen" "Todellisuustajun vahvistaminen"	Mielenterveyttä edistävä hoitotyö	
"Syvän laskimotukoksen lääkehoitoon ohjaaminen ja lääkehoidon hallinta"	Ohjaus	
"...omatoimisuuteen tukeminen"	Potilaan/läheisen tukeminen	

7.1.3 Hoitotyön toiminnot

Hoitotyön toiminnot kohtaan kirjataan potilaalle tulossyyn mukaan annettu hoito sekä lääkehoidon toteutuminen lähtöpäivänä (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b). Hoitotyön toiminnot otsikko löytyi 76 % (n=16) yhteenvedoista. Annettua hoitoa oli kirjattu jollakin tavoin kaikkiin hoitotyön yhteenvedoihin. Lääkehoidon toteutuminen lähtöpäivänä löytyi kirjattuna ainoastaan 24 % (n=5), mutta näissä kaikissa se oli kirjattu jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot – otsikon alle.

Annettua hoitoa oli selkeästi hahmotettu hoitotyön eri osa-alueiden mukaisesti, vaikka ne eivät näkyneet hoidon tavoitteet kohdassa. Yleisimmin oli kuvattu lääkehoitoa sekä hengitystä, verenkiertoa ja sairauden oireita. Nämä asiat oli kuvattu 81 % (n=17), ravit-

semusta 33 % (n=7) sekä nestehoitoa ja erittämistä 24 % (n=5) hoitotyön yhteenvedoista. Ohjaukseen liittyviä asioita oli kirjattu 10 % (n=2).

Hoitotyön toiminnot kohta oli kirjoitettu 48 % (n=10) hoitotyön näkökulmasta kuvailevasti ja potilaslähtöisesti. Potilaan tulosyys ja hoidon tavoitteet näkyivät kirjaamisessa. 33 % (n=7) kohdassa oli lueteltu lyhyesti lähinnä hoitohenkilökunnan tekemiä hoitotyön toimintoja. Potilasnäkökulma jäi pimentoon. Neljässä hoitotyön yhteenvedossa (19 %, n=4) tätä kohtaa oli hankala hahmottaa, koska yhteenvedo oli rakennettu eri otsikoiden pohjalta ja muistutti enemmän hoitosuunnitelmaa kuin potilaan hoidon yhteenvedoa. Kirjaamisessa ei ollut isoja eroja potilaan siirtyessä kotiin (n=7) tai jatkohoitoon (n=12). Jatkohoitoon siirtyvien avuntarve oli kuvattu pääsääntöisesti tässä kohdassa. Seuraavasta taulukosta (9) löytyy esimerkkejä hoitotyön toiminnot kohdan kirjauksista.

TAULUKKO 9. Teorialähtöinen sisällönanalyysi hoitotyön toiminnot – alueesta (n=21)

ALKUPERÄINEN ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<p><i>"...Potilaalla on ajoittain ollut rintatuntemuksia, ja hän on saanut tarvittaessa Dinit-suihkeen, mikä on helpottanut oloa. Oikea jalka on kipeä, ja potilas on tarvittaessa saanut pyynnöstään kipulääkettä..."</i></p> <p><i>"Potilaalle on aloitettu vasemman jalan syvän laskimotukoksen hoitoon ihonalainen minihepariinihoito. Hoitaja on pistänyt lääkkeen potilaalle..."</i></p> <p><i>"...Sykettä pyritty laskemaan suonensisäisellä Selokenlääkkeellä. Potilaan omaa lääkitystä on tehostettu..."</i></p> <p><i>"Hieman muistamaton ja rauhallinen potilas. Hengenahdistusta tai rintakipua ei ole osastohoidon aikana valitellut..."</i></p> <p><i>"Potilaalle kokeiltu nyt osastolla toisenlaisia maskeja myös nenämaskia. Potilas kieltäytyy näitä käyttämästä. Yöoksimetria-tutkimus ei onnistunut, koska potilas irrottaa saturaatiomittarin useamman kerran yön aikana..."</i></p> <p><i>"...Käden kivut pysyneet hyvin hallinnassa listalääkkeillä. Alkuun mennyt säännöllisesti...,mutta 24.3. lääke laitettu tarvittaviin. Reumakipujen ei koe lisääntyneen, vaikka reumalääkkeet olleet tauolla..."</i></p> <p><i>"...Potilas saanut osastolla fysioterapiaa. Alkuun liikkui osastolla Fordin turvin hoitajan avustamana. Kuntoutuminen on edennyt ja potilas liikkuu nyt keppien turvin omatoimisesti..."</i></p> <p><i>"Punasoluja tiputettu 2 pussia. Tehty vatsan ultraääni, jossa näkyvissä metastaaseja maksassa. Urologia konsultoitu, Firmagon lääkitys. Tehdään maksan biopsia..."</i></p> <p><i>"verenpaineen, pulssin ja saturaation seuranta. Kuumeillut, lämmön seuranta. Riittävä nesteytys, nestelistaa seurattu pari päivää. Hengitysoireiden seuranta..."</i></p>	<p>Annettu hoito kirjattuna</p>	<p>Hoitotyön toiminnot</p>
<p><i>"Hän on saanut tänään lääkkeet lääkelistan mukaisesti."</i></p> <p><i>"Lääkkeet hän on saanut tänään lääkelistan mukaisesti."</i></p> <p><i>"Saanut tänään lääkkeet lääkelistan mukaisesti."</i></p>	<p>Lääkehoidon toteutus lähtöpäivänä</p>	

7.1.4 Hoidon tulokset

Hoidon tulokset kohtaan kirjataan hoitajan ja potilaan arviot toteutuneesta hoidosta ja kuntoutuksesta sekä potilaan vointi osastolta lähtötilanteessa (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b). Hoidon tulokset otsikkoa oli käytetty suurimmassa osassa tehtyjä yhteenvetoja (71 %, n=15). Jonkinlainen hoitajan arvio potilaan hoidosta ja kuntoutuksesta löytyi 90 % (n=19) hoitotyön yhteenvetoja. Ainoastaan 10 % (n=2) yhteenvedoista löytyi sen sijaan potilaan arvio toteutuneesta hoidosta ja kuntoutuksesta.

Hoidon tulokset kohtaan oli kirjattu hyvin erilaisia asioita, joista osa olisi kuulunut hoitotyön toiminnot kohtaan. Hoitajat olivat kuvanneet potilaan saaman lääkehoidon vaikutusta, potilaan toimintakykyä ja selviytymistä, tehtyjä toimenpiteitä, verikoevastauksia, haavahoitoja, erittämiseen ja ravitsemukseen liittyviä asioita. Hoidon tulokset kohdan kirjaamisessa korostui eniten hoitotyön näkökulma. Kirjoitettu teksti oli luettavaa, potilaslähtöistä ja kokonaisvaltaista.

Kuvaus potilaan voinnista lähtötilanteessa löytyi 24 % (n=5) yhteenvedoista. Kolmessa hoitotyön yhteenvedossa asia oli kirjattu jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot – otsikon alle, joka on väärä paikka. Taulukkoon (10) on koottu esimerkkejä kirjaamisesta hoidon tulokset kohdasta.

TAULUKKO 10. Teorialähtöinen sisällönanalyysi hoidon tulokset –alueesta (n=21)

ALKUPERÄINEN ILMAISU	ALAKATE- GORIA	YLÄKATE- GORIA
<p>"...Kuntoutuminen päässyt hyvin alkuun..."</p> <p>"...kanyyli-infektion alue lähtenyt paranemaan, punoitus + turvotus +kipu laskenut. Pään haavan alueen turvotus laskenut sekä vuotaminen loppunut. Yleisvointi kohentunut..."</p> <p>"Jaloissa edelleen kiputuntemuksia, mutta pääsee kävelemään."</p> <p>"...Maksabiopsia tehty 19.3 -> vuodelevossa ja ravinnotta klo 13.20 asti. Punktiokohta siisti."</p> <p>"Potilaan vasen jalka on edelleen kipeä, mutta kipua nyt vähemmän kuin hoitoon tullessa. Hengenahdistus on hivenen helpottanut, ja lisähapen tarve on pienentynyt. Potilas kuitenkin tarvitsee vielä lisähappea."</p> <p>"Potilaan syketasoa ei ole osastolla vielä laskettua merkittävästi. Lääkemuutoksien avulla sykkeen lasku maltillisesti. Rytmihäiriötuntemukset helpottaneet, vaikkakin syke vielä nopeaa."</p> <p>"Hengenahdistus on helpottanut, eikä potilas tarvitse enää lisähappea."</p> <p>"Potilas on kuntoutunut ja pystyy nyt liikkumaan omatoimisesti keppien turvin. Tulehdusarvot ovat laskeneet. Polven haava on siisti ja kivut ovat pysyneet hallinnassa listalääkkeillä."</p> <p>"Potilasta nesteytely osastolla, hypotonisella keittosuolalla. 18.3 istunut pyörätuolissa ruokailun ajan."</p> <p>"Nestelasti saatu purettua, hengitys helpottuu. Osastolla edelleen muistamattomuutta, Ei ole orientoitunut aikaan eikä paikkaan. Rintakipu ei ole ollut. Jaksanut liikkua huoneessa vesareissut itsenäisesti..."</p>	<p>Hoitajan arvio hoidosta ja kuntoutuksesta</p>	<p>Hoidon tulokset</p>
<p>"Päädytään, että 2PV-hoito lopetetaan potilaan tahdon mukaisesti."</p> <p>"Hengenahdistus on potilaan mukaan vähän helpottanut, mutta lisähapen tarvetta on edelleen."</p> <p>"Potilas kokee pärjäävänsä ja toipuvansa paremmin kotona."</p> <p>"Yleisvoinnin koheneminen ja virkistyminen edennyt päivittäin, potilas itse kokee myös näin..."</p>	<p>Potilaan arvio hoidosta ja kuntoutuksesta</p>	
<p>"Kotiutuu hyvävointisena."</p> <p>"Kotiutuu hyväkuntoisena ..."</p> <p>"Kotiutuu osastolta hyvävointisena."</p>	<p>Potilaan vointi lähtötilanteessa</p>	

7.1.5 Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot

Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot – kohtaa tulee kirjata potilaalle annetut hoito-ohjeet kotiin ja/tai jatkohoitopaikkaan, potilaan jatkohoidon ohjaus sekä potilasta hoitaneiden henkilöiden tai osaston yhteystiedot (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015b). Oikeaa otsikkumuotoa oli käytetty 76 % (n=16) tehdyistä yhteenvedoista. Kahdessa (9,5 %, n=2) yhteenvedossa oli käytetty pelkkää jatkohoito – otsikkoa, yhdessä (5 %, n=1) yh-

teenvedossa ei ollut käytetty mitään otsikkoa vaan jatkohoitoasiat lukivat tekstissä ja kahdessa (9,5 %, n=2) yhteenvedoista ei oltu mainittu mitään jatkohoidosta.

Yhteenvedon (n=21) saaneista potilaista 12 (57 %) siirtyi osastolta jatkohoitopaikkaan, 7 (33 %) kotiutui ja 2 (10 %) kohdalla ei lukenut jatkohoidosta mitään. Jatkohoitopaikkaan siirtymisen syytä ei lukenut yhdessäkään hoitotyön yhteenvedoista. Hoito-ohjeet löytyi kirjattuna 38 % (n=8). Jatkohoidon ohjausta löytyi 33 % (n=7). Osaston yhteystiedot (nimi ja puhelinnumero) löytyivät 33 % (n=7) ja yhdestä (5 %, n=1) yhteenvedosta löytyi potilasta hoitaneen hoitajan nimi, mutta ei puhelinnumeroa.

Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot – kohtaan oli kuvattu kotiapuihin liittyviä asioita, mahdollisia liikkumisrajoituksia, tulevia jatkotutkimuksia ja lääkehoitoon liittyviä asioita. Suurimmassa osassa (n=17) yhteenvedoista tämä kohta oli kirjoitettu hyvin lyhyesti ja luettelomaisesti. Kohdasta tuli mieleen eräänlainen muistilista, johon oli koottu hyvin sekalaisia asioita. Osittain kohta sisälsi lääkärin epikriisiin kuuluvia sekä sihteerin kotiutuskorttiin merkitsemiä asioita. Ainoastaan yhdestä hoitotyön yhteenvedosta löytyi tarkat kotihoito-ohjeet potilaalle. Lisäksi yhdestä yhteenvedosta löytyi selkeä viesti jatkohoitopaikalle koskien kotiavun kartoituksen tarvetta.

Tähän kohtaan oli myös kirjattu jatkohoitoon siirtyville potilaille (n=12) omaisten tietoisuus siirtymisestä. Jatkohoitoon siirtyneiden omaisista 50 % (n=6) tiesi asiasta. Viidessä (24 %, n=5) hoitotyön yhteenvedossa tähän kohtaan oli kirjattu myös potilaalle lähtöpäivänä annettu lääkitys. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (2015b) kirjaamisohjeen mukaan lähtöpäivän lääkitys tulee kuitenkin kirjata hoitotyön toiminnot kohtaan. Seuravasta taulukosta (11) löytyy kirjaamisesimerkkejä jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot – kohdasta. Potilasta hoitaneiden tai osaston yhteystietoja ei ole koottu taulukoon, koska tutkijalle riitti tieto asian esiintyvyydestä hoitotyön yhteenvedoissa.

TAULUKKO 11. Teorettinen sisällönanalyysi jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot – alueesta (n=21)

ALKUPERÄINEN ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<p>"Lääkelista laitetaan mukaan jatkohoitopaikkaan."</p> <p>"Potilaan vaimon kanssa keskusteltu potilaan päivittäisestä jaksamisesta ja toiminnasta kotioloissa. Potilaalla ei ole ollut tähän mennessä mitään kotiapuja, vaan vaimo on auttanut....Nyt vaimo kertoo, että ei jaksaa hoitaa miestänsä. Hän toivookin, että sosiaalityöntekijä kartoittaisi kotiaavun tarvetta."</p> <p>"2pv kotikäyttöön, ei painemuutoksia."</p> <p>"HIV-lääkkeistä reseptit Taysin apteekissa, lääkkeet sieltä haettavissa..."</p> <p>"KAUSA 3B:lle...lääkäri antaa nestehoito- ja lääkitysohjeet mukaan. Nesteitä iv NaCl 0,45%, natriunarvot koholla. Ciproxin kuuri 23.3. asti. Kestokatetri vielä, pyritään jatkossa siitä eroon."</p> <p>"ateriapalvelu, rollaattorilla liikkuu"</p> <p>"verenpainelääkeresepti, antibioottiresepti, sairaslomatodistus"</p> <p>"Potilas saanut kuntoutukseen liittyvää ohjausta ja kirjallista materiaalia koskien varvasamputaatiota ja tahdistinta: Oikean jalan kevennys varatessa....Tahdistimen asennuksen jälkeen liikerajoitukset...Kontrolliin asti kevyt työskentely, ei rajuja liikkeitä...."</p>	<p>Hoito-ohjeet kotiin ja/tai jatkohoitopaikkaan</p>	<p>Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot</p>
<p>"Jatkohoito-ohjeet saanut."</p> <p>"Verikoe- ja poliklinikka-ajat saa mukaansa."</p> <p>"...poliklinikan soittoaika..."</p> <p>"31.3. PET-TT tutkimus, johon menee kotoa käsin. Annettu esite Kela-taksista. 2.4.hatanpään erikoispoliklinikalle 2.4.näytteenotto, tulee meille osastolle tätä varten aamusta..."</p> <p>"Kotipalvelu soittaa maanantaina ja sopii suihkutuspäivästä potilaan kanssa suoraan..."</p> <p>"Sovittu kotiutustiimin kanssa käynnistäPotilaan ilmaisia tarpeita kotiutustiimille: apu lääkeasioissa, tukisidosten laitto, haavojen seuranta."</p> <p>"Kontrolli 3 kk toimenpiteestä. INR-kontrolli perjantaina (näytteenotto kotona tai terveyskeskuksessa), vastaukset omalle lääkärille...."</p>	<p>Potilaan jatkohoidon ohjaus</p>	

7.2 Hoitotyön yhteenvedojen sisällön riittävyys

Tutkimuksen aikana huomattiin, että saman toimialueen eri osastoilla tehdään sisällöltään ja ulkomuodoltaan hyvin erilaisia hoitotyön yhteenvedoja. Seuraavaksi arvioitiin tehtyjen hoitotyön yhteenvedojen sisällön riittävyttä analyysirungon mukaan luodun prosenttimallin avulla. Seuraavaan taulukkoon (12) on koottu otsikot ja sisältöasiat, jotka hoitotyön yhteenvedoista pitäisi löytyä kirjattuina oikeisiin kohtiin sekä jokaiselle kohdalle on annettu tietty prosenttiosuus. Yhden alueen maksimi on 100 %, jolloin viiden alueen maksimi on 500 %.

TAULUKKO 12. Hoitotyön yhteenvetojen sisällön riittävyyden arvioinnissa käytetty prosenttimalli

Kirjattuna	Prosenttiosuus %
Hoidon tarve <ul style="list-style-type: none"> Hoidon tarve otsikko löytyy Tulosy kirjattuna Diagnoosi kirjattuna 	Yhteensä 100% 30% 35%
Hoidon tavoitteet <ul style="list-style-type: none"> Hoidon tavoitteet otsikko löytyy Joku hoidon tavoite kirjattuna 	Yhteensä 100% 50% 50%
Hoitotyön toiminnot <ul style="list-style-type: none"> Hoitotyön toiminnot otsikko löytyy Annettu hoito kirjattuna Lääkehoidon toteutus lähtöpäivänä kirjattuna 	Yhteensä 100% 30% 35% 35%
Hoidon tulokset <ul style="list-style-type: none"> Hoidon tulokset otsikko löytyy Hoitajan arvio hoidosta ja kuntoutuksesta kirjattuna Potilaan arvio hoidosta ja kuntoutuksesta kirjattuna Potilaan vointi lähtötilanteessa kirjattuna 	Yhteensä 100% 25% 25% 25% 25%
Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot <ul style="list-style-type: none"> Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot otsikko löytyy Hoito-ohjeet kotiin ja/tai jatkohoitopaikkaan kirjattuna Potilaan jatkohoidon ohjaus kirjattuna Potilasta hoitaneiden tai osaston yhteystiedot kirjattuna 	Yhteensä 100% 25% 25% 25% 25%
Yhteensä	500%

Vuodeosastoilla tehtyjen hoitotyön yhteenvetojen (n=21) sisältö (taulukko 13) vastasi osittain Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kirjaamistyöryhmän ohjeistusta, mutta kehitettävää löytyy edelleen. Hoitotyön yhteenvetojen (1-16) sisällöt arvioitiin yllä olevan taulukon (12) mukaisesti, koska ne oli koottu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitotyön kirjaamisryhmän ohjeistuksen mukaisella tavalla, oikeita otsikoita käyttäen. Hoitotyön yhteenvedot (17-21) oli koottu eri tavoin eri otsikoita käyttäen, joten niitä on arvioitu vain tekstin sisällön osalta. Tämän erilaisen lähtötilanteen takia, niille on laskettu taulukkoon (13) omat keskiarvot.

TAULUKKO 13. Hoitotyön yhteenvetojen (n=21) sisällön riittävyyden arviointi

HOITOTYÖN YHTEENVEDOT	Hoidon tarve %	Hoidon tavoitteet %	Hoitotyön toiminnot %	Hoidon tulokset %	Jatkohoitotiedot %	YHTEENSÄ %
1.	100	100	65	25	75	365
2.	100	100	65	50	50	365
3.	30	100	65	50	25	270
4.	100	100	65	50	25	340
5.	100	100	65	50	25	340
6.	70	100	65	75	50	360
7.	100	100	65	75	50	390
8.	100	100	65	25	75	365
9.	100	100	65	100	75	440
10.	65	100	50	50	50	315
11.	100	100	65	50	50	365
12.	100	100	65	100	50	415
13.	100	100	65	100	75	440
14.	100	100	65	50	50	365
15.	100	100	65	50	75	390
16.	100	100	65	100	50	415
KESKIARVO % 1-16	92	100	64	63	53	372
17.	70	50	35	25	0	180
18.	35	50	35	25	0	145
19.	70	50	35	25	50	230
20.	70	50	35	25	0	180
21.	70	50	35	50	50	255
KESKIARVO % 17-21	63	50	35	30	20	198
KESKIARVO % 1-21	85	88	57	55	45	330

Hoitotyön yhteenvetojen (1-16) asiasisällöissä oli suuria eroja. Yksikään hoitotyön yhteenveto ei saanut täysiä prosenttimääriä vaan kaikista puuttui asioita tai ne oli kirjattu väärin kohtiin. Hoidon tarve (ka. 92) ja hoidon tavoitteet (ka. 100) kohdat oli kirjoitettu kattavimmin. Hoidon tarve kohdan keskiarvoa laski tarkan diagnoosin puuttuminen sekä väärään kohtaan kirjoitetut asiat joissakin yhteenvedoista. Hoidon tavoitteet oli kir-

joitettu laajoina, lääketieteellisinä kokonaisuuksina, joissa ei näkynyt hoitotyön eri osa-alueet eikä välittynyt hoitotyön näkökulma. Tämän kohdan arvioinnissa kuitenkin riitti, että jokin hoidon tavoite oli kirjattuna.

Hoitotyön toiminnot (ka. 64) ja hoidon tulokset (ka. 63) oli kirjoitettu sisällöltään yhtä kattavasti. Hoitotyön toiminnot kohdasta löytyi annettu hoito kirjattuna, mutta yhteenkään yhteenvedoon ei tähän kohtaan oltu kirjattu lääkehoidon toteutusta lähtöpäivänä. Annettua hoitoa oli kuvattu sekä hoitotyön että lääketieteen näkökulmasta. Hoidon tulokset kohtaan oli lähes kaikkiin kirjattu hoitajan arviota hoidosta, mutta potilaan omaa arviota eikä potilaan voinnin kuvausta lähtöpäivältä löytynyt suurimmasta osasta. Jatkohoidon järjestämisestä koskevat tiedot (ka. 53) oli kuvattu sisällöllisesti heikoimmin kaikista kohdista. Puutteita oli kaikkien kohdan osa-alueiden kirjaamisessa.

Hoitotyön yhteenvedon on tarkoitus olla lyhyt, ytimekäs ja mahtua yhdelle A4 – sivulle. Hoitotyön yhteenvedoista 38 % (n=8) oli liian pitkiä. Kirjoitettujen hoitotyön yhteenvedojen pituutta lisäsi esimerkiksi taustasairauksien ja jatkotutkimuksien yksityiskohtainen luetteleminen. Ohjeen mukaan potilaan taustasairauksia ei tarvitse kirjoittaa yhteenvedoon. Lisäksi tapana on, että osastonsihteerit antaa potilaille erillisellä paperilla mahdollisten jatkotutkimuksien yksityiskohtaiset ajat ja ohjeet. Turhaa päällekkäistä kirjaamista on hyvä välttää. Hoitotyön yhteenvedoissa käytetty kieli oli ajoittain liian lääketieteellistä ja teksteissä oli käytetty paljon lääketieteen termejä, joita potilas ei välttämättä ymmärrä. Hoitotyön yhteenvedoon kirjoitetaan hoidon hoitotyön osuus ja lääkärin epikriisiin hoidon lääketieteellinen osuus. Kirjoitusvirheitä löytyi myös lopullisesta tekstistä häiritsevän paljon ja ne vaikuttivat tekstin luettavuuteen samoin kuin puuttuvat otsikot ja otsikoiden väärä järjestys.

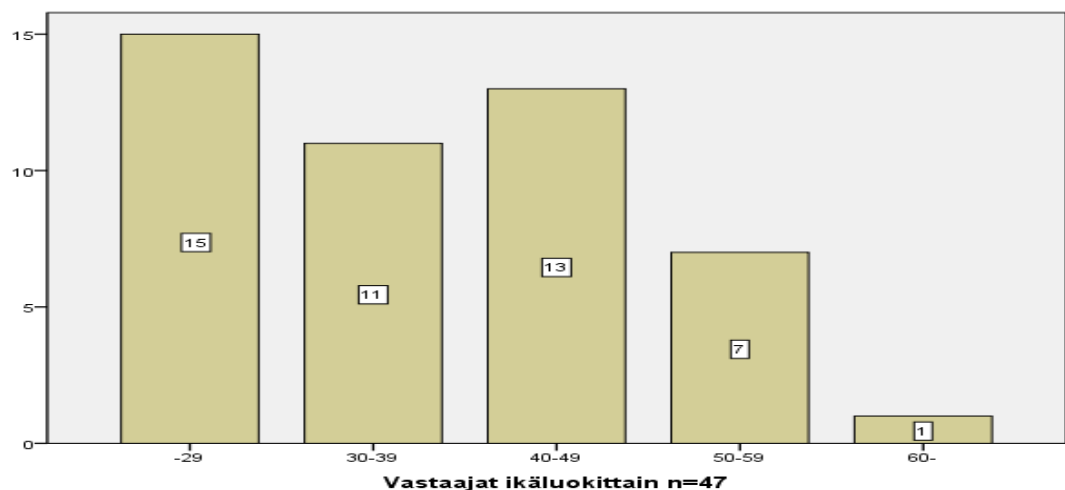
7.3 Hoitohenkilökunnan valmiudet tehdä hoitotyön yhteenvedoja

Hoitohenkilökunnan valmiuksia tehdä hoitotyön yhteenvedoja selvitettiin sähköisellä kyselylomakkeella. Tutkijan laatima kyselylomake muodostui taustatiedot –osiosta ja kolmesta kysymysosiosta. Ensimmäiseen kysymysosiioon oli koottu kirjaamisen toteutumiseen liittyviä asioita. Toisessa kysymysosiiossa tarkasteltiin hoitotyön yhteenvedon kirjoittamiseen ja kolmannessa kysymysosiiossa hoitotyön yhteenvedon hyötyyn liittyviä tekijöitä. Väittämiin vastattiin Likertin 5-portaisella asteikolla, jossa oli kuvattu ainoas-

taan asteikon ääripäät: 1=Täysin eri mieltä ja 5=Täysin samaa mieltä. Kyselyssä ei ollut en osaa sanoa - vastausvaihtoehtoa.

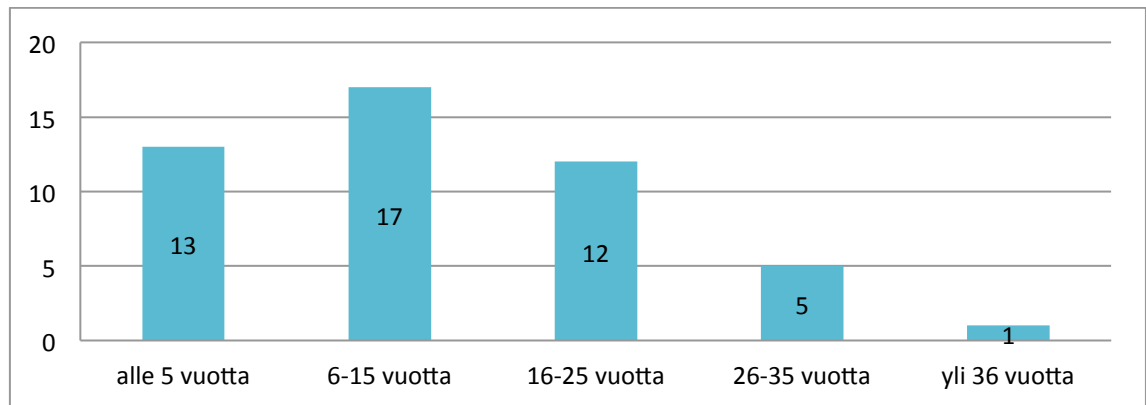
7.3.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 48 (23,3 %) hoitotyöntekijää toimialue 1:den seitsemältä vuodeosastolta. Kyselyssä ei kysytty vastaajan osastoa, koska tiedon ei haluttu vaikuttavan vastaamiseen. Vastaajista (n=48) valtaosa oli naisia 90 % (n=43). Vastaajien (n=47) keskiikä oli 39 vuotta. Nuorin vastaaja oli 24-vuotias ja vanhin 63-vuotias. Yhden vastaajan vastaus ikäkysymykseen hylättiin virheellisen merkinnän takia. Suurin osa vastaajista (55 %, n=26) oli alle 40-vuotiaita (kuvio 3).



KUVIO 3. Vastaajien jakautuminen eri ikäluokkiin (n=47)

Vastaajista oli sairaanhoitajia 98 % (n=47). Ainoastaan yksi perushoitaja oli vastannut kyselyyn. Vastaajien työkokemus oli keskimäärin 13,5 vuotta. Pisin työkokemus alalla oli 37 vuotta ja lyhyin vuoden. Vastaajista 63 % (n=30) oli työkokemusta 15 -vuotta tai alle (kuvio 4).



KUVIO 4. Vastaajien työkokemuksen jakautuminen (n=48)

Vastaajista 63 % (n=30) arvioi tietotekniset taitonsa hyviksi ja 35 % (n=17) kohtalaisiksi. Vastaajista 69 % (n=33) oli osallistunut kirjaamiskoulutukseen, mutta hoitotyön yhteenveto – koulutukseen oli osallistunut vain 48 % (n=23) vastaajista. Omahoitajuus oli käytössä 83 % (n=40) vastaajista. Lisäksi 94 % (n=45) vastaajista oli tehnyt hoitotyön yhteenvetoja (taulukko 14).

TAULUKKO 14. Vastaajien taustatiedot

Taustatiedot	n=48	%
Oletko osallistunut kirjaamiskoulutukseen?		
Kyllä	33	69
En	15	31
Oletko osallistunut hoitotyön yhteenveto – koulutukseen?		
Kyllä	23	48
En	25	52
Onko osastollasi käytössä omahoitajuus?		
Kyllä	40	83
Ei	8	17
Oletko tehnyt hoitotyön yhteenvetoja?		
Kyllä	45	94
En	3	6

Vastaajat (n=40) toimivat 0-6 potilaan omahoitajina osastoilla, joissa oli omahoitajuus käytössä. Keskimäärin vastaajilla (50 %, n=20) oli 1-2 omaa potilasta. Vastaajista 22,5 % (n=9) ei ollut yhtään omaa potilasta. Vastaajista 27 % (n=13) ei ollut tehnyt yhtään hoitosuunnitelmaa ja 17 % (n=8) ei ollut tehnyt yhtään hoitotyön yhteenvetoa viimeisen kuukauden aikana. Keskimäärin vastaajat olivat tehneet viisi hoitosuunnitelmaa ja neljä

hoitotyön yhteenvedoa viimeisen kuukauden aikana. Vastaajista 20 % (n=10) oli tehnyt yli kymmenen hoitosuunnitelmaa ja 13 % (n=6) oli tehnyt yli kymmenen hoitotyön yhteenvedoa viimeisen kuukauden aikana.

7.3.2 Valmiudet kirjaamisen toteutumiseen

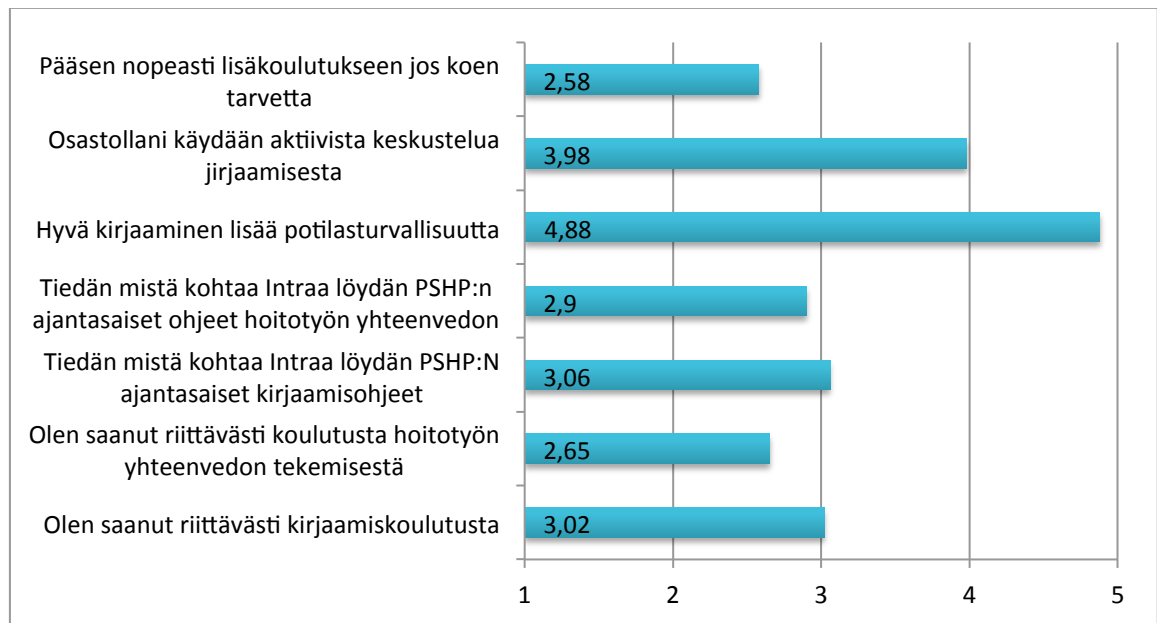
Ensimmäisessä kysymysosiossa vastaajilta tiedusteltiin kirjaamisen toteutumiseen liittyviä väittämiä. Osio sisälsi 8 väittämää. Kysymysosion väittämien kohdalla (liite 7) näkyy keskiarvot, keskihajonnat sekä vastausten jakautuminen Likertin – asteikon eri kohtiin. Vastaajista 88 % (n=42) oli täysin samaa mieltä, että hyvä kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta (taulukko 15).

Seuraavaan taulukkoon (15) on koottu kysymysosion muuttujien ääripäät prosentteina. Hyvä kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta (ka. 4,88) sai myös parhaimman keskiarvon kirjaamisen toteutuminen osion väittämistä (kuvio 5). Vastaajista 31 % (n=15) oli täysin samaa mieltä, että osastolla käydään aktiivista keskustelua kirjaamisesta (taulukko 15). Ainoastaan 13 % (n=6) vastaajista oli täysin samaa mieltä, että osastolta löytyy selkeät ohjeet kirjaamisesta ja vain 2 % (n=1) oli täysin samaa mieltä siitä, että pääsee nopeasti lisäkoulutukseen, jos kokee sitä tarvitsevansa (taulukko 15). Vastaajat eivät tienneet kunnolla, mistä kohtaa sisäisestä Intrasta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ajantasaiset kirjaamisohjeet (10 %, n=5) ja hoitotyön yhteenvedon teko-ohjeet (13 %, n=6) löytyvät (taulukko 15).

TAULUKKO 15. Kirjaamisen toteutuminen -osion muuttujien asteikkojen ääriarvot prosentteina (n=48)

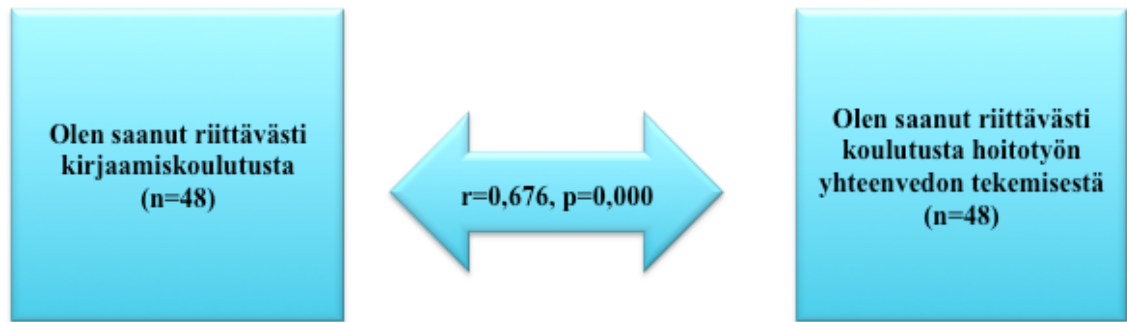
Muuttuja	Täysin eri mieltä %	Täysin samaa mieltä %
Olen saanut riittävästi kirjaamiskoulutusta.	8 %	6 %
Olen saanut riittävästi koulutusta hoitotyön yhteenvedon tekemisestä	6 %	4 %
Tiedän mistä kohtaa Intraa löydän PSHP:n ajantasaiset kirjaamisohjeet	10 %	6 %
Tiedän mistä kohtaa Intraa löydän PSHP:n ajantasaiset ohjeet hoitotyön yhteenvedon tekemisestä	13 %	2 %
Hyvä kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta	0 %	88 %
Osastollani käydään aktiivista keskustelua kirjaamisesta	0 %	31 %
Osastolleni on tehty selkeät ohjeet kirjaamisesta	0 %	13 %
Pääsen nopeasti lisäkoulutukseen jos koen tarvetta	8 %	2 %

Seuraavasta kuviosta (5) nähdään vastaajien ensimmäiseen kysymysosioon antamien vastausten keskiarvot väittämittäin koottuna. Vastaajat kokivat, että hyvä kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta. Tämä väittämä sai selkeästi parhaimman keskiarvon kysymysosion väittämistä. Vastaajien mielestä osastoilla käydään aktiivista keskustelua kirjaamisesta. Huonoimmat keskiarvot saivat väittämät lisäkoulutukseen pääsemisestä, hoitotyön yhteenvedon tekemisestä saadun koulutuksen riittävydestä sekä hoitotyön yhteenvedon ajantasaisien kirjaamisohjeiden löytäminen. Vastausten perusteella vastaajat eivät mielestään pääse tarpeeksi nopeasti kirjaamisen lisäkoulutukseen. Vastaajat kokivat tarvitsevansa myös lisää koulutusta hoitotyön yhteenvedon tekemisestä. Vastausten perusteella vastaajat eivät aina tiedä mistä kohtaa löytyvät ajantasaiset kirjaamisohjeet ja ohjeet hoitotyön yhteenvedon tekemisestä. Väittämä ”olen saanut riittävästi kirjaamiskoulutusta” sai hyvän keskiarvon, mutta vastaajista 29 % (n=14) antoi arvon 1 tai 2 Likertin – asteikolla ja ainoastaan 6 % (n=3) antoi arvon 5 (liite 7).



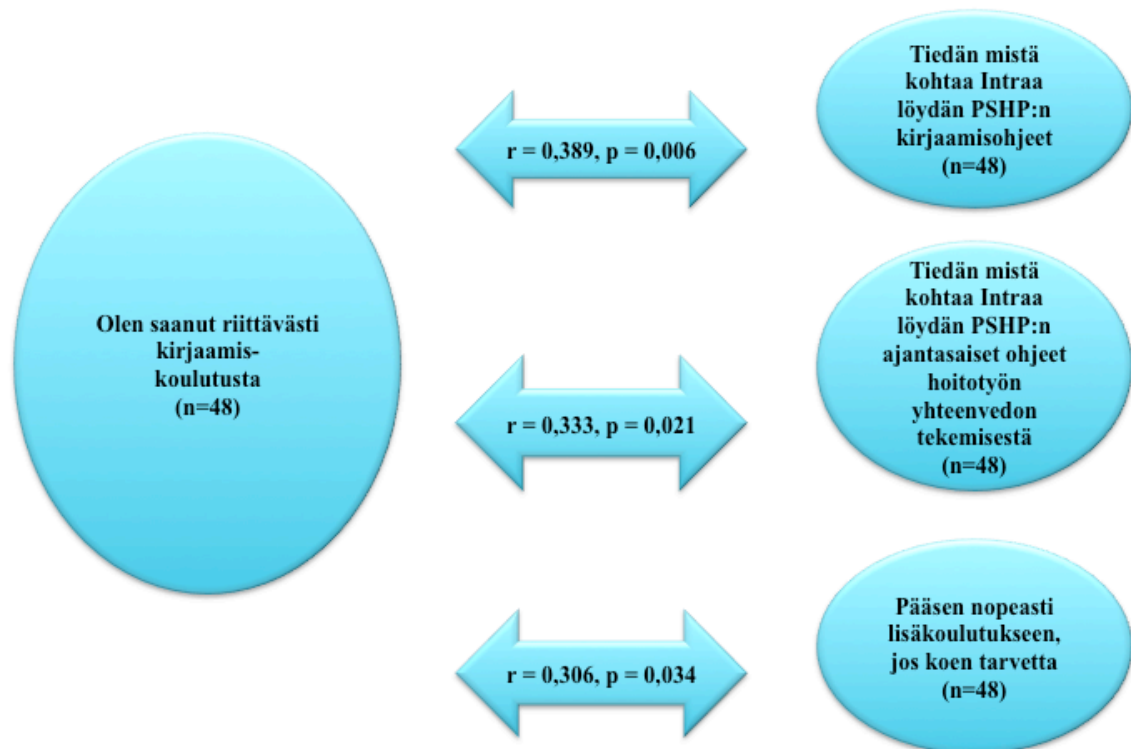
KUVIO 5. Kirjaamisen toteutuminen väittämien keskiarvot (n=48)

Ensimmäisen kysymysosion muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella (liite 8). Riittävän kirjaamiskoulutuksen ja riittävän koulutuksen hoitotyön yhteenvedon tekemisestä välillä havaittiin positiivinen yhteys. Vastaajat, jotka kokivat saaneensa riittävästi koulutusta kirjaamisesta, kokivat myös saaneensa riittävästi koulutusta hoitotyön yhteenvedon tekemisestä (kuviot 6). Korrelaatio oli kohtalaisen voimakas.



KUVIO 6. Kirjaamiskoulutuksen ja hoitotyön yhteenvedon koulutuksen yhteys

Vastaajat, jotka kokivat saaneensa riittävästi kirjaamiskoulutusta, kokivat myös löytävänsä ajantasaiset kirjaamisohjeet ja hoitotyön yhteenvedon teko-ohjeet paremmin sekä pääsevänsä tarvittaessa nopeasti lisäkoulutukseen (kuvio 7). Korrelaatio oli kohtalainen näiden muuttujien välillä.



KUVIO 7. Riittävän kirjaamiskoulutuksen yhteys ajantasaisten kirjaamisohjeiden ja hoitotyön yhteenvedon tekemisohjeiden löytymisen ja lisäkoulutukseen pääsemisen kanssa

Lisäksi vastaajat, jotka löysivät ajantasaiset kirjaamisohjeet, löysivät myös ajantasaiset ohjeet hoitotyön yhteenvedon tekemisestä ($r = 0,781$, $p = 0,000$) sisäisiltä internet-sivuilta.

7.3.3 Valmiudet hoitotyön yhteenvedon kirjoittamiseen

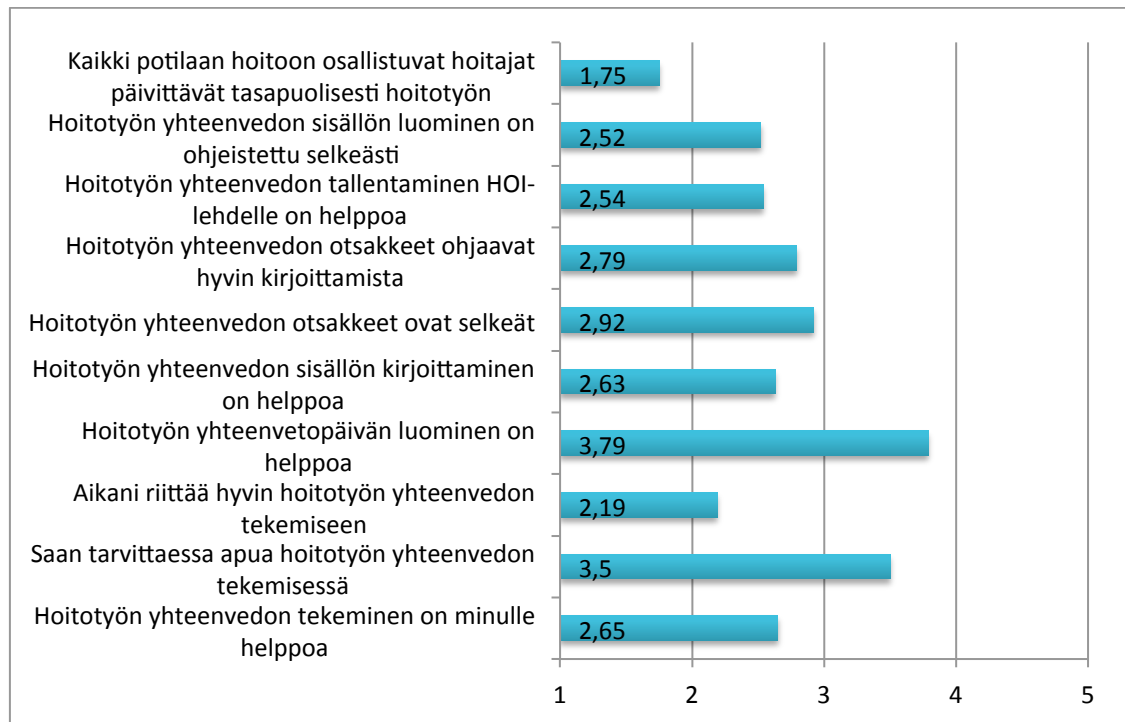
Toisessa kysymysosiossa vastaajilta kysyttiin hoitotyön yhteenvedon kirjoittamiseen liittyviä väittämiä. Osiossa oli 10 väittämää. Kysymysosion väittämiin annettujen vastausten jakautuminen Likertin – asteikolle, keskiarvot ja keskihajonnat näkyvät lopussa olevasta liitteestä (liite 9).

Seuraavaan taulukkoon (16) on koottu kysymysosion muuttujien ääripäät prosentteina sekä seuraavasta kuvioista (8) löytyy väittämien vastausten keskiarvot. Vastaajista 40 % ($n = 19$) oli täysin samaa mieltä, että hoitotyön yhteenvedon luominen oli helppoa. Väittämä sai myös vastaajilta parhaimman keskiarvon toisessa kysymysosiossa. Ainoastaan yksi vastaajista (2 %) oli täysin samaa mieltä, että hoitotyön yhteenvedon tekeminen on helppoa. Suurin osa vastaajista (63 %, $n=30$) antoi tälle väittämälle arvon 2 tai 3 (liite 9), joten keskiarvoksi tuli 2,65 (kuvio 8). Vastaajista 15 % ($n=7$) koki hoitotyön yhteenvedon tekemisen vaikeaksi. Vastaajista 15 % ($n=7$) oli täysin samaa mieltä, että saa tarvittaessa apua hoitotyön yhteenvedon tekemiseen. Kukaan vastaajista ei kokenut jääneensä ilman apua. Saan tarvittaessa apua -väittämä sai myös toiseksi parhaan keskiarvon osiosta.

TAULUKKO 16. Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen – osion muuttujien asteikkojen ääriarvot prosentteina (n=48)

Muuttuja	Täysin eri mieltä %	Täysin samaa mieltä %
Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen on minulle helppoa.	15 %	2 %
Saan tarvittaessa apua hoitotyön yhteenvedon tekemisessä.	0 %	15 %
Aikani riittää hyvin hoitotyön yhteenvedon tekemiseen.	25 %	2 %
Hoitotyön yhteenvetopäivän luominen on helppoa.	6 %	40 %
Hoitotyön yhteenvedon sisällön kirjoittaminen on helppoa.	13 %	4 %
Hoitotyön yhteenvedon otsakkeet ovat selkeät.	10 %	8 %
Hoitotyön yhteenvedon otsakkeet ohjaavat hyvin kirjoittamista.	13 %	6 %
Hoitotyön yhteenvedon tallentaminen HOI-lehdelle on helppoa.	27 %	10 %
Hoitotyön sisällön luominen on ohjeistettu selkeästi.	6 %	2 %
Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat hoitajat päivittävät tasapuolisesti hoitotyön yhteenvedoa.	46 %	0 %

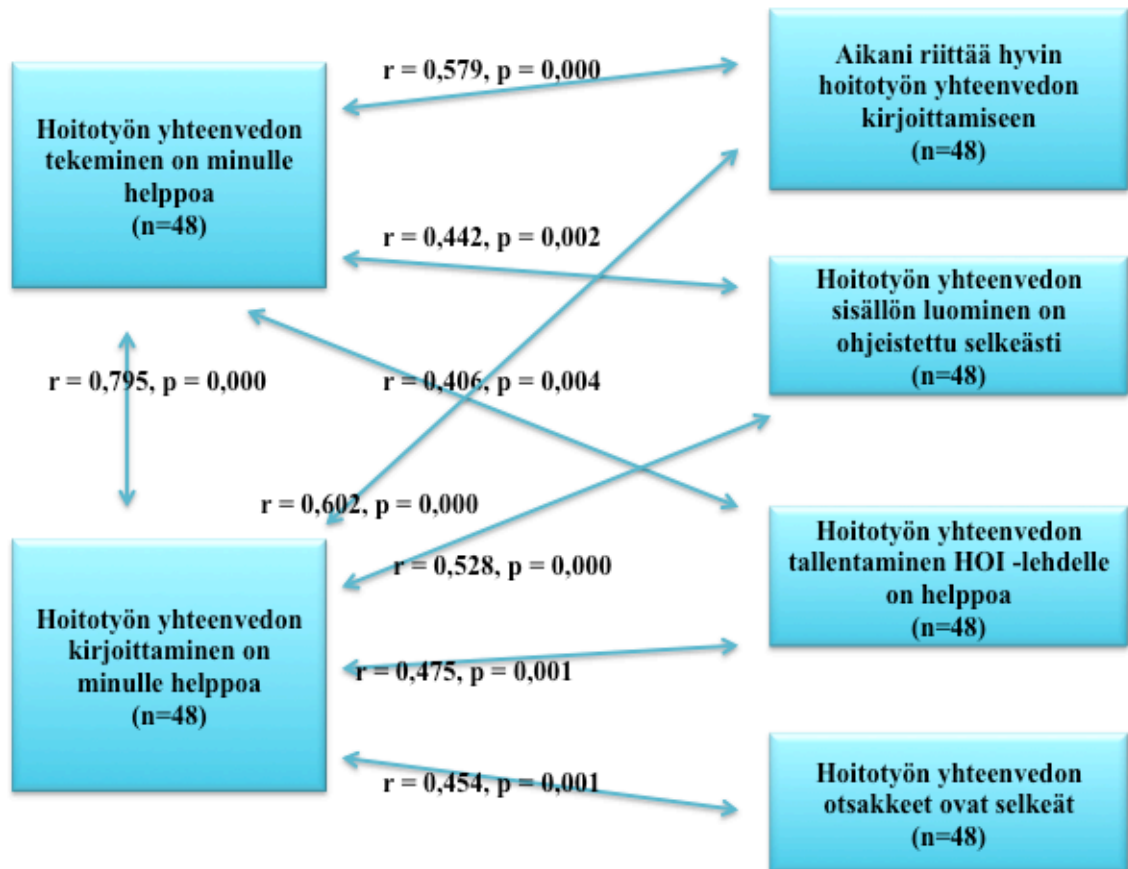
Vastaajista 46 % (n=22) oli täysin eri mieltä kuin väittämä, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat päivittävät tasapuolisesti hoitotyön yhteenvedoa. Vastausten selvä jakautuminen näkyy myös väittämän saamassa huonoimmassa keskiarvossa. Lisäksi 25 % (n=12) oli täysin eri mieltä siitä, että aikani riittää hyvin hoitotyön yhteenvedon tekemiseen. Tämä väittämä sai toiseksi huonoimman keskiarvon kysymysosion väittämistä. Vastaajista 27 % (n=13) oli täysin eri mieltä siitä, että hoitotyön yhteenvedon tallentaminen on helppoa HOI-lehdelle. Väittämän saama keskiarvo tuki myös tätä havaintoa. Tämän väittämän kohdalla vastausten keskihajonta oli myös suurin (liite 9). Vastaajista 54 % (n=26) antoi väittämälle arvon 1 tai 2 Likertin – asteikolla (liite 9).



KUVIO 8. Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen väittämien keskiarvot (n=48)

Myös toisen kysymysoSION muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella (liite 10). Kokemus hoitotyön yhteenvedon tekemisen helppoudesta oli yhteydessä usean muuttujan kanssa. Hoitotyön yhteenvedon kirjoittamiseen vaikuttavien tekijöiden välillä havaittiin positiivinen yhteys. Vastaajat, jotka kokivat hoitotyön yhteenvedon tekemisen helpoksi, kokivat myös sen sisällön hahmottamisen helpommaksi (kuvio 9). Vastaajat, jotka kokivat hoitotyön yhteenvedon tekemisen helpoksi, hallitsivat myös sisällön kirjoittamisen, heidän aikansa riitti hoitotyön yhteenvedon tekemiseen, ohjeistuksen mukaisen sisällön luomisen helpoksi sekä tallentaminen HOI – lehdelle onnistui (kuvio 9).

Vastaajat, jotka kokivat hoitotyön yhteenvedon sisällön kirjoittamisen helpoksi, kokivat myös aikansa riittävän hoitotyön tekemiseen, sisällön luomisen ohjeistuksen ja otsakkeet selkeiksi sekä tallentamisen HOI – lehdelle helpoksi (kuvio 9).



KUVIO 9. Hoitotyön yhteenvedon kirjoittamiseen vaikuttavat yhteydet

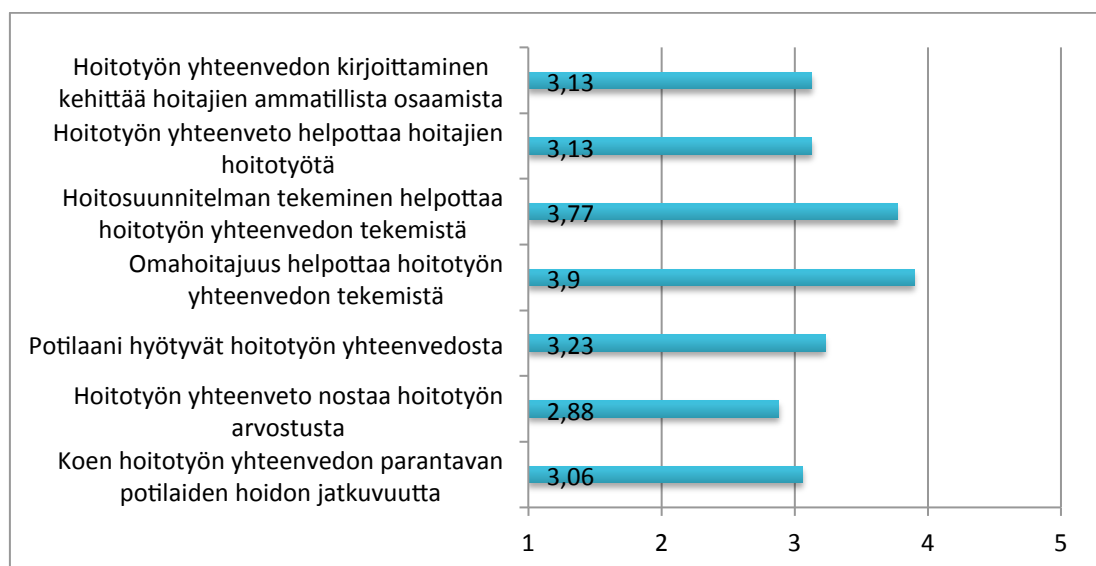
7.3.4 Hyöty hoitotyön yhteenvedosta

Viimeisen kysymysosion väittämillä kysyttiin hoitotyön yhteenvedon hyötyyn liittyviä asioita. Väittämiä osiossa oli 7. Kysymysosion vastausten jakautuminen Likertin – asteikolle, keskiarvot ja keskihajonnat löytyvät työn lopusta taulukosta (liite 11). Seuraavaan taulukkoon (17) on koottu kysymysosion muuttujien asteikkojen ääripäät prosentteina. Vastaajista 21 % (n=10) oli täysin samaa mieltä, että hoitotyön yhteenvedo parantaa potilaiden hoidon jatkuvuutta ja omahoitajuus helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä. 25 % (n=12) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että hoitosuunnitelman tekeminen helpottaa hoitajien hoitotyötä. Ainostaan 6 % (n=3) vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että hoitotyön yhteenvedo nostaa hoitotyön arvostusta ja sen kirjoittaminen kehittää hoitajien ammatillista osaamista. Vastaajista 8 % (n=4) oli täysin samaa mieltä siitä, että hoitotyön yhteenvedo helpottaa hoitajien työtä. Vastaajista 10 % (n=5) oli täysin samaa mieltä ja vastaavasti 10 % (n=5) oli täysin eri mieltä siitä, että potilaat hyötyvät hoitotyön yhteenvedosta.

TAULUKKO 17. Hyöty hoitotyön yhteenvedosta – osion muuttujien asteikkojen ääriarvot prosentteina (n=48)

Muuttuja	Täysin eri mieltä %	Täysin samaa mieltä %
Koen hoitotyön yhteenvedon parantavan potilaiden hoidon jatkuvuutta.	4 %	21 %
Hoitotyön yhteenveto nostaa hoitotyön arvostusta.	10 %	6 %
Potilaani hyötyvät hoitotyön yhteenvedosta.	10 %	10 %
Omahoitajuus helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä.	0 %	21 %
Hoitosuunnitelman tekeminen helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä.	4 %	25 %
Hoitotyön yhteenveto helpottaa hoitajien hoitotyötä.	6 %	8 %
Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen kehittää hoitajien ammatillista osaamista.	6 %	6 %

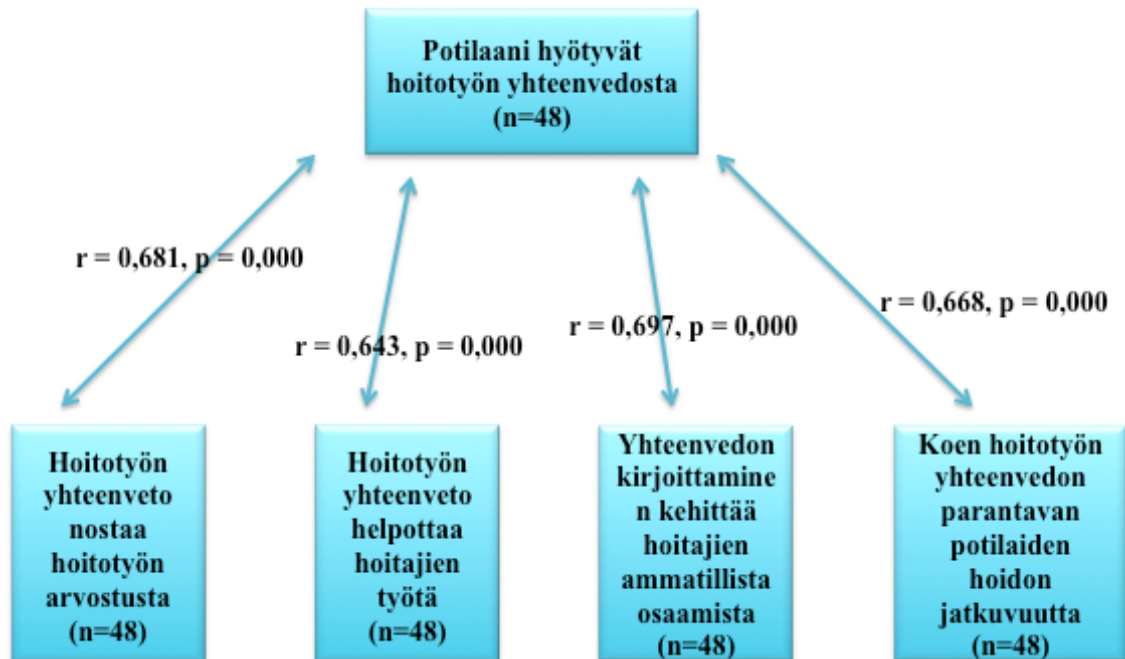
Tämän osion väittämistä lasketut keskiarvot (kuvio 10) antoivat samansuuntaisia tuloksia. Väittämien keskiarvot (2,88 - 3,9) asettuivat melko pienelle välille. Omahoitajuuden ja hoitosuunnitelman tekemisen koettiin helpottavan hoitotyön yhteenvedon tekemistä. Hoitotyön yhteenvedon kirjoittamisen koettiin kehittävän hoitajien ammatillista osaamista, helpottavan hoitajien työtä ja parantavan potilaiden hoidon jatkuvuutta hyvin. Heikoimmin vastaajat uskoivat hoitotyön yhteenvedon parantavan hoitotyön arvostusta.



KUVIO 10. Hyöty hoitotyön yhteenvedosta -osion väittämien keskiarvot (n=48).

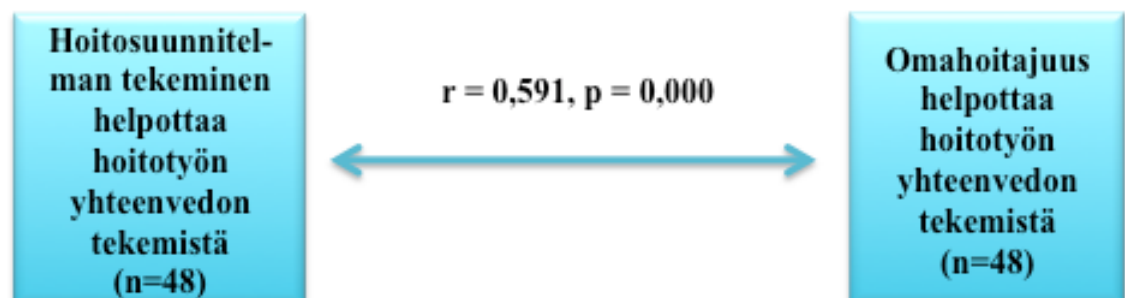
Myös viimeisen kysymysosion muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella (liite 12)

Vastaajat, jotka kokivat potilaan hyötyvän hoitotyön yhteenvedosta, kokivat sen parantavan myös potilaiden hoidon jatkuvuutta (kuvio 11). Lisäksi vastaajat, jotka kokivat potilaan hyötyvän hoitotyön yhteenvedosta, kokivat sen nostavan hoitotyön arvostusta, helpottavan hoitajien työtä ja kehittävän hoitajien ammatillista osaamista (kuvio 11). Korrelaatio näiden muuttujien välillä oli kohtalainen.



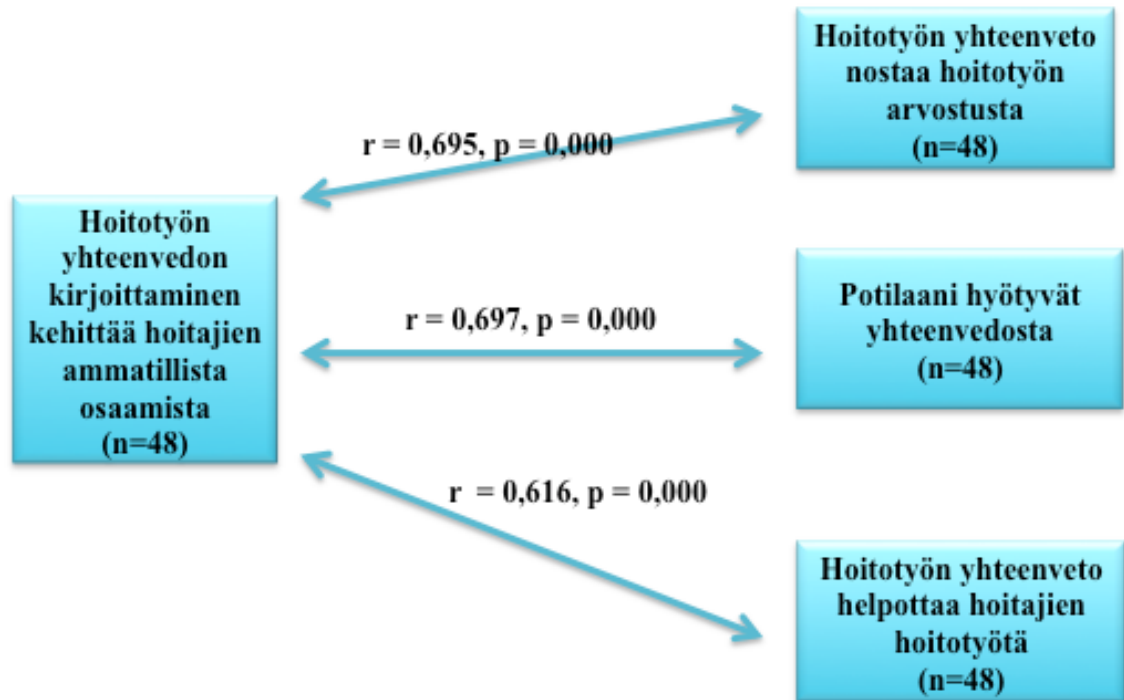
KUVIO 11. Hoitotyön yhteenvedon hyöty yhteydet

Vastaajat, jotka kokivat hoitosuunnitelman tekemisen helpottavan hoitotyön yhteenvedon tekemistä, kokivat myös omahoitajuuden helpottavan sitä (kuvio 12). Korrelaatio näiden kahden muuttujan välillä oli kohtalainen.



KUVIO 12. Hoitosuunnitelman ja omahoitajuuden yhteys hoitotyön yhteenvedon tekemisessä

Vastaajat, jotka kokivat hoitotyön kirjaamisen kehittävän hoitajien ammatillista osaamista, kokivat sen myös helpottavan hoitajien työtä, nostavan hoitotyön arvostusta sekä uskoivat potilaiden hyötyvän hoitotyön yhteenvedosta (kuvio 13). Muuttujien välillä todettiin kohtalainen korrelaatio.



KUVIO 13. Riippuvuudet, jotka vaikuttavat hoitajien ammatilliseen osaamiseen

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikka tarkoittaa hyvää tieteellistä tapaa, jota jokaisen tutkimuksen tekijän tulee noudattaa koko tutkimusprosessin ajan. Se määrittää yleisesti sovitut säännöt suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja yleisöön. Tutkijan tulee noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on yhdessä hyväksynyt. (Vilkkä 2015, 41-42.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa sekä sen tulokset uskottavia, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvä tieteellinen käytäntö on tärkeä osa tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmää ja sen ohjeiden soveltaminen on tutkijayhteisön itsesääteilyä, jolle lainsäädäntö määrittää lisäksi omat rajansa. Jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen vastaa itse hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta, mutta vastuu kuuluu myös koko tiedeyhteisölle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen tulosten arvioinnissa. Tutkimuksen tiedonhankinnassa sekä tutkimus- ja arviointimenetelmissä sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisiä menetelmiä. Tutkijan tulee kunnioittaa asianmukaisella tavalla muiden tutkijoiden tekemää työtä ja antaa heille siitä kuuluva kunnia. Asianmukaiset tutkimusluvut hankitaan ennen tutkimuksen aloitusta. Lisäksi sovitaan kaikkien tutkimukseen osallistuvien vastuut ja velvollisuudet sekä tutkimusaineiston säilyttämiseen ja käyttämiseen liittyvät asiat. Tutkimuksen mahdolliset rahoittajat ja sidosryhmät kerrotaan tutkimukseen osallistuville. Tietosuojaa koskevat asiat huomioidaan koko tutkimusprosessin aikana. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimusaiheen valinta on ensimmäisiä tutkijan tekemiä eettisiä valintoja. Tutkijan on pohdittava aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti sekä sen vaikutusta tutkimukseen osallistujiin. Tutkijan on turvattava tutkimukseen osallistuvat psyykkisiltä, fyysisiltä ja ta-

loudellisilta haitoilta. Tutkimusetiikan lähtökohtana on aiheen hyödyllisyys ja sen hyödyntäminen esimerkiksi terveydenhuollossa hoitotyön laadun kehittämässä. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistujalle tulee antaa riittävästi tietoa tutkimuksen luonteesta, tarkoituksesta ja tavoitteista. Tutkittavan tulee myös olla tietoinen, kuinka hän voi kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää tutkimuksen. Tutkimustuloksien kirjoitusvaiheessa on huomioitava, että ketään tutkimukseen osallistunutta ei voi tunnistaa. Tutkimusaineistoa ei saa luovuttaa ulkopuolisille. Aineisto tulee säilyttää ja lopuksi hävittää asianmukaisella tavalla, jotta se ei joudu ulkopuolisten tahojen haltuun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217-228.)

Tämä tutkimus on pyritty toteuttamaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen aihe on ajankohtainen ja hyödyllinen. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kirjaamisen laadun kehittämistyössä Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:llä. Tutkimuksen tekemistä varten saatiin lupa opetusylihoitajalta, toimialueen ylihoitajalta, vastuualuejohtajalta sekä tiedekeskuksen johtajalta. Tutkimuksen laadullinen aineisto kerättiin osastoilta tutkijan määrittelemien kriteerien mukaisesti. Osastot eivät itse valinneet aineistoa. Tutkimuksen määrälliseen kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyn mukana olleessa saatekirjeessä (liite 6) kerrottiin tarkemmin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Kyselylomakkeet palautuivat tutkijalle anonyymeinä, joten tutkimukseen osallistujat eivät olleet tunnistettavissa. Esitetyistä tutkimustuloksista ei voi tunnistaa ketään vastaajista tai osastoista.

Tutkimusaineisto on ollut koko tutkimusprosessin ajan tutkijan omassa käytössä ja valmistumisen jälkeen se tullaan hävittämään sovitulla tavalla. Tutkimuksen toteutuminen on pyritty kuvaamaan tutkimusraportissa mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti vaihe vaiheelta. Tutkimustulokset on kirjoitettu saatujen tulosten mukaisesti. Muita tutkijoita on kunnioitettu merkitsemällä käytettyihin aineistoihin lähdeviitteet asianmukaisella tavalla.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida monella eri tavalla. Luotettavuutta arvioidaan koko tutkimusprosessin ajan. Tutkijan rooli korostuu laadullisessa tutkimuksessa. Tutkijan täytyy arvioida tutkimuksen luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan/ratkaisun kohdalla. Hänen on pystyttävä kuvailemaan ja perustelemaan tutkimusraportissa, mistä joukosta valinnat on tehty, mitä valinnat ovat ja miten hän päätyi näihin ratkaisuihin sekä arvioimaan tekemiensä ratkaisujen tarkoituksenmukaisuutta ja toimivuutta. Tehdyillä ratkaisulla pyritään kuitenkin aina löytämään vastaukset tutkimukselle asetettuihin tavoitteisiin. (Vilka 2015, 196-197.)

Laadullista tutkimusta ei ole mahdollista toistaa täysin samanlaisena, koska jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on ainutkertainen kokonaisuus. Tutkijan teorettinen perehtyneisyys ja esiyymmärrys aiheesta vaikuttavat myös luotettavuuteen. Samoilla tulkintasäännöillä pitäisi kuitenkin toisen tutkijan päätyä vähintään samaan tulkintaan ja tuloksiin, johon tutkimuksen tekijä on päätenyt. (Vilka 2015, 197-198.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida myös puolueettomuusnäkökulma. Tämä korostuu silloin, kun tutkija on osa tutkimaansa yhteisöä ja sen toimintaa. On hyvä pohtia tutkijan roolin merkitystä tutkittavan yhteisön jäsenenä, tutkijan yhteiskunnallisen aseman, sukupuolen, iän, arvojen, uskomusten ja omien uskonnollisten tai poliittisten asenteiden ja näkemysten merkitystä tutkimuksessa tehtyyn tulkintaan. Tutkijan omat arvot vaikuttavat tutkimuksessa tehtyihin valintoihin ja hänen tuleekin paljastaa ne avoimesti. (Vilka 2015, 198.)

Tutkimuksen laadullinen osuus on pyritty toteuttamaan luotettavasti. Tutkimusraportissa on kuvattu laadullisen tutkimuksen etenemisen eri vaiheet ja tutkimusprosessin aikana tehdyt ratkaisut mahdollisimman perusteellisesti. Tehdyillä ratkaisuilla on mielestäni löydetty vastaukset tutkimukselle asetettuihin tavoitteisiin. Luotettavuuteen on vaikuttanut myös tutkijan oma kokemus ja teorettinen perehtyminen aiheeseen. Toisaalta tutkimusprosessin aikana on jouduttu miettimään myös puolueettomuusnäkökulmaa, koska tutkimuksen tekijä on itse kyseisellä toimialueella töissä. Mielestäni tämä asia ei vaikuttanut tutkimuksen luotettavuuteen, koska tutkijan tekemiä valintoja ja ratkaisuja ohjasi täysin aiheen teoria ja sieltä nousseet asiat.

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetilla ja reliabiliteetilla. Tutkimuksen validiteetti eli pätevyys kuvaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on ollut tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti eli luotettavuus kuvaa tulosten tarkkuutta. Tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. (Vilkka 2007, 149-150; Heikkilä 2014, 27-28.)

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan käytetyn mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata (Vilkka 2015, 193). Olennaista on tutkimusprosessin hyvä suunnittelu ja tutkimuksen selkeät tavoitteet. Validiutta on hankala tarkastella jälkikäteen, joten sitä tulee miettiä koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen validiutta lisäävät huolella suunniteltu ja harkittu tiedonkeruu, edustava otos ja korkea vastausprosentti. Tutkijan on lisäksi ymmärrettävä tutkimusta ohjaavat teoreettiset käsitteet ja kyettävä siirtämään ne kyselylomakkeeseen, käytettyyn mittariin. Onnistuneesti tehdyillä kysymyksillä löydetään ratkaisut asetettuihin tutkimusongelmiin. (Vilkka 2007, 150; Heikkilä 2014, 27; 177.)

Määrällisen tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tulosten tarkkuutta ja tulosten toistettavuutta eli mittauksen kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Vilkka 2015, 194). Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat monet asiat. Satunnaisvirheitä voi syntyä esimerkiksi, jos vastaaja ymmärtää asian eri tavalla kuin tutkija tai ei muista asioita oikein tai tutkija tallentaa asiat virheellisesti. Tutkijan pitää aina arvioida mahdollisten satunnaisvirheiden vaikutusta tutkimuksen tuloksiin. (Heikkilä 2014, 28; Vilkka 2015, 194.)

SPSS – ohjelmalla on mahdollista laskea käytetyn mittarin reliabiliteettia. Tässä tutkimuksessa mittarin reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimella, joka on yksi käytetyimmistä testeistä. Testi kertoo kuinka luotettava tutkimuksessa käytetty mittari on. Cronbachin alfa-kertoimella selvitetään, mittaavatko kaikki mittariin valitut muuttujat samaa ilmiötä. Muuttujien tulee olla samansuuntaisia testiä tehtäessä. Testi lisää tutkimuksen ja tulosten luotettavuutta. Suuret arvot kertovat korkeasta reliabiliteetista. (Nummenmaa 2011, 356-357; Heikkilä 2014, 178). Heikkilän (2014) mukaan kertoimen arvo saisi mielellään olla yli 0,7 (Heikkilä 2014, 178). Metsämuurosen (2000) mukaan yleisesti hyväksytty alfan alin arvo on 0,6 (Metsämuuronen 2000, 37). Tässä tutkimuksessa käytettiin kolmea kysymysosiota, joiden reliabiliteettia testattiin Cronbachin alfa-kertoimella. Seuraavasta taulukosta (18) näkyy kysymysosioiden saamat alfa-arvot.

TAULUKKO 18. Kysymysosioiden Cronbachin alfa-arvot

Kysymysosio	Muuttujien määrä	Cronbachin alfa-arvo
Kirjaamisen toteutuminen	8	0,73
Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen	10	0,84
Hyöty hoitotyön yhteenvedosta	7	0,87

Testin mukaan kaikkien kysymysosioiden alfa-arvot olivat hyviä, joten yksittäisiä muuttujia ei ollut tarvetta poistaa osioista. Mikäli alfa-arvo osoittautuu alhaiseksi, poistetaan kysymysosioista muuttujia, kunnes alfa-arvo saadaan riittäväksi (Heikkilä 2014, 178).

Tutkimuksen määrällisen osuuden luotettavuuteen voi vaikuttaa tutkijan kokemattomuus tutkimuksen tekemisestä, oma kokemus tutkittavasta asiasta sekä kokemattomuus SPSS – tilasto-ohjelman käytöstä. Tutkimuksessa käytettiin tutkijan laatimaa kyselylomaketta, joka muodostui teoriasta nousseista asioista sekä tutkijan omasta kokemuksesta. Kysymysosioiden saamat reliabiliteetti kertoimet olivat hyviä (0,73 – 0,87), mikä lisäsi käytetyn mittarin luotettavuutta. Aineiston analyysivaiheessa huomattiin, että joi-takin asioita olisi voinut kysyä hieman eri tavoilla, mutta tutkijan pitää hyväksyä tutkimuksen alussa tehdyt ratkaisunsa ja edetä niiden mukaisesti. Tutkimuskysymyksiin löydettiin vastaukset.

Luotettavuutta lisäsi myös, että kysely lähetettiin hoitotyöntekijöille, joilla oli tutkittavasta asiasta kokemusta ja tietämystä. Tutkimuksen luotettavuutta alentaa matala vastausprosentti ja tuloksia voidaan pitää ainoastaan suuntaa antavina. Ainoastaan 23,3 % (n=48) vastasi sähköiseen kyselyyn. Kyselyyn oli mahdollista vastata työajalla, omaan työ sähköpostiin lähetetyn linkin kautta. Kysely ei vaatinut erityisiä tietoteknisiä taitoja.

8.3 Keskeiset tulokset

8.3.1 Hoitotyön yhteenvedojen sisältö

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkä tasoisia hoitotyön yhteenvedoja vuodeosastoilla oli tehty. Hoitotyön yhteenvedojen (n=21) kirjaamistyöryhmän ohjeen mukaisesti sisällön riittävyyttä (taulukko 13) arvioitiin analyysirungosta kootun prosenttimallin

(taulukko 12) mukaisesti kappaleessa 7.2. Saatujen tulosten mukaan hoitotyön yhteenvedojen asiasisällöissä oli suuria eroja, vaikka monet pakolliset asiat löytyivät kirjattui-
na. Saatujen tulosten (taulukko 13) perusteella hoitotyön yhteenvedot jaoteltiin kolmeen eri tasoon: heikkoihin, hyviin ja kiitettäviin. Jaottelulla haluttiin selvittää, minkä tasoisia hoitotyön yhteenvedot ovat, kun asiaa tarkastellaan hoitotyön yhteenvedon kuuluvien pakollisten asioiden kannalta. Seuraavaan taulukkoon (19) on koottu arvot, joiden perusteella jaottelu tehtiin eri osa-alueiden ja koko hoitotyön yhteenvedon osalta.

TAULUKKO 19. Hoitotyön yhteenvedojen jaottelussa eri tasoihin käytetty malli

Hoitotyön yhteenvedon sisäl- lön taso	Yhden osa-alueen sisällöstä kirjattuna %	Kaikkien osa-alueiden sisällös- tä kirjattuna %
Heikko	< 50 %	< 250 %
Hyvä	50 % ≤ arvo < 80 %	250 – 399 %
Kiitettävä	≥ 80 %	≥ 400 %

Seuraavaan taulukkoon (20) on koottu, minkä tasoisia vuodeosastoilla tehdyt hoitotyön yhteenvedot (1-16) olivat (taulukko 13). Hoitotyön yhteenvedot (17-21) (taulukko 13) oli rakennettu eri tavalla eri otsikoita käyttäen, joten niiden tasoa ei arvioitu mallin (taulukko 19) avulla, koska vertailu ei olisi ollut tasapuolista. Erilaisilla kootut hoitotyön yhteenvedot muistuttivat enemmän hoitosuunnitelmaa sekä hoitajien hoitotyön toimintojen muistilistaa kuin potilaan hoidon yhteenvedoa. Hoitotyön yhteenvedojen tasoa (taulukko 20) on arvioitu eri osa-alueiden ja koko hoitotyön yhteenvedon osalta, jotta mahdolliset osa-alueiden erot korostuvat paremmin.

Taulukon (20) mukaan hoitotyön yhteenvedot olivat sisällöltään hyvätasoisia. Yhteenvedoista löytyi melko kattavasti sinne kuuluvat asiat. Yhtään kokonaisuudeltaan heikkotasoisia yhteenvedoja ei tämän jaottelun perusteella löytynyt. Eri osa-alueiden välillä oli pientä hajontaa, mutta pääasiassa osa-alueet oli koottu hyvin. Taulukosta saadut tulokset eivät kuitenkaan täysin kerro hoitotyön yhteenvedojen tasosta. Saatuja tuloksia väärin, se, että hoitotyön yhteenvedojen sisällön arvioinnissa on huomioitu ainoastaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kirjaamistyöryhmän ohjeen mukaan sinne kuuluvat asiat, ei niinkään tyyliä, joilla asiat on kirjattu. Saatujen tutkimustulosten ja aikaisempien tulosten mukaan hoitotyön yhteenvedon kirjaamista on kuitenkin edelleen kehitettävä, jotta hoitotyön näkökulma saadaan näkyvämmäksi ja hoitotyön arvostus lisääntyy sitä kautta (Ritola 2010).

TAULUKKO 20. Hoitotyön yhteenvetojen (n=21) jako heikkoihin, hyviin ja kiitettäviin

Yhteenvedot	Hoidon tarve %	Hoidon tavoitteet %	Hoitotyön toiminnot %	Hoidon tulokset %	Jatkohoito %	Yhteensä %
1.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Heikko	Hyvä	Hyvä
2.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Hyvä	Hyvä	Hyvä
3.	Heikko	Kiitettävä	Hyvä	Hyvä	Heikko	Hyvä
4.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Hyvä	Heikko	Hyvä
5.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Hyvä	Heikko	Hyvä
6.	Hyvä	Kiitettävä	Hyvä	Hyvä	Hyvä	Hyvä
7.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Hyvä	Hyvä	Hyvä
8.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Heikko	Hyvä	Hyvä
9.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Kiitettävä	Hyvä	Kiitettävä
10.	Hyvä	Kiitettävä	Hyvä	Hyvä	Hyvä	Hyvä
11.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Hyvä	Hyvä	Hyvä
12.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Kiitettävä	Hyvä	Kiitettävä
13.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Kiitettävä	Hyvä	Kiitettävä
14.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Hyvä	Hyvä	Hyvä
15.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Hyvä	Hyvä	Hyvä
16.	Kiitettävä	Kiitettävä	Hyvä	Kiitettävä	Hyvä	Kiitettävä
	fr	fr	fr	fr	fr	fr
Yhteensä						
Kiitettävät	13	16	0	4	0	4
Hyvät	2	0	16	10	13	12
Heikot	1	0	0	2	3	0

Tulosten mukaan hoitotyön yhteenvetojen sisällön kirjaaminen oli suppeata ja hoitotyön näkökulma jäi piiloon. Sisällöstä puuttui lähes kokonaan ohjauksen ja hoidon vaikuttavuuden kirjaaminen. Lisäksi hoidon tavoitteita ei ollut kuvattu hoitotyön näkökulmasta vaan laajoina lääketieteellisinä kokonaisuuksina. Samoihin johtopäätöksiin on päätynyt myös Ritola (2010) tutkiessaan tehtyjä hoitotyön yhteenvetoja Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Hoitotyön yhteenvetojen todellinen hyöty potilaille tai jatkohoitopaikoille jääkin hieman epäselväksi saatujen tulosten perusteella.

Tulosten mukaan hoitotyön yhteenvetojen sisältö vastaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjeistusta osittain. Saatujen tulosten perusteella voidaan päätellä, ettei ohje ole ollut aktiivisessa käytössä yhdelläkään osastoista aineistonkeruu hetkellä. Ohjeistuksen mukaisia otsikoita oli käytetty suurimmassa osassa 76 % (n=16) yhteenvedoista, mutta ainoastaan 48 % (n=10) käytetyt otsikot olivat oikeassa järjestyksessä. Aikaisempien tutkimustulosten mukaan hoitotyön yhteenvedoissa ei käytetä kaikkia sinne kuuluvia otsikoita vaan osa jätetään pois (Ritola 2010). Tutkimusten mukaan olennaisen tiedon löytyminen ei aina ole helppoa, koska tärkeät kirjaukset hukkuvat rutiinikirjausten joukkoon. Moniammatillista sähköistä kirjaamista tuleekin kehittää niin, että kirjaami-

sesta on todellista hyötyä eri ammattiryhmille ja hoitopaikoille. (Törnvall & Wilhelms-son 2008.) Rakenteinen sähköinen kirjaaminen ja otsikoiden monipuolinen käyttö helpottavat asioiden löytymistä. Lisäksi yhtenäiset kirjaamistavat helpottavat ja nopeuttavat asioiden löytämistä ja lisäävät siten potilasturvallisuutta. Kaikki tietävät silloin, mitä mihinkin kohtaan kirjataan. Ohjeistuksen mukaiset hoitotyön yhteenvedossa käytetyt otsikot pohjautuvat hoitoprosessin eri vaiheisiin ja kuvaavat hoitotyön eri osa-alueita potilaan hoidossa. Ohjeistuksen mukaisia otsikoita voi pitää eräänlaisena muistilistana siitä, mitä asioita potilaan kokonaishoidon kirjaamisessa pitää muistaa ja huomioida.

Tulosten mukaan hoidon tarve oli pääasiallisesti kuvattu hoitotyön ammattihenkilöiden näkökulmasta, mutta potilaiden näkemys ei näkynyt kirjaamisessa. Tulossyy löytyi lähes kaikista hoitotyön yhteenvedoista, mutta hoidon lopullinen syy, varmistunut diagnoosi, jäi epäselväksi, vaikka kyseessä oli hoidon loppuyhteenvedo. Hoidon tavoitteet oli kirjoitettu isoina hoitokokonaisuuksina, lähinnä lääketieteelliseltä kannalta. Alueen kirjaamisessa ei näkynyt potilaan hoidon kannalta keskeiset hoitotyön osa-alueet. Hoidon tarve ja tavoitteet kirjataan yleensä potilaan tulohaastattelun perusteella hoitosuunnitelmaan. Tutkimusten (Hartikainen 2008; Laine 2008) mukaan hoitajat eivät mielellään käytä tietokonetta tulohaastattelua tehdessään vaan kirjaavat asiat käsin paperille ja vasta myöhemmin paperilta koneelle. Tämän takia tulohaastatteluun menee myös enemmän aikaa. Lisäksi voidaan miettiä, kuinka hyvin potilaan näkökulma välittyy hoitajan merkinnöistä enää siinä vaiheessa, kun tietoja tallennetaan koneelle (Laitinen 2016). Ritolan (2010) mukaan hoitotyön yhteenvedon sisällöstä puuttuu lähes kokonaan hoidon tavoitteiden kirjaaminen. Lisäksi kirjaaminen on liian lääketieteellistä ja siinä käytetään liikaa lääketieteen termejä, joita potilas ei ymmärrä. Nämä samat asiat näkyivät myös tämän tutkimuksen tuloksissa.

Hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset alueista löytyi osa ohjeen mukaisista asioista, mutta osittain asiat oli kirjattu puutteellisesti tai väärin kohtiin. Annettua hoitoa oli jollakin tavalla kuvattu kaikissa ja lähes kaikista yhteenvedoista löytyi hoitajan arviota hoidosta ja kuntoutuksesta. Potilaan oma näkemys ja kokemus hoidon onnistumisesta ja potilaan vointi lähtötilanteessa puuttui sen sijaan lähes kaikista. Hoidon tulokset kuvauksissa näkyi kuitenkin parhaiten hoitotyön näkökulma ja potilaslähtöisyys.

Tulosten mukaan jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot oli kuvattu suppeasti, mutta toisaalta sinne oli kirjattu samoja asioita, jotka löytyvät sihteerin tekemästä kotiutuskor-

tista tai lääkärin antamasta epikriisistä. Jatkohoitopaikkaan siirtyi 57 % (n=12) yhteenvedon saaneista potilaista, mutta yhdenkään kohdalla ei lukenut jatkohoitoon siirtymisen syytä tai tarkempia hoito-ohjeita jatkohoitopaikkaan. Hoito-ohjeet kotiin tai jatkohoitopaikkaan löytyivät kirjattuna vain 38 % (n=8) ja potilaan jatkohoidon ohjaus 33 % (n=7) hoitotyön yhteenvedoista. Osion kirjaamista täytyy parantaa, jotta yhteenvedosta on hyötyä potilaille, eri ammattiryhmille ja jatkohoitopaikoille. Kuusiston, Asikaisen ja Sarannon (2010) tutkimustulosten mukaan hoitotyön yhteenvedon koettiin kuitenkin parantavan tiedonkulkua sekä yhteistyötä eri ammattiryhmien ja hoitopaikkojen välillä. Jatkohoitopaikoissa koettiin, että hoitotyön yhteenvedo helpotti potilaan kokonaistilanteen hahmottamista. Lisäksi he kokivat tiedon olevan luotettavaa ja reaaliaikaisempaa.

Tutkimustulosten mukaan hoitotyön yhteenvedoihin kirjataan kattavasti sinne kuuluvia asioita, mutta kirjaamisesta ei välity hoitotyön näkökulma riittävästi, jotta hoitotyön yhteenvedosta olisi nykyisellään todellista hyötyä potilaalle, omaisille, eri ammattiryhmille tai jatkohoitopaikoille.

8.3.2 Hoitohenkilökunnan valmiudet tehdä hoitotyön yhteenvedoja

Tutkimuksen laadullisen osuuden aineistonkeruuvaiheessa keväällä 2015 Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:den kaikilla vuodeosastoilla (n=7) kirjoitettiin hoitotyön yhteenvedoja potilaille, jotka kotiutuvat tai siirtyivät jatkohoitoon. Ainoastaan neljällä (4) vuodeosastolla yhteenvedot tallennettiin ohjeen mukaisesti MD-MIRANDAN hoitokertomuksen yhteenvetopäivältä erikoisalalehdelle HOI. Tutkimukseen otettiin mukaan ainoastaan HOI – lehdelle tallennetut hoitotyön yhteenvedot.

Aineistonkeruuvaiheessa selvisi, että yksi syy siihen, etteivät kaikki osastot tallentaneet hoitotyön yhteenvedoja erikoisalalehdelle, oli se, että tallennus koettiin melko hankalaksi tehdä. Lisäksi kaikilla osastoilla ei oltu selkeästi sovittu, että kenen tehtävä oli hoitotyön yhteenvedojen tallentaminen yhteenvetopäivältä erikoisalalehdelle. Yleensä tallennuksen tekee hoitotyöntekijä, joka kirjoittaa hoitotyön yhteenvedon loppuun, mutta joillakin osastoilla oli mietitty tehtävän siirtoa osastonsihteerille. Sama asia nousi esille myös sähköisen kyselyn tuloksista, joista selvisi, että hoitotyön yhteenvedon tallentaminen koetaan vaikeaksi (liite 9). Aikaisempien tutkimuksien mukaan tietotekniset ongelmat ja tietokoneen käytön epävarmuus saattavat osaltaan vaikuttaa siihen, että tallennus

erikoisalalehdelle HOI koetaan hankalaksi (Hartikainen 2008). Asiaa kannattaa miettiä lisäkoulutuksen kannalta, vaikka kyselyyn vastaajista 63 % (n=33) arvioi tietotekniset taitonsa hyviksi ja 35 % (n=17) kohtalaisiksi.

Saatujen tulosten mukaan vastaajat ymmärsivät, että hyvä kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta. Vastaajat kokivat kuitenkin tarvitsevansa lisää koulutusta sekä hoitotyön kirjaamisesta että hoitotyön yhteenvedon tekemisestä. Kirjaamiskoulutukseen oli osallistunut 69 % (n=33) ja hoitotyön yhteenvedo – koulutukseen 48 % (n=23) vastaajista. Tulosten mukaan hoitohenkilökunnan valmiuksia tehdä hoitotyön yhteenvedoja lisäsi riittävä kirjaamiskoulutus ja riittävä koulutus hoitotyön yhteenvedon tekemisestä (liite 7). Riittävä kirjaamiskoulutus helpottaa ajantasaisten ohjeiden löytämisessä, auttaa hahmottamaan paremmin hoitotyön yhteenvedojen sisältöä sekä kirjaamaan asioita paremmin. Tutkimusten (Hartikainen 2008; Laine 2008) mukaan hoitohenkilökunta kokee hankalaksi ja aikaa vieväksi potilaan tietojen etsimisen koneelta. Riittävä kirjaamiskoulutus ja yhdenmukaiset käytännöt lisäävät hoitohenkilökunnan valmiuksia kirjoittaa hoitotyön yhteenvedoja (liite 7). Kun hoitokertomuksen rakenne tulee tutuksi ja kaikki kirjaavat asiat oikeisiin, sovittuihin paikkoihin, haluttu tieto löytyy nopeammin. Tulosten mukaan vastaajat tarvitsevat lisää kirjaamiskoulutusta, jotta valmiudet tehdä hoitotyön yhteenvedoja hoitotyön näkökulmasta parantuvat.

Tulosten mukaan vastaajien valmiudet koota hoitotyön yhteenvedoja olivat hyvät (liite 9). Valmiuksia lisäsivät hoitotyön yhteenvedoon liittyvien tietoteknisten asioiden hallitseminen ja kokemus avun saamisesta. Valmiuksia vähensi kokemus ajan puutteesta sekä se, ettei hoitotyön yhteenvedon kirjoittamisen vastuu jakautunut tasapuolisesti. Tulosten mukaan vastaajat, jotka kokivat hoitotyön yhteenvedon tekemisen helpoksi, kokivat myös hallitsevansa sen sisällön kirjoittamisen. Vastaajat kokivat myös työaikansa riittävän paremmin kirjoittamiseen, sisällön luomisen ohjeistuksen selkeäksi, sisällön kirjoittamisen sujuvaksi sekä tallentamisen HOI- lehdelle helpoksi. Hartikaisen (2008) ja Laineen (2008) tutkimusten mukaan haastavaksi sähköisen kirjaamisen kannalta koetaan työtovereiden ja johdon riittämätön tuki.

Omahoitajuus oli käytössä 83 % (n=40) vastaajista ja 94 % oli tehnyt hoitotyön yhteenvedoja. Vastaajista 73 % (n=35) oli tehnyt hoitosuunnitelmia ja 83 % (n=40) hoitotyön yhteenvedoja viimeisen kuukauden aikana. Tulosten mukaan omahoitajuus ja hoitosuunnitelman tekeminen lisäsivät vastaajien valmiuksia tehdä hoitotyön yhteenvedoja

(liite 11). Valmiudet koettiin hyväksi. Hyvin tehty ja päivitetty hoitosuunnitelma luo pohjan hoitotyön yhteenvedolle. Potilaan lähtövaiheessa hoitotyön yhteenvedon koaminen on helppoa, kun perusasiat on mietitty yhdessä potilaan kanssa ja kirjattu selkeästi hoitosuunnitelmaan. Omahoitajuus helpottaa myös hoitotyön yhteenvedon tekemistä, koska hoitaja tuntee potilaansa ja tietää heidän hoitonsa tavoitteet, koska he ovat yhdessä koonneet ne.

Tulosten mukaan vastaajat, jotka kokivat hoitotyön yhteenvedon parantavan potilaiden hoidon jatkuvuutta, kokivat potilaiden myös hyötyvän siitä. He myös kokivat sen nostavan hoitotyön arvostusta, helpottavan hoitajien työtä sekä kehittävän hoitajien ammatillista osaamista. Vastaajat, jotka kokivat hoitotyön yhteenvedon kirjoittamisen kehittävän hoitajien ammatillista osaamista, kokivat sen myös nostavan hoitotyön arvostusta, helpottavan työtään sekä potilaiden hyötyvän siitä. Tulosten mukaan vastaajien myönteinen asenne hoitotyön yhteenvedon tarjoamasta hyödystä paransi heidän valmiuksiaan hahmottaa asioita oman osaamisensa, oman työnsä ja hoitotyön näkökulmasta.

Saatujen tulosten mukaan hoitohenkilökunnan valmiudet tehdä hoitotyön yhteenvedoja ovat melko hyvät, vaikka hajontaa vastaajien kesken löytyikin. Tulosten mukaan kehitettävää kuitenkin on edelleen.

8.4 Kehittämisehdotukset

Hoitotyön yhteenvedojen sisältö ei vastannut täysin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (2015b) hoitotyön kirjaamistyöryhmän ohjetta. Toimialueen vuodeosastoilla kannattaa ottaa kyseinen ohje käyttöön, jotta kirjaamisesta tulee yhtenäisempää koko alueella. Ohjeessa kerrotaan selvästi, mitä moniammatillisia otsikoita hoitotyön kirjaamisessa tulisi käyttää ja mitä sisältöä kuhunkin otsikkoon kirjataan. Myös hoitotyön yhteenvedon sisältö on ohjeistettu tässä ohjeessa. Ohjeen käyttöönotto helpottaa hahmottamaan eri otsikoiden pääsisällön ja luo yhtenäisemmän pohjan hoitotyön kirjaamiselle.

Hoitotyön yhteenvedon tarkoituksena on koota yhteen potilaan koko hoitajakson hoitotyön asiat. Hoitotyön näkökulma ei näkynyt analysoiduissa hoitotyön yhteenvedoissa riittävästi. On hyvä muistaa, että päällekkäistä kirjaamista ei kannata tehdä lääkäreiden kanssa vaan kannattaa keskittyä potilaan hoidon kannalta oleellisiin hoitotyön asioihin.

Valmiin ohjeen käyttö voi helpottaa hoitotyöntekijöitä myös hahmottamaan paremmin potilaan hoitoa hoitotyön näkökulmasta.

Hoitotyön prosessimallista kannattaa keskustella aktiivisesti. Hoitotyön kirjaamista ohjaa hoitotyön prosessimalli, jonka hallinta kuuluu sairaanhoitajan ammatin ydinosaamiseen. Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen etenee aina potilaan hoidon tarpeen määrittelystä, hoidon suunnittelun ja toteutuksen kautta hoidon arviointiin. Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen vaatii harjoittelua, mutta sen sisäistäminen helpottaa, jäsentää ja ohjaa työtämme. Yhtenäiset käytännöt lisäävät potilasturvallisuutta. (Ahonen ym. 2007.)

Hoitotyön yhteenvedojen sisältö oli kuvattu suppeasti ja lähinnä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Hoitotyön yhteenvedoista löytyi liian vähän potilaan ohjaukseen ja hoidon arviointiin liittyviä asioita, vaikka nämä asiat ovat erittäin tärkeitä potilaan turvallisen jatkohoidon kannalta. Hoitotyön yhteenvedon tarkoituksena on kuitenkin turvata myös kotona tapahtuvaa jatkohoittoa, ei ainoastaan jatkohoitopaikassa. Potilaan näkökulma ei välittynyt hoitotyön yhteenvedojen tämän hetkisestä sisällöstä riittävästi. Hoidon tavoitteet pohjautuvat kuitenkin osittain potilaan omiin odotuksiin, joten niiden pitää näkyä myös hoitotyön yhteenvedon sisällössä.

Tulosten mukaan hoitohenkilökunnalle pitää järjestää riittävästi kirjaamiskoulutusta. Hoitohenkilökunnan valmiuksia tehdä ja kirjoittaa hoitotyön yhteenvedoja lisää selvästi riittävästi saatu kirjaamiskoulutus sekä koulutus hoitotyön yhteenvedon tekemisestä. Riittävä hoitotyön kirjaamiskoulutus jo yksinään helpotti hoitotyön yhteenvedon tekemistä sekä sen sisällön hahmottamista ja kirjoittamista. Riittävä kirjaamiskoulutus helpotti myös ajantasaisten kirjaamis- ja hoitotyön yhteenvedon teko-ohjeiden löytämisessä.

Hoitohenkilökunta kaipaa lisää koulutusta hoitotyön yhteenvedon kirjoittamisesta ja selkeitä ohjeita sen sisällöstä. Hoitotyön yhteenvedon sisällön luominen ja sen tallentaminen erikoisalalehdelle HOI koettiin hankalaksi. Hoitotyöntekijät, jotka kokivat saaneensa riittävästi koulutusta hoitotyön yhteenvedon tekemisestä, kokivat myös aikansa riittävän paremmin sen tekemiseen. Lisäksi kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien täytyy tasapuolisemmin osallistua hoitotyön yhteenvedojen päivittämiseen. Tällöin vastuu

hoitotyön yhteenvedon tekemisestä jakautuu tasapuolisemmin eri henkilöiden välille eikä kuormita liikaa esimerkiksi omahoitajaa.

Potilaiden hoitosuunnitelmiin kannattaa panostaa, koska hoitosuunnitelma helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä. Hyvin tehty ja asianmukaisesti päivitetty hoitosuunnitelma ohjaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja lisää hoidon jatkuvuutta. Hoitotyön yhteenvedon tarkoituksesta ja tavoitteista kannattaa puhua avoimesti. Vastaajat, jotka kokivat hoitotyön yhteenvedon kirjoittamisen kehittävän hoitajien ammatillista osaamista, ymmärsivät myös sen merkityksen potilaiden ja oman työn kannalta.

Tutkimustulosten pohjalta nousi esille muutama kehittämissuositus. Seuraavaan taulukkoon (21) on koottu kehittämissuosituksia, joilla Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:den vuodeosastojen hoitotyön kirjaamista voidaan kehittää ja tätä kautta vahvistaa hoitohenkilökunnan osaamista kirjoittamalla sisällöllisesti laadukkaita hoitotyön yhteenvedoja, joista on todellista hyötyä lukijoille.

TAULUKKO 21. Kehittämissuositukset

Hoitotyöntekijöille tulee järjestää riittävästi koulutusta hoitotyön kirjaamisesta ja hoitotyön yhteenvedon tekemisestä.

Toimialueella tulee ottaa käyttöön yhdenmukaiset toimintatavat ja ohjeet, joita jokaisen osaston tulee noudattaa.

Osastoilla ja toimialueella tulee aktiivisesti keskustella hoitotyön kirjaamisesta ja hoitotyön yhteenvedoon liittyvistä asioista.

9 POHDINTA

Tutkimusprosessin kulkua ohjasi koko ajan oma kiinnostus aihetta kohtaan sekä oma halu oppia lisää tutkimuksen tekemisestä ja etenkin hoitotyön yhteenvedon sisällön kirjoittamisesta. Aihe on melko uusi ja tutkittua tietoa oli melko hankala löytää. Asetettuihin tutkimustehtäviin löydettiin vastaukset, vaikka tutkijan kokemattomuus tehdä tutkimusta sekä laadullisella että määrällisellä tavalla, aiheutti omat hankaluutensa prosessin aikana. Laadullisen tutkimuksen toteutus onnistui mielestäni paremmin ja oli koko prosessin ajan jotenkin selkeämpää toteuttaa. Uskon, että teorialähtöisestä sisällönanalyysistä nousseet asiat ovat luotettavia ja yleistettävissä, vaikka aineistoa ei kaikilta osastoilta saatu hankittua.

Koin kuitenkin teorialähtöisestä sisällönanalyysistä esiin tulleiden tulosten esittämisen haastavaksi, koska analyysiä ohjasi voimakkaasti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (2015b) kirjaamistyöryhmän ohjeen mukaan laadittu analyysirunko, joka ei kuitenkaan puuttunut kirjoitetun sisällön tyyliin. Hoitotyön yhteenvedoista löytyivät pakolliset asiat kirjattuina, mutta kirjauksien tyyli oli liian vaikeaselkoista ja suppeata, jotta potilas olisi hyötynyt niistä kunnolla. Hoitotyön yhteenvedoissa korostui liikaa lääketieteellinen näkökulma, vaikka hoitotyön yhteenvedo on potilaan hoitotyön loppuarviointi.

Määrällisen tutkimuksen tekeminen oli tutkijalle uutta ja siksi ajoittain melko vaativaa. Tutkija ei ollut koskaan aikaisemmin laatinut kyselylomaketta tai tehnyt sähköistä kyselyä. Lisäksi kyselyn aineiston analysointi SPSS – tilasto-ohjelmalla oli uutta ja haastavaa koko prosessin ajan. Aineistosta ei löydetty tutkimustuloksia selittäviä asioita taustamuuttujilla, vaikka tutkimusprosessin aikana tehtiin kaikki mahdolliset testit. Tähän saattoi vaikuttaa myös aineiston pienuus ja vastaajilta kysytyt asiat. Uskon kuitenkin, että löydetty tutkimustulokset antavat viitteitä niistä seikoista, jotka parantavat hoitohenkilökunnan valmiuksia tehdä hoitotyön yhteenvedoja.

Määrällisen tutkimuksen tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina, koska vastausprosentti jäi erittäin alhaiseksi (23,3 %). Syitä alhaiseen vastausprosenttiin voi olla useita. Ihmiset eivät jaksakaan enää vastata sähköisiin kyselyihin, koska niitä tulee jatkuvasti työsähköpostiin. Toisaalta voi olla ettei aihe herättänyt kiinnostusta tai tuntunut tärkeältä. Toisaalta saadut tulokset vahvistavat aikaisemmista tutkimustuloksista esiin nousseita asioita.

Kehitettävää löytyy sekä hoitotyön yhteenvetojen sisällön kirjoittamisesta että hoitohenkilökunnan valmiuksien lisäämisestä.

Tutkimusprosessi on ollut vaativa ja opettavainen kokemus. Olen oppinut tutkimuksen tekemisestä ja itsestäni paljon uutta. Toivon, että tutkimustuloksiani hyödynnetään Tampereen yliopistosairaalan toimialue 1:llä. Jos haluamme, että potilaamme, heidän omaisensa tai potilaiden jatkohoitopaikat saavat parhaimman hyödyn hoitotyön yhteenvedosta, on meidän myönnettävä, että kirjaaminen ei tällä hetkellä ole sillä tasolla, missä sen pitäisi olla.

LÄHTEET

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Luettu 31.8.2015. www.sairaanhoitajat.fi

Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy.

Hallila, L. 2007. Sähköisen kirjaamisen haasteet terveydenhuoltoalan täydennyskoulutuksessa. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Hopia, H. & Koponen, L. (toim.). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hallila, L. (toim.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro gradu – tutkielma.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.-8. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Henkilötietolaki. 22.4.1999/523. www.finlex.fi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaivo-Oja, J. 2011. Sairaanhoitajan ammatin tulevaisuus. Teoksessa Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Ranta, I.(toim.). Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93. Ijäs, E. (toim.). Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino Oy.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176. Makkonen, T. (toim.). Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KanTa. 2014. www.kanta.fi

Kanta – Kansallinen terveystietokanta ja THL – Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Valtakunnallinen Potilastiedon arkisto. Arkiston käyttöön liittyvät yleiset toimintamallit terveydenhuollon ammattihenkilöille. Tulostettu. www.kanta.fi

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. THL – Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). www.julkkari.fi

Koponen, R. Ylihoitaja. Opinnäytetyösuunnitelma. ”Sähköpostiviesti”. Luettu 18.2.2015. riitta.koponen@pshp.fi

Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Kuusisto, A., Asikainen, P. & Saranto, K. 2014. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. *Hoitotiede* 26 (4), 310-321.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laine, E-L. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Laitinen, H. 2016. Lehtori. Tampereen ammattikorkeakoulu. Potilaslähtöisen hoitotyön dokumentointi sähköiseen potilasasiakirjaan. ERVA -alueen yhteistyötapaaminen. Potilaskohtaisen raportoinnin kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 3.2.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. www.finlex.fi

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559. www.finlex.fi

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159. www.finlex.fi

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Talentum: Helsinki.

Leino, K. 2015. Ylihoitaja. Hoitotyön suunnitelma ja yhteenveto –koulutus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 8.6.2015.

Metsämuuronen, J. 2000. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. *Metodologia –sarja* 5.

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metodologia –sarja* 4. 2. tarkistettu painos.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Hopia, H. & Koponen, L. (toim.). Helsinki: Sairaanhoitajaliitto.

- Nummenmaa, L. 2011. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. 3. painos (uud.laitos). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy.
- Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsausterveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. YAMK-opinnäytetyö. Tampereen ammatti-korkeakoulu.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Omahoitajuus. Luettu 3.2.2015. www.pshp.fi
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Hoitotyön kirjaaminen, raportointi ja hoitoisuusluokitus. Ohje ammattilaisille. Luettu 27.9.2014. www.pshp.fi
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015a. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio. Tietoa meistä. Luettu 5.1.2015. www.pshp.fi
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Hoitotyön kirjaamistyöryhmä/Potilastiedot –työryhmä. 2015b. Moniammatilliset otsikot, hoitajaksokohtaiset. Tulostettu. www.pshp.fi
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ritola, K. 2010. Sähköisen hoitotyön yhteenvedon kehittäminen. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu. YAMK –opinnäytetyö.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Julkisohtaminen 4. Vaasa.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Näytön asteen arviointi.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009/298. www.finlex.fi
- Suhonen, R. 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hallila, L. (toim.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- THL – Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa I. Lehtovirta, J. & Vuokko, R. (toim.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Suomen Yliopistopaino Oy.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 18.1.2016
<http://www.tenk.fi/fi/hk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>
- Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. 2008. Nursing documentation for communicating and evaluating care. Journal of Clinical Nursing 17, 2116-2124.

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

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten luotettavuuden arviointiin käytetty lomake.

ALKUPERÄISTUTKIMUSTEN LAADUN ARVIOINTI			
<p>Alkuperäistutkimusten laadun arviointilomake (Jousimaa, Liira, Liira & Komulainen 2010, 1936–1941; Kontio ym. 2007, 103 -107; Sairaanhoidtajaliitto 2004, 10–19) Alkuperäistutkimusten laadun arvioinnin maksimipistemäärä on 20 pistettä. Lomake on Gitta Palomäen ja Heli Piirtolan (2012) opinnäytetyöstä Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. Lomakkeen käyttöön on tekijöiden lupa.</p>			
Tutkimus	Kyllä	Ei	Ei tietoa / Ei sovellu
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus			
Tutkittava ilmiö on määritelty selkeästi.			
Tutkimuksen aihe on perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti.			
Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät on määritelty selkeästi.			
Aineisto ja menetelmät			
Aineistonkeruumenetelmät ja – konteksti on perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti.			
Aineiston keruumenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Aineiston keruu on kuvattu.			
Aineiston käsittelyn ja analyysin päävaiheet on kuvattu.			
Analyysimenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Tutkimus on luotettava ja eettisesti toteutettu.			
Tutkimuksen kohderyhmä on relevantti.			
Tutkimuksen otos on riittävä ja sitä on arvioitu. (kvantitatiivinen tutkimus)			
Tutkimuksen sisällön riittävyttä on arvioitu. (kvalitatiivinen tutkimus)			
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys			
Tutkija on nimennyt kriteerit, ja niiden pohjalta arvioinut tutkimuksen luotettavuutta.			
Tutkija on pohtinut eettisiä kysymyksiä huolellisesti.			
Tulokset ja johtopäätökset			
Tulosten merkittävyyttä on arvioitu.			
Tutkimuksen tulokset ovat merkittäviä ja yhteneväisiä aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna.			
Tulokset on esitetty selkeästi ja niitä on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin.			
Tutkimusten tulokset perustuvat tutkimuksiin ja ovat hyödynnettävissä.			
Kokonaisarvio			
Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja loogisen kokonaisuuden.			
Tutkimuksesta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin.			
Tutkimus on sovellettavissa suomalaisen terveydenhuollon kenttään.			

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten näytön asteen arviointi.

(Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009.)

Näytön aste	Kuvaus
A = Vahva tutkimusnäyttö	Meta-analyysi, systemaattinen tai systemoitu katsaus
B = Kohtalainen tutkimusnäyttö	Systemoitu katsaus, yksi satunnaistettu hoitokoe tai useita hyviä kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
C = Niukka tutkimusnäyttö	Yksi hyvä kvasikokeellinen tutkimus tai useita muita kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset tai useita määrällisesti kuvailevia tai korrelatiivisia tutkimuksia, joissa samansuuntaiset tulokset tai useita hyviä laadullisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
D = Heikko tutkimusnäyttö	Yksittäiset hyvät muut tutkimukset, tapaustutkimukset, konsensuslausumat ja asiantuntija-arviot. Kun näyttö on arvostettujen asiantuntijoiden konsensuksen tulosta, kuvataan, miten se on syntynyt.

Liite 3. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimukset taulukoituna

1(3)

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, tutkimuksen nimi, maa	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset	Näytön vahvuus/ laadun arviointi- pisteet
Kuusisto, A., Asikainen, P. & Saranto, K. 2010. Hoitotyön yhteenvedo potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Suomi.	Tarkoituksena oli kuvata eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välistä tiedonvaihtoa ja yhteistyötä sekä hoidon tuloksia potilaan siirtovaiheessa. Tavoitteena oli kuvata, kuinka hoitotyön yhteenvedo tukee siirtotilanteessa potilaan hoidon jatkuvuutta ja hoitotyöntekijöiden yhteistyötä.	Poikkileikkaustutkimus. Sähköinen kysely. n=180 Yhden sairaanhoitopiirin alueella Suomessa.	Hoitotyön yhteenvedon koettiin tukevan hoidon jatkuvuutta edistämällä tiedonkulkua ja yhteistyötä eri ammattiryhmien ja hoitopaikkojen välillä.	B/19
Ritola, K. 2010. Sähköisen hoitotyön yhteenvedon kehittäminen. Suomi.	Tarkoituksena oli kehittää hoitotyön sähköistä yhteenvedoa Satakunnan sairaanhoitopiirin operatiivisen hoidon toimialueella. Tavoitteena oli kartoittaa hoitajien ja lääkäreiden kirjauksien päällekkäisyyksiä ja hoitotyön yhteenvedon rakennetta.	Toimintatutkimus. Laadullinen. Deduktiivinen sisällönanalyysi. n=45 potilaan asiakirjoista hoitotyön yhteenvedo ja epikriisi.	Hoitajat ja lääkärit kirjaavat päällekkäisesti lääkitykseen, taustatietoihin ja jatkohoittoon liittyviä asioita. Hoitotyön yhteenvedon tekemisessä keskeisimmät ongelmat olivat kirjaaminen lääketieteellisestä näkökulmasta lääketieteen termejä käyttäen, puutteellinen ohjauksen kirjaaminen ja puuttuvat otsikot. Lisäksi hoitajat eivät määrittele hoidon tavoitteita ja jättävät kirjaamatta hoidon tulokset.	D/17
Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Suomi.	Tarkoituksena oli kuvata, millaisia muutoksia sähköinen potilaskertomusjärjestelmä on tuonut sairaanhoitajien päivittäiseen työhön. Tavoitteena oli selvittää kuinka potilaan tulohaastattelu, lääkärinkierto ja suullinen raportointi toteutettiin ennen ja jälkeen sähköistä potilaskertomusjärjestelmää.	Kvalitatiivinen tutkimus. Teemahaastattelu. n=10 sairaanhoitajaa. Kuopion yliopistollinen sairaala. Deduktiivinen sisällönanalyysi.	Potilaan tulohaastattelussa ei mielellään käytetty tietokoneita, koska sen koettiin haittaavan vuorovaikutusta potilaan kanssa. Tulohaastattelu vei näin enemmän aikaa kuin ennen, koska tiedot tallennettiin vasta haastattelun jälkeen paperilta.	C/19

			Lisäksi tietokoneen käytössä oli epävarmuutta ja tekniset ongelmat hidastivat työtä. Sen sijaan aikaa säästy, koska lääkärit kirjasivat itse määräykset koneelle. Suullista raporttia annettaessa potilaan tietojen etsiminen koettiin hankalaksi ja aikaa vieväksi.	
Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. 2008. Nursing documentation for communicating And evaluating care. 2008. Ruotsi.	Tarkoituksena oli selvittää hoitotyön sähköisen kirjaamisen vaikutusta viestintään ja hoitotyön laatuun. Tavoitteena oli saada tietoa kuinka lääkärit ja hoitotyön esimiehet hyötyvät sähköisestä hoitotyön kirjaamisesta.	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen. Postitettava kysely. Lääkäreille (n=544) suunnattu kysely koostui 10 kysymyksestä, joista 2 oli avoimia. Esiemiesten (n=82) 15 pääosin avoimista kysymyksistä. Aineisto analysoitiin tilastollisesti sekä laadullisesti sisällönanalyysillä.	Lääkärit lukivat hoitotyön kirjauksia etsiessään tietoa hoidon vaikuttavuudesta. Heidän mielestään kirjauksista oli vaikea löytää olennaista tietoa, koska se hukkuu rutiinikirjauksiin. Suurin osa esiemiehistä käytti kirjauksia hyväkseen tilastollisia raportteja tehdesään, mutta alle puolet hyödynsi niitä arvioidessaan hoidon laatua. Moniammatillista sähköistä kirjaamista tulee edelleen kehittää, jotta siitä on hyötyä tiedonvälityksessä ja hoidon laadun arvioinnissa.	C/18
Laine, E-L. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Suomi.	Tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta ja tuen sekä ohjauksen saamisesta. Tavoitteena oli selvittää millaista tukea ja ohjausta hoitohenkilökunta tarvitsee tulevaisuudessa.	Kvalitatiivinen. Teemahaastattelu Ryhmähaastattelu n=12 hoitajaa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi.	Positiivisina asioina koettiin: kirjaamisen selkeys, kirjaajan tunnistaminen, hoidollinen päätöksenteko helpottui, hiljainen raportointi onnistui, kun asiat oli kirjattu. Negatiivisina asioina koettiin: rakenteisen kirjaaminen vei aikaa, kirjaavuus kirjaamisessa, lääkäreiden asenteet, aika	C/18

			potilaan luona väheni, tietotekni- set ongelmat, riittämätön tuki.	
--	--	--	---	--

Liite 4. Tutkimuslupa



Tampereen yliopistollinen sairaala

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

2.4.2015

54 §
OPINNÄYTETYÖLUPA

Tampereen YAMKn Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelman opiskelija Outi Järvinen hakee lupaa opinnäytetyönä toteuttamiseksi yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Toimialueen 1, kanssa.

Opinnäytetyön työnimi on "Hoitotyön yhteenvedon kehittäminen"

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia ja valmiuksia tehdä laadukkaita hoitotyön yhteenvedoja sekä selvittää, onko hoitotyön yhteenvedojen sisältö laaditun ohjeen mukainen.

Opinnäytetyön aineisto kerätään sähköisenä lomakekyselynä toimialueen 1 vuodeosastoilla työskentelevältä hoitohenkilöstöltä (N = 206). Lisäksi analysoidaan toimialueella 1, osastoilla KEI 1, KEI2, SPÄI, SIRE, 10A, 11B sekä B0 hoitohenkilöstön laatimia hoitotyön yhteenvedoja (N = 21).

Aineiston keruun kohdistuessa potilastietoihin, on opinnäytetyön aineiston keruun mahdollistumiseksi tältä osin haettu potilastietojen luovutus- ja käyttö lupa sekä tutkimuksen rekisteriseloste. Näiltä osin luvan opinnäytetyön aineistonkeruulle on myöntänyt Matti Salo.

Päätös

Päätän myöntää luvan opinnäytetyölle seuraavilla edellytyksillä:

- opinnäytetyössä yhteistyötahona mainitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- kyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja kohdejoukkoa informoidaan tutkimusprotokollan mukaisesti
- opinnäytetyön tuloksia raportoidaessa yksittäisiä tutkimukseen osallistuneita ei voida tunnistaa
- potilasaineiston käytön osalta varmistetaan anonymiteetin toteutuminen
- opinnäytetyön julkistamisluvan antaa vastuualueen ylihoitaja työn valmistumisvaiheessa
- opinnäytetyöstä toimitetaan raportti työelämäyhteistyötaholle ja opinnäytetyön tuloksista esittämisestä sovitaan erikseen sen valmistumisvaiheessa.

Susanna Teuhco
Opetusylihoitaja
Osaamisen kehittämissyksikkö

Arkistotunnus: 430

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

Teiskontie 35, PL 2000, 33521 Tampere, puh. 03 311 611, faksi 03 311 64369, etunimi.sukunimi@pshp.fi, www.pshp.fi

Kysely hoitotyöntekijöille

Kyselyssä kartoitetaan hoitotyöntekijöiden kokemuksia hoitotyön yhteenvedon tekemisestä. Vastaa ren-
gastamalla mieleisesi vastaus tai merkitsemällä vastaus tyhjään tilaan.

Taustatietoja

1. Mikä on ikäsi? Olen _____ vuotta
2. Mikä on sukupuolesi? 1 nainen 2 mies
3. Mikä on ammattisi? 1 sairaanhoitaja 2 perushoitaja 3 lähi-
hoitaja
4. Mikä on työkokemuksesi alalla vuosissa? Työkokemukseni on _____ vuotta
5. Mikä on oma arviosi tietoteknisistä taidoistasi?
a) hyvät
b) kohtalaiset
c) huonot
6. Oletko osallistunut kirjaamiskoulutukseen?
a) kyllä
b) en
7. Oletko osallistunut hoitotyön yhteenvedo -koulutukseen?
a) kyllä
b) en
8. Onko osastollasi käytössä omahoitajuus?
a) kyllä
b) ei
9. Jos osastollasi on käytössä omahoitajuus, monenko potilaan omahoitajana toimit tällä het-
kellä?
Olen _____ potilaan omahoitaja
10. Montako hoitosuunnitelmaa olet tehnyt viimeisen kuukauden aikana?
Olen tehnyt _____ hoitosuunnitel-
maa
11. Oletko tehnyt hoitotyön yhteenvedoja?
a) kyllä
b) en
12. Montako hoitotyön yhteenvedoa olet tehnyt viimeisen kuukauden aikana?
Olen tehnyt _____ hoitotyön yh-
teenvedoa

Kirjaamisen toteutuminen

Rengasta kunkin väittämän kohdalla numero, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi kyseisessä asiassa.

	Täysin eri mieltä 1	2	3	4	Täysin samaa mieltä 5
Olen saanut riittävästi kirjaamiskoulutusta	1	2	3	4	5
Olen saanut riittävästi koulutusta hoitotyön yhteenvedon tekemisestä	1	2	3	4	5
Tiedän mistä kohtaa Intraa löydän PSHP:n ajantasaiset kirjaamisohjeet	1	2	3	4	5
Tiedän mistä kohtaa Intraa löydän PSHP:n ajantasaiset ohjeet hoitotyön yhteenvedon tekemisestä	1	2	3	4	5
Hyvä kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta	1	2	3	4	5
Osastollani käydään aktiivista keskustelua kirjaamisesta	1	2	3	4	5
Osastolleni on tehty selkeät ohjeet kirjaamisesta	1	2	3	4	5
Pääsen nopeasti lisäkoulutukseen jos koen tarvetta	1	2	3	4	5

Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen

Rengasta kunkin väittämän kohdalla numero, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi kyseisessä asiassa.

	Täysin eri mieltä 1	2	3	4	Täysin samaa mieltä 5
Hoitotyön yhteenvedon tekeminen on minulle helppoa	1	2	3	4	5
Saan tarvittaessa apua hoitotyön yhteenvedon tekemisessä	1	2	3	4	5
Aikani riittää hyvin hoitotyön yhteenvedon tekemiseen	1	2	3	4	5
Hoitotyön yhteenvetopäivän luominen on helppoa	1	2	3	4	5
Hoitotyön yhteenvedon sisällön kirjoittaminen on helppoa	1	2	3	4	5
Hoitotyön yhteenvedon otsakkeet ovat selkeät	1	2	3	4	5
Hoitotyön yhteenvedon otsakkeet ohjaavat hyvin kirjoittamista	1	2	3	4	5
Hoitotyön yhteenvedon tallentaminen HOI-lehdelle on helppoa	1	2	3	4	5
Hoitotyön yhteenvedon sisällön luominen on ohjeistettu selkeästi	1	2	3	4	5
Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat hoitajat päivittävät tasapuolisesti hoitotyön yhteenvedoa	1	2	3	4	5

Hyöty hoitotyön yhteenvedosta

Rengasta kunkin väittämän kohdalla numero, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi kyseisessä asiassa.

	Täysin eri miel- tä 1	2	3	4	Täysin samaa mieltä 5
Koen hoitotyön yhteenvedon parantavan potilaiden hoidon jatkuvuutta.	1	2	3	4	5
Hoitotyön yhteenvedo nostaa hoitotyön arvostusta.	1	2	3	4	5
Potilaani hyötyvät hoitotyön yhteenvedosta	1	2	3	4	5
Omahoitajuus helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä	1	2	3	4	5
Hoitosuunnitelman tekeminen helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä	1	2	3	4	5
Hoitotyön yhteenvedo helpottaa hoitajien hoitotyötä	1	2	3	4	5
Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen kehittää hoitajien ammatillista osaamista	1	2	3	4	5

Kiitos!

Liite 6. Saatekirje

Hyvä Hoitotyöntekijä!

Opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa ylempää korkeakoulututkintoa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen ja johtaminen koulutusohjelmassa. Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia ja valmiuksia hoitotyön yhteenvedon tekemisestä sekä selvittää, onko hoitotyön yhteenvedojen sisältö ohjeen mukainen. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan sähköisellä kyselyllä toimialue 1:den hoitotyöntekijöille sekä analysoimalla satunnaisesti valittuja toimialue 1:den eri osastoilla tehtyjä hoitotyön yhteenvedoja. Toivoisin Teiltä löytyvän aikaa vastata tähän sähköiseen kyselyyn koskien kokemuksianne ja valmiuksianne tehdä hoitotyön yhteenvedoja. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Kiitokset jo etukäteen vastauksistanne!

Opinnäytetyön tekijä

Outi Järvinen

Sairaanhoitaja (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

outi.jarvinen@health.tamk.fi

Liite 7. Kirjaamisen toteutumista koskeviin väittämiin Likertin – asteikolla annettujen vastausten keskiarvot, keskihajonnat ja annetut vastaukset vastausvaihtoehdoittain (n=48).

Kysytty väittämä	Keskiarvo	Keskihajonta	1 täysin eri mieltä	2	3	4	5 täysin samaa mieltä
Olen saanut riittävästi kirjaamiskoulutusta	3,02	1,04	4	10	18	13	3
Olen saanut riittävästi koulutusta hoitotyön yhteenvedon tekemisestä	2,65	0,98	3	23	12	8	2
Tiedän mistä kohtaa Intraa löydän PSHP:n ajantasaiset kirjaamisohjeet	3,06	1,10	5	9	15	16	3
Tiedän mistä kohtaa Intraa löydän PSHP:n ajantasaiset ohjeet hoitotyön yhteenvedon tekemisestä	2,85	1,05	6	11	16	14	1
Hyvä kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta	4,88	0,33	0	0	0	6	42
Osastollani käydään aktiivista keskustelua kirjaamisesta	3,94	0,91	0	3	12	18	15
Osastolleni on tehty selkeät ohjeet kirjaamisesta	3,65	0,78	0	3	17	22	6
Pääsen nopeasti lisäkoulutukseen jos koen tarvetta siihen	2,58	0,89	4	20	17	6	1

Liite 8. Kirjaamisen toteutuminen -osion SPSS – tuloste.

Correlations

		Olen saanut riittävästi kirjaamiskoulutusta	Olen saanut riittävästi koulutusta hoitotyön yhteenvedon tekemisestä	Tiedän mistä kohtaa Intraa löydän PSHP:n ajantasaiset kirjaamisohjeet	Tiedän mistä kohtaa Intraa löydän PSHP:n ajantasaiset ohjeet hoitotyön yhteenvedon tekemisestä	Hyvä kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta	Osastollani käydään aktiivista keskustelua kirjaamisesta	Osastolleni on tehty selkeät ohjeet kirjaamisesta	Pääsen nopeasti lisäkoulutukseen jos koen tarvetta
Olen saanut riittävästi kirjaamiskoulutusta	Pearson Correlation	1	,676**	,389**	,333*	-,115	-,044	,165	,306*
	Sig. (2-tailed)		,000	,006	,021	,438	,769	,261	,034
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
Olen saanut riittävästi koulutusta hoitotyön yhteenvedon tekemisestä	Pearson Correlation	,676**	1	,278	,362*	-,073	-,049	,166	,241
	Sig. (2-tailed)	,000		,056	,011	,621	,739	,261	,099
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
Tiedän mistä kohtaa Intraa löydän PSHP:n ajantasaiset kirjaamisohjeet	Pearson Correlation	,389**	,278	1	,781**	,253	,174	,223	,330*
	Sig. (2-tailed)	,006	,056		,000	,082	,236	,127	,022
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
Tiedän mistä kohtaa Intraa löydän PSHP:n ajantasaiset ohjeet hoitotyön yhteenvedon tekemisestä	Pearson Correlation	,333*	,362*	,781**	1	,189	,057	,168	,386**
	Sig. (2-tailed)	,021	,011	,000		,198	,700	,254	,007
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
Hyvä kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta	Pearson Correlation	-,115	-,073	,253	,189	1	,184	,152	,036
	Sig. (2-tailed)	,438	,621	,082	,198		,211	,302	,810
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
Osastollani käydään aktiivista keskustelua kirjaamisesta	Pearson Correlation	-,044	-,049	,174	,057	,184	1	,237	,281
	Sig. (2-tailed)	,769	,739	,236	,700	,211		,105	,053
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
Osastolleni on tehty selkeät ohjeet kirjaamisesta	Pearson Correlation	,165	,166	,223	,168	,152	,237	1	,391**
	Sig. (2-tailed)	,261	,261	,127	,254	,302	,105		,006
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
Pääsen nopeasti lisäkoulutukseen jos koen tarvetta	Pearson Correlation	,306*	,241	,330*	,386**	,036	,281	,391**	1
	Sig. (2-tailed)	,034	,099	,022	,007	,810	,053	,006	
	N	48	48	48	48	48	48	48	48

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Liite 9. Hoitotyön yhteenvedon kirjoittamista koskeviin väittämiin Likertin – asteikolla annettujen vastausten keskiarvot, keskihajonnat ja annetut vastaukset vastausvaihtoehdoittain (n=48).

Kysytty väittävä	Keskiarvo	Keskihajonta	1 täysin eri mieltä	2	3	4	5 täysin samaa mieltä
Hoitotyön yhteenvedon tekeminen on minulle helppoa	2,65	1,04	7	15	15	10	1
Saan tarvittaessa apua hoitotyön yhteenvedon tekemisessä	3,50	0,95	0	8	15	18	7
Aikani riittää hyvin hoitotyön yhteenvedon tekemiseen	2,19	0,96	12	20	12	3	1
Hoitotyön yhteenvedon päivän luominen on helppoa	3,79	1,25	3	5	10	11	19
Hoitotyön yhteenvedon sisällön kirjoittaminen on helppoa	2,63	1,04	6	18	14	8	2
Hoitotyön yhteenvedon otsakkeet ovat selkeät	2,92	1,15	5	14	13	12	4
Hoitotyön yhteenvedon otsakkeet ohjaavat hyvin kirjoittamista	2,79	1,07	6	12	19	8	3
Hoitotyön yhteenvedon tallentaminen HOI - lehdelle on helppoa	2,54	1,32	13	13	10	7	5
Hoitotyön yhteenvedon sisällön luominen on ohjeistettu selkeästi	2,52	0,83	3	23	17	4	1
Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat hoitajat päivittävät tasapuolisesti hoitotyön yhteenvedoa	1,75	0,84	22	18	6	2	0

Liite 10. Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen - osion SPSS-tuloste.

Correlations

		Hoitotyön yhteenvedon tekeminen on minulle helppoa	Saan tarvittaessa apua hoitotyön yhteenvedon tekemisessä	Aikani riittää hyvin hoitotyön yhteenvedon tekemiseen	Hoitotyön yhteenvedon luominen on helppoa	Hoitotyön yhteenvedon sisällön kirjoittaminen on helppoa	Hoitotyön yhteenvedon otsakkeet ovat selkeät	Hoitotyön yhteenvedon otsakkeet ohjaavat hyvin kirjoittamista	Hoitotyön yhteenvedon tallentaminen HOI-lehdelle on helppoa	Hoitotyön yhteenvedon sisällön luominen on ohjeistettu selkeästi	Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat hoitajat päivittävät tasapuolisesti hoitotyön yhteenvedoa
Hoitotyön yhteenvedon tekeminen on minulle helppoa	Pearson Correlation	1	,205	,579**	,154	,795**	,314	,161	,406**	,442**	,286*
	Sig. (2-tailed)		,162	,000	,296	,000	,030	,273	,004	,002	,048
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Saan tarvittaessa apua hoitotyön yhteenvedon tekemisessä	Pearson Correlation	,205	1	,410**	,036	,366*	,413**	,399**	,392**	,314	,537**
	Sig. (2-tailed)	,162		,004	,809	,010	,004	,005	,006	,030	,000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Aikani riittää hyvin hoitotyön yhteenvedon tekemiseen	Pearson Correlation	,579**	,410**	1	,033	,602**	,343*	,225	,355*	,331*	,430**
	Sig. (2-tailed)	,000	,004		,823	,000	,017	,124	,013	,022	,002
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Hoitotyön yhteenvedon luominen on helppoa	Pearson Correlation	,154	,036	,033	1	,134	,151	,220	,301*	,169	,010
	Sig. (2-tailed)	,296	,809	,823		,364	,307	,132	,038	,251	,946
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Hoitotyön yhteenvedon sisällön kirjoittaminen on helppoa	Pearson Correlation	,795**	,366*	,602**	,134	1	,454**	,328*	,475**	,528**	,377**
	Sig. (2-tailed)	,000	,010	,000	,364		,001	,023	,001	,000	,008
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Hoitotyön yhteenvedon otsakkeet ovat selkeät	Pearson Correlation	,314	,413**	,343*	,151	,454**	1	,818**	,270	,520**	,266
	Sig. (2-tailed)	,030	,004	,017	,307	,001		,000	,064	,000	,068
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Hoitotyön yhteenvedon otsakkeet ohjaavat hyvin kirjoittamista	Pearson Correlation	,161	,399**	,225	,220	,328*	,818**	1	,262	,487**	,415**
	Sig. (2-tailed)	,273	,005	,124	,132	,023	,000		,072	,000	,003
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Hoitotyön yhteenvedon tallentaminen HOI-lehdelle on helppoa	Pearson Correlation	,406**	,392**	,355*	,301*	,475**	,270	,262	1	,517**	,414**
	Sig. (2-tailed)	,004	,006	,013	,038	,001	,064	,072		,000	,003
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Hoitotyön yhteenvedon sisällön luominen on ohjeistettu selkeästi	Pearson Correlation	,442**	,314	,331*	,169	,528**	,520**	,487**	,517**	1	,377**
	Sig. (2-tailed)	,002	,030	,022	,251	,000	,000	,000	,000		,008
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat hoitajat päivittävät tasapuolisesti hoitotyön yhteenvedoa	Pearson Correlation	,286*	,537**	,430**	,010	,377**	,266	,415**	,414**	,377**	1
	Sig. (2-tailed)	,048	,000	,002	,946	,008	,068	,003	,003	,008	
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Liite 11. Hyöty hoitotyön yhteenvedosta väittämiin Likertin – asteikolla annettujen vastausten keskiarvot, keskihajonnat ja annetut vastaukset vastausvaihtoehdoittain (n=48).

Kysytty väittämä	Keskiarvo	Keskihajonta	1 täysin eri mieltä	2	3	4	5 täysin samaa mieltä
Koen hoitotyön yhteenvedon parantavan potilaiden hoidon jatkuvuutta	3,06	1,11	2	7	9	20	10
Hoitotyön yhteenvedo nostaa hoitotyön arvostusta	2,88	1,08	5	13	16	11	3
Potilaani hyötyvät hoitotyön yhteenvedosta	3,23	1,08	5	5	18	15	5
Omahoitajuus helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä	3,90	0,78	0	2	11	25	10
Hoitosuunnitelman tekeminen helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä	3,77	1,06	2	4	9	21	12
Hoitotyön yhteenvedo helpottaa hoitajien hoitotyötä	3,13	1,06	3	11	15	15	4
Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen kehittää hoitajien ammatillista osaamista	3,13	0,98	3	8	20	14	3

Liite 12. Hyöty hoitotyön yhteenvedosta – osion SPSS –tuloste.

Correlations

	Koen hoitotyön yhteenvedon parantavan potilaiden hoidon jatkuvuutta	Hoitotyön yhteenvedon nostaa hoitotyön arvostusta	Potilaani hyötyvät hoitotyön yhteenvedosta	Omahoitajuus helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä	Hoitosuunnitelman tekeminen helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä	Hoitotyön yhteenvedon helpottaa hoitajien hoitotyötä	Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen kehittää hoitajien ammatillista osaamista
Koen hoitotyön yhteenvedon parantavan potilaiden hoidon jatkuvuutta	1 48	,632** ,000 48	,668** ,000 48	,322 ,026 48	,212 ,148 48	,567** ,000 48	,478** ,001 48
Hoitotyön yhteenvedon nostaa hoitotyön arvostusta	,632** ,000 48	1 48	,681** ,000 48	,287 ,048 48	,439** ,002 48	,530** ,000 48	,695** ,000 48
Potilaani hyötyvät hoitotyön yhteenvedosta	,668** ,000 48	,681** ,000 48	1 48	,232 ,112 48	,272 ,062 48	,643** ,000 48	,697** ,000 48
Omahoitajuus helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä	,322 ,026 48	,287 ,048 48	,232 ,112 48	1 48	,591** ,000 48	,350 ,015 48	,380** ,008 48
Hoitosuunnitelman tekeminen helpottaa hoitotyön yhteenvedon tekemistä	,212 ,148 48	,439** ,002 48	,272 ,062 48	,591** ,000 48	1 48	,367 ,010 48	,480** ,001 48
Hoitotyön yhteenvedon helpottaa hoitajien hoitotyötä	,567** ,000 48	,530** ,000 48	,643** ,000 48	,350 ,015 48	,367 ,010 48	1 48	,616** ,000 48
Hoitotyön yhteenvedon kirjoittaminen kehittää hoitajien ammatillista osaamista	,478** ,001 48	,695** ,000 48	,697** ,000 48	,380** ,008 48	,480** ,001 48	,616** ,000 48	1 48

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).