

**HOITOTYÖN LAATU ÄÄNEKOSKEN
TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOILLA
SENIOR MONITOR -MITTARILLA ARVIOITUNA**

Anne Vertainen-Hiironen

Gerontologian ja kansanterveyden

pro gradu-tutkielma

Kevät 2002

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

Tiivistelmä

Vertainen-Hiironen, Anne: Hoitotyön laatu Äänekosken terveyskeskuksen vuodeosastoilla Senior Monitor -mittarilla arvioituna.

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma.

Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto, kevät 2002. 69s.

Tutkielman tavoitteena oli analysoida Äänekosken terveyskeskuksen vuodeosastoilla hoitotyön laatua Senior Monitor -mittarin avulla; haastatteleamalla potilaita (N=100), havainnoimalla fyysistä hoitoympäristöä sekä keräämällä tietoja hoitosuunnitelmista ja päivittäisestä kirjaamisesta (kysymyksiä yhteensä 92). Hoitotyön osa-alueet, joita Senior Monitor -mittarin dikotomisilla kysymyksillä arvioitiin olivat: hoitotyön suunnittelu, potilaan fyysisten tarpeiden tyydytys, potilaan ei-fyysisten tarpeiden tyydytys, potilaan kuntouttaminen sekä hoitotyön tavoitteiden arviointi. Tutkimuksen tavoitteena oli myös nostaa esille mittarilla havaittuja hoidon kehittämiskohteita. Lisäksi tavoitteena oli motivoida henkilökuntaa parantamaan hoitotyön laatua. Tulokset analysoitiin laskemalla vastausten pistemääristä indeksiluvut, joiden vaihteluväli oli 0-1, hoitotyön prosessin eri osa-alueilta. Iän, sukupuolen ja hoitotyön laadun välisiä yhteyksiä tarkasteltiin regressioanalyysillä.

Tämän tutkimuksen tärkeimmät tutkimustulokset osoittivat, että hoitotyön laatu oli potilaiden kokemana hyvä. Tarkasteltaessa kirjallisia hoitotyön suunnitelmia puutteita havaittiin jokaisessa hoitotyön osa-alueella arvioivassa osiossa. Havaitut epäkohdat olivat merkityksellisiä hoitotyön jatkuvuuden ja laadun kannalta. Ikä ja sukupuoli selittivät 12% ei-fyysisten tarpeiden tyydyttymisestä. Iäkkäämpien potilaiden kohdalla hoitotyön laatu oli heikompi kuin nuorempien. kuusikymmentäkahdeksan haastateltua mainitsi hyviä sairaalokokemuksia heikentäviä tekijöitä ja sairaalokokemuksia vahvistavia tekijöitä mainitsi 18 haastateltua.

Avainsanat: hoitotyön laatu, laadun varmistus, laadun arviointi, hoitotyön prosessi, laitoshoido

Abstract

Vertainen-Hiironen, Anne: Quality of nursing care in Äänekoski Health Center measured by Senior Monitor Instrument.

Graduate thesis of Gerontology and Public Health.

Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Spring 2002, 69 pages.

The purpose of this thesis was, on one hand, to study the quality of institutional care by using Senior Monitor Instrument: interviews, observation of physical nursing environment and collection of data of care plans and daily nursing documentation. On the other hand, the aim was to raise the needs of development in nursing care, and motivate the personnel to improve the quality of care. Study group consisted of 100 clients, who had stayed at least three days in institutional care in Äänekoski Health Center. Senior Monitor Instrument consisted of 92 questions concerning nursing care planning, clients' contentment with physical and non-physical care, rehabilitation, and evaluation of the goals for nursing. The data was analyzed by calculating sum indices from the responses (range from ranking 0-1). Regression analysis was used to study the effect of age and sex on the quality of care.

The main results showed that the clients rated the quality of care as good. Examination of care plans showed minor deficiencies in all the sections of nursing care. However, they are important for the continuity of nursing care, and thus for quality of care. Age and sex explained 12% of the variability in contentment with non-physical care. The quality of care was lower among older clients. Sixty-nine clients mentioned factors affecting negatively and 18 positively on their hospital experiences.

Keywords: Quality of nursing care, quality assurance, quality assessment, nursing process, institutional care.

SISÄLLYS

Tiivistelmä	
Abstract	
1 JOHDANTO	2
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA	4
2.1 Hoidon laatu tutkimuksen kohteena	4
2.1.1 Laatu käsitteenä	5
2.1.2 Laatu hoitotyössä	5
2.1.3 Laadunvarmistus hoitotyössä	6
2.2 Työntekijälähtöisiä hoidon laatua arvioivia mittareita	7
2.2.1 Nursing Audit	7
2.2.2 Qualpacs (Quality Patient Care Scale)	8
2.2.3 RAI (Resident assessment instrument)	9
2.3 Asiakaslähtöisiä hoidon laatua arvioivia mittareita	10
2.3.1 PJS (Patient Judgements of Hospital care)	10
2.3.2 15-D -elämänlaatumittari	11
2.3.3 HYVÄ HOITO -mittari	12
2.4 Senior Monitor -mittari vanhusten hoitotyön laadun arvioinnissa	12
3 ÄÄNESEUTU	15
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT	16
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRISEN OSAN TOTEUTTAMINEN	17
5.1 Aineisto ja menetelmät	17

5.2 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti	18
5.3 Aineiston analyysi	19
5.4 Tutkimuseettiset ongelmat	19
6 TUTKIMUSTULOKSET	20
6.1 Tutkitut potilaat	20
6.2 Hoitotyön laadun arvion tulokset	24
6.2.1 Hoitotyön suunnittelu	29
6.2.2 Potilaiden fyysiset tarpeet	29
6.2.3 Potilaiden emotionaaliset ja sosiaaliset tarpeet	30
6.2.4 Kuntouttaminen	30
6.2.5 Hoitotyön tavoitteiden arviointi	30
6.3 Iän ja sukupuolen vaikutus hoitotyön laadun eri osa-alueisiin	31
6.4 Positiiviset ja negatiiviset sairaalakokemukset	32
7 POHDINTA	35
7.1 Tutkimusmenetelmän arviointi ja tulosten luotettavuus	35
7.2 Tulosten pohdinta	36
7.3 Katse tulevaisuuteen	38
LÄHTEET	39
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Hoidon laadun keskeiset osatekijät ovat potilaan laatukokemus, henkilöstön korkea ammattitaito ja osaaminen sekä palvelujen tarkoituksenmukaisuus. Kokemusmaailman tavoittamisen merkitys korostuu laitoshoidossa, jolloin vanhuksen hyvä hoito ja hyvä elämä liittyvät kiinteästi toisiinsa. Vanhusten hoidon laadun järjestelmällinen mittaaminen on kirjallisuuden perusteella ensiaskelissaan, koska ei ole olemassa selkeää ja käsitteellistä mallia vanhusten hyvästä hoidosta. (Anon 1995, Isola & Voutilainen 1998b.)

Vanhuksen kokemukseen laitoshoidon laadusta vaikuttavat ainakin seuraavat seikat: Kuunteleeko henkilökunta potilasta? Onko henkilökunta empaattista ja voiko vanhus tuntea olevansa pidetty ja hyväksytty? Kokeeko hän saavansa tukea? Tarjotaanko vanhukselle valinnan mahdollisuuksia päivittäisten toimintojen yhteydessä? Onko osastolla hyvä henki? Huomioi-daanko potilaan mielitekoja ja kannanottoja? Näitä abstrakteja käsitteitä operationalisoimalla tulisikin kehittää arviointimenetelmiä, joissa korostuisi vanhuksen oma kokemus hoidosta. (Anon 1995, Gilloran ym. 1993, Isola & Voutilainen 1998b.)

Vanhusten laitoshoidon laadukkuus on iso haaste terveydenhuollolle. Työntekijöiden kiire ja vaihtuvuus ovat laitoshoidossa olevien vanhusten ja heidän omaistensa yleisimpiä tyytymättömyyden aiheita. Kuluvan vuosikymmenen alun aikana kunnat ovat jättäneet täyttämättä avoimia virkoja ja vähentäneet sijaisten ottamista. Huonokuntoisten ja vaikeasti sairaiden vanhuspotilaiden lisääntyessä heidän ihmisarvonsa voi joutua uhatuksi edellämainittujen seikkojen vuoksi. (Mönkäre 1998.)

Erilaisia hoidonlaatua arvioivia, muualla laadittuja mittareita on testattu Suomessa tällä vuosikymmenellä suhteellisen paljon. Työssäni olen jakanut

mittarit sisällön mukaan työntekijälähtöisiin ja asiakaslähtöisiin mittareihin. Kolmanneksi esittelen mittarin, jossa ovat mukana molemmat edellä mainitut elementit.

Hannu Vuoren (1993) mukaan laadunvarmistuksen pioneerit ovat törmänneet kahteen ongelmaan. Jo vähäinenkin etsintä, esimerkiksi kirjallisuushaku, hautaa heidät tietotulvan alle. Laadusta ja sen parantamisesta on kirjoitettu paljon. Etsijän työtä ei helpota se, että käytetyt käsitteet, toiminnalle asetetut tavoitteet ja menetelmät näyttävät ristiriitaisilta. Osa aineistosta vannoo vain yhden menetelmän nimeen. Toisaalta suunnattomasta materiaalmäärästä ei tunnu löytyvän teosta, joka auttaisi alkuun kokoamalla tärkeimmät käsitteet ja menetelmät yksiin kansiin.

“Yksinkertainen harkinta osoittaa, että kaikki luokitukset, mitä ihminen koskaan on tehnyt, ovat mielivaltaisia, keinotekoisia ja väriä. Mutta yhtä yksinkertainen harkinta osoittaa, että nämä luokitukset ovat hyödyllisiä ja tarpeellisia ja ennen kaikkea mahdottomia välttää, koska ne johtuvat ajattelumme synnynnäisestä taipumuksesta.” (Egon Friedell)

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA

2.1 Hoidon laatu tutkimuksen kohteena

Potilaan hoidon laadun määrittely on ilmiönä yhtä vanha kuin hoitaminen itsessäänkin, vaikkei sitä olla tiedostetusti ajateltu vielä kovin montaa vuosikymmentä. Hoidon laadun arviointiin ja sen kehittämismenetelmiin on Suomen terveydenhuollossa alettu enenevästi kiinnittää huomiota vasta 1980-luvun puolivälistä lähtien. Terveydenhuoltoon laatukseskustelu tuli myöhemmin kuin useille muille yhteiskunnan sektoreille, kuten talouselämään ja teollisuuteen. Laatutason arvioimiseksi on kehitetty ja kehitellään edelleen erilaisia laatumittareita. Hoidon laadun sisältö vaihtelee kulttuurittain, koska laatu riippuu siitä, mitä pidetään hyvänä ja tavoiteltavana. (Häggman-Laitila 1990, Isola ja Voutilainen 1998b, Leino-Kilpi 1991, Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992.)

Palvelujen ja erityisesti hoidon laatua voidaan määritellä monella tasolla ja sitä voi arvioida moni taho; palvelujen käyttäjät, palvelujen tuottajat, työyksikön johto tai joku näistä riippumaton ja ulkopuolinen taho. Mikään edellä kuvattu taso tai taho ei yksin kykene antamaan kokonaiskuvaa palvelujen laadusta. Palvelujen käyttäjien eli potilaiden ja asiakkaiden mielipiteet, toiveet ja kokemukset ovat välttämättömiä laadun arvioinnissa, eivätkä ne koskaan ole korvattavissa muunlaisella arvioinnilla. (Isola & Voutilainen 1998, Perälä 1996, Sixma ym. 2000.)

Hoitotyön laadun arvioinnin mittareiden laadinta on osoittautunut vaikeaksi. Hoitotyön laatua on vaikea määritellä ja mitata, koska laatu on moniulotteinen ja laaja ilmiö. Hoitotyön laatua ja laatutasoa kuvaavat käsitteet ja tavoitteet ovat hyvin yhteiskuntasidonnaisia. Hoitotyön laatua arvioivien mit-

tareiden luonne riippuu suuresti hoitotyössä vallitsevista laatuvaatimuksista ja arvioinnin tavoitteista.

2.1.1 Laatu käsitteenä

Englanninkielinen termi laatu (*quality*) viittaa jonkin asian, esineen tai henkilön ominaisuuksiin, kaikkeen siihen mikä tekee tarkasteltavasta sen, mitä se on (Perälä 1995). Laatu käsite on moniulotteinen ja arvosidonnainen. Sen määrittelyyn vaikuttaa ratkaisevasti se kenen näkökulmasta laatua katsotaan (terveydenhuollossa esim. terveydenhuoltohenkilöstön tai potilaiden jne). (Perko 1991.) Jotkut korostavat enemmän terveystalouden tuottajan tietojen, taitojen ja teknologian käyttöön liittyviä teknisiä kriteereitä. Toisille ovat tärkeämpiä psykologiset kriteerit eli terveystalouden käyttäjien kokemuksiin liittyvät näkökohdat. (Sixma ym. 2000, Vuori 1991.)

Laadusta tulee helposti kuluttajan edut unohtava työntekijöiden oma reviiiri. Teollisuudessa käytetään kuluttajaa huomioivaa laadun määritelmää; laatu on tuotteen tai palvelun kyky täyttää kuluttajan tarpeet ja toivomukset mahdollisimman edullisesti. Tämä määritelmä korostaa laadun olevan tilanteesta riippuvainen ja sen kriteerit vaihtelevat. Kuluttajien tarpeet ja toivomukset huomioidaan. Kustannukset ovat olennainen osa laatua. (Vuori 1991.)

2.1.2 Laatu hoitotyössä

Hoitotyön laatua määriteltäessä on tavoiteltavana pidetty ideaalien määrittelyä: on kuvattu millaista hoito parhaimmillaan olisi. Tavoite on järkevä, mutta hoitotyön käytännön kannalta myös ongelmallinen. Käytännössä yksittäinen hoitotyöntekijä joutuu tässä tapauksessa ratkaisemaan, mikä on hoidon laadun hyväksyttävä minimitaso. Erityisesti nykyisessä taloudellisessa tilanteessa olisikin ehkä viisasta määrittää ideaalikuvausten rinnalle minimikriteerit tueksi käytännössä toimiville. (Leino-Kilpi 1991.)

Sisällöllisesti laatuun hoitotyössä on yhdistetty sellaiset asiat kuten hoitotyön prosessimenetelmän käyttö sekä erilaiset hoitotyön toteuttamisperiaatteet, kuten esim. yksilöllisyys ja omatoimisuus. Hoitotyön sisältöä määriteltäessä miniminä voitaisiin pitää kannanottoja siihen, mitä tavoitteita, toimintamuotoja ja -tapoja hyvään hoitoon sisältyy, mitä se toteutuakseen edellyttää ja minkälaisia ominaisuuksia hoitotyöntekijöiltä edellytetään. (Leino-Kilpi 1991.)

Hoitotyön laatua voidaan määritellä standardien ja kriteerien avulla. Standardi on ammattikunnan yhteisesti muotoilema ja kirjallisesti julkituoma lausuma, joka kuvaa korkeatasoiselta hoitotyöltä edellyttävää laatuvaatimusta. Kriteeri on standardista johdettu osatekijä, joka mahdollistaa mittaamisen. (Eronen 1986.)

2.1.3 Laadunvarmistus hoitotyössä

Laadunvarmistus (*quality assurance*) hoitotyössä tarkoittaa kaikkia niitä järjestelmällisiä toimenpiteitä, jotka ensin mittaavat hoidon laatua löytääkseen puutteet ja sen jälkeen pyrkivät korjaamaan ne. Laadunvarmistuksessa on täten kaksi osaa: hoidon laadun mittaaminen sekä havaittujen puutteiden korjaaminen. Laadunvarmistus on kehäprosessi, joka käsittää ongelmien tunnistamisen, niiden tärkeysjärjestykseen asettamisen, ongelmien analyysin, korjausmahdollisuuksien kartoituksen, korjaustoimenpiteiden toteuttamisen sekä tilanteen uudelleen arvioinnin. (Anon 1995, Pelkonen 1991, Vuori 1993.)

Terveystieteiden laadullisista tavoitteista voi muodostaa seuraavanlaisen rungon: vaikuttavuus, tehokkuus, riittävyys, saavutettavuus, tieteellistekninen laatu ja elämyksellinen laatu. Perinteisen terveydenhuollon laadunvarmistuksen kohde on tieteellistekninen laatu, jolla etsitään vastausta siihen kuinka oikeana pidettyä lääketieteellistä tietoa ja teknologiaa sovelletaan hoitoon. Tämä on kuitenkin vain yksi laadun osa ja yhden ryhmän kiinnostuksen kohde. (Vuori 1991.)

1980-luvun puolivälissä toteutetun WHO:n keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman seurauksena tunnistettiin hoitotyön erääksi ongelma-alueeksi työn rutiinomaisuus, jota hoitotyön laadunvarmistuksella on pystytty karsimaan. (Pelkonen 1991, Dementjeff 1997.)

2.2 Työntekijälähtöisiä hoidon laatua arvioivia mittareita

Asiantuntijälähtöisessä arvioinnissa ammattiryhmät määrittelevät hoidon laatuvaatimukset ja niitä vastaavat mittarit, joilla he toteavat hoidon laadun (Leino-Kilpi ym. 1994, Sinkkonen ym. 1988). Työntekijälähtöisten mittareiden hyvänä puolena voidaan pitää sitä, että ne ottavat myös huomioon potilaiden tiedostamattomat tarpeet ja mahdollistavat niiden mittaamisen (Lukander 1995, Perälä 1995).

2.2.1 Nursing Audit

Tämän mittarin tarkoituksena on hoitotyön kirjallisten merkintöjen perusteella arvioida hoidon laatua. Ongelmaksi on havaittu hoitotyön asiakirjojen niukkuus ja sisällön vaihtelevuus. Mittari soveltuu hoitotyön laadun arviointiin silloin, kun potilaan tila ja sen vaihtelut sekä annettu hoito on kirjattu papereihin viipymättä. Moitteeton hoitosuunnitelma on myös hyvän hoidon olennainen osa. (Lukander 1995.)

Mittari koostuu 50 osiosta, jotka on ryhmitelty seitsemän ammatillista hoitotyötä kuvaavan laatuvaatimuksen alle. Nämä vaatimukset ovat lääkärin määräysten soveltaminen, potilaan oireiden ja reaktioiden havainnointi, potilaan ohjaus, muiden hoitoon osallistuvien ohjaus, kirjaaminen, auttamismenetelmien soveltaminen ja toteutus sekä potilaan fyysisen ja emotionaalisen terveyden edistäminen ohjaamalla ja opettamalla. Vastausvaihtoehdot ovat 'kyllä', 'epävarma' ja 'ei' osioissa 1-28 ja osioissa 29-50 lisäksi on vaihtoehto 'ei sovellu'. Laatusuoritus saadaan laskemalla yhteen 'kyllä',

‘epävarma’ ja ‘ei’ vastaukset ja kertomalla näiden summa ’ei soveltu’ vastausten mukaan määräytyvällä kertoimella. (Perälä 1995, Voutilainen 1992.)

Hoitotyön prosessi muodostaa käsitteellisen mallin Nursing Audit mittarille. Laadun arvioiminen toteutetaan kolmiportaisesti. Ensimmäisessä vaiheessa koulutettu toimistotyöntekijä kerää taustatietoja potilaasta ja työyksiköstä. Toinen osio sisältää tietojen keräämisen hoitosuunnitelmista hoitotyön prosessia noudattaen. Saadut pistemäärät luokitellaan viiteen hoidonlaatua kuvaavaan luokkaan; vaarallinen (0-40), heikko (41-80), epätäydellinen (81-120), hyvä (121-160) ja erinomainen (161-200). Kolmannessa osiossa lasketaan kokonaisarvio hoitotyön laadulle edellä mainittuja pisteytyksiä käyttäen. (Perälä 1995, Voutilainen 1992.)

Hoitotyön laatua on arvioitu tämän mittarin avulla mm. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan neljällä 25-paikkaisella syöpätautien osastolla vuonna 1986. Tutkimusta varten perustettu arviointitoimikunta analysoi kaikkiaan 99 potilaan potilasasiakirjat. Tulosten mukaan haastattelulomakkeet oli asianmukaisesti täytetty. Fyysinen terveydentila oli huomioitu lähes kaikilta potilailta; potilaiden psyykkistä ja sosiaalista tilaa oli arvioitu vähemmän. Hoitotyön suunnitelmista parhaiten oli kirjattu hoitotyön osatavoitteet ja hoitomääräykset. Kokonaistavoite oli asetettu vajaalle puolelle niistä potilaista, joille arvio tehtiin. Arvioiduista suunnitelmista 44% sijoitui arviointiasteikon luokkaan erinomainen ja 45% luokkaan hyvä. Tämän tutkimuksen mukaan mittari soveltuu suomalaisiin hoitojärjestelmiin. (Perälä 1995, Voutilainen 1992.)

2.2.2 QUALPACS (*Quality Patient Care Scale, potilashoidon laatuasteikko*)

Mittarin ovat kehittäneet yhdysvaltalaiset Mabel A Wandelt sekä Joel W Ager. Qualpacs-mittari arvioi hoidon laatua sairaalajakson aikana erityisesti vuorovaikutuksellisissa hoitotilanteissa. Mittarin tarkastelukulmana on po-

tilaan saama hoito. Qualpacs arvioi kuinka hyvin potilaan hoidon tarpeet tulevat tyydytetyksi verrattuna ennalta asetettuihin tavoitteisiin. Mittarin kehittäjien mukaan se on käyttökelpoinen pitkällä aikajänteellä, lisäksi mittari soveltuu hyvin monenlaisille osastoille. Mittarin avulla kerätystä tiedosta voidaan osoittaa hoitotyön kehittämistä tarvitsevat alueet. (Perälä 1995, Voutilainen 1992.)

Mittarin 68 osiota on jaettu kuuteen osa-alueeseen, kussakin on 7-15 osiota. Osa-alueet ovat seuraavat: 1. yksilön psykososiaalinen hoito (15 osiota), 2. ryhmän psykososiaalinen hoito (8 osiota), 3. fyysinen hoito (15 osiota), 4. psykososiaalinen ja fyysinen hoito (15 osiota), 5. hoitotyöntekijöiden välinen potilaan hoitoa koskeva kommunikaatio (8 osiota) ja 6. hoitotyöntekijän ammatillisuus (7 osiota). Mittarin arviointiasteikko on viisiportainen Likert-asteikko (1-5, yksi tarkoittaa parasta hoitoa ja viisi huonointa hoitoa) lisäksi mittari sisältää arvioinnit 6, 'ei havainnoitu' ja 7, 'ei sovellu'. (Perälä 1995, Voutilainen 1992.)

2.2.3 RAI (*Resident assessment instrument*)

RAI:n tarkoituksena on kerätä potilaasta kokonaisvaltainen tiedosto, *Minimum Data Set* (MDS), jota käytetään välittömästi ongelmien toteamiseen ja hoitosuunnitelmien laatimiseen. Kaavakkeen avulla arvioidaan mm. potilaan psykososiaalista hyvinvointia, fyysistä toimintakykyä, mielialaa, pidätyskykyä, ravitsemustilaa, aisteja ja kommunikaatiota. RAI:iin sisältyy useita pienempiä mittareita. *Quality indicators* (QI) on hoidon laadun seurantaväline. *Social Engagement* (SES) mittaa tutkittavan sosiaalisen elämänlaadun ja sen aktiivisuuden. *Cognitive Performance Scale* (CPS) kartoittaa dementian asteen. (Finne-Soveri 1998, Gilloran ym. 1993.)

2.3 Asiakslähtöisiä hoidon laatua arvioivia mittareita

Asiakslähtöiset mittarit arvioivat auttajien toimintaa potilaiden näkökulmasta ja arvioinnin suorittaa tällöin joko potilas itse tai hänen omaisensa. Asiakslähtöisiä mittareita kutsutaan tyytyväisyysmittareiksi. Asiakslähtöisen laadun mittauksen eduiksi on havaittu potilailta saatavan tiedon lisäksi niiden hoitava, terapeuttinen vaikutus. Mittarit aktivoivat potilaita ja rohkaisivat heitä parantamaan tilaansa hoidon passiivisen vastaanottajan sijasta. Mittarien kehittämisen kannalta ongelmaksi nousee se, että hyvää hoitoa ja hyvää elämää ei voida selkeästi erottaa toisistaan. Asiakastyytyväisyyden mittaaminen ei ole itsetarkoitus, vaan tavoitteena on palvelun parantaminen. (Anon 1995, Leino-Kilpi ym. 1994, Peiponen ym. 1996, Sinkkonen ym. 1988.)

2.3.1 PJS (Patient Judgements of Hospital Care,)

PJS-mittari kehitettiin Yhdysvalloissa mittaamaan asiakkaan näkemystä sairaalahoidosta ja sen laadusta. Mittarin tavoitteena oli löytää tekijät, joiden perusteella potilaat arvioivat hoidon laatua. Koko mittari sisältää 108 kysymystä neljältä aihealueelta; hoitoprosessin osatekijöiden laatu, potilaiden tyytyväisyys hoitoon, demograafinen ja kuvaileva informaatio sekä potilaiden yleinen hoitoon tyytyväisyys. (Peiponen ym. 1996.)

Suomenkielisen mittarin pohjana on PJS:n lyhyt muoto *Hospital quality - patient viewpoint* (HQPV). Suomenkieliseen versioon otettiin 24 kysymystä, joissa oli valmiit viisiportaiset Likert-asteikolliset vastausvaihtoehdot. Viisiportainen Likert-asteikko tuottaa vastauksiin enemmän vaihtelua ja kertoo enemmän käyttäytymisestä. Lomakkeessa oli lisäksi kaksi avokysymystä ja neljä taustatietokysymystä. (Peiponen ym. 1996.)

Hoitoprosessiin liittyvissä kysymyksissä on kaksi osaa, varsinainen kysymys ja kysymyksen kuvaus tai selitys. Mittarin kysymykset on jaettu kah-

deksaan aihealueeseen, hoitoprosessin mukaisesti; sairaalaan tulo, päivittäinen hoito, tiedon saanti, hoitajat, lääkärit, muu henkilökunta, sairaalan viihtyisyys ja kotiuttaminen. (Peiponen ym. 1996.)

2.3.2 15-D elämänlaatumittari

15-D on Suomessa vuonna 1981 kehitetty viisitoistaulotteinen terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari. Ulottuvuudet ovat: 1. hengitys, 2. henkinen toimintakyky, 3. puhekyky, 4. näkökyky, 5. liikuntakyky, 6. työkyky, 7. koettu terveys, 8. kuulo, 9. syöminen, 10. pidätyskyky, 11. nukkuminen, 12. ahdistuneisuus, 13. kipu ja särky, 14. sosiaalinen osallistuminen ja 15. masentuneisuus. (Sintonen & Pekurinen 1989.)

Terveydentilan arvioiminen toteutetaan kaksivaiheisesti. Ensimmäisessä vaiheessa vastaajat valitsevat mielestään tärkeimmän terveyden ulottuvuuden ja merkitsevät sille arvon 100 (asteikko 0-15). Seuraavaksi heitä pyydetään arvottamaan kaikki muut 14 terveyden ulottuvuutta suhteessa tähän tärkeimpään ulottuvuuteen. Saatavat ulottuvuuksien tärkeyspainot muunnetaan välille nolla ja yksi jakamalla ne sadalla ja normeeraamalla siten, että arvojen summaksi tulee yksi. 'Yhteiskunnalliset' painoarvot saadaan laskeamalla yksilöiden antamille terveyden ulottuvuuksille keskiarvot. (Sintonen & Pekurinen 1989.)

Toisessa vaiheessa vastaajaa pyydetään valitsemaan kultakin terveyden ulottuvuudelta omasta mielestään toivottavin terveyden taso ja merkitsemään sille arvon 100 (suhdeasteikko 0-100). Sitten vastaaja arvottaa loput terveyden ulottuvuuden tasot suhteessa tähän toivottavimpaan tasoon. Annetut arvot muunnetaan 0-1 asteikoksi jakamalla ne sadalla. 'Yhteiskunnalliset' painoarvot saadaan laskemalla yksilöiden arvojen keskiarvo. (Sintonen & Pekurinen 1989.)

Kaksivaiheisen mittarin täyttäminen vie potilaalta noin tunnin. Terveydentilaa käsittelevän lomakkeen täyttämiseen kuluu 5-10 minuuttia. Mittari

mahdollistaa potilaan tilan toistuvan arvioinnin, koska se sisältää terveydentilaa käsittelevän kaavakkeen. (Sintonen & Pekurinen 1989.)

2.3.3 HYVÄ HOITO -mittari

HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen alkoi 1990-luvun alkupuolella Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella. Potilaiden täyttämä mittari on jaettu seitsemään osaan sisältäen yhteensä 139 kysymystä. Osiot ovat: 1. taustatiedot (16 kysymystä), 2. henkilökunnan ominaisuudet (12 kysymystä), 3. hoitoon liittyvät toiminnot (40), 4. hoidon edellytykset (14), 5. hoitoympäristö (16), 6. hoitoprosessin eteneminen (20) ja 7. potilaan omat selviytymiskeinot (15). (Leino-Kilpi ym.1994.)

Mittari muodostuu väittämistä, joiden avulla selvitetään, kuinka tärkeänä hoidon laatutekijänä potilas kutakin osiota pitää. Väittämiin potilas vastaa ympäröimällä seitsenportaisesta Likert -asteikosta sopivimman vaihtoehdon. (Leino-Kilpi ym. 1994.)

2.4 Senior monitor -mittari vanhusten hoidon laadun arvioinnissa

Senior monitor -mittari on alunperin kehitelty USA:laisesta Rush Medicus mittarista vuonna 1972. Varsinaisen Monitor-mittarin kehittivät englantilainen tilastotieteilijä Goldstone sekä hoitotyön asiantuntijat Ball ja Collier 1980-luvun alussa. (Goldstone & Maselino-Okai 1986.) Monitor-mittaria on käytetty paljon Englantilaisessa terveydenhuollossa; 35.7% terveystyöntekijöistä käyttää sitä hoitotyön laadun arvioinnissa (Perälä & Räikkönen 1994).

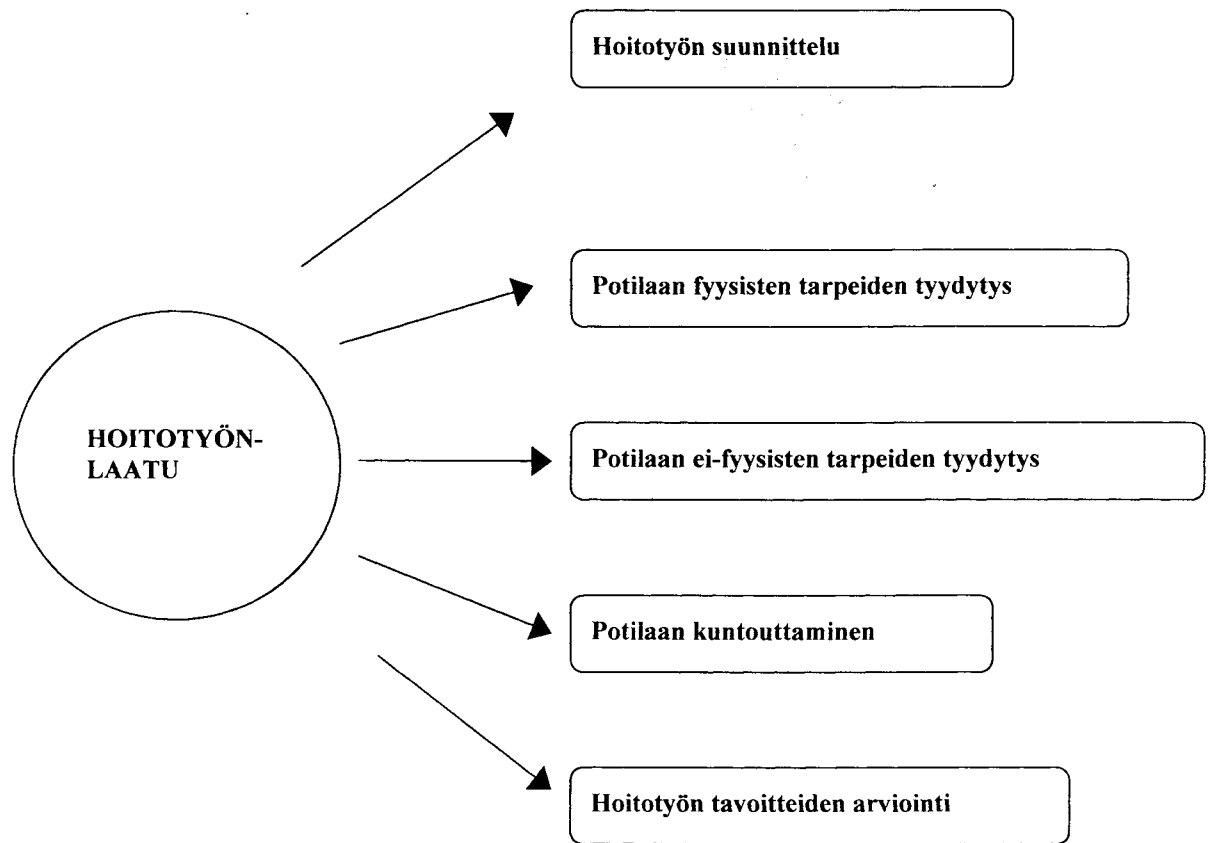
Mittari toimii monitoimijaisena arviointimallina, eli siinä sekä potilaat, ulkopuolinen havainnoitsija että henkilökunta omalta osaltaan osallistuvat hoidon laadun arviointiin. Sen teoreettinen tausta rakentuu Yuran ja

Walshin tarveteorialle ja systeemiteorialle: inhimilliset perustarpeet ja hoitotyön prosessi ovat mittarin keskeistä sisältöä. (Liukkonen & Voutilainen 1993, Perälä & Räikkönen 1994, Voutilainen & Liukkonen 1995, Voutilainen 1992.)

Hoitotyön prosessin jakaminen eri vaiheisiin on keinotekoinen, sillä hoitotyön toimintoja on vaikea erotella toisistaan. Hoitotyön prosessin analysoiminen syvällisesti on helpompaa, kun eri vaiheet on nimetty. Hoitajien nimetessä kaikki toimintonsa toteuttavan vaiheen mukaisesti kyetään takamaan paras mahdollinen laatu hoitotyölle. (Yura & Walsh 1988.)

Hoitotyön prosessi on sarja toimintoja, joilla pyritään toteuttamaan hoitotyön tarkoitus, autetaan asiakasta terveyden ylläpitämisessä ja sen palauttamisessa. Teoreettinen aines hoitotyön prosessissa on peräisin pääosin tarveteoriasta. (Yura & Walsh 1988.)

Mittarin suomenkielinen versio sisältää 139 hoitotyötä kuvastavaa kriteeriä, jotka on jaoteltu hoitotyön prosessia noudattaen viiteen pääluokkaan. Jokainen luokka sisältää 14-48 laatua arvioivaa kriteeriä. (Kuvio 1.) Kysymyksiin vastataan 'kyllä'-, 'ei'- tai 'ei sovellu'- vastausvaihtoehtojen mukaisesti. 'Kyllä'- vastauksesta saa yhden (1) pisteen ja 'ei'- vastauksesta ei tule pistettä (0 pistettä). Pisteet lasketaan yhteen ja summa jaetaan niiden vastausten lukumäärällä, joihin saatiin joko 'kyllä'- tai 'ei'- vastaus. Tästä selviää yhden potilaan hoitotyön laatua kuvaava indeksiluku. Mitä lähempänä ykköstä (1) indeksiluku on, sitä parempi on hoitotyön laatu tällä mittarilla arvioituna. Koko yksikön laatu selviää laskemalla kaikkien potilaiden indeksiluvut yhteen ja jakamalla potilasmäärällä. Mittarin validiteetista eli mittaako se mitä sen on tarkoitus mitata ja reliabiliteetista eli luotettavuudesta on huolehdittu mittarin kehittälyvaiheessa sekä Suomessa että Englannissa. (Isola & Voutilainen 1998 b, Liukkonen & Voutilainen 1993, Voutilainen & Liukkonen 1995, Voutilainen 1992.)



KUVIO 1 Senior Monitor -mittarilla arvioitavat hoitotyön osa-alueet.

3 ÄÄNESEUTU

Ääneseudun terveydenhuollon kuntayhtymän muodostaa kaksi kaupunkia, 13770 asukkaan Äänekoski ja 5857 asukkaan Suolahti sekä Sumiaisten kunta, jossa on 1378 asukasta. Asukkaita näissä kunnissa on yhteensä 22005 (Kunnallistilasto 1998.) Ikärakenne Ääneseudun kunnissa noudattaa muun maan väestörakennetta (Taulukko 1).

Kuntayhtymän jokaisessa kunnassa sijaitsee peruspalveluja antava terveysasema. Ympäri vuorokautinen päivystyspoliklinikka sijaitsee Äänekoskella. Äänekosken terveysaseman yhteydessä on kaksi vuodeosastoa, joiden yhteinen potilaspaikkaluku on 70.

Taulukko 1. Väestörakenne Ääneseudun terveydenhuollon kuntayhtymässä, ikäluokittain, (%). (Kunnallistilasto 1998, Kuntaliitto 2001).

Alue	Ikäryhmä					
	0-6	7-14	15-64	65-74	75-84	84-
Ääneseutu	8,10	10,30	66,30	9,20	4,90	1,20
Koko maa	8,50	10,00	66,80	8,40	4,80	1,50

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Äänekosken terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastohoidossa olevien potilaiden hoitotyön laatua Senior Monitor -mittarin avulla; haastatteleamalla potilaita, havainnoimalla fyysistä hoitoympäristöä sekä keräämällä tietoja hoitosuunnitelmista ja päivittäisestä kirjauksesta. Tavoitteena oli nostaa esille mittarilla havaittuja hoidon kehittämiskohteita. Lisäksi tavoitteena oli motivoida henkilökuntaa, jotta se pystyisi parantamaan suorittamansa hoitotyön laatua.

Tutkimusongelmat:

1. Millaista on Äänekosken terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastoilla hoidossa olevien potilaiden hoitotyön laatu Senior Monitor -mittarin viidellä osa-alueella arvioituna?
2. Onko potilaan iällä ja sukupuolella yhteyttä siihen millaiseksi hoitotyön laadun eri osa-alueet muodostuvat ?
3. Millaisia sairaalakokemuksia tämänkertaiselta sairaalajaksoilta potilailla on ?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRISEN OSAN TOTEUTTAMINEN

5.1 Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaine muodostuu sadasta (N=100) yhden tutkijan haastattelemasta vuodeosastopotilaasta, jotka olivat olleet hoidettavana Äänekosken terveyskeskuksessa vähintään kolme vuorokautta ennen hoitotyön laadun arviointia. Arviointikaavake sisälsi kymmenen taustatietokysymystä sekä Senior Monitor -mittarin viidestä pääluokasta pilottitestin (neljä tutkittavaa) avulla valitut 91 kysymystä ja kaksi avointa kysymystä (Liite 1). Pilottitestin avulla mittarista löytyi viisi kysymystä, jotka poistettiin niiden soveltumattomuuden vuoksi. Kaikkien neljän haastateltavan tutkimuslomakkeesta löytyi näitten kysymysten kohdalta merkintä ei sovellu -kohdasta. Pilottitestin jälkeen taustatietokaavakkeeseen lisättiin kysymykset asumismuodosta sekä sairaalantulonsyystä. Kysymysten jakautuminen pääluokittain näkyy Taulukosta 2.

Taulukko 2. Senior Monitor -mittarin pääluokat ja osioiden lukumäärät

Mittarin pääluokat	Osioiden lukumäärä tässä tutkimuksessa	Täyden mittarin osioiden lkm
Hoitotyön suunnittelu	28	37
Potilaan fyysiset tarpeet	31	48
Potilaan emotionaaliset ja sosiaaliset tarpeet	14	18
Potilaan kuntouttaminen	9	22
Hoitotyön tavoitteet	9	14
Yhteensä	91	139

Laadun arviointi suoritettiin 29.10.1998- 31.1.1999 välisenä aikana. Mittarin suomenkielisen version käyttö lupa saatiin puhelimitse 16.10. 1998 THL Päivi Voutilaiselta.

Tutkimusaineistoon eivät kuuluneet muistiongelmaiset vanhukset. Muistiongelmaisten vanhusten hoitotyönlaatua arvioitaessa omaisten haastattelu on erityisen tärkeää, he toimivat tällaisessa tilanteessa muistamatoman ”tulkkina”. Toinen ryhmä, joka suljettiin tutkimusaineiston ulkopuolelle eettisistä syistä olivat terminaalivaiheen potilaat. Tämän tyyppisen tutkimuksen katsottiin olevan soveltumaton näille potilasryhmille.

5.2 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti

Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia eli se kuvaa sitä, kuinka tarkasti mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta. Reliabiliteettia voidaan arvioida pysyvyytenä (stability), vastavuutena (ekvivalenssi) ja sisäisenä johdonmukaisuutena (konsistenssi) (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999.)

Senior Monitor-mittarin reliabiliteettia eli sen luotettavuutta testattiin määrittelemällä sille Cronbachin alfa -kerroin, joka mittaa kysymysten sisäistä yhteneväisyyttä ja johdonmukaisuutta. Erityisesti se kuvaa mittarin eri osioiden kykyä mitata samaa asiaa. Cronbachin alfa -kertoimen arvo voi vaihdella välillä 0-1. Alfa ollessa tasoa 0,70-0,80 reliabiliteettia voidaan pitää hyvänä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999.)

Mittarin validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä se, että mittari mittaa todella sitä, mitä sen tulisi mitata. Esitutkimuksella on merkittävä rooli mittarin validiteetin arvioinnissa. Sen avulla tutkija voi varmistua mittarin loogisuudesta, ymmärrettävyydestä ja helppokäyttöisyydestä. Validiteettia testattaessa arvioitavana voi olla käsitevaliditeetti, sisältövaliditeetti ja kriteerivaliditeetti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999.)

Sisältövaliditeettia arvioitaessa pyritään tutkimuksessa käytetty käsite operationalisoimaan mitattavaksi. Hyvä sisällön validiteetti on edellytys mittarin muille validiteeteille. Sisältövaliditeetin arviointitapana käytetään asiantuntija-arviointeja ja näennäisvaliditeettia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999.) Mittarin sisältövaliditeettia on testattu Suomessa vanhusten hoitotyön asiantuntijoiden (n= 20) toimesta, validiteetti-indeksin ollessa 0.93. (Voutilainen & Liukkonen 1995).

5.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Tulokset analysoitiin laskemalla vastauksista saaduista pistemääristä indeksiluvut hoitoprosessin eri osalualueilta sekä koko aineiston laatuindeksi. Iän, sukupuolen ja hoitotyön laadun välisiä yhteyksiä käsiteltiin tilastollisesti regressioanalyysillä. Avointen kysymysten vastaukset luokiteltiin sisällöllisesti.

5.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuksessa ei ilmennyt erityisiä eettisiä ongelmia. Aineiston hankintavaiheessa tutkittaville selvitettiin tutkimuksen tarkoitus sekä varmistettiin heidän anonymiteettinsä säilyminen. Tutkimukseen lähteminen perustui vapaaehtoisuuteen. Tutkimuslupa pyydettiin suullisesti jokaiselta tutkittavalta ennen potilasasiakirjoihin tutustumista, joka oli hoitotyön laadunarvioin ensimmäinen vaihe. Kaksi potilasta kieltäytyi haastattelusta.

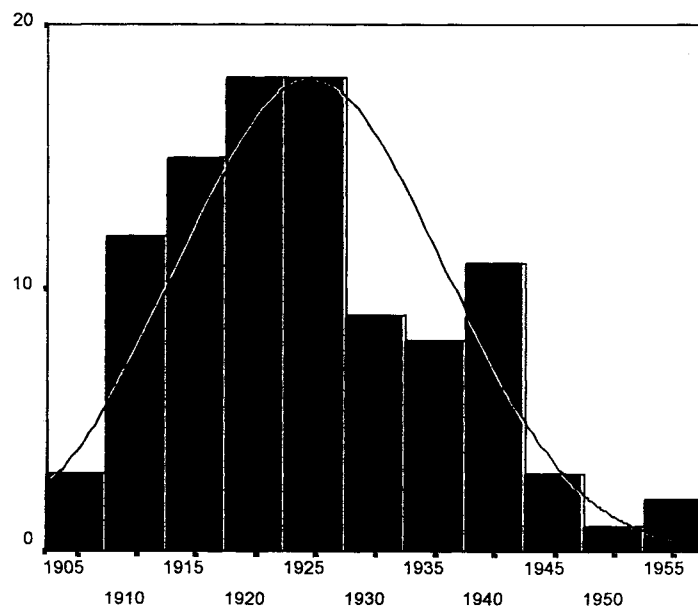
Hoitotyön laadunarvioprojekti kuului voucher-harjoitteluuni Ääneseudun terveydenhuollon kuntayhtymän Äänekosken sairaalassa. Johtavan hoitajan suullinen lupa oli riittävä tutkimuksen aloittamiselle. Kuntayhtymän johtoryhmän kokouksessa oli keväällä 1998 todettu hoitotyön laadunarvion tarpeellisuus.

6 TUTKIMUSTULOKSET

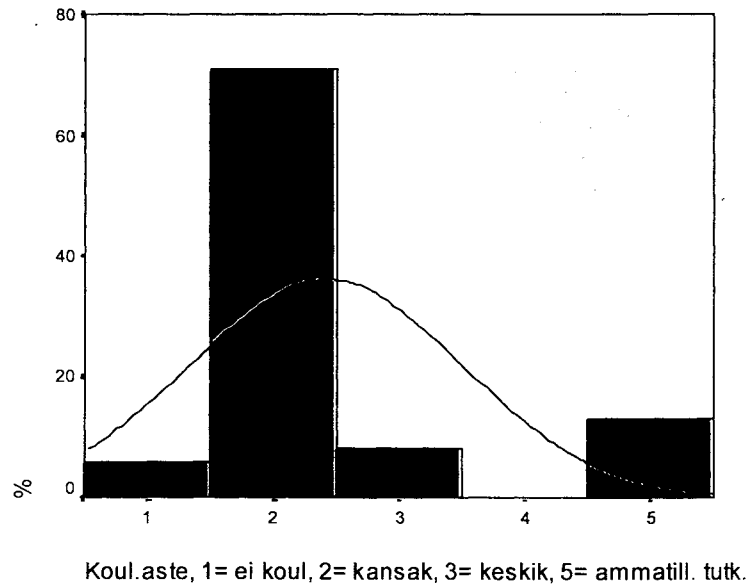
6.1 Tutkitut potilaat

Aineistosta äänekoskelaisia oli 54%, suolahtelaisia 34%, sumiaislaisia 11% ja 1% ulkokuntalaisia. Tutkimusaineisto kerättiin kahdelta Äänekosken sairaalan vuodeosastolta. Haastatelluista 49% oli hoidossa osastolla 1 ja 51% osastolla 2. Osastojen hoitoideologia ja potilasaines eivät eroa käytännössä toisistaan.

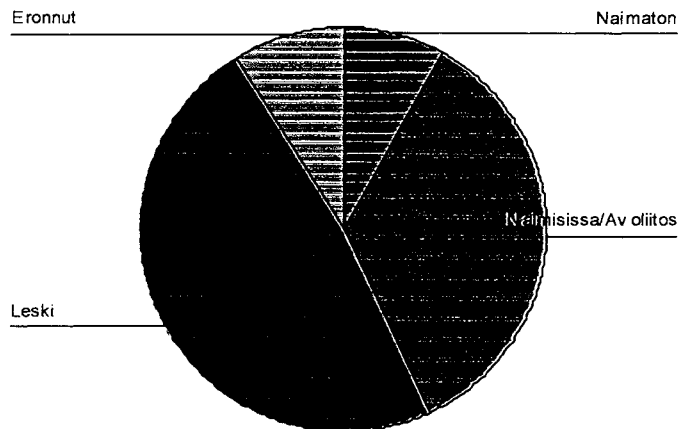
Potilaiden ikä vaihteli välillä 43-93 vuotta (Kuvio 2). Heidän keski-ikänsä oli 74 vuotta. Kaikista tutkituista naisia oli 67% (n=67) ja miehiä 33% (n=33). Suurin osa potilaista ilmoitti peruskoulutusasteekseen kansakoulun, heitä aineistossa oli $\frac{3}{4}$ (72%). Ammatillinen tutkinto oli 13% vastanneista. 6% haastatelluista kertoi, ettei ollut käynyt kouluja lainkaan. Keskikoulun käyneitä ilmoitti olevansa 8% tutkituista (Kuvio 3). Yleisin siviilisäätö oli leski, heitä haastatelluista oli lähes puolet (48%). Naimisissa oli 35% ja eronneita 9%; naimattomien osuus oli 8%. (Kuvio 4).



Kuvio 2. Potilaiden syntymävuosi viisivuotiskäryhmittäin.



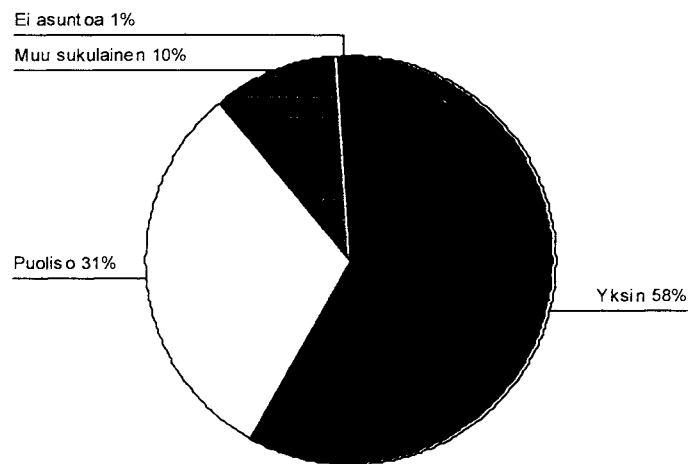
Kuvio 3. Potilaiden koulutusaste prosentteina.



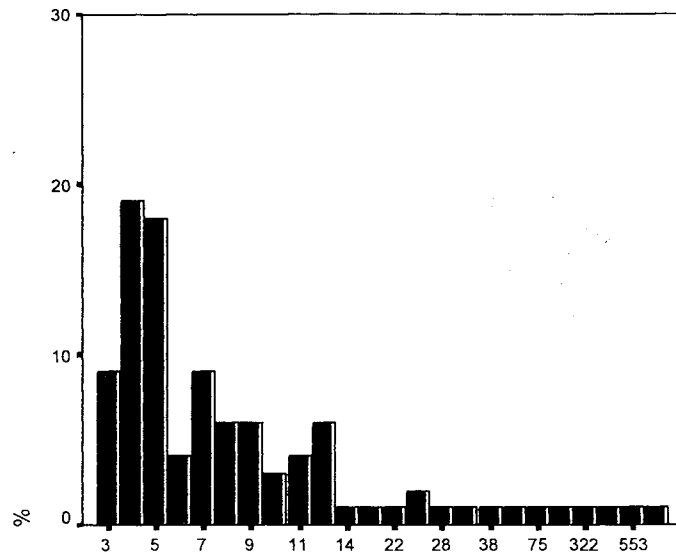
Kuvio 4. Potilaiden siviilisäätö prosentteina.

Asumismuodon osalta tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita siitä asuvatko potilaat yksin vai yhdessä jonkun kanssa. Reilusti yli puolet haastatelluista (58%) asui yksin ja yksi kolmesta (31%) asui puolison kanssa, joka kymmenes (10%) asui jonkun muun sukulaisen luona (Kuvio 5).

Hoitotyön laadunarviointihaastattelu suoritettiin vähintään kolme vuorokautta sairaalassa olleille potilaille. Keskimääräinen osastohoitoaika oli 28 vuorokautta. Haastatelluista löytyi yksi potilas, jonka osastojakso oli kestänyt 616 vuorokautta. Suurin osa (78%) haastatelluista oli ollut 3-11 vuorokautta osastohoidossa (Kuvio 6).



Kuvio 5. Potilaiden asumismuoto.



Kuvio 6. Monentenako hoitopäivänä laadunarvio suoritettiin.

Taustatiedoissa tutkittavilta tiedusteltiin sairaalaan joutumisen syytä, vastaukset luokiteltiin syyn mukaan: Sydänvaivat (mm. sydämen vajaatoiminta), tulehdukset (mm. pneumonia), kiputilat (mm. syöpäkivut), erilaisten tuki- ja liikuntaelinten oireet (mm. lonkkamurtuma), neurologiset oireet (esimerkiksi halvausoireet), eri tyyppiset verisuonioireet (mm. säärihaavat), sosiaaliset/psykkiset syyt (masentunut, ei pärjää yksin kotona), yleiskunnon lasku, kuntoutus, sokeritauti ja hengityselinten (astma) oireet. (Taulukko 3).

Taulukko 3. Sairaalaan joutumisen ensisijainen syy

Syy	Frekvenssi
Sydänoireet	15
Tulehdukset	13
Kiputilat	12
Tuki- ja liikuntaelinoireet	11
Neurologiset oireet	10
Verisuonioireet	9
Psyykkiset/sosiaaliset syyt	9
Yleiskunto	7
Kuntoutus	6
Sokeritauti	4
Hengityselinten oireet	4
Yhteensä	100

6.2 Hoitotyön laadun arvion tulokset

Laatuindeksit saatiin arvottamalla kyllä -vastaukset ykkösellä (1) ja ei-vastaukset nolalla (0), ei sovellu -vastaukset eivät saaneet numeerista arvoa lainkaan. Saatu summa jaettiin kyllä- ja ei -vastausten lukumäärällä ja laatuindeksi vaihteli nollan ja ykkösen välillä. Koko aineiston hoitotyön laatuindeksi oli 0,64 (Taulukko 4). Tutkimustulokset raportoin seuraavasti: 1) taulukkoon 5 olen koonnut ne hoitotyön osa-alueiden osiot joihin sain ”ei” -vastauksia yli 20 prosenttia, siis osa-alueet, jotka vaativat henkilöstön huomiota, jotta hoitotyön laatu paranisi. 2) Kirjalliseen osaan olen koonnut tavoitetason mukaisesti toteutuneet hoitotyön laadun osa-alueet.

Taulukko 4. Hoitotyön laatuindeksit Senior Monitor-mittarin pääluokittain, koko aineisto.

Arvoitavat hoitotyön osa-alueet	N	Keskiarvo	Mediaani	Keskiahajonta	Minimi	Maksimi
Hoitosuunnitelma	100	0,54	0,55	0,13	0,23	0,85
Potilaan fyysiset tarpeet	100	0,77	0,77	0,10	0,56	0,96
Emotionaaliset- ja sosiaaliset tarpeet	100	0,77	0,80	0,15	0,43	1
Potilaan kuntouttaminen	100	0,55	0,56	0,16	0	1
Hoitotyön tavoitteiden arviointi	100	0,57	0,57	0,22	0	1
Hoitotyönlaatu	100	0,64	0,65	0,08	0,42	0,87

Taulukko 5. Laadun kehittämistä vaativat hoitotyön osa-alueiden osiot prosenttijakaumina.

Hoitotyön osa-alueet	Kyllä-vast. (%)	Ei-vast. (%)	Ei sovel-lu-vast. (%)	Yht (%)
HOITOTYÖN SUUNNITTELU				
Onko tulohaastattelu tehty 24 tuntia potilaan saapumisesta osastolle?	78	22	0	100
Onko tiedot potilaan mahdollisista fyysisistä vajavuuksista kirjattu 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta ?	60	39	1	100
Onko tiedot potilaan päivittäis-toiminnoissa tarvitsemista apuvälineistä kirjattu 24 tunnin kuluessa saapumisesta ?	67	24	9	100
Onko potilaan erittämiseen liittyvät tottumukset kirjattu 24 tunnin kuluessa saapumisesta ?	57	38	5	100

Taulukko 5 jatkuu	Kyllä	Ei	Ei-sov	Yht
Onko potilaan mielentilaan kuu- luvia merkintöjä tehty 24 tunnin kuluessa saapumisesta ?	24	76	0	100
Onko merkintä potilaan ihon kun- nosta tehty 24 tunnin kuluessa saapumisesta ?	27	62	11	100
Onko potilaan tulovaiheessa kir- jattu osastolle tuloaika ?	45	55	0	100
Onko potilaan tulovaiheessa kir- jattu se, mistä potilas tulee ?	52	48	0	100
Onko potilaan tulovaiheessa kir- jattu osastolle tulotapa ?	19	80	1	100
Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu tieto siitä, kenen kanssa potilas asuu ?	75	25	0	100
Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu potilaan orientaatio aikaan, paikkaan, hen- kilöihin ?	79	21	0	100
Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu potilaan ai- emmat terveysongelmat ja/tai sai- raudet ?	12	82	0	100
Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu tietoa poti- laan ulkoisesta olemuksesta ?	20	80	0	100
Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu se, mitä po- tilas ymmärtää sairaudestaan (=sairaalaan joutumisen syy)	76	20	4	100
Onko potilaan paino kirjattu 24 tunnin kuluessa saapumisesta ?	66	34	0	100
Onko 24 tunnin kuluessa potilaan tulosta kirjattu potilaan eritykseen kotona liittyvät ongelmat ?	53	43	4	100
Onko potilaan tämänhetkinen ihon kunto kirjattu ?	22	62	16	100
Onko viimeksi kuluneiden 48 tunnin kuluessa kirjattu tietoa po- tilaan hengitystiheydestä ja hen- gityksen laadusta ? (niillä poti- lailla, joilla hengitysvaikeuksia)	7	41	52	100
Onko viimeksi kuluneiden 48 tunnin kuluessa kirjattu tietoa po- tilaan mielentilasta ?	21	79	0	100
Sisältääkö potilaan hoitosuunni- telma tietoa siitä, mitä, minä ai- koina ja kuinka usein hoitotyön auttamismenetelmiä käytetään ?	26	62	12	100

Taulukko 5 jatkuu	Kyllä	Ei	Ei-sov	Yht
Eritelläänkö hoitosuunnitelmassa toiminnot, joista potilaan odotetaan suoriutuvan itsenäisesti ?	30	55	15	100
Onko hoitosuunnitelmassa merkintää siitä, missä määrin potilas kykenee liikkumaan ?	41	47	12	100
Sisältääkö hoitosuunnitelma merkintöjä siitä, miten potilaan aktiivisuutta ja omatoimisuutta lisätään ?	23	63	14	100
Sisältääkö hoitosuunnitelma merkintöjä sellaisista lääketieteelliseen hoitoon, lääkitykseen, taudin kulkuun tai mahd. Komplikaatioihin liittyvistä oireista, joita tulee havainnoida ?	20	69	11	100
POTILAAN FYYSISET TARPEET				
Onko potilaan nimi näkyvillä hänen sängyssään ?	36	64	0	100
Onko potilaan sänky sopivalla korkeudella ?	76	22	2	100
Pestäänkö potilaan kädet ennen ruokailua ?	13	71	16	100
Onko potilaan nesteytys ja kipu kirjattu ?	75	21	4	100
Onko potilaan suolentoiminta kirjattu?	54	35	11	100
Onko potilaan tavallisuudesta poikkeavat suolen tai rakon toiminnan häiriöt kirjattu ?	53	28	19	100
Onko viimeksi kuluneiden 48 tunnin kuluessa tehty merkintöjä potilaan virtsaamisesta, mikäli potilaan tila ja tai käyttämä lääkitys vaikuttaa virtsaneritykseen ?	12	39	49	100
Autetaanko potilasta päivittäistoiminnoissa hoitosuunnitelman edellyttämällä tavalla ?	48	21	31	100
Onko hoitosuunnitelmassa merkintöjä herkästi painuvien ihoalueiden hoitamisesta ?	16	42	42	100
POTILAAN EMOTIONAALISET JA SOSIAALISET TARPEET				
Esitteleekö henkilökunta itsensä ?	36	47	17	100
Keskusteleeko hoitohenkilökunta kansanne siitä, miten sairaus vaikuttaa kotona selviytymiseen ?	31	58	11	100

Taulukko 5 jatkuu	Kyllä	Ei	Ei-sov	Yht
Otetaanko uskonnolliset perustarpeen huomioon hoidossanne ?	20	47	33	100
POTILAAN KUNTOUTTAMINEN				
Onko potilaalle annettu tietoa saatavilla olevista sosiaalipalveluista?	49	26	25	100
Onko potilaan vaatetus sellaista, että se tukee hänen omatoimisuuttaan ?	74	23	3	100
Onko hoitosuunnitelmassa merkintöjä siitä, että sos.työntekijä on käynyt selvittämässä kotiolosuhteita ?	3	77	20	100
Onko sairaanhoitaja keskustellut hoidosta ja kuntoutuksesta potilaan läheisten kanssa ?	18	77	5	100
Onko potilas tietoinen erilaisista saatavilla olevista palveluista ja siitä, miten niihin otetaan yhteyttä ?	58	24	18	100
Onko hoitosuunnitelmassa merkintöjä siitä, että sosiaalityöntekijä on tarjonnut palvelukeskuksen palveluja potilaalle?	2	82	16	100
HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN ARVIOINTI				
Onko potilasasiakirjoihin merkitty, mikä vaikutus lääkärin tarvittaessa käytettäväksi määräämällä lääkkeellä oli ?	26	49	25	100
Onko hoitosuunnitelmassa merkintöjä siitä, mitä potilas omaksui hänelle annetusta ohjauksesta ?	27	60	13	100
Onko potilaan omatoimisuuden aste kirjattu ? (2 vrk aikana)	66	33	1	100
Onko hoitosuunnitelmassa merkintää kuntoutumisen edistymisestä ?	67	27	6	100
Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu potilaalle määrättyjen toimenpiteiden suorittaminen ?	46	29	25	100
Onko potilasasiakirjoihin kirjattu annetuista lääkkeistä seuraavat seikat: Antoaika	64	20	16	100
Annos	50	33	17	100
Antotapa	62	21	17	100
Lääkkeen antaneen henkilön nimi ja nimikirjaimet ?	8	75	17	100

6.2.1. Hoitotyön suunnittelu

Hoitotyön suunnittelua ja sen toteutumista arvioitiin 28 kysymyksellä. Kehittämiskohteita löytyi 25 kysymyksen kohdalta (Taulukko 4). Laatuindeksi oli 0,54. Potilaan tulopäivä oli kirjattu kaikkien tutkittavien kohdalle. Allergioista (93%), potilaan lääkityksestä (99%) ja potilaan lähiomaisesta (91%) merkinnät oli tehty lähes täydellisesti.

6.2.2 Potilaiden fyysiset tarpeet

Potilaiden fyysisten tarpeiden toteutumista arvioitiin 31 kysymyksellä, havainnoimalla hoitoympäristöä, haastatteleamalla potilaita sekä tutkimalla potilasasiakirjoja (hoitosuunnitelmia). Laatuindeksiksi saatiin 0,77. Hoitotyön kehittämiskohteita löydettiin yhdeksän kysymyksen vastauksista (Taulukko 4).

Fyysiset tarpeet toteutuivat hyvin 22 kysymyksen mukaan. Potilaat kokivat, että heidät oli puettu lämpimästi (87%), yöpöydällä olevat tavarat (kuten juomalasi ja soittokello) olivat heidän ulottuvillaan (76%) ja tutkittavien asento heidän maatessaan sängyssä oli paras mahdollinen (80%). Potilaat kokivat, että hoitajat vastasivat soittokelloon ripeästi (69%). Kipuun liittyviä kysymyksiä selvitettiin haastatteleamalla potilaita ja tutkimalla asiaa potilasasiakirjoista. Potilaat kokivat saavansa kipulääkettä välittömästi sitä pyydettyään (59%). Potilaat istuivat ruokailuaikoina joko sängyn laidalla, sängyn pääty oli kohotettuna tai he istuivat tuolilla sängyn vieressä ja he olivat tyytyväisiä istuma-asentoonsa ruokailuaikoina (83%). Verenpaine oli kirjattu 94% tutkittavista. Potilaiden liikkumisen apuvälineet eivät olleet kunnossa 6%. Ihovaurioita ei oltu hoidettu hoitosuunnitelman edellyttämällä tavalla 3%. Potilaiden sänky oli kuiva ja puhdas 97%. Lisähappea tuottava välineistö ei ollut kunnossa 8%.

6.2.3 Potilaiden emotionaaliset ja sosiaaliset tarpeet

Hoitotyön osa-alueista emotionaaliset ja sosiaaliset tarpeet tyydyttyivät tarpeiden osa-alueista parhaiten kyseisillä tutkimusosastoilla (laatuindeksi oli 0,77). Sosiaaliset ja emotionaaliset tarpeet saatiin selville haastattelemalla tutkittavat potilaat (14 kysymystä). Hoitotyön kehittämiskohteita löytyi kolmen kysymyksen perusteella (Taulukko 4).

Henkilökunta tervehti potilasta (89%) potilaan tulovaiheessa. 90% tutkittavista oli sitä mieltä, että henkilökunta oli ystävällistä ja kohteliasta. Hoitajat yrittivät motivoida potilasta osallistumaan aktiivisesti lääkärintarkintaan (88%). Tehtävät toimenpiteet oli kerrottu potilaille ennen toimenpiteen suorittamista (54%). Henkilökunta kuunteli potilaita (93%). Potilaspapereihin oli kirjattu 94% tutkittavan kohdalla lähimmän omaisen puhelinnumero.

6.2.4 Kuntouttaminen

Kuntouttamisen osa-alueella hoitotyön laatuindeksi oli 0,55. Vastauksia saatiin haastattelemalla, havainnoimalla ja potilasasiakirjoja tutkimalla yhteensä 9 kysymystä. Hoitotyön kehittämisen kohteita löytyi kuuden kysymyksen kohdalta (Taulukko 4).

Potilaiden mielestä heille oli annettu riittävästi aikaa olla omatoiminen (88%), samoin ruokailuun heillä oli riittävästi aikaa (96%). Liki puolet (45%) potilaista koki, että heille oli annettu mahdollisuus osallistua osaston ulkopuolisiin tilaisuuksiin viimeksi kuluneen viikon aikana.

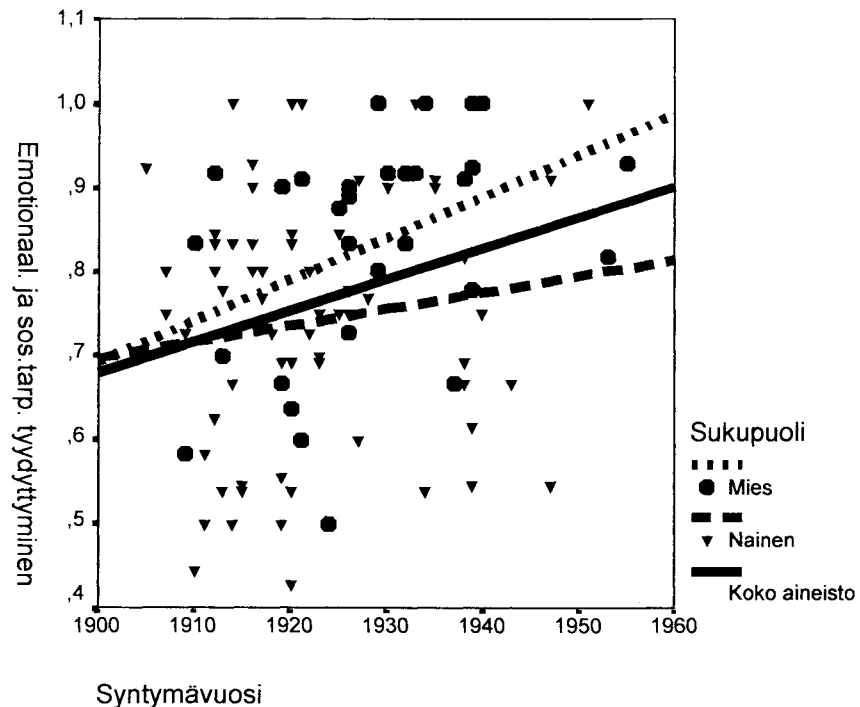
6.2.5 Hoitotyön tavoitteiden arvioiminen

Hoitotyön tavoitteiden arvioinnin toteutumiseen etsittiin vastauksia hoitosuunnitelmista 9 kysymyksellä ja kaikkien kysymysten vastaukset osoittivat hoitotyön kehittämiskohteen (Taulukko 4). Laatuindeksiksi saatiin koko aineiston osalta 0,57.

6.3 Iän ja sukupuolen yhteys hoitotyön laadun eri osa-alueisiin

Iän ja sukupuolen yhteyttä hoitotyön laatuun analysoitiin regressioanalyysillä. Regressioanalyysin avulla selitettiin ja kuvattiin hoitotyön laadun vaihtelua iän ja sukupuolen mukaan. Vaikutuksia tarkasteltiin sekä hoitotyön prosessin osa-alueittain että koko hoitotyön laadun suhteen.

Suurimmat selitysasteet löytyivät hoitotyön emotionaalisten tarpeiden osa-alueelta. Ikä ja sukupuoli selittivät 12% tässä tutkimuksessa emotionaalisten ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttymisestä. Mitä nuoremasta tutkittavasta oli kyse sitä paremmin emotionaaliset ja sosiaaliset tarpeet tyydyttyivät. Miesten ja naisten välillä oli eroa erityisesti nuoremmilla potilailta, miesten emotionaaliset tarpeet täyttyivät paremmin kuin naisten. Iäkkäiden ryhmässä sukupuolella ei ollut merkitystä. (Kuvio 6.)

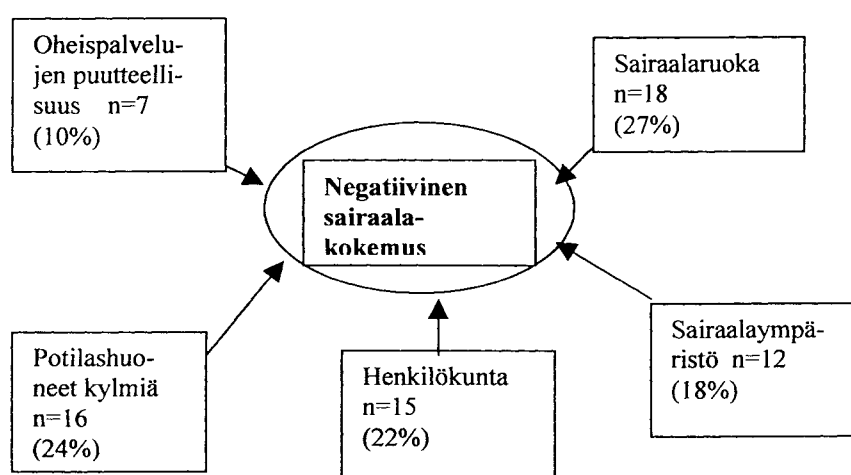


Kuvio 6. Iän ja sukupuolen yhteys emotionaalisten ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttymiseen.

Ikä selitti koko hoitotyön laadusta 7%. Iäkkäimpien tutkittavien laatu oli matalampi kuin nuorempien. Fyysisten tarpeiden tuloksesta ikä selitti 6%. Tälläkin osa-alueella ikä osoitti lievää positiivista lineaarista riippuvuutta. Hoitotyön tavoitteiden arvioinnista ikä selitti 6%, sukupuolien välillä ei ollut eroja. Potilaan kuntouttamisen osa-alueen tarpeiden tyydytystä ikä selitti 4%, sukupuolten välillä ei ollut eroja. Kuntouttamisen osa-alueella iäkkäimpien tutkittavien indeksiluvut olivat korkeampia kuin nuorempien. Hoitotyön suunnitelmien laatimiseen ikä tai sukupuoli eivät vaikuttaneet.

6.4 Positiiviset ja negatiiviset sairaalokokemukset

Tutkituilta kysyttiin haastattelun päätteeksi kaksi avointa kysymystä. Heidän toivottiin kertovan muutamalla sanalla kyseisen sairaalajakson hyviä ja huonoja kokemuksia. Avointen kysymysten vastaukset luokiteltiin sisällön mukaan. Hyviä sairaalokokemuksia heikentäviä tekijöitä mainitsi 68 haastateltua. Hyviä sairaalokokemuksia vahvistavia tekijöitä mainitsi 18 haastateltua. Vastausten sisältöjen perusteella negatiivisista kokemuksista muodostui viisi luokkaa, positiivisista kokemuksista kaksi luokkaa (Kuviot 7 ja 8).



Kuvio 7. Potilaiden haastattelussa ilmaisemia tekijöitä, jotka heikentävät hyvää sairaalokokemusta.

Sairaalaruoasta tuli määrällisesti eniten moitteita, 18 tutkittavaa mainitsi sen olevan yksi ikävä sairaalakokemus.

”Siistimpiäkin tapoja on tappaa, kun hivuttaa ihminen nälkäkuolemaan.” *”Ruoka haaleaa, kahvi tosi huonoa.”*

16 potilasta kertoi potilashuoneiden matalasta lämpötilasta mm.

”Talo on siisti kuin posliinikuppi, mutta todella kylmä, ikkunoista vetää.”

”Remonttimiestä kaivattaisiin, ilmastointi pielessä.”

Henkilökuntaa/hoitoa moitittiin 15 vastauksessa.

”Sairaalan täytyy olla aktiivinen, jotta pystyy vaatimaan hoitoa, muuten jää ilman.”

”Henkilökunta kiireistä, uupunutta, apua joutuu odottamaan.”

Sairaalaympäristöstä negatiivisia tuntemuksia kertoi 12 haastateltavaa.

”Käytävät ahtaita, ne täytetty kaikenmaailman roinalla.”

”Osassa huoneissa televisio, osassa ei. Epätasa-arvoa.”

”Pienet potilashuoneet, toisten omaiset häiritsee.”

Oheispalveluja piti puutteellisina seitsemän haastateltua.

”Kanttiin aukioloajat huonot.”

”Kanttiinikärry voisi vierailta osastolla.”

”Kioski voisi olla auki iltaisin ja viikonlopulla.”



Kuvio 8. Potilaiden haastattelussa ilmaisemia tekijöitä, jotka vahvistavat hyviä sairaalakokemuksia.

Henkilökuntaa ja hoitoa kehuu 13 haastateltua.

” Kohtelu tasapuolista. ”

”Osaston henki tuntuu nyt paremmalta, onkohan se uuden lääkärin ansiota.”

Sairaalaruoka sai kehuja viideltä tutkittavalta.

”Ruoka hyvää !”

7 POHDINTA

7.1 Tutkimusmenetelmän arviointi ja tulosten luotettavuus

Tutkimuksen aineisto kerättiin Senior Monitor –mittarilla, josta pilottitestin avulla löytyivät sopivimmat kysymykset, joilla saatiin mahdollisimman laaja näkemys hoitoprosessin eri osa-alueista. Tutkimusaineisto muodostui sadan (100) vuodeosastohoidossa olevaan potilaan haastatteluista. Lisäksi arvioitiin kaikkien tutkittavien kirjalliset hoitosuunnitelmat. Aikaa yhden potilaan haastatteluun meni 20 – 60 minuuttia ja hänen potilasasiakirjojensa tutkimiseen 15 – 40 minuuttia.

Miksi erityisesti vanhusten hoitotyön laatua mittaavat tutkimustulokset ovat yleensä hyvin positiivisia? Laitoshoitoon ollaan yleensä joko tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä. Tyytyväisyys on hyväksyttävää. Osa tyytyväisyydestä johtuu olosuhteisiin sopeutumisesta tai elämän prioriteettien uudelleen arvioimisesta. Potilaiden ollessa pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoonsa on myös joukko, joka kokee jääneensä vaille riittävää hoitoa. (Isola & Voutilainen 1998 a, Laitinen 1993.) Tämän mittarin kysymysten luonne johtaa helposti liioittelemaan potilastyytyväisyyttä, koska kysymykset on esitetty positiivisessa muodossa. Ikääntyneet ihmiset voivat kokea hoidon olevan etuoikeus, tietty kiitollisuus saatua hoitoa (huonoakin) kohtaan estää heitä moittimasta hoitotyötä. Anonymiteetin menettämisen pelko voi osaltaan ohjata vastauksia. Paunonen (1999) siteeraa kirjassaan Gouldia, jonka mukaan potilaat eivät arvioi kolmesta syystä kriittisesti saamaansa hoitoa. Potilaat huomaavat henkilökunnan työskentelevän ahkerasti. Toisaalta ulkopuolinen haastattelija saatetaan kokea epäluotettavana. Potilaiden riippuvuus hoitajista ohjaa kysymyksiin vastaamista.

Tutkimuksen reliabiliteetin testattiin sisäistä konsistenssia kuvaavan Cronbachin alfa-kertoimen avulla. Tämän tutkimuksen Cronbachin alfa-kerroin oli 0.74, näin ollen mittarin sisäisen konsistenssin voidaan katsoa olevan hyvä.

7.2 Tulosten pohdinta

Hoitotyön suunnittelua ja toteutusta arvioitiin potilasasiakirjojen perusteella. Löydetyt epäkohdat olivat periaatteessa pieniä, helposti korjattavissa, mutta merkityksellisiä ajateltaessa hoitotyön jatkuvuutta ja siten potilaan hyvää hoitoa. Esimerkiksi potilasvahinkotapauksissa puutteet kirjaamisessa heikentävät hoitajien oikeusturvaa, siksi itsestänselvyydet on syytä kirjata.

Fyysisten tarpeet toteutuivat hyvin. Tavallisuudesta poikkeavat suolen ja rakkon toiminnat olivat kirjaamatta joka kolmannen potilaan papereista. ”Viiva”, merkintä suolen toiminnasta oli merkitty kuumekurvaan, sanallinen kommentti siitä puuttui. Iso osa potilaista koki, että heidän käsiään ei pesty ennen ruokailua. Potilaan nimi olisi syytä olla sängyn päädyssä juridisista syistä.

Ei-fyysiset tarpeet toteutuivat niin ikään hyvin. Vaikka henkilökuntaa pidettiin ystävällisenä, niin puolet potilaista oli sitä mieltä ettei hoitaja esitellyt itseään potilaan tavatessa hänet ensimmäisen kerran. Uskonnollisista perustarpeista kysyttäessä lähes puolet tutkittavista koki ettei niitä huomioitu. Potilaat olisivat halunneet kuunnella aamuhartauden tai lukea Raamattua, mutta heille ei oltu annettu tätä mahdollisuutta. Potilaat kaipasivat myös keskustelua kotona selviytymisestä sairaalajakson jälkeen.

Kuntouttamisen osa-alueella suurimmat epäkohdat löytyivät sosiaalityön alueelta. Hoitotyön suunnitelmassa saattoi olla merkintä siitä, että sosiaalihoitajalle on ilmoitettu potilaan tarvitsevan hänen palvelujaan, mutta sosiaalihoitaja ei ollut kirjannut mitään käynnistään potilasasiakirjoihin. Joka neljänestä potilaasta sairaalavaatteet olivat epämukavat. Potilaat kertoivat

vaatteiden olevan joko liian isoja (housunlahkeet pitkät) tai pieniä (housun kaulus puristaa).

Hoitotyön tavoitteiden arvioinnin osa-alueella epäkohdat löytyivät potilasasiakirjamerkinnoista. Hoidon laadun takaamiseksi on tärkeää merkitä hoitotyön toteutuksen kohdalle milloin ja minkä vahvuisen lääkkeen potilas on saanut, miten se on vaikuttanut ja kuka sen on antanut. Merkintä lääkkeiden vaikutuksesta puuttui 60%:lta potilaista.

Hoitotyön laadun vaihtelua kuvattiin ja selitettiin iän ja sukupuolen mukaan. Iällä ja sukupuolella näytti olevan merkitystä erityisesti sosiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden osa-alueella. Iäkkäämpien potilaiden kohdalla sukupuolella ei ollut merkitystä, mutta nuoret miehet erottuivat selvästi muusta joukosta. Verrattaessa iäkkäämpien potilaiden hoitotyön laatua nuorempiin, oli se huonompi kaikilla muilla hoitotyön osa-alueilla paitsi kuntouttamisen osa-alueella. Iäkkäämmät potilaat olivat fyysisesti sairaampia, heidän fyysinen toimintakykynsä oli heikompi kuin nuorempien tutkittavien.

Avointen kysymysten perusteella löytyi sairaalakokemuksia, joiden perusteella on tehty tarvittavat korjaukset. Potilashuoneiden ikkunat on vaihdettu. Laadunarvio tehtiin marraskuun ja tammikuun välillä, joten potilashuoneiden viileyden mainitseminen negatiivisena sairaalakokemuksena ei ollut mitenkään yllättävä. Kyseisillä osastoilla on viileyteen kiinnitytetty aiempinakin vuosina huomiota, ikkunoista on vetänyt kovien pakkasten aikaan. Potilasruoka tulee osastoille porrastettuna, joten se pysyy nykyisin paremmin lämpimänä. Kanttiinitoiveita ei ole pystytty toteuttamaan, koska sairaalan kioskiyrittäjä on yksityinen ja hän haluaa tehdä työnsä entiseen tapaan. Sairaalaympäristöä käsittelevissä vastauksissa mainittiin puutteena televisiot potilashuoneissa, joita sittemmin on saatu lisää.

7.3 Katse tulevaisuuteen

Tämän tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä samaansa hoitoon, he pitivät henkilökuntaa ystävällisenä ja ammattitaitoisena. Pääosa hoitotyön kehittämiskohteista löytyi puutteellisesti täytetyistä hoitotyön suunnitelmissa.

Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty, tämä pätee myös potilaan hoitotyöhön ja sen laatuun.

Henkilökuntaa tuettiin ja motivoitiin hoitotyön kehittämisessä antamalla heille sekä suullinen että kirjallinen palaute hoitotyön laadunarviotyön tuloksista. Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tehdä tutkituilla osastoilla toimintatutkimus, jotta saataisiin tietoa siitä, onko hoitotyön laatu muuttunut paremmaksi, eli ovatko potilaat tyytyväisempiä hoitotyöhön ja onko potilasasiakirjoihin (=hoitotyön suunnitelmat) tehty ehdotetut muutokset.

Senior Monitor -mittari on työläs täyttää, eikä sitä ole mahdollista tehdä työn ohella, vaan tarvitaan ulkopuolinen tutkija tekemään arvio. Dikotomiset kysymykset ovat vastaajille helpot, mutta vivahde-eroja ei tällainen mittari tuota. Tämän tutkimuksen haastateltavat vastasivat useisiin kysymyksiin laajemmin kuin varsinainen kysymys edellytti. He perustelivat kyllä- ja ei-vastauksiaan, joten he olivat miettineet vastauksiaan tarkasti.

Lähdeluettelo

Anon. 1995. Vanhusten laitoshoidon sisältö ja laatu. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston julkaisusarja B3/1995.

Dementjeff, K. 1997. Hoitotyön laadunvarmistushankkeet osana sairaalan laatujärjestelmä projektia. Teoksessa Mikkola, T., Outinen, M.(toim.) Kohti ensi vuosituhatta. STAKES, raportteja 205. Gummerus: Saarijärvi. 62-67.

Eronen, M. 1986. Hoitotyön laadunarviointi: analyysi hoitotyön laadun arviointia käsittelevistä dokumenteista. Sairaanhoidon vuosikirja XXII, SHKS. Vaasa. 28-48.

Finne-Soveri, H. 1998. Resident assessment instrument, RAI [Online]. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):
<URL:<http://www.gernet.sci.fi/artikkelit/rai.html>>.

Finne-Soveri, H.U. 1999. Pitkäaikaishoidon laatu on mitattavissa, vertailtavissa ja parannettavissa. Duodecim 115: 1600-1610.

Gilloran, A.J., McGlew, T. & McKee, K. ym. 1993. Measuring the quality of care in psychogeriatric wards. Journal Adv Nurs 18: 269-275.

Goldstone, L.A. & Maselino-Okai, L.A. 1986. Senior Monitor an index of quality of nursing care for senior citizens on hospital wards. Newcastle upon Tyne Polytechnic Products Ltd.

Häggman-Laitila, A. 1990. Hyvän hoidon arviointiperusteet. Hoitotiede 2(4): 248-254.

Isola, A. & Voutilainen, P. 1998 a. Senior Monitor –vanhusten hoitotyön laadun arviointimittari. (julkaisematon).

Isola, A. & Voutilainen, P. 1998 b. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolisen tarkastus. Helsingin kaupungin terveystoimisto.

Kunnallistilasto. 1998. Tietoja kunnista, Osa 1. kunnittain. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Kuntaliitto: Ikärakenne kunnittain 31.12. 2000. (Online)

Saatavilla www muodossa:

<URL:<http://kuntaliitto.fi/ikarakenne.html>>.

Laitinen, P. 1993. Hoidon laatu yli 75-vuotiaiden potilaiden ja heidän omaistensa tai läheistensä arvioimana. *Gerontologia* 7(1): 47-60.

Leino-Kilpi, H. 1991. Hoidon laatu – peruskysymykset hoitotyön näkökulmasta. Teoksessa Salo, S. (toim.) Laatu – laadunvarmistus terveydenhuollossa. Sairaaliitto. Painorauma: Helsinki. 31-34.

Leino-Kilpi, H. & Walta, L. (ym.) 1994. Hoidon laadun mittaaminen potilaslähtöisen HYVÄ HOITO- mittarin kehittely ja mittarilla saadut tulokset. STAKES, raportteja 151. Helsinki.

Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveyshallinnon raportteja 68. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Liukkonen, A. & Voutilainen, P. 1993. Vanhusten hoidon laadun arvioinnin lähtökohdista. *Gerontologia* 7(4): 299-305.

Lukander, E. 1995. Hoitotyön laadun arviointimenetelmän, nursing auditin kehittäminen ja testaus. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden lisensiaattitutkimus.

Mönkäre, S. 1998. Vanhusten laitoshoidon laatu iso haaste. [Online]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa:)

<URL:<http://www.vn.fi/stm/tie/suomi/tied98/vanhhuolr.html>>.

Paunonen, M., Vehviläinen-Juntunen, K. 1999. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY: Juva.

Peiponen, A., Brommels, M. & Kupiainen, O. 1996. Vakioitu potilastytyväisyyden mittari. Suomen lääkärilehti. 18-19: 2042-2048.

Pelkonen, M. 1991. Laadunvarmistuksen toteuttaminen hoitotyössä. Teoksessa Salo, S. (toim.) Laatu – laadunvarmistus terveydenhuollossa. Sairaalaliitto. Painorauma: Helsinki. 20-30.

Perko, U. 1991. Kohti parempaa laatua 1. Hoitotyön laadunvarmistusprojekti. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntainliiton julkaisuja 28. Jyväskylä.

Perälä, M-L. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (QUALPACS) validaatio. STAKES, tutkimuksia 56. Gummerus: Jyväskylä.

Perälä, M-L. 1996. Näkökulma potilaan hoidon laadunarviointiin ja tutkimukseen. Hoitotiede 8(1): 35-40.

Perälä, M-L. & Räikkönen, O. 1994. Parempaan laatuun hoitotyössä. Kartoitus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. STAKES, raportteja 158. Gummerus: Jyväskylä.

Räsänen, K. 1996. Miten terveydenhuollon asiakastytyväisyysmittausten tuloksia tulisi esittää ja tulkita. Suomen lääkärilehti. 30: 3148-3151.

Sixma, H. J., Campen, C., Kerrens, J. J. & Peters, L. 2000 Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument. *Age and Ageing* 29: 173-178.

Sinkkonen, S., Paunonen, M., Kinnunen, J. & Laitinen, A. 1988. Hoidon laadun määrittely ja mittaaminen tarveteorian pohjalta. *Sairaanhoidon vuosikirja XXIV*. SHKS. Karisto: Hämeenlinna. 105-144.

Sintonen, H. & Pekurinen, M. 1989. 15D - askel kohti yleistä terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaria. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. 26: 85-96.

Voutilainen, P. 1992. Hoitotyön laadun arviointiin kehitetyt mittarit. Teoksessa Pelkonen M., Perälä M-L. (toim.) hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Tammerpaino. Tampere. 128-141.

Voutilainen, P. 1992. Monitor- hoitotyön laadun arviointimittarin soveltuvuus hoitotyön laadun arviointiin Suomessa. *Hoitotiede*. 4(4): 147-154.

Voutilainen, P. & Liukkonen, A. 1995. Senior Monitor –laadun arviointimittarin sisällön validiteetin määrittäminen. *Hoitotiede* 7 (1): 51-56.

Vuori, H. 1991. Laadun varmistus- mitä, miksi, miten ? Teoksessa Salo, S. (toim.) Laatu – laadunvarmistus terveydenhuollossa. Sairaalaliitto. Paino-
rauma: Helsinki. 10-19.

Vuori, H. 1993. Terveydenhuollon laadunvarmistus. Sairaanhoitajien koulussäätiö. Vammalan kirjapaino.

Yura, H. & Walsh, M.B. 1988. Hoitotyön kehittäminen. WSOY. Juva.

(Liite 1)

SENIOR MONITOR

Vanhusten hoitotyön laadun arviointimittari

Anne Vertainen-Hiironen

(Arja Isola ja Päivi Voutilainen)

tutk.nro _____

TAUSTATIEDOT (vain tilastokäyttöön)

01 Syntymävuosi 19____

02 Sukupuoli Nainen 1

Mies 2

03 Peruskoulutus Vähemmän kuin kansakoulu 1

Kansakoulu tai osa keski- peruskoulua 2

Peruskoulu/keskikoulu 3

Lukio tai yo-tutkinto 4

Ammatillinen tutkinto 5

Korkeakoulututkinto 6

04 Siviilisäätö naimaton 1

naimisissa / avoliitossa 2

leski 3

eronnut 4

05 Monentenako hoitopäivänä laadunarviointi suoritettiin _____

06 Päiväys _____ 199__

07 Kuntakoodi _____ 08 os _____

09 Kenen kanssa asutte _____

10 Sairaalaan joutumisen syy _____

Osa 1. HOITOTYÖN SUUNNITTELU

POTILAAN TULO OSASTOLLE

1. Keskustelee ko sairaanhoitaja potilaan kanssa/ havainnoiko hän potilasta selvittääkseen hoitotyön tarpeen 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta? (=tulohaastattelu)

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

2. Onko tiedot potilaan mahdollisista fyysisistä vajavuuksista (esim. huono kuulo, huono näkö , puhevaikeus) kirjattu 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

3. Onko merkintä allergioista tehty 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

4. Onko tiedot potilaan päivittäistoiminnoissaan tarvitsemista apuvälineistä kirjattu 24 tunnin kuluessa saapumisesta?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

5. Onko potilaan erittämiseen liittyvät tottumukset kirjattu 24 tunnin kuluessa saapumisesta?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

6. Onko potilaan mielentilaan kuuluvia merkintöjä tehty 24 tunnin kuluessa saapumisesta?

(esim. reipas, puhelias, kiihtynyt, masentunut) PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

7. Onko merkintä potilaan ihon kunnosta tehty 24 tunnin kuluessa saapumisesta?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

8. Onko potilaan tulovaiheessa kirjattu osastolle tuloaika?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

9. Onko potilaan tulovaiheessa kirjattu osastolle tulopäivämäärä?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ____

10. Onko potilaan tulovaiheessa kirjattu se, mistä potilas tulee? (esim. koti, toinen laitos jne.)

PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

11. Onko potilaan tulovaiheessa kirjattu osastolle tulotapa? (esim. kävelen, pyörätuolilla, paareilla jne.) PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

12. Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu tieto siitä, kenen kanssa potilas asuu? PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

13. Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu tieto siitä, kuka potilaan lähiomainen on? (esim. puoliso, muu perheenjäsen, ystävä, ei tietoa tms.)

PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

14. Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu potilaan orientaatio aikaan, paikkaan, henkilöihin?

PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

15. Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu potilaan aiemmat terveysongelmat ja/tai sairaudet ? PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

16. Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu potilaan lääkitys?

PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

17. Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu tietoa potilaan ulkoisesta olemuksesta? (esim. kalpeus, huulien sinerrys, laihuus, ylipainoisuus yms.)

PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

18. Onko 24 tunnin kuluessa potilaan saapumisesta kirjattu se, mitä potilas ymmärtää sairaudestaan ? (=sairaalaan joutumisen syy)

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

19. Onko potilaan paino kirjattu 48 tunnin kuluessa saapumisesta? PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

20. Onko 24 tunnin kuluessa potilaan tulosta kirjattu potilaan eritykseen kotona liittyvät ongelmat?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

POTILAAN TÄMÄNHETKINEN TILA

21. Onko potilaan tämänhetkinen ihon kunto kirjattu?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

22. Onko viimeksi kuluneiden 48 tunnin kuluessa kirjattu tietoa potilaan hengitystiheydestä ja hengityksen laadusta? (niillä potilailla, joilla hengitysvaikeuksia)

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

23. Onko viimeksi kuluneiden 48 tunnin kuluessa kirjattu tietoa potilaan mielentilasta? (esim. itku, nauru, mielialan vaihtelut, desorientaatio) PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

24. Sisältääkö potilaan hoitosuunnitelma tietoa siitä, mitä, minä aikoina ja kuinka usein hoitotyön auttamismenetelmiä käytetään? (esim. asento- ja liikehoito, painehaavaumien hoito jne.)

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

25. Eritelläänkö hoitosuunnitelmassa toiminnot, joista potilaan odotetaan suoriutuvan itsenäisesti niistä toiminnoista, joissa henkilökunta avustaa potilasta tai jotka henkilökunta tekee potilaan puolesta ? (esim. peseytyminen, pukeutuminen, ruokailu tms.) PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

26. Onko hoitosuunnitelmassa merkintää siitä, missä määrin potilas kykenee liikkumaan ? (esim. matka, jonka potilas pystyy kävelemään tai aika, jonka hän voi olla poissa sängystä)

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

27. Sisältääkö hoitosuunnitelma merkintöjä siitä, miten potilaan aktiivisuutta ja omatoimisuutta lisätään ? PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

28. Sisältääkö hoitosuunnitelma merkintöjä sellaisista lääketieteelliseen hoitoon, lääkitykseen, taudin kulkuun tai mahdollisiin komplikaatioihin liittyvistä oireista, joita tulee havainnoida? PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

Osa 2. POTILAAN FYYSISET TARPEET

29. Onko potilaan nimi näkyvillä hänen sängyssään ?

HAV

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

30. Onko sänky potilaalle sopivalla korkeudella ? (paitsi silloin, kun tehdään hoitotoimenpiteitä)

HAV

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

31. Onko potilaan allergiat merkitty näkyvästi potilasasiakirjoihin?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

32. Onko potilas puettu lämpimästi?

POT

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

33. Onko potilaan vuoteen vieressä oleva pöytä ja muut tavarat sijoitettu siten, että potilas yltää niihin ?

HAV/POT

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

34. Onko potilaan asento hänen maatessaan sängyssä paras mahdollinen ? (jalkojen, polvien, vartalon, olkapäiden ja pään asento)

HAV/POT

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

35. Onko juomalasi hänen ulottuvillaan ?

HAV/POT

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

36. Onko hoitohenkilökunnan kutsulaite (=soittokello) potilaan ulottuvilla?

POT/HAV

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

37. Vastataanko potilaan kutsuun (=soittokello) ripeästi ?

POT

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

38. Mikäli potilaalla on kipua, vaihdetaanko hänen asentoaan/avustetaan asennonvaihdossa kivun lievittämiseksi?

POT/PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

39. Mikäli potilaalla on kipua, annetaanko kivun lievittämiseksi lääkettä ?

POT

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

40. Saako potilas lääkettä kipuun välittömästi sitä pyydettyään ?

POT

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

41. Onko potilas kunnollisessa istuma-asennossa ruokailuaikoina ?

POT / HAV

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

42. Onko saatavilla riittävästi välineitä potilaan suuhygienian hoitoon ?

HAV

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

43. Onko alusastia / virstapullo tyhjä ja puhdas ?

HAV

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

44. Ovatko potilaan kynnet siistit ?

HAV

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

45. Pestäänkö potilaan kädet ennen ruokailua ?

POT

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

46. Onko potilaan nesteytys ja kipu kirjattu ?

PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

47. Onko verenpaine ja muita nesteytykseen liittyviä reaktioita kirjattu ?

PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

48. Onko potilaan suolentoiminta kirjattu ?

PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

49. Onko potilaan tavallisuudesta poikkeavat suolen tai rakon toiminnan häiriöt kirjattu ?

PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

50. Onko viimeksi kuluneiden 48 tunnin kuluessa tehty merkintöjä potilaan virtsaamisesta, mikäli potilaan tila ja tai käyttämä lääkitys vaikuttaa virtsaneritykseen ?

PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

51. Autetaanko potilas kylpyhuoneeseen tai virtsaamaan alusastialle/ virtspulloon, kun hän sitä pyytää ?

POT

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

52. Onko potilasta kävelytetty hoitosuunnitelman edellyttämässä määrin ? PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

53. Ovatko potilaan liikkumisen apuvälineet kunnossa ? HAV / POT

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

54. Autetaanko potilasta päivittäistoiminnoissa hoitosuunnitelman edellyttämällä tavalla ?

POT / PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

55. Onko hoitosuunnitelmassa merkintöjä herkästi painuvien ihoalueiden hoitamisesta ? PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

56. Onko potilaan ihovaurioalueita hoidettu hoitosuunnitelman edellyttämällä tavalla ? (esim. paine- ja säärihaavaumat) PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

57. Onko potilaan sänky puhdas ja kuiva ? HAV

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

58. Mahdollistaako potilaan asento parhaan mahdollisen hengityksen ? (esim. sängyn pääty koholla) POT

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

59. Onko lisähappea tuottava välineistö oikein käytössä ? (esim. hapen virtausnopeus, liitännät jne.) HAV

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

Osa 3. POTILAAN EMOTIONAALISET JA SOSIAALISET TARPEET

60. Ottiko hoitohenkilökunta teihin yhteyttä 15 minuutin kuluessa osastolle saapumisesta ?

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

61. Esitteleekö henkilökunta itsensä teille ?

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

62. Tervehtikö henkilökunta teitä tullessanne osastolle ?

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

63. Onko henkilökunta ystävällistä ja kohteliasta Teitä kohtaan ?

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

64. Yrittääkö henkilökunta saada teidät osallistumaan aktiivisesti lääkärintuokseen ?

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

65. Selitetäänkö teille, mitä teille tehtävät toimenpiteet ja tutkimukset tarkoittavat ?

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

66. Vedetäänkö suojakaihdin eteen (tai suljetaan ovi) tutkimusten ja hoitotoimenpiteitten ajaksi?

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

67. Keskustelee hoitohenkilökunta kanssanne siitä, miten sairaus vaikuttaa kotona selviytymiseenne ?

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

68. Kertooko henkilökunta etukäteen teille tehtävistä toimenpiteistä (esim. injektiot, sidosten vaihdot jne.) ?

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

69. Kuunteleeko henkilökunta teitä ?

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

70. Otetaanko uskonnolliset perustarpeenne huomioon hoidossanne ?

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

71. Keskustellaanko teidän kanssanne omatoimisuutenne asteesta ?

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

72. Onko hoitovälineiden (esim. astmanhoitovälineet) käyttöön liittyvät asiat selitetty teille ?

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

73. Onko potilaspapereihin merkitty sen henkilön puhelinnumero, johon hätätapauksessa voidaan ottaa yhteyttä ?

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

Osa 4. POTILAAN KUNTOUTTAMINEN

74. Onko potilaalle annettu tietoa saatavilla olevista sosiaalipalveluista ? POT / PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

75. Onko potilaan vaatetus sellaista, että se tukee hänen omatoimisuuttaan ?
HAV / POT

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

76. Onko potilaalle annettu riittävästi aikaa olla omatoiminen ?
HAV / POT

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

77. Onko potilaalla riittävästi aikaa ruokailuun ? POT

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

78. Onko potilaalla mahdollisuus osallistua osaston ulkopuolisiin tilaisuuksiin? (esim. hartaustilaisuudet, virkistysmatkat jne.) viimeksi kuluneen viikon aikana ?
POT

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ____

79. Onko hoitosuunnitelmassa merkintöjä siitä, että sosiaalityöntekijä, kotisairaanhoidaja tms. on käynyt potilaan kotona selvittämässä kotiolosuhteita potilaan nykyisen terveydentilan kannalta ? (koskien 6 viikon sisällä kotiutettavia potilaita) PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

80. Onko sairaanhoitaja keskustellut potilaan hoidosta ja kuntoutumisesta potilaan läheisten kanssa ? PAK /POT

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

81. Onko potilas tietoinen erilaisista saatavilla olevista palveluista ja siitä, miten niihin otetaan yhteyttä ? (esim. kotisairaanhoido) POT

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

82. Onko hoitosuunnitelmassa merkintöjä siitä, että sosiaalityöntekijä on tarjonnut palvelukeskuksen palveluja potilaalle, tai ottanut yhteyttä sinne ? PAK / POT

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

Osa 5. HOITOTYÖN TAVOITTEIDEN ARVIOINTI

84. Onko potilasasiakirjoihin merkitty, mikä vaikutus lääkärin tarvittaessa käytettäväksi määräämällä lääkkeellä oli ? PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

84. Onko hoitosuunnitelmassa merkintöjä siitä, mitä potilas omaksui hänelle annetusta ohjauksesta ? PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

85. Onko potilaan omatoimisuuden aste kirjattu (2 viimeksi kuluneen vuorokauden aikana) ? PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

86. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu potilaalle määrättyjen toimenpiteiden suorittaminen ? PAK

Kyllä ___

Ei ___

Ei sovellu ___

87. Onko hoitosuunnitelmassa merkintää kuntoutumisen edistymisestä ? PAK

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

Onko potilasasiakirjoihin merkitty annetuista lääkkeistä seuraavat seikat:

89. – antoaika

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

90. – annos

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

91. – antotapa

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

92. – lääkkeen antaneen henkilön nimi tai nimikirjaimet ?

Kyllä ____

Ei ____

Ei sovellu ____

93. Kertoisittekö vielä lopuksi muutamalla tämän hoitajakson hyvät kokemukset ajatellen koko hoitoprosessia, hoitoympäristöä ja -organisaatiota ?

94. Kertoisittekö vielä lopuksi muutamalla sanalla tämän hoitajakson huonot/ikävät kokemukset ajatellen koko hoitoprosessia, hoitoympäristöä ja -organisaatiota ?