Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Wilhelmina Forsberg ja Henni Haavistola

Hoitotyön yhteenvetojen toteutuminen aikuispsykiatrisella osastolla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

14.4.2020

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Wilhelmina Forsberg ja Henni Haavistola Hoitotyön yhteenvetojen toteutuminen aikuispsykiatrisella osastolla 19 sivua 14.4.2020
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitotyö
Ohjaaja	Marianne Sipilä, TtM, sh, lehtori

Opinnäytetyössä kuvaillaan hoitotyön yhteenvetojen toteutumista aikuispsykiatrisella osastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla, kuinka hoitotyön yhteenvedot toteutuivat omahoitajien näkökulmasta sekä kuinka omahoitajuuden elementit laadituissa hoitotyön yhteenvedoissa näyttäytyvät. Tavoitteena oli hyödyntää saatuja tuloksia ja kehittää hoitotyön yhteenvetojen kirjaamista. Opinnäytetyössä haettiin vastausta siihen, miten omahoitajat kokevat hoitotyön yhteenvetojen toteutumisen.

Aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluna ja aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti. Yksilöhaastatteluun osallistui viisi sairaanhoitajaa ja yksi mielenterveyshoitaja (n=6).

Tuloksissa tuotiin moniäänisesti esiin hoitotyön yhteenvedon laatimisen hyödyntämisessä esimerkkimallia, joka tietorakenteen mukaisesti pohjautuu osaston kirjaamismalliin, mutta sisältää pieniä eroavaisuuksia. Hoitotyön yhteenvetojen laatiminen tapahtuu kirjaamismallin otsikoita noudattaen, mutta erillisiä ohjeistusta on annettu lääkehoidon kirjaamisen kohdalla eikä sen kirjaamista koeta merkitykselliseksi.

Kirjaamismalli koettiin selkeäksi ja kirjaaminen sen kanssa helpoksi, mutta malliin toivottiin enemmän tuovan potilaan omaa näkökulmaa ja ääntä esiin. Tulosten pohjalta nousi ensisijaisesti esille ajan puute yhtenä hoitotyön yhteenvedon laatimisen haasteena. Omahoitajuuden elementtien näkyvyys oli osittain tiedossa, mutta tulokset osoittivat myös tietämättömyyttä niiden näkyvyydestä sekä sisällöstä.

Avainsanat	hoitotyön yhteenveto, omahoitaja, yksilövastuinen hoitotyö, psykiatrinen hoitotyö

Authors Title	Wilhelmina Forsberg and Henni Haavistola The Implementation of nursing discharge summaries in a adult psychiatric ward
Number of Pages Date	19 pages 14.4.2020.
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Marianne Sipilä, MNSc, RN, Senior Lecturer

This is a thesis describing the implementation of nursing discharge summaries in the adult psychiatric ward of a psychiatric hospital. The purpose of this thesis was to describe how the nursing discharge summaries were implemented from the perspective of primary nurses and how the elements of primary nursing are displayed in the nursing discharge summaries. The aim was to utilise the results obtained and to develop the the recording of nursing discharge summaries. In the thesis, an answer was sought on how primary nurses perceive the implementation of nursing discharge summaries.

Nursing discharge summary is a patient document containing information on the care measures taken during a treatment period, the need for care and the patient's current situation. Primary nurse is a registered nurse or a mental nurse belonging to the patient's care group who takes care of the patient for the entire period of treatment. Primary nurse is the one preparing a nursing discharge summary at the end of a treatment period.

Data collection was implemented as a theme interview and the data was analysed in accordance with inductive content analysis. Five registered nurses and one mental nurse participated in the individual interview (n=6).

The results showed that an example model was used to utilise a nursing discharge summary which according to the data structure is based on the ward's discharge summary model but contains small differences. The drafting of nursing discharge summaries is carried out accordance with the headings of the recording model, but seperate instructions have been given for the recording of pharmacotherapy and is not considered relevant.

The recording model was perceived as a clear and easy tool to record with but it was hoped to bring more of the patient's own perspective into the model. Based on the results the lack of time was first highlightes as one of the challenges to drawing up a discharge summary. The visibility of the elements of primary nursing was partly known but the results also showed ignorance of elements visibility and content.

Keywords	nursing discharge summary, primary nursing, primary nurse

Sisällys

1 Johdanto 1

2 Opinnäytetyön taustaa 2

2.1 Hoitotyön yhteenveto 2
2.2 Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus 3

3 Aikaisempi tutkimustieto 4

3.1 Tutkimukset hoitotyön yhteenvedosta 4
3.2 Tutkimukset hoitotyön kirjaamisesta 5

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys 6

5 Opinnäytetyön toteutus 6

5.1 Tutkimusmenetelmä 6
5.2 Aineistonkeruumenetelmä 7
5.3 Aineistonkeruu 7
5.4 Aineiston analysointimenetelmä 7

6 Tulokset 9

6.1 Kirjaamismallin hyödyntäminen 9
6.2 Kirjaamismallin noudattaminen 9
6.3 Hoitajien kokemukset hoitotyön yhteenvetojen laatimisesta 9
6.4 Omahoitajuuden elementtien näkyvyys 10
6.5 Yhteenvetojen laatimisen haasteet 11
6.6 Kokemukset kirjaamismallista 11
6.7 Perehdytys yhteenvetojen laatimiseen 11

7 Pohdinta 12

7.1 Tulosten pohdinta 12
7.2 Opinnäytetyön luotettavuuden pohdinta 13
7.3 Opinnäytetyön eettisyyden pohdinta 16
7.4 Kehittämisehdotukset 16

Lähteet 18

1 Johdanto

Jokaisesta osasto- ja laitoshoitojaksosta on laadittava loppulausunto, jonka on sisällettävä hoitotyön yhteenvetojen lisäksi yksityiskohtaiset ja selkeät ohjeet potilaan jatkohoidon ja seurannan turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/398 § 17). Hoitotyön yhteenveto on olennainen ja hyödyllinen potilasasiakirja potilaan siirtyessä esimerkiksi jatkohoitoon. Hoitotyön yhteenveto toimii niin sanottuna hoitopalautteena ja myös turvaa potilaan hoitoa seuraavalla hoitojaksolla antaen ajankohtaiset tiedot potilaalle tehdyistä hoitotoimenpiteistä ja hoidon tarpeesta edellisellä hoitojaksolla. Potilaan henkilötiedot, hoitojakson sisältö, potilaan tulotilanne, osaston tiedot sekä henkilötiedot ovat tietoja, jotka sisältyvät hoitotyön yhteenvetoon ja siirtyvät sen mukana seuraavalle hoitotaholle. (Liljamo — Kinnunen — Ensio 2012: 18–19.)

Selkeä kirjaaminen kuuluu kaikille potilaan hoitoon osallistuville. Kirjaamisessa keskitytään hoitotyön auttamiskeinoilla saatuihin oleellisiin hoitotyön tuloksiin ja potilaan tuntemuksiin välttäen seikkaperäisyyttä, liioittelua, leimaamista ja potilaan arvostelua. (Iivanainen – Jauhiainen – Korkiakoski 1995.)

Omahoitajien laatimien hoitotyön yhteenvetojen toteutumista ja siinä ilmi käyviä omahoitajuuden elementtejä on tutkittu olemattomasti niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Omahoitajamallin toteutumisesta löytyy aiempaa tietoa jonkin verran niin suomeksi kuin esimerkiksi englanniksikin. Samoin myös hoitotyön yhteenvetojen toteutumisesta ja laatimisesta, mutta kuinka omahoitajuuden elementit toteutuvat hoitotyön yhteenvetoja laatiessa, ei löydy tutkittua tietoa. Tämän vuoksi ilmiön tutkiminen on olennaista yksilövastuisen hoitoyön kannalta.

Opinnäytetyö oli osana erään sairaalan kehittämishanketta ja tutkimusaihe oli peräisin yksikön ylihoitajalta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla hoitotyön yhteenvetojen toteutumista sairaalan aikuispsykiatrisella osastolla. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluna osaston omahoitajilta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitotyön yhteenvetojen kirjaamista saatujen tulosten pohjalta.

2 Opinnäytetyön taustaa

2.1 Hoitotyön yhteenveto

Lain mukaan kaikista osasto- ja laitoshoitojaksosta on laadittava loppulausunto. Vastaavanlainen loppulausunto on laadittava myös polikliinisista hoitojaksoista, joiden päätyttyä hoito päättyy kokonaan tai vastuu hoidosta siirtyy terveydenhuollon yksiköstä toiseen taikka itsenäiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle, ellei erityistä syytä tästä poikkeamiseen ilmene. Loppulausunnon on sisällettävä hoitotyön yhteenvetojen lisäksi yksityiskohtaiset ja selkeät ohjeet potilaan jatkohoidon ja seurannan turvaamiseksi. Lisäksi on kuvattava esimerkiksi poikkeavuudet potilaan toipuessa toimenpiteen jälkeen sekä potilaan tila hoitojakson päättyessä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/398 § 17.)

Hoitotyön yhteenvedossa sisälletään potilaan hoitojakson keskeisimmät ydintiedot. Hoitotyön yhteenvedon laatii terveydenhuollon ammattihenkilö, esimerkiksi sairaanhoitaja, hoitotyön luokitusten pää- ja alaluokkien avulla sekä vapaamuotoisella tekstillä. Hoitotyön yhteenvedon tulee sisältää terveydenhuollon ammattilaisen loppuarvio potilaan tilasta, hoidon tarve hoitojakson alussa, tehdyt hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset sekä potilaan hoitoisuusaste sekä numeerisesti että sanallisesti (Liljamo ym. 2012.)

Potilaan hoitoisuus kuvaa toteutuneen hoitotyön vaativuutta sekä kuinka riippuvainen potilas on ollut hoitajan työpanoksesta. Potilaan hoitoisuutta arvioidaan hoitotyön suunnitelman ja toteutumisen pohjalta hoitoisuusluokitusmittaria käyttäen. Käytetyin ja tutkituin Suomessa käytetty mittari, OPC (Oulu Patient Classification), ryhmittelee automaattisesti kirjattujen hoitotyöntoimintojen pää- ja alaluokkien perusteella hoitoisuusasteita, minkä avulla hoitaja voi arvioida tietojen paikkansapitävyyttä sekä laatia luotettavan hoitotyön yhteenvedon hoitoisuusasteineen (Liljamo ym. 2012: 19.)

Kirjaamismalli, jota tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu ja jota tutkittavalla osastolla käytetään, sisältää viisi pääotsikkoa: hoidon tarve, hoitotoimet, hoidon tulokset, jatkohoito ja lääkehoito. Hoidon tarve sisältää joko omahoitajan tai potilaan arvion tai kuvauksen potilaan hoidon tarpeesta, tai lähettävän tahon odotuksen hoidolle. Hoitotoimissa on kirjattu hoitojakson aikana toteutuneet merkitykselliset hoitotyön toiminnot. Näitä ovat esimerkiksi omahoitajakeskustelut, potilaan ohjaus, avun tarve, lääkehoito ja tutkimukset. Hoitotoimien alle voi listata myös erilaisten mittareiden tuloksia, kuten esimerkiksi

masennusmittarin eli BDI:n, mielialahäiriökyselyn eli MDQ:n, alkoholin käytön riskien eli Audit-testin ja väkivaltariskin arviointimittarin eli DASA:n tuloksia. Hoidon tuloksiin kirjataan arvio potilaan voinnin muutoksista verrattuna tulotilanteeseen, esimerkiksi onko vointi parantunut, huonontunut vai ennallaan. Saman otsikon alle kirjataan myös, onko hoidon tavoitteet saavutettu, mitkä keinot ovat auttaneet potilasta vaikuttaen positiivisesti tämän voinnin muutoksiin, toimintakykyyn tai selviytymiseen. Jatkohoidon otsikon alle tulee kirjata suunniteltu jatkohoito ja mahdollisten tulevien hoitotapaamisten ajankohdat. Lääkehoidon alle kirjataan vain lähtöpäivänä otettu lääkitys ja muu oleellinen tieto potilaan lääkitykseen liittyen.

2.2 Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus

Yksilövastuisen hoitotyön perusajatuksena on, että potilaalle nimetään henkilökohtaisesti yksi hoitotyöntekijä, joka vastaa potilaan ympärivuorokautisesta hoitotyöstä koko hoitojakson ajan (Punkanen 2001:28; Hegyvary 1987; Munnukka & Kiikkala 1995:110–111; Perälä 1989). Jos työvuorot kestävät kahdeksan tuntia vuorokaudessa, kolme hoitotyöntekijää toteuttaa kaiken hoitotyön potilaalle ja hänen perheelleen. Yksi näistä kolmesta nimetään omahoitajaksi, kaksi muuta, joita voidaan kutsua esimerkiksi omahoitajaa korvaaviksi henkilöiksi, vastaavat omahoitajalle siitä, että hoitotyön suunnitelmaa toteutetaan tai tekevät suunnitelmaan tarvittavia muutoksia, mikäli olosuhteet muuttuvat.

Hegyvaryn (1987) mukaan yksilövastuisen hoitotyön perusajatukseen sisältyvät tietyt piirteet, joita ovat **vastuullisuus**, **autonomia**, **koordinointi** ja **kattavuus**. Yksilövastuisessa hoitotyössä hoitaja on henkilökohtaisesti asiakkaalle vastuullinen mukaan lukien tämän perheen. Hoitaja on vastuullinen myös kollegoilleen ja yksikölleen siitä, että hän toimii ammattietiikan ja lainsäädännön mukaisesti. Autonomia omahoitajuudessa tarkoittaa päätöksenteon itsemääräämisoikeutta siten, että hoitaja tekee hoitotyötä koskevia päätöksiä toimien niiden mukaisesti. Hoitotyön koordinointi käsittää sekä hoitotoiminnot että niihin käytetyn ajan. Sen perusominaisuuksia ovat johdonmukaisuus ja harmonia. Koordinoitu hoitotyö varmistaa sen, että potilasta ja perhettä hoitavilla sairaanhoitajilla on yhteiset tiedot, suunnitelma ja käsitys potilaan hoidosta. Kattavuuden kriteeriä nimitetään joskus potilaan kokonaishoidoksi. Yksi sairaanhoitaja antaa kaiken tarvittavan sairaanhoidon kullekin potilaalleen ja heidän perheillensä sovittuna aikana, joka on tavallisesti työvuoro. Kriteeri sulkee pois tehtäväkeskeisen toiminnan, koska jokainen sairaanhoitaja hoitaa hänelle määrättyjä potilaita. (Hegyvary 1987.)

Omahoitaja tarkoittaa potilaalle nimettyä tai hänen valitsemaansa hoitotyöntekijää, jonka tarkoituksena on toimia potilaan luotettuna tukijana ja avustajana hoitoprosessin kaikissa vaiheissa. Omahoitajana voi toimia koulutettu hoitaja, joka on saavuttanut riittävän perehtyneisyyden työhön ja vuorovaikutussuhteisiin. Omahoitaja kerää tietoa potilaalta ja hänen läheisiltään, nivoo hoitotyön yhteiseen kokonaishoitosuunnitelmaan sekä toteuttaa ja arvioi sitä yhdessä potilaan ja hoitotiimin kanssa riittävän usein. Raporteilla omahoitaja tuo esiin potilaan mielipiteen, toiveet, hoidon tarpeen ja edistymisen. (Hietaharju — Nuutila 2010: 86–87.)

3 Aikaisempi tutkimustieto

Hoitotyön yhteenvetojen kirjaamista on tutkittu Suomessa kohtalaisesti, mutta kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta ei juurikaan löydy. Hoitotyön yhteenvedon toteutumisen tutkiminen on ajankohtaista, sillä tutkittua tietoa asiasta löytyy hyvin vähän. Hoitotyön kirjaamista sekä kirjaamismallien käyttöä on kansallisesti tutkittu Suomessa eri näkökulmista.

3.1 Tutkimukset hoitotyön yhteenvedosta

On tutkittu, miten kansallisesti määriteltyä hoitotyön yhteenvedon tietorakennetta sekä siirtyvän potilaan hoitotietojen kirjaamisohjeen sisältöä on noudatettu hoitotyön yhteenvedoissa. Tutkimuksessa saatiin selville, että kansallisesti määriteltyjä tietorakenteita käytetään hoitotyön yhteenvedoissa hyvin, mutta niiden käyttäminen ei ole järjestelmällistä. Hoitotyön yhteenvedot ovat sisältäneet myös rakenteeseen kuulumattomia tietorakenteita. Tutkimuksessa todettiin, että henkilöstöä tulee edelleen kouluttaa tietorakenteiden käytössä sekä yhteenvetojen tuottamisessa määriteltyjen tietorakenteiden mukaisesti. Kansallisesti määriteltyjen tietorakenteiden käyttäminen hoitotyön yhteenvedoissa turvaa potilaan tietojen käytettävyyden sekä epäselvyyksien välttämisen ja samalla myös tukee potilaan omahoitoa. (Mykkänen — Miettinen — Saranto 2018.)

Vuonna 2012 on arvioitu yhden sairaanhoitopiirin hoitotyöntekijöiden tietoisuutta hoitotyön yhteenvedon tietosisällöstä sekä hoidon loppulausuntoon ja yhteenvetoon liittyvistä tiedoista yksikössään, kun potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon piiriin. Aineistoa poikkileikkaustutkimukseen kerättiin aiemmin testatuilla kyselylomakkeilla sähköisesti. Artikkelissa tarkastellaan niiden 56 ammattilaisen arvioita, jotka ilmoit-

tivat vastaanottavansa hoitotyön yhteenvedon. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon yksiköstä perusterveydenhuollon piiriin, on hoitohenkilöstöllä huonosti tiedossa potilasta koskevat tiedot perustiedoista alkaen. Loppulausuntoa ja hoitotyön yhteenvetoa koskevat tiedot olivat keskenään ristiriitaisia ja tiedot päällekkäisiä. Jatkossa hoidon vaikuttavuuden ja potilaan näkökulman esilletuomista tulee kirjaamisessa edistää, kuten myös erityisesti hoitotyön spesifistä tietoa. (Kuusisto – Asikainen – Saranto 2015.)

3.2 Tutkimukset hoitotyön kirjaamisesta

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemassa tutkimusraportissa todettiin vakiintuneiden termistöjen sekä rakenteiden olevan hyödyllisiä ja potilasturvallisuutta edistäviä, mutta hoitajat kokevat tarvitsevansa enemmän koulutusta sekä johdon tukea hoitotyön luokituksen käyttämiseen. Raportissa pohdittiin myös vapaatekstin ja rakenteisen tekstin hyötyjä ja haittoja. Rakenteisen tiedon käyttäminen voi ohjata syöttämään vain niitä tietoja, mitä on helppo kirjoittaa, eikä välttämättä sisällä samaa tietoja mitä hoitaja syöttäisi vapaatekstinä. Vapaatekstin käyttämistä tulee kuitenkin minimoida tiedon yhtenäisyyden vuoksi. (Hyppönen — Vuokko — Doupi — Mäkelä-Bengs 2014: 60, 68–70.)

On arvioitu, kuinka rakenteinen kirjaaminen toteutuu auditointimallin kautta. Laaditussa tutkimuksessa tarkasteltiin hoitotyön rakenteista kirjaamista sekä sen tasoa, laatua ja sisällön kehittymistä yhdessä yliopistollisessa sairaalassa. Arvioinnin tukena käytettiin auditointimallia, jossa on 13 arvioitavaa osiota, jotka ovat hoitotyön prosessin vaiheiden toteutuminen, potilaslähtöisyys sekä kirjaamisen johdonmukaisuus. Tuloksista saatiin selville muun muassa se, että kirjaamisen laatua ei ryhmitellä välillä hyväksyttävä - kiitettävä, vaan kirjaamisen laatu on ryhmitelty viiteen eri tasoluokkaan. Tutkimuksen aineisto on kerätty vuosina 2010-2016 hoitokertomusmerkinnöistä. Tuloksissa käy ilmi kirjaamisen kehittyminen useimmissa osioissa ja hoitotyön prosessin vaiheiden näkyminen kirjaamisessa. Hoidon tuloksien kirjaamisessa tapahtui suuri myönteinen kehitys. Johtopäätöksenä nostettiin esiin auditointimallin soveltuvuus kirjaamisen arviointiin. Auditointimalli mahdollistaa tiedon saamisen kirjaamisen tasosta, laadusta sekä kehittämisalueista. Saatua arviointitietoa voidaan hyödyntää koulutuksessa, johtamisessa ja tutkimuksessa sekä hoitotyön päätöksenteon tukena käytännössä. (Mykkänen – Miettinen – Saranto 2018.)

Ruotsissa laadittiin tutkimus hoitotyön kirjaamisen merkityksestä kommunikaation ja hoidon arviointiin perusterveydenhuollossa. Tutkimus suoritettiin kyselylomakkeella, johon vastasi 544 yleislääkäriä sekä 82 osastonhoitajaa. Tutkimuksessa saatiin selville, että lääkärien keskuudessa hoitotyön kirjauksia hyödynnetään suureksi osaksi potilaan jatkohoidon tarpeen arvioinnissa. Osastonhoitajilla hoitotyön kirjauksia hyödynnetään paljolti tilastotiedollisiin tarkoituksiin. Tulokset osoittivat, että päivittäisistä hoitotyön lukuisista kirjauksista on hankalaa löytää potilaan jatkohoidon suunnittelun kannalta olennaisia tietoja. Johtopäätöksenä todettiin, että potilasasiakirjojen on oltava selkeämpiä ja loogisempia, jotta hoitotyön kirjaukset täyttäisivät tehtävänsä potilaan jatkohoidon arvioinnissa sekä hoitohistoriatiedon välittämisessä. (Törnvall – Wilhelmsson 2008.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla, kuinka hoitotyön yhteenvedot toteutuivat aikuispsykiatrisella osastolla sekä kuinka omahoitajuuden elementit laadituissa hoitotyön yhteenvedoissa näyttäytyivät. Tavoitteena on hyödyntää saatuja tuloksia ja kehittää hoitotyön yhteenvetojen kirjaamista. Opinnäytetyössä haettiin vastausta siihen, miten aikuispsykiatrisen osaston hoitajat kokevat hoitotyön yhteenvetojen toteutumisen.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen tutkimus, sillä tarkoituksena oli ymmärtää hoitotyön yhteenvetojen toteutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä raportoida tulokset sanallisessa muodossa.

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on hahmottaa todellisuutta niin laadullisen aineiston analysoinnin kuin myös kokoamisen avulla. Menetelmänä laadullinen tutkimus viittaa sellaiseen tutkimukseen, jossa käytetään eri ihmisten suullisesti tai vastaavasti omin sanoin kirjallisesti tuottamaa aineistoa tai esimerkiksi sellaiseen aineistoon, joka perustuu tutkijan tekemiin havaintoihin ihmisten käyttäytymisestä. Tiedonkeruumenetelminä kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää muun muassa erilaisia haastatteluja, videointia sekä esimerkiksi havainnointia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 9–25.)

5.2 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu, jossa korostuu haastateltavien omat tulkinnat sovitusta teemasta, minkä pohjalta etsitään vastausta tutkimusongelmaan. Teemahaastattelussa tutkijat laativat valmiit teemat, mistä haastattelutilanteessa keskustellaan. Teemahaastattelussa ei ole valmiiksi luotuja kysymyksiä eikä haastattelun toteutusta ole strukturoitu. Haastattelutyyppiä on käytetty myös etenkin hoitotieteellisissä tutkimuksissa paljon. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 96–97.)

Yksilöhaastatteluissa keskusteltavina teemoina toimi kirjaamismallin hyödyntäminen ja noudattaminen, kokemukset hoitotyön yhteenvetojen laatimisesta, omahoitajuuden elementtien näkyvyys yhteenvedoissa, laatimisessa ilmenevät haasteet, kokemukset kirjaamismallista sekä sen käyttöön saadusta perehdytyksestä.

5.3 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin haastattelemalla viittä sairaanhoitajaa sekä yhtä mielenterveyshoitajaa sairaalan aikuispsykiatrisella osastolla. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina osaston tiloissa ja nauhoitettiin. Haastattelut olivat kestoltaan noin 10-20 minuuttia. Ennen haastattelujen aloittamisesta haastateltaville kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta, haastattelun kulusta sekä anonymiteetin suojelemisesta. Kaikki haastatteluun osallistuvat antoivat tietoisesti suullisen suostumuksen haastatteluun osallistumisesta.

5.4 Aineiston analysointimenetelmä

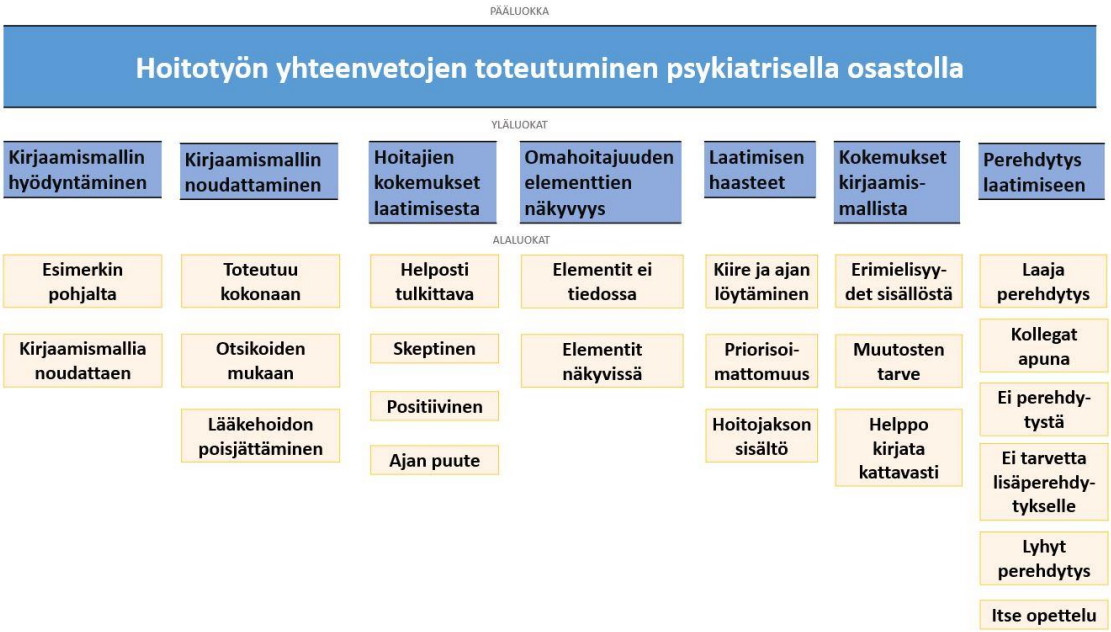
Sisällön analyysin kautta, tutkittavasta ilmiöstä laaditaan tiivistetty kuvaus. Tiivistetty kuvaus liittää tulokset tutkittavan ilmiön laajempaan kontekstiin ja muihin aiheeseen liittyviin tuloksiin. Aineiston analyysi on tutkijan loogiseen päättelyyn ja tulkintaan perustuvaa, missä aineisto uudelleen kootaan uusin menetelmin loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 105, 110.) Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysimenetelmän mukaisesti.

Induktiivinen sisällönanalyysi koostuu kolmesta vaiheesta: redusoinnista, klusteroinnista ja abstrahoinnista. Aineiston redusoinnissa eli pelkistämisessä aineisto käydään tarkasti läpi ja etsitään tutkimuksen tarkoitukselle ja teemoille oleellisia ilmauksia. Ilmaukset pelkistetään, eli muutetaan neutraaliin ja tiivistettyyn muotoon. Klusteroinnissa, eli ryhmitte-

lyssä pelkistetyistä ilmauksista etsitään samaa asiaa sekä eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tämän jälkeen samaa asiaa tarkoittavista pelkistetyistä ilmauksista ryhmitellään alaluokat ja alaluokista ryhmitellään yläluokat. Luoduista yläluokista kootaan pääluokat, jotka yhdistävät kaikkia luotuja luokkia. Kaikille luokille muodostetaan niitä kuvaava käsite, eli luokat abstrahoidaan. Analyysin jokaisessa vaiheessa tutkijan on pyrittävä ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. Luokittelu tiivistää aineistoa sekä luo alustavia kuvauksia ilmiöistä mitä tutkitaan. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 111–115.)

Haastattelulla saatu aineisto oli nauhoitettu ja nauhoituksista litteroitu eli muutettu tekstimuotoon. Litteroinnin jälkeen haastatteluteksteistä etsittiin alkuperäisilmauksia, eli kokemuksia, jotka sopivat haastattelun teemaan ja nämä ilmaukset pelkistettiin. Kaikki tutkimukselle epäolennainen tieto karsittiin pois, jonka jälkeen yhtenäisyydet ryhmiteltiin eli klusteroitiin. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset ryhmiteltiin alaluokiksi ja alaluokista muodostettiin yläluokat alaluokkia yhdistelemällä. Ala- ja yläluokat nimettiin niiden sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmitellyistä yläluokista muodostettiin pääluokka, joka nimettiin koko tutkittavaa aihetta kuvaavalla käsitteellä.

Aineisto luokiteltiin alaluokkiin ja edelleen seitsemään yläluokkaan teemoihin perustuen. Kuviossa 1 havainnollistettu tiivistetty sisällönanalyysi.



Kuvio 1. Aineiston luokittelu ala- ja yläluokkiin.

6 Tulokset

6.1 Kirjaamismallin hyödyntäminen

Haastattelussa kävi ilmi, että hoitotyön yhteenvedosta on ennalta laadittu esimerkkimalli, jota neljä kuudesta kertoi hyödyntävänsä laatiessaan hoitotyön yhteenvetoa. *”Hyödynnän sitä oikeestaan ihan joka kerta”.* Haastatteluissa tuotiin esiin, että esimerkkimalli pohjautuu osaston kirjaamismalliin ”…*esimerkkimallihan on tehty tän pohjalta”*, mutta siinä esiintyy silti joitain eroavaisuuksia osaston kirjaamismallin kanssa *”…vähä eri näkönen meijän omassa kansiossa minkä pohjalta tehään”, ”…meil on vähän erilainen malli…”*. Esimerkkimallia noudattaen, hoitotyön yhteenvedossa tuodaan enemmän esiin potilaan omia voimavaroja ja kokemuksia: *”Potilaan voimavaroja tuotu enemmän esiin ja potilaan kokemusta”.*

Neljä kuudesta haastateltavista ilmoittivat, etteivät he erillisen ohjeistuksen mukaan kirjaa lääkehoidon kohtaa lainkaan hoitotyön yhteenvetoon, mikä kirjaamismallissa ilmenee. *”Meillä on ohjeistettu niin, et tota lääkehoitoo ei tarvii kirjata”, ”Meil ei tätä lääkehoitoo käytetä”.* Vain yksi haastateltavista kertoi hyödyntäneensä juuri osaston kirjaamismallia, *”Käytän tätä mallia…”*, hoitotyön yhteenvetoa laatiessa. Yksi haastateltavista puolestaan kertoi käyttävänsä itse laadittuja vanhoja hoitotyön yhteenvetoja pohjana uusien laatimisessa: *”…oon tehny varmaan jollekki potilaalle samanlaisen jo aikasemmin nii alan tekee sen päälle”.*

6.2 Kirjaamismallin noudattaminen

Kaikki haastateltavat vastasivat noudattavansa joko esimerkkimallia tai kirjaamismallia aina hoitotyön yhteenvetoa laatiessaan. Jokainen haastateltava kertoi tekevänsä hoitotyön yhteenvetoa pääotsikoiden mukaisesti, mitä kirjaamismallissa ohjeistetaan *”…pääotsikoita mukaillen”, ”…näillä otsikoilla kyllä”.*

6.3 Hoitajien kokemukset hoitotyön yhteenvetojen laatimisesta

Haastateltavista neljä toi esiin pääasiassa positiivisia kokemuksia hoitotyön yhteenvetojen laatimisesta. Näitä positiivisia kokemuksia kuvailtiin muun muassa *’’…malli on ihan selkee – – on ohjeistettu ihan selkeesti. sen kanssa on helppo tehä’’, ’’…helppo ja nopea tehdä’’* ja *’’Ihan hyviä kokemuksia’’*. Kaksi haastateltavaa toi ilmi kokemuksia siitä, kuinka

hoitotyön yhteenvedon laatiminen tuntuu *''hyödylliseltä''* ja *''mielekkäältä''*, jos niissä kuuluu potilaan omaa ääntä ja tuodaan ilmi potilaan onnistuneet hoitokeinot.

Negatiiviset kokemukset liittyivät skeptisyyteen hoitotyön yhteenvedon hyödyllisyyttä kohtaan sekä potilaiden hämmentyneeseen vastaanottoon heidän saadessaan hoitotyön yhteenvedon itselleen. *"…tehääks se enemmän siksi että se näyttää hyvältä järjestelmässä vai siksi että potilaat hyötyis", "Must se vastaanotto on ollu vähän hämmentynyt, ettei ne aina oikeen tajuu sitä".* Ajanpuutteen tuomia haasteita tuotiin myös esille. Monet haastateltavista kokivat nimenomaan ajan ja kiireen negatiivisena kokemuksena laatimisen suhteen. Yksi haastateltavista kuvaili kokemusta sanoin *''Jos on hiljasempaa niin näitä tulee tehtyä – – aika haastavaa saada potilaalle mukaan tän kun lähtee, se asettaa haasteita''.* Negatiiviseksi kokemukseksi yksi haastateltavista koki myös sen, että hoitotyön yhteenvedossa *''…tuntuu olevan päällekkäisyyksiä lääkärin epikriisin kanssa''.*

6.4 Omahoitajuuden elementtien näkyvyys

Omahoitajuuden elementtien näkyvyys hoitotyön yhteenvetojen laatimisessa oli haastateltavilla vaihtelevasti tiedossa. Haastattelutilanteessa haastateltaville annettiin paperi, jossa elementit lukivat, jonka jälkeen haastateltavat alkoivat pohtimaan sitä, kuinka ne näyttäytyvät hoitotyön yhteenvedon laatimisessa. Tämän myötä tietoisuus omahoitajuuden elementeistä lisääntyi ja haastateltavat alkoivat hahmottamaan niitä enemmän työstään. Jotkut vastauksista eivät kuitenkaan vastanneet elementin varsinaista tarkoitusta. Yksi haastateltavista ilmoitti, ettei omahoitajuuden elementeistä puhuta osastolla juurikaan. *"Meil ei oo puhuttu kauheest noist omahoitajuuden elementeistä".*

Vastuullisuuden elementti oli tiedossa neljällä kuudesta haastateltavasta ja sen esiintymistä kuvailtiin muun muassa lausein *''…vastuullisuuskin et jokainen omahoitaja on vastuussa siitä et se* (hoitotyön yhteenveto) *tulee tehtyä''* ja *''…se on sillä tavalla eettistä, rehellistä ja luotettavaa se teksti eikä potilasta saa aliarvioida tai väheksyä''*. Autonomian elementti oli myös osittain tiedossa neljällä kuudesta haastateltavasta. Tätä elementtiä kuvailtiin pääasiassa lauseilla *''Autonomia näkyy siinä potilaslähtöisyydessä''*. Koordinoinnin elementti oli tiedossa puolella haastateltavista. Elementin näkyvyyttä tuotiin esiin jatkohoidon kirjaamisessa ja yhteenvedon kirjaamisen ajoittamisessa muun muassa seuraavasti: *''Koordinaatio – – tää on suunniteltu et näin tehään kaikille ja millä aikavälillä, se näkyy parhaiten''.* Kahdella haastateltavista oli osittain tiedossa kattavuuden elementti. Elementin näkyvyyttä kuvailtiin potilaan tilanteen esiintuomista kattavasti ja myös

moniammatillisen hoidon näkökulmasta. Jokainen haastateltava osasi nimetä vähintään yhden elementin, mutta yksikään ei joko tiennyt tai osannut nimetä tai antaa käytännön esimerkkiä kaikkiin neljään elementtiin.

6.5 Yhteenvetojen laatimisen haasteet

Haastateltavat kuvailivat, että kiire ja ajanpuute olivat haasteita yhteenvetojen laatimisessa. *”Sille pitää löytää se oma aikansa”*, *”aika hankaloittaa laatimista, on kiire, ei oo aikaa tehdä niitä”, ”…haluis tehdä heti mutta on kiire”, ”Aikataulu ainakin – – mistä sen ajan sit löytää sille”, ”…täs on niin kiire – – ainut aika on tehdä yöllä”* ja *”…priorisoidaan niin ettei sitä sit vaan tehdä”* olivat lauseita, joilla ajanpuutteen tuomia haasteita kuvailtiin. Yhden haastateltavan mukaan: “*Paras olis, että sitä alkais tekemään jo kun potilas on hoidossa ja olis valmiina heti kun potilas lähtee osastolta”.* Haasteiksi koettiin myös joidenkin potilaiden kohdalla lyhyt hoitojakso, esimerkiksi kriisivuorokausi ja toisaalta myös potilaiden hyötymättömyys hoidosta. Puolet haastateltavista kertoivat, että hoitotyön yhteenveto jää laatimatta ajanpuutteen vuoksi ja sen takia, ettei se ole prioriteetti.

6.6 Kokemukset kirjaamismallista

Lähes kaikki haastateltavat olivat tyytyväisiä hoitotyön yhteenvedon kirjaamismalliin eivätkä pääosin kokeneet vaikeuksia kirjaamisessa mallia hyödyntäessä. Yksi haastateltava kuitenkin koki vaikeaksi tuoda ilmi hoidon tarvetta sairaudentunnottomien potilaiden kohdalla sekä erimielisyydet potilaan kanssa. Neljä haastateltavaa toivat ilmi muutoksen tarvetta kirjaamismalliin liittyen potilaan oman näkökulman esiintuomiseen: *”tässä mallissa ei tuu esille potilaan oma ääni ja voimavarat, niinkun mikä auttaa sitä jaksamaan – – olis hyvä, että potilas sais itse myös sanottaa et mikä häntä auttaa.”* Yksi haastateltavista myös koki, että potilaan taustan lisääminen omana otsikkonaan *”Siitä saa paremman otteen siitä tilanteesta, kun sen on aika hyvin kartottanut. Kyllä mä sen lisäisin.”* Suurin osa ilmoitti, ettei heidän mallissaan, joka heillä on osaston kansliassa, ole erikseen lääkehoidon kohtaa ja että lääkehoito on yleensä lääkärin kirjaama.

6.7 Perehdytys yhteenvetojen laatimiseen

Hoitajat, jotka olivat olleet pidempään töissä, olivat saaneet pitkän perehdytyksen hoitotyön yhteenvedon laatimiseen. Myöhemmin työnsä aloittaneet hoitajat saivat lyhyen, suppean perehdytyksen tai vaihtoehtoisesti eivät saaneet lainkaan erillistä perehdytystä laatimista varten. He opettelivat itse mallin pohjalta hoitotyön yhteenvedon laatimisen ja

toisinaan pyysivät ja saivat kollegoilta apua. Pidempään osastolla työskennelleet hoitajat myös totesivat, ettei uusille työntekijöille anneta erillistä perehdytystä, mutta sen sijaan kollegat perehdyttävät, jos perehdytykselle löytyy aikaa. *”Enää ei hirveesti kyllä perehdytetä… ei muista…jää vähän vähälle kun on paljon muita asioit mihin perehdyttää”.*

7 Pohdinta

7.1 Tulosten pohdinta

Haastateltavat kokivat noudattavansa osaston kirjaamismallia joka kerta hoitotyön yhteenvetoa laatiessaan. Esimerkkimalli sisältää samat pääotsikot kuin kirjaamismalli, pois lukien lääkehoidon. Tutkimuksen otoksessa oltiin osittain tietoisia erovaisuuksista kyseisten mallien välillä ja tuotiin esiin lääkehoidon kirjaamiseen liittyvää erillistä ohjeistusta. Voidaan huomata saman suuntaisuutta aikaisemmin laaditussa tutkimuksessa (Mykkänen ym. 2018), missä todettiin tietorakenteiden käytön hoitotyön yhteenvedoissa toteutuvan hyvin, mutta yhteenvedot usein sisältävät tietorakenteeseen kuulumatonta sisältöä. Esimerkkimallin mukainen kirjaaminen ei kuitenkaan tuota hoitotyön yhteenvetoon siihen kuulumatonta sisältöä, vaan korostaa potilaan ääntä enemmän, kuin osaston kirjaamismalli ja sitä haastateltavat pitävätkin tärkeänä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2014 julkaisemassa tutkimusraportissa todettiin, että hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa enemmän koulutusta ja yksikön johdon tukea hoitotyön luokitusten käyttämiseen hoitotyön kirjaamisessa (Hyppönen ym. 2014: 60.) Tässä tutkimuksessa puolestaan jokainen haastateltava totesi, ettei koe tarvitsevansa lisäperehdytystä tai koulutusta hoitotyön yhteenvedon laatimiseen, sillä kirjaamismalli ja sen sisältämät hoitotyön luokitukset on selkeästi ohjeistettu ja hoitotyön yhteenvedot ovat selkeästi laadittavissa. Osaston kirjaamismalli on laadittu riittävän selkeäksi, ettei kirjallisten ohjeiden lisäksi tarvita lisäkoulutusta hoitotyön yhteenvetojen laatimiseen.

Keskusteltaessa haastateltavien kanssa muutoksista, joita he kaipaisivat kirjaamismalliin, esiin tuotiin potilaan oman äänen, näkökulman ja voimavarojen korostaminen hoitotyön yhteenvedossa. Tämä todettiin myös vuonna 2012 laaditussa tutkimuksessa (Kuusisto ym. 2015), missä raportoitiin potilaan oman näkökulman esiintuominen yhdeksi kirjaamista edistäväksi tehtäväksi. Potilaan omien voimavarojen ja näkökulmien korosta-

minen hoidon vaikuttavuudesta hoitotyön yhteenvedossa, tekisi yhteenvedosta potilaslähtöisemmän ja yksilöllisemmän ja täten tukisi potilaan hoitoa enemmän ja olisi hyödyllinen asiakirja myös potilaalle itselleen. Samassa tutkimuksessa todettiin myös vastaanottavan hoitoyksikön taholta, että hoitotyön yhteenvedossa oli paljon päällekkäisyyksiä lääkärin epikriisin kanssa. Tämä nousi esiin myös tässä tutkimuksessa yhtenä huomiona jatkohoitoon lähettäjän roolin näkökulmasta.

Omahoitajuuden elementtien näkyvyys, ainakin hoitotyön yhteenvetojen laatimisessa, olivat haastateltavilla hyvin vaihtelevasti tiedossa. Elementeistä keskusteltaessa tuli hyviä näkökulmia ja käytännön esimerkkejä ilmi, mutta jotkut vastaukset myös osoittivat tietämättömyyttä elementtien sisällöstä ja tarkoituksesta. Jäi epäselväksi, onko hoitajia mitenkään perehdytetty tai informoitu yksilövastuiseen hoitotyöhön, jolloin elementit olisi käyty läpi. Kauemmin työskennelleet hoitajat tuntuivat hahmottavan omahoitajuuden elementtien esiintyvyyden hoitotyön yhteenvetojen laatimisessa paremmin kuin lyhyemmän ajan työskennelleet. Tähän voi toki vaikuttaa työkokemus, eikä välttämättä kauemmin työskennelleet hoitajatkaan ole saanut perehdytystä yksilövastuiseen hoitotyöhön ja omahoitajuuteen. Omahoitajuuden elementit voivat toisaalta olla tiedossa ja vahvasti näkyvissä hoitajien toteuttamassa yksilövastuisessa hoitotyössä, mutta niiden yhdistäminen niinkin spesifiin alueeseen kuin hoitotyön yhteenveto tuo vaikeuksia. Ei siis välttämättä ole kyse siitä, etteikö omahoitajuuden elementeistä oltaisi tietoisia vaan siitä, ettei niiden esiintyvyyttä osata yhdistää hoitotyön yhteenvetojen laatimiseen.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuuden pohdinta

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä tavanomaisesti käytettään uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden sekä vahvistettavuuden kriteereitä. Luotettavuuden arvioinnissa korostuu myös kvalitatiivisen tutkimuksen neljä perusasiaa: kuvauksen elävyys, metodologinen sopivuus, analyyttinen täsmällisyys sekä teoreettinen loogisuus, joita tarkastellaan niiden esiintymisellä tutkimuksessa ja sen raportoinnissa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 160–161.)

Uskottavuuden kriteerillä arvioidaan lukijoiden kokemusta tulosten todellisuudesta, mihin vaikuttaa tutkijoiden selkeä raportointi tuloksista, tarkka kuvaus analyysiprosessista sekä tutkimuksen mahdollisista rajoitteista (Kankkunen –Vehviläinen-Julkunen 2009: 160). Analyysiprosessi on kuvattu analyyttisesti ja täsmällisesti kohdassa *5 Opinnäytetyön toteutus* ja lukijan on selkeää seurata tutkimuksen analyysiprosessia sekä aineistosta

koottua luokittelua. Aineisto oli nauhoitettu laadukkaasti, joten haastattelun olivat hyvin kuultavissa litterointia varten. Litteroinnissa kaikki haastattelijoiden sanonnat muutettiin kirjalliseen muotoon, jotta sen puolueeton analysoiminen olisi mahdollista.

Tutkimuksen luotettavuutta varmentaa haastateltavien autenttisten ja suorien lainausten esittäminen ja kuvaileminen raportoinnissa, joita esitetään jokaista teemaa tarkastellessa. Tämä antaa lukijalle mahdollisuuden pohtia aineiston keruun ja analysoinnin polkua. Jokaisen lainauksen esiin tuomista pohdittiin aina erikseen etiikan näkökulmasta ja varmistettiin, ettei tutkimukseen osallistuja ole tunnistettavissa esimerkiksi murteen tai sanavalinnan perusteella. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 160.)

Aineiston analysointi tuli laatia huolella ja luokituksia pohtia haastateltavien näkökulmasta tarkkaavaisesti virhepäätelmiä vältellen. Analyysin sekä tulosten luotettavuutta lisää se, että tutkijoita oli kaksi, jolloin pystyttiin välttyä paremmin virhepäätelmiltä ja aineistoa pohtia laajemmin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 160.)

Siirrettävyyden kriteerin täyttämiseksi, tutkimuksessa on kuvattu huolellisesti tutkimuskonteksti, osallistujien valinnan tapahtuminen ja opinnäytetyön taustan selvittäminen. Aineiston keruu ja sen analysoiminen on kuvattu perusteellisesti, jotta tutkimus olisi toisen tutkijan seurattavissa. Tutkimusta varten on perehdytty vahvasti metodologiseen lähestymistapaan ja todettu laadullisen tutkimusmenetelmän sekä induktiivisen sisällönanalyysin sopivan ilmiön tutkimiseen parhaiten. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 161.) Vastaavanlaisella tutkimuksella voitaisiin saada samanlaisia tuloksia, sillä hoitotyön yhteenvetojen toteutumisessa voi olla hyvinkin paljon yhtenäisyyksiä eri psykiatrisilla osastoilla.

Tutkimuksen riippuvuus tarkoittaa, että tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista ohjaavien periaatteiden mukaisesti (Kyngäs ym. 2020: 44). Tutkimuksen toteuttamista on ohjannut tieteellisesti luotettavat lähteet, joita noudattaen laadullinen tutkimus ja induktiivinen sisällönanalyysi on laadittu. Huolellinen perehtyminen tutkimus- ja analyysimenetelmään mahdollistivat sen, että aineiston keruu- sekä analysointimenetelmä on selkeästi ja loogisesti laadittu ja jäsennelty, joka mahdollisti suunnitelmallisen ja luotettavan etenemisen tutkimusprosessissa. Kuvauksen elävyydessä ilmeni haasteita tekstin rikkauden ja luovuuden tuottamisessa, mutta siitä huolimatta tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan todellisuus mahdollisimman tarkasti ja eloisasti raportoiden.

Tutkimuksen vahvistettavuudella arvioidaan, kuinka hyvin kerätty aineisto tukee saatuja tuloksia (Kyngäs – Mikkonen – Kääriäinen 2020: 46). Analysoinnissa oltiin tietoisia, että analysointiprosessiin voi vaikuttaa tutkijoiden subjektiiviset ominaisuudet ja tätä pyrittiin välttämään aktiivisesti. Tutkijoiden oli pyrittävä olemaan mahdollisimman objektiivisia koko tutkimusprosessin ajan. Objektiivisuutta hyödynsi se, ettei tutkijoilla ollut kokemusta kyseisen kirjaamismallin mukaisesta laatimisesta eikä osaston toiminnasta. Tulosten raportoinnissa huomaa, että tulokset pohjautuvat vain ja ainoastaan kerättyyn aineistoon, joka on analysoitu objektiivisesti induktiivisen sisällönanalyysimenetelmän mukaisesti. Taustan perehtymisen kautta, tutkijoille kertyi tietoa hoitotyön yhteenvedon sisällöstä, mikä vaikutti positiivisesti teemojen laadintaan, mutta aiemmin tutkitussa tiedossa, ei ilmennyt seikkoja, mitkä olisivat johdatelleet teemahaastatteluja tietyn teeman keskuuteen, vaan teemat olivat ennalta päätettyjä.

Haastatteluita varten varattiin riittävästi aikaa, eikä niitä järjestetty kiireen keskellä, jotta haastateltavat pystyivät keskittymään täysin haastattelutilanteeseen sekä keskusteltaviin teemoihin. Haastattelussa varmistettiin, että keskusteltavat teemat olivat selkeitä haastateltaville ja ettei niissä ilmennyt epäselvyyksiä. Otoksen koosta huolimatta, tulokset eivät ole vajavaisia vaan haastattelut turvasivat tutkimukseen rikasta aineistoa. Johtopäätöksiä ja kehittämisideoita voidaan laatia aineistosta saadun tiedon pohjalta monipuolisesti ja kattaen koko aineiston. Tulosten luotettavuus perustuu siihen, kuinka totuudenmukaisesti haastateltavat ovat esitettyihin kysymyksiin vastanneet. Tulee myös ottaa huomioon useat eri näkökulmat ja kokemukset sekä se, ettei oikeaa vastausta esitettyihin kysymyksiin ollut. Haastateltavien vastaukset ovat heidän omiin kokemuksiinsa ja mielipiteisiinsä perustuvia. Tässä tutkimuksessa teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä mahdollisti omahoitajien kokemusten selvittämisen heidän omilla vapailla sanoillaan, mikä teki aineiston keruusta luotettavaa. Haastatteluissa ohjattiin keskustelua vain teeman mukaisesti, eikä suljettuja kysymyksiä esitetty.

Haastateltavien subjektiivisten merkitysten tulkinta tarvitsee kehyksen, johon tuloksia verrataan, jotta tutkimuksessa näkyisi kontekstispesifisyys (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 161). Tutkimuksessa on kuvailtu perusteellisesti kirjaamismallin sisältö, sillä eettisistä syistä, kirjaamismallia ei voida opinnäytetyössä hahmottaa liitteen avulla. Haastateltavien valintaperusteet, haastattelutilanteet sekä niissä saatu aineisto on raportoitu täsmällisesti ja selkeästi, jotta kuvauksista ei synny epäuskoisuutta. Ilmiön kuvaileminen ei tuottanut hankaluuksia induktiivisen sisällönanalyysin menetelmää noudattaen.

7.3 Opinnäytetyön eettisyyden pohdinta

Opinnäytetyön yhteyshenkilönä toimi yksikön ylihoitaja, joka delegoi tutkittavan osaston osastonhoitajalle tehtävän etsiä tutkimukseen halukkaita hoitajia. Tämän jälkeen osastonhoitaja ilmoitti halukkaiden yhteystiedot, jotta heihin saatiin yhteys ja haastatteluajankohdasta voitiin sopia. Osallistuminen haastatteluihin painottui nimenomaan vapaaehtoisuuteen ja halukkuuteen osallistua. Opinnäytetyötä varten sovittiin oppilaitoksen ja sairaalaorganisaation välinen sopimus.

Kolme eettistä tutkimusta ohjaavaa periaatetta ovat ihmisen kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja oikeudenmukaisuus (Aho – Kylmä 2012). Haastattelutilanteissa jokaiselle haastateltavalle annettiin tilaa ja aikaa miettiä vastaustaan ja kaikki vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Haastateltavien sana oli vapaa ja heidän vastauksiaan kunnioitettiin. Haastateltavia informoitiin tutkimuksesta hyvin ja haastattelutilanne selitettiin haastateltaville ja käytiin läpi vielä ennen varsinaisen haastattelun alkua. Haastateltaville kerrattiin, että kyseessä on opinnäytetyö, jota varten aineistoa kerätään. Samalla myös varmistettiin, että haastateltava haluaa yhä osallistua haastatteluun ja että nauhoittaminen sopii hänelle. Haastateltaville painotettiin myös anonymiteettiä. Jokainen haastateltava antoi tietoisen suullisen suostumuksen osallistumiselle ennen haastattelun alkua.

Haastateltavien suorien sitaattien esiintuonnissa oli jokaisen kohdalla erikseen varmistettu, ettei anonymiteetti rikkoudu eikä haastateltava olisi millään tavalla tunnistettavissa sitaattinsa pohjalta. Psykiatrinen osasto ja sairaala pidettiin anonyyminä haastateltavien anonymiteetin suojelemiseksi.

7.4 Kehittämisehdotukset

Hoitotyön yhteenvedon laatimiseen tulisi varata erillinen aika muiden työtehtävien joukosta, jottei hoitotyön yhteenveto jää kiireisinä aikoina laatimatta. Hoitotyön yhteenveto sisältää kuitenkin jatkohoidon kannalta merkittäviä tietoja, jotka tukevat potilaan hoidon jatkumista sekä paranemista. Yksi haastateltavista kertoi, että hoitotyön yhteenvedon laadintaan riittää aikaa, kun sen laatimisen aloittaa jo potilaan hoidon alussa ja jatkaa sen täydentämistä hoidon jatkuessa hoidon päättymiseen asti. Tämä, voisi olla yksi keino, mikä takaa ajan riittävyyden hoitotyön yhteenvedon laadintaan. Työtehtävien määrä ja potilaiden haasteellisuus voi kuitenkin vaikuttaa hoitotyön yhteenvetojen laa-

dintaan siten, ettei aktiivisesta tekemisestä huolimatta niihin jää aikaa. Osaston toimintamalleja tulisi täten muuttaa siten, että hoitotyön yhteenvetojen laadinta tapahtuisi ripeämmin tai työvuoron aikana niiden laadintaan tulisi varata oma erillinen aika.

Omahoitajuuden elementtien sisältö ja niiden näkyvyys hoitotyön yhteenvedossa oli haastateltavilla jokseenkin jokaisella epätietoisuudessa. Haastattelutilanteissa monet alkoivat vasta hahmottamaan elementtien näkyvyyttä hoitotyön yhteenvedoissa ensimmäistä kertaa, mikä kertoo siitä, ettei elementtejä juurikaan tuoda näyttävästi esiin hoitajien yleisessä perehdyttämisessä, mikä voisi olla yksi osaston kehittämistoimista. Perehdytyksen yhteydessä omahoitajuuden elementtien puheeksi ottaminen olisi yksilövastuisen hoitotyön kannalta merkityksellistä ja sitä edistävää.

Kukaan haastattelijoista ei kokenut tarvitsevansa lisäperehdytystä hoitotyön yhteenvetojen laatimiseen, sillä kollegat ja kirjalliset ohjeet olivat apuna, mikäli sisällön kanssa koitui joitain hankaluuksia. Kirjaamismalli on selkeä ja helppotyökalu hoitotyön yhteenvedon laadintaan, mutta haastateltavat kokivat kuitenkin pientä muutoksen tarvetta siihen. Tuotiin esiin, miten esimerkiksi erillinen otsikko potilaan taustalle olisi hyvä, jotta potilaasta saisi paremman käsityksen ja paremmat esitiedot. Monet haastateltavat toivoivat myös kirjaamismallin tuovan enemmän esiin potilaan omaa näkökulmaa ja kokemuksia siitä mitkä olivat hyödyllisiä hoitotoimia heidän hoidossaan. Vaikka kyseinen kirjaamismalli sisältää potilaan näkökulmien esiintuomista, haastateltavat toivoivat, että sitä korostetaan kirjaamismallissa vielä enemmän.

Lääkehoidon vaikutuksia seuraa jokainen potilaan hoitoon osallistuva henkilö. Jokaisen hoitotyöntekijän on osattava tunnistaa mahdolliset ongelmatilanteet lääkehoitoon liittyen ja varmistaa tiedon siirtyminen muille potilaan hoitoon osallistuville henkilöille sekä potilaalle itselleen. Toimintayksikössä tulee olla yhdenmukaiset kirjaamiseen liittyvät käytännöt ja potilasasiakirjoihin tehdyistä merkinnöistä tulee näkyä, miten potilaan lääkehoitoa on toteutettu ja onko sen aikana ilmennyt jotain erityistä. (Inkinen – Volmanen – Hakonen 2015: 46–47.) Osaston hoitotyön yhteenvedon kirjaamismalliin kuuluu potilaan lähtöpäivänä otetun lääkehoidon kirjaaminen, josta huolimatta yli puolet haastateltavista kertoivat, että heitä on opastettu olla kirjoittamatta lääkehoidon kohtaa, sillä lääkehoidon asiat kirjataan lääkärin epikriisiin. Tästä tulisi osastolla sopia yhtenäisempi käytäntö, jotta hoitotyön yhteenvetojen toteutuminen tapahtuisi yhtenäisesti samojen ohjeiden mukaisesti. Lääkehoidon kirjaamisesta on osastolla sovittava selkeä ja yhtenäinen ohje.

Lähteet

Aho, Anna Liisa – Kylmä, Jari 2012. Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä – näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. Hoitotiede 2012, 24 (4) 271–280.

Cheevakasemsook, Aree – Chapman, Ysanne – Francis, Karen – Davis, Carmel 2006. The study of nursing documentation complexities. International Journal of Nursing Practice 12, 366–374.

Hegyvary, Sue Thomas. 1987. Yksilövastuinen hoitotyö. Vaasa oy: Vaasa.

Hietaharju, Päivi — Nuutila, Mervi 2010. Käytännön mielenterveystyö. Tammi: Helsinki.

Hyppönen, Hannele — Vuokka, Riikka — Doupi, Persephone — Mäkelä-Bengs, Päivi (toim.) 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. 60, 68–70. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere. Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 23.9.2019.

Iivanainen, Ansa – Jauhiainen, Mari – Korkiakoski, Lahja 1995. Hoitotyön käsikirja. Kirjayhtymä Oy: Helsinki.

Inkinen, Ritva – Volmanen, Petri – Hakonen, Suvi (toim.) 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere 2016. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 8.4.2020.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimusprosessi kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. 96–97, 160. WSOY Pro Oy. Helsinki.

Kuusisto, Anne – Asikainen, Paula – Saranto, Kaija 2015. Hoitotyön yhteenvedon tietosisältö hoitotyöntekijöiden arvioimana. Hoitotiede 2015, 27 (4), 311–323.

Kyngäs, Helvi – Mikkonen, Kristina – Kääriäinen, Maria (eds.) 2020. The Application of Content Analysis in Nursing Science Research. Springer International Publishing 2020.

Liljamo, Pia — Kinnunen, Ulla-Mari — Ensio, Anneli 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. 18–19.Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Korjattu 2014. Helsinki. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=>. Luettu 16.9.2019.

Mykkänen, Minna – Miettinen, Merja – Saranto, Kaija 2018. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi - näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämisalueista. Hoitotiede 2018, 30 (3), 203–213.

Mykkänen, Minna – Miettinen, Merja – Saranto, Kaija 2018. Tietorakenteet potilaan hoitotietojen kirjaamisessa – Case hoitotyön yhteenveto. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. University of Eastern Finland. Verkkodokumentti. <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/6872/15355468521182024044.pdf?seguence=2&Allowed=y>. Luettu 23.9.2019.

Punkanen, Tiina 2001. Mielenterveystyö ammattina. 28. Tammi: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298 § 17.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9–25. 11., uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 105, 110–115. Jyväskylä: Tammi.

Törnvall, Eva – Wilhelmsson, Susan 2008. Nursing documentation for communicating and evaluating care. Nurse record keeping and documentation. Journal of Clinical Nursing 17, 2116–2124

.