

VAASAN YLIOPISTO

Markkinoinnin ja viestinnän yksikkö

Teknisen viestinnän maisteriohjelma

Maisa-Leena Simonen-Fallieras

Kontrolloitu kieli hoitokertomusten kieltä yhtenäistämässä

Soveltavan kielitieteen pro gradu -tutkielma

Vaasa 2019

SISÄLLYS

KUVIOT	4
TAULUKOT	4
TIIVISTELMÄ	7
1 JOHDANTO	9
1.1 Tutkimuksen tavoite	10
1.2 Aineistonkeruu	14
1.3 Aineistonanalyysimenetelmä	14
2 HOITOTYÖN SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN	17
2.1 Hoitotyö	17
2.1.1 Näyttöön perustuva hoitotyö	20
2.1.2 Yksilölähtöinen hoitotyö	21
2.1.3 Hoitoprosessin mukainen hoitotyö	22
2.2 Hoitotyön kirjaaminen	24
2.2.1 Kirjaamisen tehtävät	25
2.2.2 Kirjaamisen säätely	27
2.2.3 Sähköinen rakenteinen kirjaaminen	29
2.3 Hoitaja kirjaajana	31
3 KONTROLLOITU KIELI	34
3.1 Kontrolloituja kieliä	34
3.2 Kontrolloidun kielen periaatteita	36
3.3 Kontrolloidun kielen tarkistustyökalut	37
3.4 Kontrolloidun kielen sääntöjä	37

4 HOITOKERTOMUSTEN KIELI	43
4.1 Hoitokertomustekstien tyyli	43
4.2 Hoitokertomuksen sanasto	44
4.3 Lyhenteet hoitokertomuksessa	45
4.4 Lauseenjäsenten poisjättäminen	47
4.5 Nominaalistus	48
4.6 Passiivin käyttö	49
4.7 Asiakas hoitokertomuksessa	50
4.8 Esimerkki hoitokertomuksesta	51
4.9 Yhteenveto hoitokertomusten kielen ominaispiirteistä ja kontrolloidun kielen säännöistä	52
5 HOITOKERTOMUSTEKSTIEN KIELEN OMINAISPIIRTEIDEN ANALYYSI	56
5.1 Vastaajien ja kirjaamistapojen esittely	56
5.2 Aineiston esittely	61
5.3 Analyysin suorittaminen	64
5.4 Tekstuaaliset piirteet	65
5.4.1 Hoitokertomustekstin pituus	66
5.4.2 Virkkeiden pituudet	67
5.4.3 Välimerkkien poisjättäminen	68
5.4.4 Virheelliset kirjoitusasut	69
5.4.5 Yhteenveto tekstien eroavaisuuksista tekstuaalisella tasolla	69
5.5 Syntaktiset piirteet	71
5.5.1 Epätäydelliset ja virheelliset lauserakenteet	71
5.5.2 Lauseenjäsenten poisjättäminen	73
5.5.3 Nominaalistukset	76
5.5.4 Passiivin käyttö	78
5.5.5 Ellipsin käyttö	79
5.5.6 Yhteenveto tekstien eroavuuksista syntaktisella tasolla	80

5.6 Leksikaaliset piirteet	82
5.6.1 Pronominien käyttö	82
5.6.2 Lyhenteiden käyttö	83
5.6.3 Erikoisalatermit ja ammattislangi	84
5.6.4 Erikoisalafraasit	85
5.6.5 Potilaaseen viittaaminen	87
5.6.6 Negaatiot	90
5.6.7 Ajanmääreet	91
5.6.8 Yhteenveto tekstien eroavuuksista leksikaalisella tasolla	91
5.7 Yhteenveto hoitokertomusten ominaispiirteistä	92
6 HOITOKERTOMUSTEN YHTENÄISTÄMINEN KONTROLLOIDUN KIELEN SÄÄNTÖJEN AVULLA	95
6.1 Yhtenäistäminen tekstuaalisella tasolla	95
6.2 Yhtenäistäminen syntaktisella tasolla	98
6.3 Yhtenäistäminen leksikaalisella tasolla	100
6.4 Yhteenveto hoitokertomusten kielellisten eroavaisuuksien yhtenäistämisestä	102
7 PÄÄTELMÄT	107
LÄHTEET	112
LIITTEET	119
Liite 1. Kyselylomake	119
Liite 2. Effican hoitokertomuslomake (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010: 48)	120

KUVIOT

Kuvio 1.	Aineiston analyysin vaiheet	14
Kuvio 2.	Hoitoprosessin vaiheet	22
Kuvio 3.	Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen	23
Kuvio 4.	Hoitotyön kirjaamisen käyttötarkoitukset (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010: 10 mukaellen)	24
Kuvio 5.	Hoitotyön sähköinen rakenteinen kirjaaminen hoitotyön prosessimallin mukaan	27
Kuvio 6.	Hoitokertomustekstien sanaston erityispiirteet	44
Kuvio 7.	Lyhenteet hoitokertomuksessa	45
Kuvio 8.	Asiakas hoitokertomuksessa	50
Kuvio 9.	Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien iät ja työkokemusvuodet	56
Kuvio 10.	Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kirjaamistapa iän mukaan	56
Kuvio 11.	Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kirjaamistapa työkokemusvuosien mukaan	57
Kuvio 12.	Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kirjauksien ja otsikoiden käyttö ikäluokittain	58
Kuvio 13.	Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kirjauksien ja otsikoiden käyttö työkokemusvuosien mukaan	59

TAULUKOT

Taulukko 1.	Kielelliset ilmiöt ja kontrolloidun kielen säännöt tekstuaalisella tasolla (O'Brien 2003: 106–107 mukaellen)	39
Taulukko 2.	Kielelliset ilmiöt ja kontrolloidun kielen säännöt syntaktisella tasolla (O'Brien 2003: 107–108 mukaellen)	40
Taulukko 3.	Kielelliset ilmiöt ja kontrolloidun kielen säännöt leksikaalisella tasolla (O'Brien 2003: 108–109 mukaellen)	41
Taulukko 4.	Kielellisten ominaispiirteiden jaottelu	52
Taulukko 5.	Tekstuaalisen tason ominaispiirteiden ja sääntöjen yhdistäminen	53
Taulukko 6.	Syntaktisen tason ominaispiirteiden ja sääntöjen yhdistäminen	53
Taulukko 7.	Leksikaalisen tason ominaispiirteiden ja sääntöjen yhdistäminen	54
Taulukko 8.	Kielellisten ominaispiirteiden jaottelu	63

Taulukko 9. Hoitokertomustekstien pituudet virkkeinä	65
Taulukko 10. Aineiston hoitokertomustekstien pituuksien keskiarvot hoitajien taustatekijöiden mukaisesti	69
Taulukko 11. Aineiston virkkeiden pituuksien keskiarvot hoitajien taustatekijöiden mukaisesti	69
Taulukko 12. Aineiston hoitokertomusteksteissä esiintyvät pronominit	81
Taulukko 13. Aineiston hoitokertomusten kielelliset ominaispiirteet	92
Taulukko 14. Tekstuaalisen tason kielelliset ilmiöt ja niihin yhdistetyt kontrolloidun kielen säännöt	95
Taulukko 15. Syntaktisen tason ominaispiirteet ja kontrolloidun kielen säännöt	98
Taulukko 16. Leksikaalisen tason ominaispiirteet ja kontrolloidun kielen säännöt	100

VAASAN YLIOPISTO**Markkinoinnin ja viestinnän yksikkö**

Tekijä:	Maisa-Leena Simonen-Fallieras
Pro gradu -tutkielma:	Kontrolloitu kieli hoitokertomusten kieltä yhtenäistämässä
Tutkinto:	Filosofian maisteri
Koulutusohjelma:	Teknisen viestinnän maisteriohjelma
Suuntautumisvaihtoehto:	Terminologia
Oppiaine:	Soveltava kielitiede
Valmistumisvuosi:	2019
Työn ohjaaja:	Anita Nuopponen

TIIVISTELMÄ:

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia mahdollisuuksia kontrolloitu kieli voi tuoda hoitokertomusten kielen yhtenäistämiseksi. Tutkimuksen kohteena olivat vapaan kertovan tekstin muodossa kirjoitetut hoitokertomustekstit, jotka kerättiin verkkokyselyn avulla. Vapaan tekstin ongelmana ovat kielellinen vaihtelu ja ilmaisujen monitulkintaisuus, jotka vaikeuttavat tiedon löytämistä ja uudelleenkäyttämistä sekä tekstien lukemista ja ymmärtämistä. Aiemman tutkimuksen ja analyysin avulla muodostettiin jaottelu hoitokertomustekstien ominaispiirteistä ja niihin sovellettavista kontrolloidun kielen säännöistä tekstuaalisiin, syntaktisiin ja leksikaalisiin. Tutkimus jakautui kolmeen osaan tutkimuskysymysten mukaan.

Ensin tarkasteltiin aineiston hoitokertomusten ominaispiirteitä aiemmin muodostetun jaottelun perusteella. Tekstit olivat lyhyitä ja täynnä informaatiota. Ne sisälsivät kirjoitusvirheitä ja välimerkkejä puuttui. Lauseet olivat epätäydellisiä, lauseenjäseniä oli jätetty pois ja teksteissä käytettiin nominaalistuksia, passiivia ja ellipsiä. Sanasto oli yhtenäistä, ja tekstit sisälsivät standardoimattomia lyhenteitä, negatioita, ajanmääreitä sekä erikoisalatermejä- ja fraaseja, mutta vähän pronomineja. Potilaisiin viitattiin sekä näkyvästi että ilmipanemattomasti. Teksteissä esiintyi lähinnä yksilöllisiä eroavaisuuksia, eivätkä ne liittyneet valittuihin taustatekijöihin, eli hoitajien ammattiin, ikään ja työkokemukseen. Näiden tarkastelujen pohjalta selvitettiin, miten kontrolloitua kieltä voidaan hyödyntää hoitokertomusten kielen yhtenäistämiseen. Tämä tehtiin yhdistämällä lähteissä esiintyneitä kontrolloidun kielen sääntöjä hoitokertomustekstien kielellisiin eroavaisuuksiin.

Yhdistämisen tuloksena todettiin, että valmiit kontrolloidun kielten säännöt eivät sovellu suoraan käyttöön, sillä osa niistä rajoittaa hoitajille tärkeiden kielellisten strategioiden käyttöä. Hoitotyön kontrolloitu kieli tarvitsee omat sääntönsä, joiden avulla voidaan helpottaa hoitokertomusten luettavuutta, ymmärtämistä sekä tiedon löytämistä ja uudelleenkäyttämistä. Kirjaamisessa voitaisiin myös hyödyntää enemmän valmiita luokituksia ja fraaseja. Näitä täydennetään kontrolloidulla vapaalla kertovalla tekstillä, jotta saadaan esiin hoitajien tekemä työ ja keskeiset hoitotyön periaatteet.

AVAINSANAT: Hoitotyön sähköinen kirjaaminen, hoitotyön kirjaamisen yhtenäistäminen, hoitokertomus, hoitokertomuksen kieli, kontrolloitu kieli

1 JOHDANTO

Hoitotyö on työtä, jonka kanssa meistä jokainen on kosketuksissa jossakin elämänvaiheessa, useimmat ainakin syntyessään. Saatamme saada itse hoitoa johonkin vaivaan, olla mukana omaisena, kun jotakuta muuta hoidetaan tai saada ennaltaehkäisevää hoitoa tai neuvontaa, esimerkiksi rokotuksen, joukkoseulonnan tai työterveyshuollon rutiinitarkastuksen muodossa. Hoitotyötä tekevät terveydenhuollon ammattilaiset, ja aina meitä hoitaessaan he dokumentoivat hoitoon liittyvät tiedot potilaskertomukseen.

Kun hoitajat dokumentoivat hoitotietoja potilaskertomukseen, puhutaan hoitotyön kirjaamisesta ja koska nykyisin kertomukset ovat sähköisessä muodossa potilastietojärjestelmässä, on tarkempi nimitys hoitotyön sähköinen kirjaaminen. Hoitotyön kirjaaminen on kiinteä osa jokapäiväistä hoitotyötä, sillä sen avulla hoitotyön tiedot siirtyvät vuorosta seuraavaan, ammattilaiselta toiselle ja hoitavasta yksiköstä toiseen. Tietoa kirjataan sekä rakenteisesti, eli valmiita valikoita, luokituksia ja otsikoita käyttäen, että vapaan kertovan tekstin avulla.

Vapaan tekstin kielessä esiintyy vaihtelua, koska jokainen hoitaja kirjoittaa sitä omalla tyylillään. Kielellinen vaihtelu vapaassa kertovassa hoitokertomustekstissä vaikeuttaa tietojen löytämistä ja hyödyntämistä. (Suominen 2009: 4). Rakenteisen kirjaamisen avulla on pyritty hoitotyön kirjaamisen yhtenäistämiseen, mutta se ei poista vapaan tekstin kielellisen vaihtelun aiheuttamia ongelmia. Tähän keinona on vapaan tekstin kielen standardoiminen. Yksi kirjoitetun kielen standardoimisen keino on kontrolloitu kieli.

Kontrolloitu kieli on luonnollisesta kielestä muokattu kielen variaatio, jota on perinteisesti käytetty lähinnä helpottamaan teknisten dokumenttien lukemista ja ymmärtämistä sekä vähentämään tarvetta kääntää teknisiä dokumentteja. (Crabbe 2010). Kontrolloitu kieli koostuu säännöistä, jotka koskevat yleensä sanastoa, kielioppia ja tyyliä (Ryan 2018: 289). Kontrolloidun kielen tarkoitus on välttää monitulkintaisuutta tekstissä. (Nyberg, Mitamura & Huijsen 2003: 246; Ryan 2018: 289) Aion tässä

tutkimuksessa selvittää, voisiko kontrolloidun kielen sääntöjä soveltaa hoitokertomustekstien vapaan tekstin kielen yhtenäistämiseen.

1.1 Tutkimuksen tavoite

Tämän tutkimuksen tavoite on selvittää, millaisia mahdollisuuksia kontrolloitu kieli voi tuoda hoitotyön sähköisen kirjaamisen kielen yhtenäistämiseksi. Tutkimuksen kohteena ovat hoitokertomustekstit, eli se osa potilaskertomusta, johon hoitajat kirjoittavat päivittäiset huomionsa potilaan tilasta ja hoidosta (Nykänen, Kaipio & Kuusisto 2012: 508). Potilaskertomus on asiakirja, joka koostuu hoitoon osallistuvien henkilöiden dokumentoimista potilaan sairauksiin ja niiden hoitoon liittyvistä tiedoista (Nykänen & Junttila 2012: 10).

Keskityn tarkastelemaan hoitajien kirjoittamaa vapaamuotoista kertovaa tekstiä, jota käytetään rakenteisen kirjaamisen ohella sähköisessä hoitokertomuksessa. Kontrolloitu kieli on tiettyyn luonnolliseen kieleen perustuva strukturoitu kieli, jonka sanasto, kielioppi, lauseoppi ja/tai semantiikka ovat luonnollista kieltä rajoitetummat (Kuhn 2014: 123). Kontrolloidun kielen tarkoituksena on vähentää tekstin monitulkintaisuutta ja kompleksisuutta (Nyberg ym. 2003: 246). Lähden siis selvittämään sen mahdollisuuksia hoitotyön kirjaamiselle, ja jaan tavoitteen seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1) Millaisia ominaispiirteitä hoitokertomusten kieli sisältää?

Ennen kuin voin tutkia hoitokertomustekstien kielellisiä eroavuuksia ja kielen yhtenäistämistä, on tarpeellista tietää, millaisia ominaispiirteitä hoitokertomustekstien kieli ylipäänsä sisältää. Olen ammatiltani kätilö ja toiminut hoitoalalla monta vuotta, joten kuulun itsekin hoitokertomusten kielen käyttäjäryhmään sekä kirjoittajana että lukijana. Ennako-oletuksenani kokemuksen ja aiemman tutkimuksen perusteella on, että hoitokertomustekstit edustavat kielellisesti hoitoalalle tyypillistä kirjoitettua kieltä, jonka sanasto ja lauserakenteet poikkeavat yleiskielen kirjoitetusta kielestä. Karvisen

(2017: 162) mukaan ammattitekstien tulee olla tarpeeksi yhtenäisiä, jotta ne voidaan tunnistaa tietyn ammattiyhteisön tuottamiksi. Hänen mukaansa ammattiteksteistä nousevat esiin yhteisön kielenkäytön tavat ja päämäärät.

Ammattitekstit ovat ymmärrettäviä ja toimivat parhaiten ammattiyhteisön sisällä niitä kirjoittaville ja lukeville työntekijöille, eli silloin kun lukijalla on saman tyyppinen rooli ja sama perspektiivi kuin kirjoittajalla (Karvinen 2017: 163). Ammattikieli on yleensä kieltä, jota alan asiantuntijat käyttävät keskinäisessä vuorovaikutuksessaan. Jos asiantuntijan täytyy selittää erikoisalaan liittyvää asiaa maallikolle, on asia yksinkertaistettava ja kieli lähentyy yleiskieltä (Laurén & Nordman 1987). Hoitokertomukset on tarkoitettu ensisijaisesti hoitohenkilökunnan väliseen tiedonvaihtoon, vaikka niitä saattavat lukea myös potilas itse tai hänen omaisensa. Näin voidaan olettaa niiden olevan kirjoitettuja hoitoalan ammattikielellä. Käsittelen hoitoalan tekstien ja tarkemmin hoitokertomusten kieltä luvussa 4.

2) Millaisia kielellisiä eroavaisuuksia eri hoitajien kirjoittamat hoitokertomustekstit sisältävät?

Lähden tutkimuksessani olettamuksesta, että eri hoitajien kirjoittamissa vapaamuotoisissa hoitokertomusteksteissä on eroavaisuuksia. Suomisen (2009: 4) mukaan vapaata kertovaa tekstiä tarvitaan, jotta tapahtumia voitaisiin kuvata tarkasti. Vapaan tekstin ilmaisuvoiman kääntöpuoli on monitulkintaisuus ja eroavaisuudet kirjoittajien käyttämässä sanastossa ja tyyliissä, mikä vaikeuttaa tiedon käyttämistä.

Richards, Boettger ja Aguilera (2002: 6) toteavat, että ihmiset kuvailevat asioita eri tarkkuudella: toiset hyvin yksityiskohtaiseksi ja toiset abstraktimmalla tasolla. Myös hoitokertomusteksteissä voidaan olettaa näkyvän kirjoittajan omat tyyllilliset valinnat. Siksi samastakin potilaasta voidaan kirjoittaa hyvin eri tavalla, vaikka tekstin sisältö periaatteessa pysyisi samana. Koska hoitotyön kirjaamisen tarkoitus on tiedon siirtäminen, voivat eri kirjoitustyyli vaikuttaa tekstin ymmärtämiseen. Rutherford (2008) antaa esimerkin synnytyksen jälkeisen verenvuodon dokumentoinnista: hoitaja voi arvioida vuodon vähäiseksi, kohtalaiseksi tai runsaaksi, mutta kuinka paljon

käytännössä on esimerkiksi ”vähäinen vuoto”, ja ymmärtävätkö kaikki hoitokertomustekstin lukijat ”vähäisen vuodon” samalla tavalla?

Karvinen (2009) toteaa, että hoitajien kielellisiin valintoihin vaikuttavat paitsi henkilökohtainen kirjoitustyyli ja arvostukset myös koulutus- ja työtausta. Sähköisen kirjaamisen aikakautena opiskelleet ja valmistuneet hoitajat ovat saaneet opetusta sähköisen potilaskertomuksen rakenteista ja erilaisista tietokokonaisuuksista sekä hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta ja siihen liittyvästä hoidon tarve- ja hoitotyön toimintoluokituksesta (Ahonen, Karjalainen-Jurvelin, Ora-Hyytiäinen, Rajalahti & Saranto 2007: 191, 193). He eivät tiedä muusta tavasta kirjata. Kokeneemmat hoitajat puolestaan muistavat vielä ajan, jolloin merkinnät tehtiin kynällä paperiseen potilaskertomukseen, eikä tietorakenteista ja luokituksista ollut tietoaakaan.

Hoitotyön kirjaaminen on ollut aiemmin pääosin narratiivisen eli kertovan tekstin kirjoittamista, ja manuaalista kirjaamista rakenteistettiin lähinnä vain potilastietolomakkeita ja niiden sisältöä suunnittelemalla (Sonninen 2007: 72–73). Manuaalisen kirjaamisen aikakaudella käytettiin myös enemmän suullista raportointia, kun nykyisin on siirrytty suurimmaksi osin hiljaiseen raporttiin, eli seuraavaan vuoroon tuleva hoitaja lukee itsenäisesti edellisen vuoron kirjaukset sähköisestä järjestelmästä. Myös tämä muutos on vaikuttanut kirjatun tiedon määrään ja kattavuuteen. Tutkimusten mukaan sähköiseen kirjaamiseen siirryttäessä esiintyi työpaikoilla muutosvastarintaa, ja hoitajat kokivat rakenteista kirjaamista koskevan täydennyskoulutuksen liian vähäiseksi (Hallila 2007: 208).

Oletuksena siis on, että hoitajien yksilöllisten kirjaamistapojen lisäksi työkokemusvuodet ja ikä vaikuttavat eroihin kirjaamisissa. Myös ammatilla saattaa olla vaikutusta kirjaamistapaan (Karvinen 2017: 163). Kuten Sonninen (2007: 72) toteaa: ”Eri ammattiryhmien näkökulmat potilaan hoitoon ovat tuoneet useita erilaisia tapoja hoidon kirjaamiseen”. Esimerkiksi lastenhoitajien koulutus ja työtehtävät ovat perinteisesti keskittyneet vastasyntyneiden hoitamiseen, ja synnyttäneiden äitien hoitaminen on tullut mukaan työtehtäviin vasta viimevuosien aikana.

3) Miten kontrolloitua kieltä voidaan hyödyntää hoitokertomusten kielen yhtenäistämiseen?

Siltä osin, kun hoitokertomusten kielessä on eroavaisuuksia, ehdotan niiden yhtenäistämiseksi kontrolloidun kielen sääntöjä. Valitsin kontrolloidun kielen mahdollisuuksien tarkastelun, koska kontrolloidun kielen tarkoitus on monitulkintaisuuden välttäminen teksteissä (Nyberg ym. 2003: 246). Tutkimuksissa on myös todettu, että kontrolloitu kieli parantaa tekstin luettavuutta (O'Brien 2010). Käytännössä kontrolloitu kieli asettaa rajoituksia kielellisille valinnoille. Nämä rajoitukset vaihtelevat riippuen kontrolloidusta kielestä. Perusajatus kuitenkin on, että kielelle sovitaan säännöt, joiden mukaan kaikki tekstit kirjoitetaan. (Rascu 2006: 107; Ryan 2018: 289)

Saranto ja Ensio (2007: 124) toteavat, että yhtenäinen ja ohjeistettu tietojen kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Lisäksi potilaskertomuksia saattavat lukea myös potilas itse, hänen omaisensa tai joku muu tekstintuottajayhteisön ulkopuolinen lukija, ja heidän mielestään hoitokertomustekstit saattavat tuntua vaikeasti tulkittavilta (Karvinen 2009). Tämä asettaa vaatimuksia tekstin luettavuudelle ja ymmärtämiselle.

Rutherfordin (2008) mielestä hoitotyön sähköinen kirjaaminen on mahdotonta ilman standardoitua kieltä tai sanastoa, jonka avulla kuvaillaan hoidon tarvetta, hoitotyön diagnooseja, hoitotyön toimintoja ja hoidon tuloksia. Suomessa on laadittu hoitotyön termistöjä, eli termeistä ja käsitteistä koostuvia sanastoja, luokituksia ja nimikkeistöjä, mutta niitä hyödynnetään sähköisessä kirjaamisessa lähinnä valmiissa luokituksissa ja otsikoissa. (Sonninen 2007: 88) Kaikkea ei kuitenkaan kirjata valmiiden luokitusten avulla, vaan hoitotyön kirjaamista tehdään sähköisessäkin järjestelmässä myös vapaamuotoisen kertovan tekstin avulla (Sonninen 2007: 91).

Potilaan hoidon kannalta on tärkeää, että tiedot löytyvät potilasasiakirjoista helposti ja mahdollisimman yksiselitteisesti (Iivanainen, Jauhiainen & Korkiakoski 1995: 58). Vapaamuotoisen tekstin puutteena on tässä suhteessa muun muassa rakenteen

puuttuminen sekä ilmaisujen monitulkintaisuus ja epäselvyys niiden tarkoituksesta (Byrne 2012: 204–205). Hoitokertomustekstien tulkinnanvaraisuutta voidaan vähentää yhtenäistämällä tekstien kieltä. Yksi mahdollisuus tähän on kontrolloidun kielen periaatteiden soveltaminen hoitokertomusteksteihin.

1.2 Aineistonkeruu

Tutkimuksen aineisto koostuu keskussairaalan synnyttäneiden osastolla työskentelevien hoitajien kirjoittamista fiktiivisistä hoitokertomusteksteistä ja heidän taustatiedoistaan. Hoitokertomukset kirjoitettiin luomistani kahdesta potilastapauksesta, joista kerron tarkemmin luvussa 5.1. Aineisto kerättiin verkkokyselyn avulla maaliskuu- ja huhtikuussa 2019. Verkkokysely toteutettiin E-lomake-ohjelmalla.

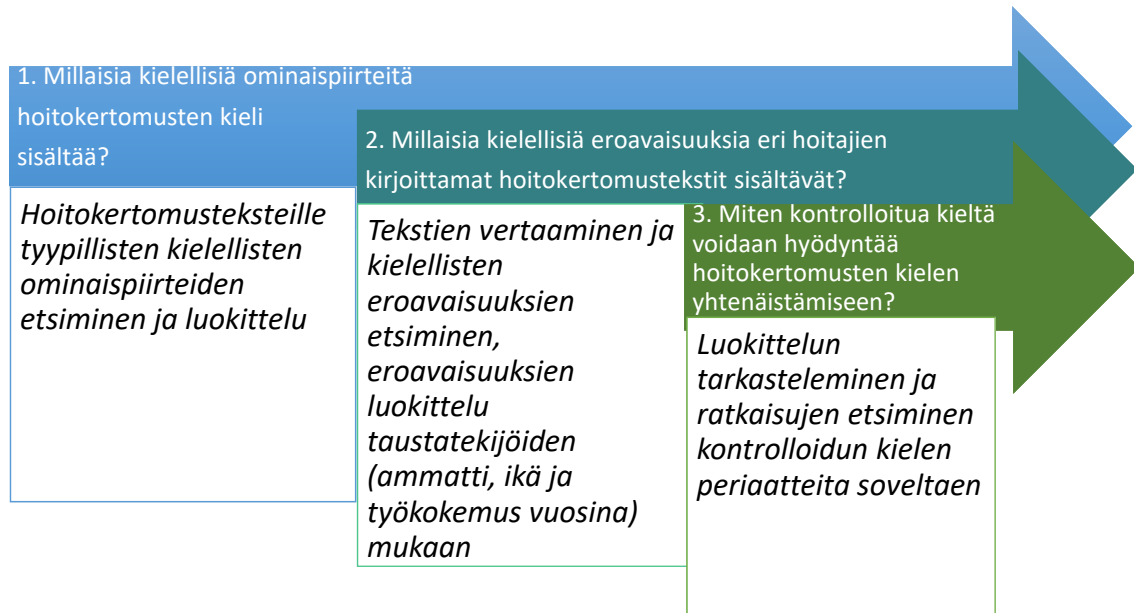
Lähetin kutsun kyselylomakkeen (liite 1) täyttämiseen sähköpostilla hyödyntämällä osaston hoitohenkilökunnan sähköpostilistaa. Sähköpostilistalla oli yhteensä 39 hoitajaa. Kyselyyn vastasi 18 hoitajaa. Hoitajat vastasivat kyselyyn nimettömästi, mutta kyselylomake sisälsi lisäksi monivalintakysymyksiä, joiden avulla kerättiin hoitajien taustatietoja. Kysytyjä taustatietoja olivat ammatti, ikä ja työkokemus vuosina. Näitä taustatietoja kysyttiin analyysin toista vaihetta varten, jossa hoitokertomustekstien piirteitä verrataan taustatietojen perusteella.

Luvan tutkimuksen tekemiseen myönsi tulosalueen ylihoitaja, ja tutkimuslupahakemusasiakirjat on tallennettu hyvinvointikuntayhtymän asianhallintajärjestelmään.

1.3 Aineistonanalyysimenetelmä

Aineiston analyysi koostuu kolmesta vaiheesta. Jokaisen yksittäisen analyysivaiheen avulla etsitään vastauksia yhteen kolmesta tutkimuskysymyksistä. Analyysi etenee vaihe vaiheelta niin, että toinen vaihe perustuu ensimmäisen vaiheen ja kolmas vaihe

toisen vaiheen löydöksiin. Havainnollistan tutkimuskysymysten ja analyysin vaiheiden välistä suhdetta kuviolla 1.



Kuvio 1. Aineiston analyysin vaiheet

Aloitan analyysin lukemalla läpi kyselyn avulla kerätyt hoitokertomustekstit ja etsimällä niistä hoitokertomustekstien kielelle tyypillisiä piirteitä. Löydetyt ominaispiirteet luokittelen luvun 4.9 jaottelun mukaisesti leksikaalisiin, syntaktisiin ja tekstuaalisiin piirteisiin. Lisäksi otan mukaan analyysiin muut aineistosta mahdollisesti esille nousevat piirteet. Tarkastelen ensin ominaispiirteiden esiintymistä aineiston hoitokertomusteksteissä yleensä.

Toisessa analyysivaiheessa ryhmittelen verkkokyselyyn vastanneet hoitajat taustatietojen, eli ammatin, iän ja työkokemuksen perusteella. Jokainen hoitaja kuuluu siis kolmeen ryhmään. Sitten tarkastelen sitä, mitä ensimmäisessä analyysivaiheessa löydettyjä hoitokertomustekstien piirteitä esiintyy minkäkin ryhmän kirjoittamissa teksteissä ja missä määrin saadakseni selville ryhmien välisiä tyylieroja. Esimerkiksi tiettyyn ikäluokkaan kuuluvat hoitajat saattavat kirjoittaa pidempiä hoitokertomustekstejä kuin muut, tai johonkin ammattiryhmään kuuluvat käyttävät enemmän jotakin termiä jne. Tuloksena tästä analyysivaiheesta voi olla myös se, että eri ryhmien välillä ei ole hoitokertomusten kielen suhteen eroavaisuuksia.

Analyysin kolmannessa vaiheessa etsin ratkaisuja hoitokertomusten kielellisten eroavaisuuksien vähentämiseen kontrolloidun kielen periaatteita soveltaen. Kontrolloidut kielet luodaan yleensä vähentämään tekstien monimuotoisuutta, parantamaan luettavuutta sekä helpottamaan tekstien käsittelyä ja kääntämistä. Käsittelen kontrolloitua kieltä ja sen yleisiä periaatteita tarkemmin luvussa 3. Kontrolloiduille kielille ei ole olemassa standardoituja universaaleja sääntöjä, vaan jokaiselle kontrolloidulle kielelle luodaan omat säännöt ottaen huomioon sen luonnollisen kielen säännöt ja rakenteet, johon kontrolloitu kieli perustuu sekä kontrolloidun kielen käyttötarkoitus. Tässä tutkimuksessa sovellettavat kontrolloidun kielen säännöt kokoan yhteen luvussa 3.4. Valitsen niistä aineiston hoitokertomusten kielellisiin ominaispiirteisiin sopivat säännöt ja muokkaan sääntölistaa vielä analyysin perusteella.

2 HOITOTYÖN SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN

Tässä luvussa kuvaan hoitotyön sähköisen kirjaamisen periaatteita, sen merkitystä hoitotyölle, hoitajalle ja potilaalle, siihen liittyviä säädöksiä sekä sitä, miten kirjaamista on yritetty tähän mennessä yhtenäistää ja mallintaa. Pohdin ensin, mitä hoitotyö on tarkastelemalla eri lähteistä poimittuja hoitotyön määritelmiä. Sitten esittelen hoitotyöhön liittyviä periaatteita, kuten näyttöön perustuva hoitotyö, yksilölähtöinen hoitotyö ja hoitoprosessin mukainen hoitotyö. Kaikilla näillä on merkityksensä myös hoitotyön kirjaamiselle, jota käsittelen niiden jälkeen.

Taustoitan ensin hoitotyön kirjaamista yleisesti, ja pohdin sitten sen merkitystä paitsi hoitotyölle myös hoitajille ja potilaille. Sen jälkeen tarkastelen eri tapoja, joilla kirjaamista säädellään. Otan esille kirjaamista säätelevän lainsäädännön ja hoitotyön kirjaamiselle luodun kansallisen mallin. Lisäksi käsittelen sähköisiä potilaskertomuksia ja rakenteista kirjaamista, sillä myös ne antavat raamit kirjaamiselle. Lopuksi nostan vielä esille hoitajan kirjaajana ja sen, miten sellaiset asiat kuten kiire, johtaminen ja organisaation sisäinen kulttuuri vaikuttavat hoitotyön kirjaamiseen.

2.1 Hoitotyö

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviranomaisen, Valviran (2015) mukaan ”Terveystieteiden ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on muun muassa sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.” Tämä määritelmä voisi kuitenkin kuvata myös lääkärin työtä. Suomen Lääkäriliiton (2014) eettiset ohjeet alkavat näin: ”Lääkärin velvollisuutena on ylläpitää ja edistää terveyttä, ehkäistä ja hoitaa potilaidensa sairauksia sekä lievittää heidän kärsimyksiään.” Lääkäreiden eettiset ohjeet jatkuvat: ”Lääkärin tulee kaikessa toiminnassaan kunnioittaa ihmisyyttä ja elämää”. Myös hoitajan työhön kuuluu muuta kuin ammattitoiminta teknisen työn suorittamisena.

Hoitotyöhön kuuluu myös hoitamisen aspekti. Hahon (2006: 25) mukaan hoitaminen ilmenee hoitotyössä paitsi ammatillisena hoitamisena, myös hoivana ja huolenpitona, jotka perustuvat hoitajan empatiaan, välittämiseen ja vastuun ottamiseen. Hoitaminen tukee potilaan omia resursseja tavalla, jolla hänen kärsimyksensä helpottuu ja voimat palautuvat (Kärkkäinen & Eriksson 2005: 204). Hoitaminen perustuu Kärkkäisen (2007: 90) mukaan potilaan yksilölliseen elämäntilanteeseen. Hoitotyö ja hoitaminen ovat sekä käsitteinä että termeinä lähellä toisiaan, etenkin suomen kielessä. Englanniksi hoitotyöstä käytetään yleensä nimitystä *nursing* ja hoitamisesta nimitystä *caring* (esim. Kärkkäinen 2007: 90). Hoitotyöstä voidaan käyttää englanniksi myös nimitystä *nursing care*, jolloin siihen sisältyy hoitamisen (*caring*) käsite (kts. Johansson, Oléni ja Fridlund 2002 ja Haho 2006: 25).

Hoitotyö ei kuitenkaan aina sisällä hoitamista (Haho 2006: 24). Kärkkäinen ja Eriksson (2005: 204) toteavat, että ilman hoitamista hoitotyöstä tulee pelkkää teknistä suorittamista. Johansson ym. (2002: 337) tutkivat potilaan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Heidän mukaansa laadukkaan teknisen hoitotyön katsotaan kuuluvan asiaan, ja potilaat arvostavat enemmän hoitaja-potilas-suhdetta ja sen vastavuoroisuutta. Potilastyytyväisyys saa yhä enemmän arvoa nyky-yhteiskunnassa, jossa laadukasta hoitoa uhkaavat kasvavat kulut ja hoitohenkilökunnan vähentäminen. Potilaat nähdään paitsi terveydenhuollon palvelujen käyttäjinä myös asiakkaina, joista kilpaillaan (Johansson ym. 2002: 337).

Maaailman terveysjärjestö WHO:n (2018) mukaan hoitotyö on itsenäistä ja yhteistyössä tehtävää kaikenikäisten ihmisten, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen hoitamista, olivatpa he sairaita tai terveitä. Hoitotyötä tehdään erilaisissa puitteissa, ja siihen kuuluu terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä sairaiden, vammaisten ja kuolevien ihmisten hoitaminen. (WHO 2018)

Yllä käsitellyt hoitotyön määritelmät yhdistyvät Johanssonin ym. (2002: 337) määritelmässä:

Here our definition of nursing care is to promote health and to help, support, educate and develop the patient by liberating his or her own resources. Nursing care is based on interaction and participation for the purpose of satisfying universal and personal needs in relation to daily life, needs that have become disrupted because of ill health. Professional nursing care is based on theoretical knowledge and systematic scientific methods.

Siinä on mukana terveyden edistäminen WHO:n määritelmästä, Kärkkäisen & Erikssonin (2005: 204) ajatus potilaan omien resurssien tukemisesta sekä Kärkkäisen (2007: 90) ajatus siitä, että hoitaminen perustuu potilaan yksilölliseen elämäntilanteeseen. Johanssonin ym. (2002: 337) määritelmässä painottuu ajatus vastavuoroisesta hoitaja-potilas-suhteesta ja potilaan tarpeiden täyttämistä. Siinä mainitaan erikseen *professional nursing care*, jolla Johansson ym. (2002: 337) viittaavat professionaaliseen eli ammatilliseen hoitotyöhön, joka perustuu teoreettiseen tietoon ja systemaattisiin tieteellisiin metodeihin.

Myös Haho (2006: 24) erottelee hoitotyölle professionaaliset ja humaniset perusteet. Humaniset perusteet painottavat ihmisen ainutlaatuisuutta, hoitajan ja potilaan välisen kohtaamisen ainutkertaisuutta, inhimillisyyttä, potilaslähtöisyyttä ja holistisuutta. Professionaaliset perusteet keskittyvät hoitotyön ammatillisiin arvoihin, pätevyyteen, kyvykkyyteen, taloudellisuuteen ja vaikuttavuuteen. Hahon (2006: 165) mukaan hoitaminen ei voi olla pelkästään teknistä suorittamista, eli perustua vain hoitajan käytännön taitoihin ja toimintaan, vaikka ne ovatkin tärkeä ja oleellinen osa hoitotyötä. Hän jatkaa, että toisin päin ajatellen halu auttaa, eettinen herkkyys tai valveutuneisuus eivät riitä hoitamiseen ilman ammatillista objektiivista tietoa ja taitoa.

Hahon (2006: 25) mukaan hoitotyö ei siis ole pelkkää lääkärin määräysten toteuttamista, vaan siinä korostuu suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus sekä hoitajan toiminnallisuus sekä potilaan tarpeiden täyttäminen oikein valittujen menetelmien avulla. Potilaan tarpeiden täyttämiseksi hoitaja suorittaa hoitotoimia. Hoitotoimet ovat tehtäviä, joiden avulla pyritään saavuttamaan yksi tai useampi päämäärä tai muutos potilaan tilassa tai tilanteessa. Tähän hoitaja tarvitsee tietoa ja teknisiä taitoja. (Kärkkäinen & Eriksson 2005: 204) Suomessa hoitotyön sisältöä ja tavoitteita ohjaavat

perustuslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki terveydenhuollon ammattilaisista (Haho 2006: 152).

Hoitotyö on moniammatillista: potilaan hoitoon voivat osallistua useat terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten sairaanhoitajat, kätilöt, terveydenhoitajat, fysioterapeutit, laboratoriohoitajat, ravitsemusterapeutit, psykologit, lääkärit jne. Haho (2006: 24–25) toteaa, että Leino-Kilven mukaan hoitotyötä toteuttavat terveydenhuoltoalan koulutuksen suorittaneet ammattihenkilöt, eli sairaan- ja terveydenhoitajat, kätilöt ja lähihoitajat (nyk. perushoitaja). Myös tässä tutkimuksessa hoitajilla viitataan sairaanhoitajiin, kätilöihin, terveydenhoitajiin, lastenhoitajiin ja perushoitajiin. Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010: 9) määritelmä sisältää ammatillisen tiedon ja lisäksi käytännön kokemuksen merkityksen: ”Hoitotyöllä tarkoitetaan hoitotyön ammattilaisten tekemää työtä, joka perustuu käytännön kokemukseen ja hoitotieteelliseen tietoon.” Toisaalta näiden määritelmien perusteella voidaan kysyä, eikö esimerkiksi terveydenhuoltoalan opiskelijoiden tekemä työ ole hoitotyötä?

Seuraavaksi käsitellään yllä olevissa määritelmissä esiintyneitä näkökulmia. Ensin tarkastellaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja sen jälkeen yksilölähtöisyyttä hoitotyössä. Karvisen (2017: 162) mukaan yksilölähtöisyys on nykyisin hoitotyön tavoite, jonka tulisi näkyä myös hoitotyön kirjaamisessa. Lopuksi käsittelen hoitoprosessin mukaista hoitotyötä, johon hoitotyön kirjaaminen nykyisin perustuu (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012: 10).

2.1.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Nykyisin hoitotyö on näyttöön perustuvaa toimintaa: se perustuu parhaaseen saatavilla olevaan ajantasaiseen tietoon eli luotettavaan tutkimustietoon tai asiantuntijoiden konsensukseen. Käytännön tasolla luotettavan tiedon perusteella tuotetaan hoitosuosituksia, joita hyödynnetään yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön hoitoon ja terveyden edistämiseen. Tavoitteena on vaihtelevien hoitokäytäntöjen

yhtenäistäminen ja parhaan mahdollisen hoidon tarjoaminen. (Holopainen, Siltanen, Hahtela & Korhonen 2018: 8, 10, 11)

Näyttöön perustuvaa tietoa tuottavat ja levittävät kansallisella tasolla Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) ja Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito sekä lisäksi kansainväliset tahot, kuten Joanna Briggs Instituutti (JBI) ja Cochrane-verkostot. Tiedon levittämiseen tarvitaan myös alueellisia ja organisaation sisäisiä tukirakenteita ja prosesseja. Terveystieteiden organisaatioissa näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisesta ja kehittämisestä vastaavat hoitotyön johtajat. (Holopainen ym. 2018: 10–11)

Arviointi on tärkeä osa näyttöön perustuvan toiminnan prosessia sen eri vaiheissa lähtien siitä, että hoitosuositukseen käytettävien tutkimusten laatu arvioidaan tiukkojen tieteellisten kriteerien pohjalta. Kun hoitosuositusta otetaan käyttöön, arvioidaan sen soveltuvuus kyseisen potilasryhmän ja yksittäisen potilaan hoitoon. Yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen edellyttää käytössä olevien käytäntöjen kriittistä arviointia, jotta niitä voidaan joko vahvistaa tai muuttaa tutkimustietoon perustuen. Myös kehityksen tulosta ja kehitettyjä käytäntöjä sekä niiden toteutumista ja vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan. Yhtenäisten käytäntöjen vaikuttavuuden seurannassa hyödynnetään yksittäisten potilaiden hoidon tulosten arviointia, jolloin hoidon tulosten kirjaaminen ja siten yhtenäisen arviointitiedon tuottaminen organisaation sisällä ja kansallisesti on tärkeässä roolissa. (Holopainen ym. 2018: 12)

2.1.2 Yksilölähtöinen hoitotyö

Yksilölähtöinen hoitotyö tarkoittaa sitä, että hoitaja suunnittelee hoidon perustuen potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Yksilölähtöisessä hoidossa otetaan huomioon paitsi potilaan kliininen tilanne myös muu elämäntilanne, kulttuuritausta, usko, tavat, arvot ja mieltymykset. (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi 2004: 284)

Jos potilas ei itse pysty kommunikoimaan esimerkiksi dementian vuoksi, pyritään tietoa potilaan historiasta ja tilanteesta saamaan omaisilta. Potilas otetaan osalliseksi hoidon suunnitteluun ja hänelle annetaan päätösvaltaa hoidon suhteen. Näin osoitetaan arvostusta potilaan yksilöllisyyttä kohtaan ja samalla rohkaistaan potilasta itsenäistymään. Jotta potilas voisi ottaa osaa päätöksentekoon, on hoitajan informoitava häntä sairaudesta ja sen hoidosta sekä tarjottava mahdollisuus potilaan omille ehdotuksille, mielipiteille, toiveille ja haluille. Hoidossa otetaan huomioon potilaan terveyteen liittyvät ongelmat, hoitoon joutumisen aiheuttama reaktio, potilaan fyysiset ja psykologiset tarpeet, miten potilas kokee sairauden, potilaan kognitiiviset ja fyysiset kompetenssit, tunteet ja reaktiot. Lisäksi pyritään ottamaan huomioon potilaan kotitilanne, tukiverkosto, kulttuurinen tausta, elämäntavat ja -katsomus, perhesuhteet, työolot, sosiaaliset suhteet, elämäntarina, kokemus ja arvot. (Suhonen, Välimäki & Katajisto 2000: 219–220)

Tutkimusten mukaan yksilöllisellä hoitotyöllä on positiivinen vaikutus hoidon lopputulokseen ja potilastyytyväisyyteen ja se on kohentanut potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua (Suhonen ym. 2004: 284).

2.1.3 Hoitoprosessin mukainen hoitotyö

Hoitotyö perustuu yleensä hoitotyön prosessimalliin. Prosessimalli ohjaa hoidon suunnittelua, toteutusta, arviointia ja kirjaamista. Puhutaan myös hoidollisen päätöksenteon prosessimallista. Prosessimallin vaiheet (kuvio 2) ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. (Liljamo ym. 2012: 10). Hoitoprosessi alkaa siitä, kun henkilö hakeutuu hoitoon terveydentilaan liittyvän muutoksen tai ongelman vuoksi joko oma-aloitteisesti, toisen henkilö tai tahon toimesta tai kutsusta esimerkiksi seulontatutkimukseen. Ensimmäisen yhteydenoton aikana määritellään hoidon syy, jolla voi olla eri nimiä prosessin eri vaiheessa. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011: 29, 31)



Kuvio 2. Hoitoprosessin vaiheet

Itse hoitoprosessi alkaa hoidon tarpeen määrittämisellä. Hoidon tarpeen määrittäminen on hoitajan tekemä kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä ongelmista, joita on mahdollista lievittää tai poistaa hoitotoimintojen avulla. Hoitajan tulee ottaa huomioon myös mahdolliset tulevat ongelmat. Hoidon tarve määritellään potilaan kertomuksen, hoitajan havaintojen ja erilaisten mittausten (esimerkiksi lämpö, verenpaine) perusteella yhdessä potilaan kanssa (Liljamo ym. 2012: 14). Tarpeen määrittelyn jälkeen hoitaja asettaa hoidolle tavoitteen ja valitsee hoitotyön toiminnot, joiden avulla tavoite saavutetaan. Tämä osuus on hoidon suunnittelua. Hoitotyön toimintoja ovat muun muassa seuranta ja tarkkailu, avustaminen, tukeminen, auttaminen, hoitaminen, toteuttaminen, suorittaminen, asioiden järjestäminen ja ohjaaminen. (Liljamo ym. 2012: 14–15)

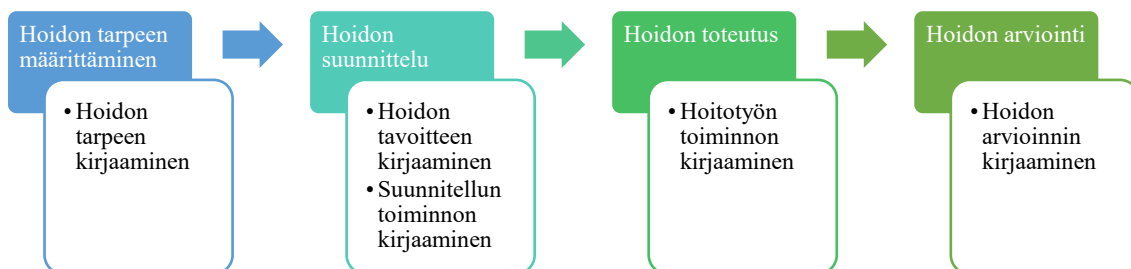
Lopuksi arvioidaan hoidon tulosta, eli potilaan tilassa tapahtunutta muutosta asteikolla parantunut, ennallaan tai huonontunut. Arvioinnissa otetaan huomioon potilaan tila, vointi ja selviytyminen verrattuna hoidon tarpeisiin, tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon. (Liljamo ym. 2012: 18) Hoitoprosessin vaiheet painottuvat riippuen potilaan tilanteesta: pitkäaikaissairaana hoidon suunnittelussa pääpaino on tavoitteiden määrittelyllä, kun taas äkillisesti sairastuneen tai tapaturmapotilaan hoidossa priorisoidaan hoidon toteutusta. Kaikki vaiheet ovat kuitenkin aina taustalla mukana. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010: 11)

Hoitoprosessin tarkoituksena on potilaan hoidon tukeminen ja toteuttaminen sekä potilaan oman hoitonsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan osallistuminen. Lisäksi se tukee hoidon jatkuvuutta, potilasturvallisuutta, potilaan oikeuksia ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa. (Vuokko ym. 2011: 34)

2.2 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaaminen on oleellinen osa hoitotyötä, ja hoitajat suorittavat sitä jatkuvasti jokapäiväisen hoitotyön ohella. Kirjaaminen tekee hoitotyön näkyväksi. Hoitotyön kirjaamisella on kolme perustehtävää: se turvaa hoidon jatkuvuuden, auttaa varmistamaan terveydenhuollon ammattihenkilön oikeusturvaa ja mahdollistaa tiedonvaihdon. Hoitotyön moniammatillisuuden näkökulmasta kirjaaminen on tärkeää hoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välistä tiedonvaihtoa, päätöksentekoa ja työnjakoa varten. (Nykänen & Juntila 2012: 12, 15, 20)

Hoitotyön kirjaaminen on sekä Suomessa että maailmalla jo pitkään perustunut ongelmanratkaisumalliin. Nykyisin kirjaamisessa käytetään yleisesti hoitotyön prosessimallia (2.1.3), joka jakaantuu neljään vaiheeseen (kuvio 3).

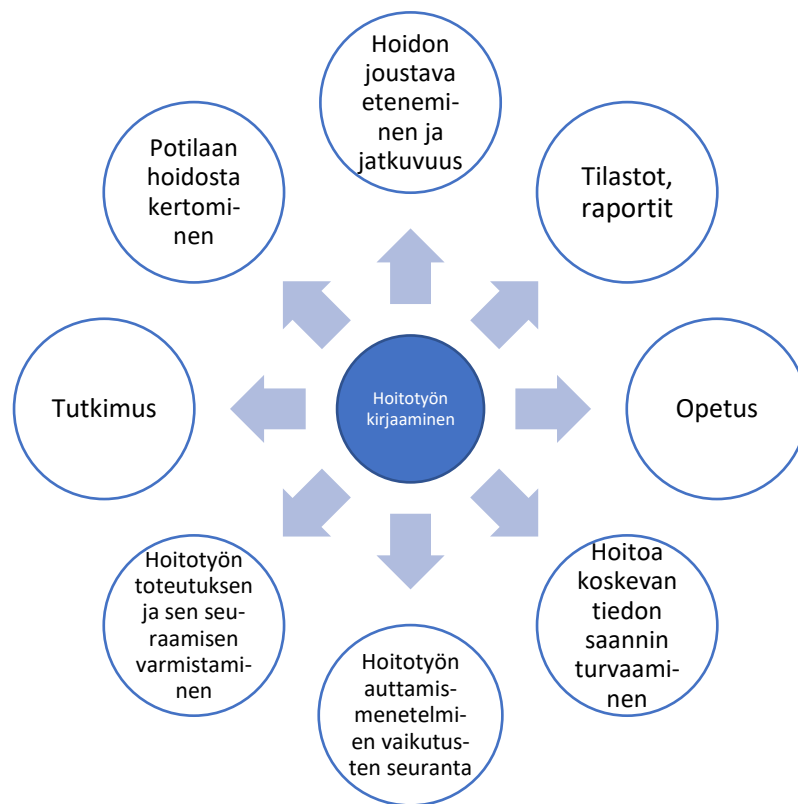


Kuvio 3. Hoitotyön prosessimallin mukainen kirjaaminen

Sittemmin prosessimalliin on lisätty viides vaihe: hoitotyön diagnoosit. Hoitotyön diagnooseja ei pidä sekoittaa lääketieteellisiin diagnooseihin, sillä hoitotyön diagnoosit eivät liity tiettyihin sairauksiin. Hoitotyön diagnoosien avulla nimetään potilaan hoidon tarve. Ne voivat kuvata jo olemassa olevia tai mahdollisesti tulevaisuudessa tulevia potilaan terveydentilaan liittyviä ongelmia. Lisäksi hoitoprosessia täydennetään yleensä hoitotyön yhteenvedolla, joka sisältää tärkeää tietoa erityisesti hoitajakson päättyessä tai potilaan siirtyessä toiseen hoito-organisaatioon. (Ensio & Saranto 2004: 36, 38, 42)

2.2.1 Kirjaamisen tehtävät

Terveydenhuollon tiedonhallinnassa muutos on menossa suuntaan, jossa potilaskertomuksia ei enää käytetä ainoastaan dokumentointiin ja arkistointiin, vaan työkaluna, joka ohjaa hoitoa. (Winblad, Reponen & Hämäläinen 2012: 5) Hoitotyön kirjaamista hyödynnetään paitsi potilastyöhön myös laadunvarmistukseen, lainopillisiin tarkoituksiin, resurssien ja rahoituksen kohdentamiseen, suunnittelu- ja kehitystyöhön sekä tutkimustyöhön (Alkouri, AlKhatib & Kawafhah 2016: 103; Jefferies, Johnson & Nicholls 2011: e6). Lisäksi sähköisten potilaskertomusten tietoja voidaan käyttää tilastointiin ja sitä kautta tautien ehkäisyyn, hoidon ja muun terveydenhuoltoon liittyvän päätöksenteon tueksi. Suomessa potilaskertomustietoja hyödynnetään esimerkiksi hoidon saavutettavuuden ja laadun seurantaan, toiminnan vaikuttavuuden arviointiin ja vertailuun sekä valtakunnalliseen tilastointiin ja tutkimukseen. (Jokinen & Virkkunen 2018: 10) Hoitotyön kirjaamisen käyttötarkoituksia on kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Hoitotyön kirjaamisen käyttötarkoitukset (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010: 10 mukaellen).

Kirjaamisen välittömin tehtävä on tiedon siirtyminen hoitoon osallistuvien henkilöiden ja tahojen kesken, jotta pystytään turvaamaan potilaan hoidon laatu ja jatkuvuus. Kirjaaminen tekee näkyväksi hoitokäytännöt, ja se voi toisaalta paljastaa hoitovirheet. Hoitajien tekemät kirjaukset ovat ratkaisevassa osassa silloin kun arvioidaan, onko potilas saanut asianmukaista hoitoa. (Chelegat, Sum, MPhil, Chebor, Kiptoo & Bundotich-Mosol 2013: 239) Chelegat ym. (2013: 240) kärjistävät tämän toteamalla, että "Time spent on documentation is time well spent in the prevention of a lawsuit on patient care", eli dokumentointiin käytetty aika on hyvin käytettyä aikaa, jos sen avulla voidaan estää oikeusjuttu. Toisin sanoen kirjaamiseen käytetty aika ei ole hukkaan heitettyä.

Hoitotyön kirjaukset muodostavat laillisen dokumentin, ja myös lain edessä pätee "mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty" -periaate. Siksi täytyy muistaa, että vain selkeät, täydelliset ja virheettömät kirjaukset luovat luotettavan kuvan potilaan tilasta ja hoidosta. (Chelegat ym. 2013: 239) On hankalaa, ellei jopa mahdotonta muistaa kaikkia hoidon yksityiskohtia jälkeinpäin, etenkin jos asioita selvitetään vuosia hoitosuhteen päättymisen jälkeen. Pohjanvuori (2007: 172) tiivistää asian toteamalla "Hyvä hoidon dokumentointi mahdollistaa potilaan välittömän ja tulevan hoidon järjestämisen, mutta myös tarvittaessa hoidon rekonstruoimisen jälkeinpäin."

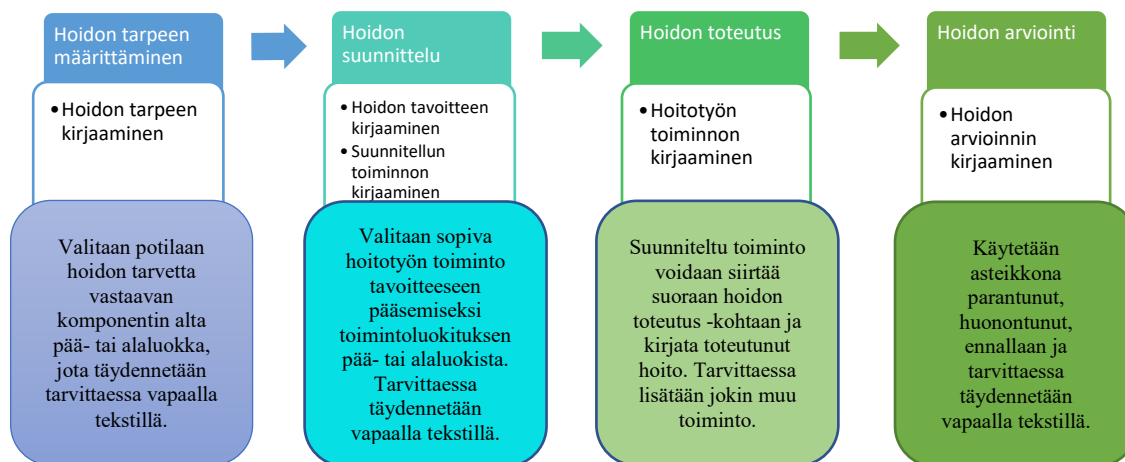
Jefferies ym. (2011: e6–e7) korostavat, että hoitotyön kirjaaminen antaa hoitajille mahdollisuuden esitellä, mitä he potilaan hyväksi tekevät, ja siksi kirjaaminen täytyy tehdä niin, että se on merkityksellistä kaikille lukijoille sekä terveydenhuollon alalla että sen ulkopuolella. Saba (2007: xii) väittää, että hoitajat nähdään suurena menoeränä ja valikoituvat siten säästötoimien kohteeksi, jos he eivät pysty tarjoamaan näyttöä hoitotyön vaikutuksista potilaan vointiin. Saba jatkaa, että tällainen näyttö voidaan antaa kirjaamalla hoitotyön tiedot sähköiseen potilaskertomukseen käyttämällä standardoitua terminologiaa. Clark pohti hoitotyön näkymättömyyttä ja vähäistä arvostusta jo 20 vuotta sitten ja totesi ongelman olevan siinä, että ei ole ollut olemassa yleistä kieltä, jonka avulla voitaisiin ilmaista, mitä hoitajat tarkalleen tekevät, millaisia potilaiden vointiin liittyviä ongelmia he ratkaisevat ja millaisin tuloksin (Clark 1999: 42).

Hoitotyön kirjaamisen kielen ja terminologian kehittämiseen liittyvät myös Norma Langin lausahdus ”If we cannot name it, we cannot control it, teach it, research it or put it into public policy”, jota Suzanne Bakken täydentää toteamalla ”...and put it into information systems.” (Ensio & Saranto 2004: 36). Hoitotyö tarvitsee siis omaa kieltä, jotta sitä voitaisiin kontrolloida, opettaa, tutkia ja soveltaa yhteiskunnassa ja tietojärjestelmissä.

2.2.2 Kirjaamisen säätely

Hoitotyön kirjaamista opastetaan erilaisissa ohjeissa, julkaisuissa ja säädöksissä (Jokinen & Virkkunen 2018: 12). Potilasasiakirjamerkintöjen tekemistä, potilasasiakirjojen säilyttämistä ja niiden käyttämistä säätelevät useat eri lait, jotka täydentävät toisiaan. Potilasasiakirjoista ja muusta hoitoon liittyvästä materiaalista säättää laki potilaan asemasta ja oikeuksista (653/200) 12 §, laki potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapidosta 13 § ja laki valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista 13 a §. Terveystieteiden ammattihenkilön velvollisuudesta laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä niihin sisältyvien tietojen salassapidosta säättää laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) 16 §. Lisäksi potilasasiakirjoihin sovelletaan tietosuojalakia (1050/2018) ja lakia viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999). (STM 2012: 15–16, 20)

Suomessa kirjaamista yhtenäistämään on kehitetty myös hoitotyön kansallinen kirjaamismalli. Se syntyi vuosien 2005–2009 aikana käynnissä olleiden kansallisten kehittämissuunnitelmien (HoiDok ja HoiData -hankkeet) tuloksena. Kirjaamismallin tavoitteena oli kirjausten käytön yhtenäistäminen hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Lisäksi tarkoituksena oli helpottaa tiedon moniammatillista käyttöä ja jakamista. Kansallinen kirjaamismalli sisältää hoitotyön ydintiedot, joita ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Se perustuu hoidollisen päätöksenteon prosessiin ja FinCC (Finnish Care Classification)-luokituskokonaisuuteen (kuviokuva 5). (Nykänen & Junttila 2012: 15–16)



Kuvio 5. Hoitotyön sähköinen rakenteinen kirjaaminen hoitotyön prosessimallin mukaan

FinnCC koostuu kolmesta osaluokituksesta: suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL), suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) ja hoidon tulosluokitus (SHTuL). Tarve- ja toimintoluokitukset muodostuvat komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatasoista, joiden mukaan hoitaja tekee kirjaukset valitsemalla sopivan komponentin (esim. Lääkehoito) alta pääluokka- tai alaluokkatason termin, eli käytännössä otsikon, (esim. Lääke suun kautta) ja täydentämällä sitä vapaalla tekstillä. Tulosluokituksella arvioidaan hoidon tulosta hoidon tarpeeseen verrattuna valitsemalla sopivin vaihtoehtoista tulos ennallaan, tulos parantunut ja tulos heikentynyt. (Nykänen & Junttila 2012: 16–17) FinnCC-luokitusta on kritisoitu sen yksityiskohtaisuuden, monikerroksisuuden ja vaikeakäyttöisyyden vuoksi (Nykänen, Kaipio & Kuusisto 2012: 507).

Nykänen ja Junttila (2012: 24) kehottavat kirjaamaan ajantasaisesti ja vain oleelliset ja tarpeelliset tiedot. Jokinen ja Virkkunen (2018: 14) neuvovat tekemään merkinnöistä selkeitä ja ymmärrettäviä ja käyttämään yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Nykänen, Viitanen ja Kuusisto (2010: 9) nostavat tärkeäksi selkeyden, loogisuuden ja potilaan kokonaishoidon etenemisen kannalta oleellisten asioiden esiintuomisen. Kirjaamisen – kuten hoidonkin – kohteena on potilas ja hänen voinnissaan tapahtuneet muutokset (Mäkilä 2007: 40). Kärkkäisen (2007: 90–91)

mukaan potilaan hoidosta voi kuitenkin syntyä yksipuolinen kuva, jos kirjataan vain potilaan saamaa fyysistä tai lääketieteellistä hoitoa ja potilaan omat kokemukset jätetään kirjaamatta tai niistä kirjataan vain hoitajan tekemä tulkinta.

Hallilan (2005: 34) mukaan kirjaamisen tulee olla enemmän arvioivaa kuin toteavaa ja kuvata selkeästi potilaan tarpeita, hoidollisia tavoitteita ja hoidon tuloksia. Myös Nykänen ym. (2010: 9) painottavat potilaan voinnissa tapahtuvien muutosten arvioinnin, hoidon vaikutusten seurannan ja hoidon laadun arvioinnin kirjaamista. Mäkilän (2007: 38) mukaan on tärkeää kirjata myös potilaan saama ohjaus ja neuvonta sekä se, ymmärsikö potilas annetut tiedot, ja mitä mieltä hän niistä oli.

2.2.3 Sähköinen rakenteinen kirjaaminen

Hoitotyön sähköinen kirjaaminen on yleistynyt Suomessa 2000-luvulla, ja nykyisin lähes 100 % potilastiedoista on sähköisessä muodossa. Hoitotyön sähköinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä. (Nykänen & Junttila 2013: 12) Hoitotyön kirjaaminen on perinteisesti toteutettu vapaata kertovaa tekstiä käyttäen. Lisäksi käytössä on ollut yksikkökohtaisia lomakkeita ja käyriä. (Ensio & Saranto 2004: 32) Sähköinen kirjaaminen sen sijaan perustuu rakenteiseen kirjaamiseen. Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa sovittujen tietorakenteiden mukaista kirjaamista, eli valmiiden luokitusten ja otsikoiden käyttämistä. (Ensio & Saranto 2004: 34) Rakenteinen kirjaaminen perustuu hoitoprosessin vaiheisiin (luku 2.1.3) (Jokinen & Virkkunen 2018: 20).

Potilaan hoidon tarve, hoitajan tekemät havainnot ja hoitotoimet sekä hoidon tulokset valitaan valmiista luokituksista (Ensio & Saranto 2004: 34). Luokitukset koostuvat komponenteista (pääotsikot) sekä pää- ja alaluokista, joilla on kaikilla omat koodinsa (Tanttu & Rusi 2007: 114). Koodistojen ja luokitusten avulla kirjataan muun muassa potilaan diagnoosit, toimenpiteet, lääkitys- ja riskitiedot sekä mittaustietoja, kuten verenpaine, paino ja pituus. Näitä rakenteisia tietoja voidaan täydentää kirjoittamalla vapaamuotoista tekstiä. Koodit, luokitukset ja termistöt ovat saatavilla kansalliselta

Koodistopalvelimelta, josta ne voidaan ladata potilastietojärjestelmiin. (Jokinen & Virkkunen 2018: 20)

Suomessa potilastietojärjestelmissä on käytössä kansallisesti yhtenäiset tietorakenteet. Yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen perustuu edellä (luku 2.2.2) käsiteltyyn kansalliseen kirjaamismalliin. Kansallisesti yhtenäisten tietorakenteiden käyttäminen helpottaa tiedon siirtämistä ja hyödyntämistä (Tanttu & Rusi 2007: 114). Iivari ja Korhonen (2007: 15) toteavat, että yhteneväisten tietomäärittysten lisäksi tarvitaan yhteneväistä terminologiaa. Kansallinen tietojen siirtyminen turvataan yhteisillä ratkaisulla, koska terveydenhuollon palveluja ostetaan, myydään ja käytetään yli kunta- ja sairaanhoitopiirin rajojen (Winblad ym. 2012: 22). Myös Kansalliseen potilastiedon arkistoon eli KanTa-arkistoon tallennettavien tietojen tulee olla yhdenmukaisia, jotta niitä voidaan hyödyntää terveydenhuollossa (Jokinen & Virkkunen 2018: 9).

Potilastiedon kirjaamisessa käytetään tilanteen mukaan riittävää rakenteisuutta. Toisin sanoen tietoja voidaan kirjata täysin rakenteisesti käyttäen ainoastaan valmiita luokituksia ja nimikkeitä, otsikoiden alle käyttäen luokituksia, nimikkeitä ja lisäksi vapaata tekstiä, kokonaan vapaana tekstinä valmiiden otsikoiden alle tai kokonaan vapaana tekstinä kertomusnäkyymään. (Jokinen & Virkkunen 2018: 11) Rakenteisen kirjaamisen hyötyjä verrattuna vapaan tekstin kirjaamiseen ovat muun muassa tiedon helpompi löytäminen ja siirtäminen. Rakenteinen tieto on yhteneväisempää ja vertailukelpoisempaa kuin vapaa teksti, joten rakenteista tietoa voidaan hyödyntää päivittäisen potilastyön lisäksi esimerkiksi palvelujen, toiminnan, laadun ja kustannusten seurantaan sekä arviointiin. (Jokinen & Virkkunen 2018: 14–15)

Vapaan kertovan tekstin kirjaamistakin kuitenkin tarvitaan sähköisissä potilaskertomuksissa rakenteisen tiedon rinnalla. Moss, Andison ja Sobko (2007: 543) toteavat, että hoitajat käyttävät kertovaa kirjaamista välittääkseen muille hoitotyöhön osallistuville tarvittavat tiedot tiivistelmän muodossa. Muita syitä voivat heidän mukaansa olla esimerkiksi se, että kirjattavalle tiedolle ei löydy sopivaa rakenteista vaihtoehtoa, että kyseessä on odottamaton tapahtuma tai että tiedot halutaan esittää tiivistelmänä aikajärjestyksessä. Hoitajat saattavat suosia vapaan tekstin kirjaamista

myös vanhasta tottumuksesta. (Moss ym. 2007: 543) Byrnen (2012: 203) mukaan täysin rakenteinen kirjaaminen, kuten valmiiden valikoiden käyttäminen, rajoittaa hoitajien ilmaisumahdollisuuksia, eivätkä he voi kuvailla täsmällisesti, mitä tapahtui tai mitä he ovat tehneet. Vapaan tekstin kirjaaminen antaa hoitajille mahdollisuuden kuvailla asioita niin laajasti, yksityiskohtaisesti ja syvällisesti kuin on tarpeellista, jotta he pystyvät antamaan kokonaisvaltaisen kuvan potilaan näkökulmasta, hoidosta ja hoidon suunnittelusta. (Byrne 2012: 203–204)

2.3 Hoitaja kirjaajana

Kärkkäinen ja Eriksson (2005: 203) korostavat, että hoitotyön kirjaamisen keskeinen tehtävä on tehdä näkyväksi hoitotyön sisältö. Ilman kirjallista hoitokertomusta on mahdotonta todentaa, millä perustein potilaan hoitoon liittyvät päätökset ja hoitotoimet on tehty. Perusolettamus on, että mitä hoitaja ei ole kirjannut, ei ole myöskään tehty. Tutkimusten mukaan hoitajat kuitenkin jättävät tärkeitäkin potilaan hoitoon liittyviä tietoja kirjaamatta. Ei siis voida koskaan varmuudella sanoa, kuinka hyvin kirjaamiset vastaavat hoitotyön todellisuutta. (Kärkkäinen & Eriksson 2005: 203) Blair ja Smith (2012: 161) toteavat, että kiire vaikuttaa kirjaamisen laatuun: potilaskertomuksia ei pidetä ajan tasalla, asioita saattaa jäädä kirjaamatta ja varsinkin hoidon arviointi ja hoitosuunnitelman päivittäminen jätetään tekemättä. Monien hoitajien mielestä kirjaaminen on haastavaa ja jopa rasittavaa (Jefferies, Johnson, Nicholls & Lad 2012: 647).

Kärkkäisen (2007: 91) mukaan kirjaamistavat heijastavat organisaation ja siinä toimivien ammattiryhmien valtasuhteita, ja organisaatio voi jopa estää hoitajia ilmaisemasta kirjaamisella hoitotyön todellista sisältöä. Myös Kinnusen (1988: 125) mukaan terveydenhuollon organisaatioiden kolmen alakulttuurin, lääketieteen, hoitotyön ja johtamisen kulttuuri, valtasuhteet vaikuttavat hoitajien työhön ja kirjaamiseen. Kaikilla kolmella alakulttuurilla on erilaiset filosofiat, tietotaito ja työtavat. Hellesøn ja Rulandin mukaan (2001: 800) lääketieteellinen kulttuuri on usein sairaalamaailmassa voimakkain ja muut kulttuurit on valjastettu tukemaan sitä siitäkin

huolimatta, että hoitajat muodostavat yleensä suurimman ammattiryhmän sairaalassa. Kinnunen (1988: 115) toteaa, että jotkut hoitajat pitävät lääketieteellistä kulttuuria hoitotyön kulttuuria tärkeämpänä ja tekevät hoitotyötä sen mukaisesti. Toisaalta myös johdon vaikutus hoitajien ajattelutapaan voi olla suuri. Johto voi istuttaa hoitotyöhön esimerkiksi taloudellisuuden ja tehokkuuden periaatteita asiakas- tai potilaslähtöisyyden kustannuksella. (Kinnunen 1988: 125)

Lääketieteen ja johtamisen kulttuurit harvoin priorisoivat hoitotyötä ja hoitotyön kirjaamista kehittämisen kohteena. Lisäksi lääketieteen kulttuuria suosivien hoitajien ajattelu- ja työtavat näkyvät myös siinä, mitä ja miten nämä hoitajat kirjaavat potilaskertomukseen. Hoitotyön kirjaamisen tulisi heijastaa nimenomaan hoitajan tekemiä havaintoja, arvioita, päätöksiä ja toimenpiteitä (Hellesø & Ruland 2001: 800). Kirjaaminen on kuitenkin perinteisesti ollut tehtäväkeskeistä, ja hoitajat ovat kirjanneet lääkäreiden määräysten toteuttamisesta, potilaan toiminnasta ja omista tekemistään hoitotoimista. Sähköiset hoitoprosessiajatteluun perustuvat potilaskertomukset ohjaavat kirjaamaan ongelmalähtöisesti. (Mäkilä 2007: 36–37) Tämä tukee laadukasta dokumentointia kuhan ongelmat ovat potilas- eivätkä prosessilähtöisiä (Suhonen 2005: 39).

Yksilöllisyys ja potilaskeskeisyys ovat yleisiä hoitotyön periaatteita, mutta hoitotyön dokumentointi ei aina heijasta näitä periaatteita. Näin on varsinkin silloin kun kirjaaminen on liian standardoitua. (Suhonen 2005: 39–40) Byrne (2012: 203) toteaa, että Petrovskayan, McIntyren ja McDonaldin mukaan potilaan tarinan ja näkökulmien tulisi olla sähköisen potilaskertomuksen perusta. Heidän mielestään standardisointi ja monitulkintaisuuden vähentäminen jättää hoitamisen (caring), hoitajan ja potilaan vuorovaikutukseen perustuvan hoitotyön sekä potilaan perspektiivin ja kokemukset taka-alalle. Kärkkäinen (2005: 203) toteaa, että hoitotyön kirjaamisen tarkoitus saa kirjallisuudessa erilaisia painotuksia: toisten mielestä se on osoittaa, mitä hoitaja on tehnyt, ja toisten mielestä tulee painottaa hoitamisen sisältöä ja potilaan näkökulmaa.

Terveydenhuollon viestinnässä on tiettyjä vakiintuneita kielenkäytön tapoja, jotka hoitajat oppivat yleensä jo koulutuksensa aikana, ja joiden oppiminen edesauttaa pääsyä

työyhteisön jäseneksi ja mahdollisuuksia toimia siinä (Karvinen 2017: 158). Karvisen (2009) mukaan pääsy tekstintuottajayhteisön jäseneksi ja kirjaamiskokemuksen karttuminen mahdollistavat strategisesti toimivien tekstien kirjoittamistaidon oppimisen. Strategisen tekstintuottamisen välineinä toimivat teksteissä tehdyt kielelliset valinnat, jotka antavat kirjoittajalle mahdollisuuden hienovaraisen tiedon välittämiseen esimerkiksi ongelmatilanteeseen liittyen ja tehtyjen valintojen perustelemiseen.

3 KONTROLLOITU KIELI

Tässä luvussa tarkastelen kontrolloidun kielen historiaa, sen tarkoitusta ja annan muutaman esimerkin kontrolloiduista kielistä. Kontrolloitu kieli on täsmällisesti määritelty luonnollisen kielen variaatio, joka on luotu tiettyä käyttöympäristöä ja -tarkoitusta varten (van der Eijk 1997: 187). Kontrolloidut kielet luotiin alun perin helpottamaan teknisten dokumenttien lukemista ja ymmärtämistä sekä vähentämään tarvetta kääntää teknisiä dokumentteja (Crabbe 2010). Toisaalta kontrolloitu kieli helpottaa myös kääntämistä, koska yksiselitteinen sanasto ja yksinkertaiset lauseet tehostavat käännösmuistiohjelmien käyttöä. Nykyisin kontrolloidun kielen tarkoitus onkin siirtynyt tekstien luettavuuden parantamisesta konekääntämisen tehostamiseen ja käännösten laadun parantamiseen. (Kaji 1999: 37)

3.1 Kontrolloituja kieliä

Kontrolloidut kielet voidaan jakaa kahteen ryhmään perustuen siihen, mitä tarkoitusta varten ne on luotu. Jotkut kontrolloidut kielet on luotu parantamaan tekstien luettavuutta, ymmärrettävyyttä, selkeyttä ja yhdenmukaisuutta. Toisin sanoen ne on tehty ihmislukijaa varten. Kohteena voivat olla alkuperäisen luonnollisen kielen natiivipuhujat tai vieraskieliset lukijat. Toiset kontrolloidut kielet on luotu tekemään tekstien kääntämisestä, yleensä nimenomaan konekääntämisestä, helpompaa ja parantamaan käännösten laatua. (Reuther 2003)

Ensimmäinen kontrolloitu englannin kielen muoto C.K. Ogdenin Basic English julkaistiin vuonna 1932 teoksessa *Basic English, A General Introduction with Rules and Grammar* (Ruiz Cascales 2003: 4). Teollinen vallankumous yhdessä 1900-luvun alun massatuotannon ja -kulutuksen yleistymisen kanssa loivat tarpeen suurelle määrälle sekä valmistajille että kuluttajille tarkoitettuja teknisiä dokumentteja, kuten käyttöohjeita ja huoltokirjoja. Englannin kielestä oli tullut hallitseva kansainvälisen kommunikaation kieli. Ogden halusi kehittää yksinkertaisemman ja kansainvälisesti helpommin omaksuttavan englannin rajoittamalla sanastoa sekä lause- ja kielioppia.

Pyrkimyksenä oli kehittää kieli, jonka vieraskielinen oppisi nopeasti ja selkeyttää englantia äidinkielenään puhuvien kieltä. Basic English perustuu 850 sanaan ja 12 kirjoitussääntöön, jotka koskevat lähinnä sanojen johtamista ja muodostamista. Ogden näki Basic Englishin monialaisena kielenä: sen nimi on lyhenne sanoista British American Scientific International Commercial. Basic English antoi alkusysäyksen toisen kontrolloidun kielen, Caterpillar Fundamental English (CFE) kehittämiseen. (Crabbe 2010)

60-luvulla syntynyt Caterpillar Fundamental English (CFE) oli ensimmäinen teknistä dokumentointia varten kehitetty kontrolloitu kieli. Sen tarkoituksena oli tehdä teknisistä dokumenteista ymmärrettävämpiä käyttäjille, jotka eivät puhu englantia äidinkielenään, ja tehdä näin dokumenttien kääntämisestä turhaa. (van der Eijk 1997: 189) Caterpillar Inc. on pohjoisamerikkalainen raskaiden työkoneiden tuottaja. Caterpillar Fundamental English sisälsi noin 800-sanaisen rungon ja 10 sääntöä. Sen käytöstä ei ole empiiristä dataa, mutta sitä on tietävästi käytetty kymmenissä tuhansissa teknisissä dokumenteissa vuosien 1971 ja 1982 välillä. (Crabbe 2010) CFE on sittemmin korvattu Caterpillar Technical English -kielellä (CTE), jotta se sopisi yhteen KANT-käännösohjelman kanssa (Kaji 1999: 37).

Kuuluisin ja käytetyin kontrolloitu kieli, jota on käytetty teknisen dokumentoinnin apuna, on ASD Simplified Technical English (Crabbe 2010). Ensimmäinen opas julkaistiin 1986. Vuodesta 2005 alkaen julkaisusta on käytetty nimeä ASD Simplified Technical English Specification, ASD-STE100 (STE). (STEMG 2019) Kielestä käytetään myös nimityksiä Simplified Technical English (STE) ja Simplified English (SE). STE luotiin alun perin ilmailuteollisuuden huoltokirjoja varten, mutta sen käyttö on levinnyt myös muille aloille, joilla siitä on muokattu omia variaatioita. (Ceusters, Steurs, Zanstra, Van der Haring & Rogers 1998: 89)

Kontrolloituja kieliä on kehitetty muistakin luonnollisista kielistä kuin englannista. Controlled modern Greek eli kontrolloitu nykykreikka on luotu konekääntämistä silmällä pitäen (Vassiliou, Markantonatou, Maistros & Karkaletsis 2003). Controlled Chinese (CC) on kontrolloitu kieli, jonka tarkoituksena on tehdä kiinankielisten tekstien

käsittelystä kaikin puolin helpompaa. Controlled Siemens Documentary German (CSDG) on Siemensin konekääntämistä varten kehittämä kieli. GIFAS Français Rationalisé (FR) on ranskankielinen ilmailualan kieli. ScaniaSvenska (ScaniaSwedish) on rekkojen huoltokirjoja ja niiden kääntämistä varten tehty ruotsalainen kontrolloitu kieli. (Ruiz Cascales 2003: 10)

3.2 Kontrolloidun kielen periaatteita

Vaikka kontrolloitu kieli on keinotekoisesti tehty, se perustuu luonnolliseen kieleen. Siksi Ceustersin ym. (1998: 88–89) mukaan se tulee erottaa toisaalta täysin keinotekoisista kielistä, kuten esperanto tai klingoni (humanoidikieli Star Trek -sarjassa) ja toisaalta kielen variaatiosta, josta he käyttävät termiä *sublanguage*. Siinä missä *sublanguage* kehittyy luonnollisesti yhteisön sisällä, on kontrolloitu kieli keinotekoisesti tehty. Pyrkimyksenä kuitenkin on säilyttää se niin luonnollisena kuin mahdollista. (Ceusters ym. 1998: 88–89) Kontrolloidun kielen voi periaatteessa luoda kuka tahansa, mutta yleensä sellainen tehdään yrityksen sisäiseen käyttöön. Näin ovat tehneet monet kansainvälisesti tunnetut yritykset, kuten Boeing, Ericsson, General Motors, Kodak ja Xerox. (Ruiz Cascales 2003: 7–9) Monissa tapauksissa yritysten sisäisistä kontrolloiduista kielistä on saatavilla hyvin vähän julkaisuja, mikä on järkevää ajatellen niiden tuomaa etua kilpailutilanteessa (Muegge 2009: 17).

Kontrolloitu kieli voi siis olla ihmisiä eli teknisen dokumentin lukijoita tai tietokoneita eli konekääntämistä varten luotu. Kaikki kontrolloidulle kielelle ominaiset rajoitukset ja säännöt eivät palvele molempia tarkoituksia. Esimerkiksi kooltaan rajattu sanasto on perustavanlaatuinen ominaisuus kontrolloidulle kielelle, mutta sen tärkeys riippuu siitä, onko kielen tarkoitus olla helposti luettava ja ymmärrettävä vai konekäännettävä. Suurin konekääntämistä haittaava luonnollisen kielen ominaisuus on monimerkityksisyys ja siksi kontrolloiduissa kielissä pyritään välttämään sitä. Muita tyypillisiä kontrolloidun kielen ominaisuuksia ovat kieliopilliset rajoitukset (esim. lauseiden pituus, substantiivien määrä, passiivin käyttö) ja tyylilliset rajoitukset (esim. luetteloiden

käyttö). (Kaji 1999: 38) Esimerkkejä kontrolloitujen kielten säännöistä esittelen luvussa 3.4.

3.3 Kontrolloidun kielen tarkistustyökalut

Kontrolloidut kielet helpottavat yleensä enemmän tekstien lukemista kuin niiden kirjoittamista, sillä kirjoittaja on se, jonka täytyy muistaa kaikki kontrolloidun kielen säännöt ja noudattaa niitä (Xue, Poteet, Kao, Mott, Braines 2013). Jotta kontrolloidun kielen sääntöjä ei tarvitsisi opetella ulkoa, on avuksi kehitetty tietokoneohjelmia ja sovelluksia, joihin säännöt ja sanastot on ohjelmoitu. Näitä kutsutaan kontrolloidun kielen tarkistajiksi (*controlled language checkers*). (Boeing 2017)

Kontrolloitu kieli vaatii silti perehtymistä ja harjoitusta, sillä kirjoittaja joutuu kontrolloitua kieltä käyttäessään muuttamaan tapansa esittää asioita. Tarkistusohjelma nopeuttaa tekstien kirjoittamista ja muuttamista kontrolloidun kielen sääntöjen mukaiseksi. Ohjelman avulla eri kirjoittajien teksteistä saadaan yhtenäisempiä, ja aikaa säästyy, kun tekstejä ei tarvitse tarkastaa manuaalisesti. (Boeing 2017)

3.4 Kontrolloidun kielen sääntöjä

Koska kontrolloidut kielet on luotu keinotekoisesti tiettyä tarkoitusta varten, on jokaisella kontrolloidulla kielellä omat sääntönsä. Jokainen kontrolloitu kieli perustuu kuitenkin johonkin luonnolliseen kieleen, joten oletuksena on, että ainakin samaan luonnolliseen kieleen (esimerkiksi englantiin) perustuvien kontrolloitujen kielten säännöistä löytyy samankaltaisuuksia. Käsittelen seuraavassa eri kontrolloitujen kielten sääntöjä perustuen O'Brienin (2003) analyysiin. Hyödynnän O'Brienin analyysia, koska monen kontrolloidun kielen säännöt eivät ole yleisesti saatavilla. Myös muun muassa Roturier (2004) on hyödyntänyt tutkimuksissaan O'Brienin analyysia.

O'Brien (2003) analysoi kahdeksan englanninkielisen kontrolloidun kielen (AECMA Simplified English (SE), Attempto Controlled English, Alcatel's COGRAM, IBM's Easy English, GM's CASL, Océ's Controlled English, Sun Microsystem's Controlled English, Avaya's Controlled English) sääntöjä niiden tyyppien ja tyypillisyyden näkökulmasta. Eniten sääntöjä (60 kpl) sisältävällä kontrolloidulla kielellä oli lähes puolet enemmän sääntöjä verrattuna vähiten sääntöjä (31 kpl) sisältävään. Valituilla kontrolloiduilla kielillä oli keskimäärin 43 sääntöä. O'Brien (2003: 106) jakaa säännöt *leksikaalisiin*, *syntaktisiin* ja *tekstuaalisiin*. Leksikaalisten sääntöjen ensisijainen tarkoitus on vaikuttaa sanavalintaan ja syntaktisten sääntöjen lauseopillisiin valintoihin. Tekstuaaliset säännöt voidaan jakaa edelleen tekstin rakennetta määritteleviin sääntöihin (tekstin asettelu ja informaatiomäärä) sekä pragmaattisiin sääntöihin (tekstin tarkoitus ja lukijan vaste).

O'Brienin vertailemat kontrolloidut kielet sisälsivät vaihtelevasti eri tyyppisiä sääntöjä. Eniten esiintyi leksikaalisia ja syntaktisia sääntöjä. Tekstuaalisia, etenkin pragmaattisia, sääntöjä esiintyi vähiten, tosin yhden kontrolloidun kielen (AECMA SE) säännöistä jopa puolet olivat tekstuaalisia. Tämä johtunee siitä, että kyseinen kontrolloitu kieli oli ainoa tutkimukseen mukaan otettu ihmistä (lukijaa) varten luotu kontrolloitu kieli. Muut tutkimuksen kielet olivat tietokonetta varten luotuja. (O'Brien 2003: 105, 109)

O'Brienin (2003) tutkimilla kahdeksalla kontrolloidulla kielellä oli vain yksi kaikille yhteinen sääntö: Lauseet tulee pitää lyhyinä. Yleinen ohje oli käyttää enintään 20 sanaa ohjaavassa ja 25 sanaa kuvailevassa lauseessa. Muiksi yleisiksi säännöiksi O'Brien luokitteli sellaiset säännöt, jotka sisältyivät vähintään neljään kahdeksasta tutkitusta kontrolloidusta kielestä. Puolet kontrolloiduista kielistä sisälsi rajoitetun sanaston käyttöä koskevan säännön. O'Brienin (2003: 110) mukaan tämä sääntö kuitenkin mitä todennäköisimmin sisältyy myös muihin tutkimuksen kontrolloituisiin kieliin, mutta sitä ei ole erikseen tuotu esiin. Samoin puolet kielistä sisälsivät säännön ”tee ohjeistasi mahdollisimman tarkat” (*Make your instructions as specific as possible*). Kuusi tutkimuksen kielistä sisälsi nominiryppäiden pituutta rajoittavan säännön. Kolme kielistä rajoitti nominiryppäiden pituudeksi kolme nominia, yksi kielistä kaksi nominia ja loput kaksi neuvoivat vain välttämään pitkiä nominiryppäitä.

Kaikki tutkimuksen kontrolloiduista kielistä yhtä lukuun ottamatta kehottivat käyttämään artikkeleita (englannin kielessä *the*, *a* ja *an*) tai demonstratiivipronomineja tämä tai nämä (englannin kielessä *this* ja *these*). Myös seitsemän tutkimuksen kielistä sisälsi säännön ”käytä aktiivista ääntä” (*Use the active voice*). Toisin sanoen säännöt kehottivat välttämään passiivia. Toinen vältettävä muoto oli gerundi (englannin kielessä *-ing* -päätteellä verbeistä muodostetut nominit), jota suomen kielessä vastaa verbaalisubstantiivi, eli verbistä *-minen*-päätteellä tehty substantiivi, esimerkiksi *lukeminen*, *suihkuttaminen*. Gerundin käyttöä suositeltiin välttämään kuuden kontrolloidun kielen säännöissä. Lopuksi viiden kontrolloidun kielen suositus oli olla jättämättä pois relatiivipronomineja kuten joka, mikä ja mitä (englanniksi *who*, *which* ja *that*). (O’Brien 2003: 110)

O’Brien (2003: 106) listaa tarkemmin yhteensä 61 sellaista kielellistä ilmiötä, joita kontrolloitujen kielten sääntöjen avulla säädellään. Hän jakaa ilmiöt ja säännöt *leksikaalisiin*, *syntaktisiin* ja *tekstuaalisiin*. Ilmiöt ja säännöt on esitelty taulukoissa 1–3. O’Brien etenee jaottelussaan yksityiskohtaisemmasta tasosta yleisempään, mutta itse käytän tekstintutkimuksessa yleisempää tapaa ja etenen yleisemmältä (tekstuaalinen) tasolta yksityiskohtaisempaan (leksikaalinen).

Reuther (2003) jaottelee kontrolloidun kielen säännöt hyvin samaan tapaan kuin O’Brien (2003). Myös Reutherin (2003) jaottelussa säännöt kohdistuvat kolmeen tasoon, jotka ovat leksikaalinen taso, muotoilun taso ja lausetaso. Hänen mukaansa näillä tasoilla tapahtuvat variaatiot vaikuttavat eri tavoin kontrolloidulla kielellä kirjoitetun tekstin ymmärtämiseen ja käsittelemiseen eri skenaarioissa. Reutherin (2003) mukaan leksikaalisella tasolla kontrolloidun kielen säännöt kohdistuvat variaatioihin sanojen kirjoitusasussa, morfologiassa ja synonymiassa, muotoilun tasolla välimerkkien käyttöön, välilyönteihin ja typografiaan sekä lausetasolla moniselitteisiin rakenteisiin, pronomineihin, ellipsirakenteisiin, sanajärjestykseen ja yleisiin tyyliseikkoihin (esim. passiivin käyttö). Näin ollen leksikaalisen tason säännöt vaikuttavat eniten ihmislukijaa varten kirjoitetussa tekstissä ja muotoilun taso eniten konekääntämistä ajatellen. Morfologinen taso vaikuttaa molempiin käsittelytapoihin. (Reuther 2003) Kuten luvussa 3.2 todettiin, luodaan kontrolloitu kieli joko ihmistä (lukija tai kääntäjä) tai koneellista

käsittelyä (automaattinen kielen prosessointi tai konekääntäminen) varten, eivätkä kaikki säännöt ja rajoitukset palvele molempia tarkoituksia (Kaji 1999: 38).

Taulukko 1. Kielelliset ilmiöt ja kontrolloidun kielen säännöt tekstuaalisella tasolla (O'Brien 2003: 106–107 mukaellen)

Tekstuaalisen tason ilmiöt ja säännöt	
Ilmiö	Sääntö
Virkkeen pituus	Hyväksyttävän virkkeen pituuden määrittäminen
Välimerkkien käyttö	Mitä välimerkkejä voidaan käyttää ja missä
(Tekstuaaliset) tehokeinot	Metaforien, slangin ja idiomien käytön kieltäminen
Sommittelu	Milloin käytetään taulukoita tai listoja
Informaatiokuorma	Liian monimutkaisten rakenteiden kieltäminen
Informaatorakenne	Aiheen ja lausetyypin sijainnin määrittäminen
Kappaleiden rakenne	Kappaleiden tulisi kuvata tekstin logiikkaa
Kappaleiden pituus	Kappaleen pituuden määrittelemine virkkeinä
Avainsanojen käyttö	Avainsanojen käyttö selvyuden ja tekstin rakenteen parantamiseksi
Sanamäärän laskeminen	Miten tekstissä otetaan huomioon sanojen laskeminen
Isojen kirjaimien käyttö	Mitkä sanat voi kirjoittaa isoilla kirjaimilla
Sulkeiden käyttö	Parenteettisten lausekkeiden välttäminen
Tiedon tarkkuus	Tiedon esittäminen mahdollisimman täsmällisesti
Verbimuodon käyttö	Mitä verbimuotoa käytetään tietyssä tarkoituksessa, esim. imperatiivia, kun tarkoitus on ohjeista.
Tekstityypin rakenne	Tiettyjen alatyypien, kuten varoitusten tulee alkaa käskyllä (esimerkiksi)
Tekstityypin nimeäminen	Miten tietyt alatyypit tulisi nimetä
Tekstin tarkoitus	Tietyt alatyypit on kirjoitettu ainoastaan yhtä tarkoitusta varten, esim. antamaan informaatiota eikä ohjeita

Luettavuuden ja ymmärrettävyyden kannalta tärkeimmät säännöt ovat Reutherin (2003) mukaan leksikaaliset säännöt, moniselitteisiä ja monimutkaisia rakenteita koskevat säännöt, sanajärjestyksestä koskevat säännöt, elliptisiä rakenteita koskevat säännöt ja typografiaa koskevat säännöt. Leksikaaliset säännöt ovat Reutherin (2003) mukaan yksinkertaisia ja tehokkaita, eli ne muodostavat ”halvan” työkalun kielen standardoimista varten.

Syntaktisen tason kielellisistä ilmiöistä ja säännöistä osa on suomenkieleen sopimattomia, kuten artikkelin (englannin *a* ja *the*) käyttö ja lyhennetty omistusmuoto (esim. englannin kielen *Jack's*). Roikkuvaa prepositiota ei esiinny suomenkielessä, vaan suomessa monet prepositiot voivat esiintyä sekä ennen että jälkeen nominilausekkeen,

ja niitä kutsutaankin adpositioiksi (VISK 2008 § 687). Myöskään menneen ja preesensin partisiippeja ei suoraan löydy suomen kielestä, vaikkakin vastaavat rakenteet voidaan muodosta myös suomeksi. Pidän siis partisiipit vielä tässä vaiheessa jaottelussa mukana.

Taulukko 2. Kielelliset ilmiöt ja kontrolloidun kielen säännöt syntaktisella tasolla (O'Brien 2003: 107–108 mukaellen)

Syntaktisen tason ilmiöt ja säännöt	
Ilmiö	Sääntö
Määreiden käyttö	Attribuuttien käytön määrittäminen
Verbin pääluokka	Passiivin käytön kieltäminen
Segmenttien itsenäisyys	Yksittäisten segmenttien salliminen
Subjektin ja verbin kongruenssi	Subjektin ja verbin yhteensopivuuden määrittäminen
Adjektiivin toiminnallisuus	Mitä sanaluokkia adjektiivit voivat määrittää. Estää tiettyjen sanojen käytön adjektiiveina.
Adverbin toiminnallisuus	Mitä adverbit voivat määrittää, missä ne voivat esiintyä ja mitä adverbeja voidaan käyttää
Ellipsit	Ellipsin käytön kieltäminen kokonaan tai sen käytön kieltäminen tietyissä lauseen osissa
Artikkelin käyttö	Vain epämääräisen artikkelin käytön salliminen
Nominiryppään koko/rakenne	Nominiryppään pituuden määrittäminen ja tiettyjen sanojen käytön kieltäminen nominiryppäissä
Pronominien käyttö (yleisesti pronomien käytöstä)	Kaikkien tai tiettyjen pronomien käytön kieltäminen tai oikean sijamuodon käyttäminen
Prepositioiden käyttö	Prepositioiden paikan määrittäminen lauseessa ja roikkuvan preposition käytön kieltäminen
Partisiippien käyttö	Milloin ja missä menneen partisiippia voidaan käyttää. Suositellaan preesensin partisiipin käyttämistä.
Aikamuoto	Mitä aikamuotoa voidaan käyttää
Persoonamuoto	Mitä persoonaa voidaan käyttää
Luku	Artikkeli ja nomini tulisi olla samassa luvussa
Modus	Käytetään vain indikatiivia
Sija	Lyhennetyn omistusmuodon kieltäminen
Modaaliverbit	Modaaliverbien käytön kieltäminen
Appositio	Mitä sanaluokkia voidaan käyttää rinnastuksissa
Kyselyt	Kyselyiden rakenteen määrittäminen
Lauseiden yhdistäminen ja konjunktoiden käyttö (koordinaatio)	Tiettyjen konjunktoiden kieltäminen tai sen määrittäminen, että rinnastettujen lauseiden syntaktinen muoto on yhtenäinen
Välimerkkien käyttö	Mitä välimerkkejä voidaan käyttää ja missä.
Parallelismi	Taulukoilla ja listoilla tulee olla samanlaiset syntaktiset struktuurit
Toisto	Mitä virkkeessä saa ja ei saa toistaa
Listat	Miten listat tulisi esittää

Taulukko 3. Kielelliset ilmiöt ja kontrolloidun kielen säännöt leksikaalisella tasolla (O'Brien 2003: 108–109 mukaellen)

Leksikaalisen tason ilmiöt ja säännöt	
Ilmiö	Sääntö
Sanaston käyttö	Sanakirjat, sanaluokat, yhteneväisyys
Oikeinkirjoitus	Yleiset oikeinkirjoitussäännöt tai oikeinkirjoitus tietyn sanakirjan mukaan
Synonymia	Synonyymien käytön kieltäminen
Polysemia	Polyseemien käytön kieltäminen
Pronominien käyttö	Tiettyjen pronomien käytön kieltäminen
Verbimuodon valinta	Tietyn verbimuodon käyttäminen
Lyhenteiden ja akronyymien käyttö	Tiettyjen lyhenteiden ja akronyymien käytön salliminen tai kieltäminen
Etuliitteiden ja päätteiden käyttö	Tiettyjen etuliitteiden ja päätteiden käytön salliminen tai kieltäminen
Komparatiivit ja superlatiivit	Oikean komparatiivi- tai superlatiivimuodon käyttäminen
Sanojen jakaminen (tavutus)	Tavutuksen kieltäminen
Anaforinen viittaus	Anaforisena viittauksena käytettävien sanojen määrittäminen
Kvanttoreiden käyttö	Kvanttoreina käytettävien sanojen määrittäminen tai kvanttoreiden kieltäminen
Konjunktioiden käyttö	Tiettyjen sanojen konjunktioina käytön kieltäminen
Negaatiot	Negaatioina käytettävien sanojen määrittäminen ja kaksoisnegaation käytön kieltäminen
Relatiivipronominien käyttö	Relatiivipronominien poisjättämisen kieltäminen
Numerointi	Lukujen muodon määrittäminen (numero vai sana)
Päiväyksen formaatti	Päiväyksen muodon määrittäminen (numeroina vai sanallisesti)
Sanaston käyttö	Tiettyjen sanastojen käyttöön sitouttaminen
Selkeys	Selkeyteen kehottaminen
Sanayhdistelmät	Tiettyjen sanayhdistelmien käyttö tietyssä merkityksessä

Kaikki leksikaalisen tason ilmiöt ja säännöt soveltuvat suomenkielisiin teksteihin. O'Brien (2003) ei ole selittänyt sääntöjä tämän laajemmin, joten esimerkiksi verbimuodon valintaa koskevan säännön kohdalla ei mainita, onko kyse pelkistä finiittiverbeistä vai myös verbien nominaalimuodoista.

4 HOITOKERTOMUSTEN KIELI

Karvisen (2017: 158) mukaan hoitajat käyttävät hoitokertomusteksteissä tietynlaista kieltä, jonka he oppivat jo opiskeluaikana. He oppivat myös käyttämään erilaisia kielellisiä keinoja ja strategioita kuvatakseen ajatuksiaan ja pyrkimyksiään.

Tässä luvussa tarkastellaan hoitokertomusten kieltä ja sille tyypillisiä piirteitä. Tarkastelussa keskitytään vapaan kertovan tekstin osuuteen, mutta mukaan otetaan huomioita myös yleisemmin hoitoalan teksteistä sekä potilaskertomusten kielestä, sillä hoitokertomus on yksi potilaskertomuksen osa.

4.1 Hoitokertomustekstien tyyli

Koska hoitokertomusten tarkoitus on ensisijaisesti välittää tietoa asiakkaan voinnista sekä hoidosta, ovat hoitokertomukset usein tyyliltään raporttimaisia (Karvinen 2017: 156). Kertomustekstit ovat yleensä niin lyhyitä ja tehokkaita, että niitä voisi kuvata jopa sähkömäisiksi (eng. *telegraphic*) (Suominen 2009: 22; Dalianis 2018: 21). Karvisen (2009) mukaan sähkösanomatyylillä auttaa kiireisiä hoitotyön tekijöitä lukemaan ja kirjoittamaan asiakkaan hoidon kannalta olennaisista asioista. Niemikorpi (1996: 134) puhuu fragmentaarisuudesta: tekstistä karsitaan kaikki muu paitsi erikoiskielinen remaattinen (ennalta tuntematon) osa, joka esitetään kaavamaisesti.

Niemikorpi (1996: 136) toteaa, että sairaanhoitoalan teksteillä on tapana olla lauserakenteeltaan sitä täydellisempiä mitä laajempaan levitykseen ne on tarkoitettu. Suppean työyhteisön käyttöön tarkoitetuissa teksteissä voidaan jättää eksplisiittisesti mainitsematta lähes kaikki muu tieto paitsi uuteen tietoon viittaavat asiat kirjoittajan (hoitaja) ja lukijan (hoitaja, lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen) yhteisten presuppositioiden ja erikoistiedon vuoksi. Niistä tulee tiheitä ja paljon informaatiota sisältäviä. Tiedon poisjättäminen näkyy lauserakenteissa ja sanastollisissa valinnoissa. (Niemikorpi 1996: 134–135)

Joskus kertomustekstit ovat kertomusmaisempia – verbit ovat aktiivimuodossa, virkerakenteet melko täydellisiä ja ajalliset suhteet näkyviä – mutta useimmiten muodoltaan epätäydellisiä ja passiivia suosivia. Sosiaali- ja terveysministeriön suositus on, että vaikeassa tilanteessa kirjataan tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin. (Karvinen 2017: 156) Myös Karvisen (2017) tutkimuksessa epäodotuksenmukaisista tilanteista tehdyt hoitokertomuskirjaukset olivat tavallista kertomusmaisempia. Odotuksenmukaisesti sujuneissa tilanteissa on alun perinkin mukana oletus tietyistä asioista, jolloin näitä ei tarvitse erikseen toistaa. Tämä odotuksenmukaisuuden lakonia ilmenee hoitokertomusteksteissä fraasimaisina ilmaisuina, lyhyinä ja substantiivisina toiminnan kuvauksina (nominaalistukset) ja ilmipanemattomina asiakasviittauksina. (Karvinen 2017: 156–158)

4.2 Hoitokertomuksen sanasto

Hoitokertomustekstien sanasto (kuviokuva 6) sisältää paljon erikoislatermejä ja ammattislangia, jotka voivat olla toisen hoitotyön erikoisalan hoitohenkilökunnalle vaikeita ymmärtää. Potilaskertomusten teksteissä on yleensä myös paljon kirjoitusvirheitä. (Dalianis 2018: 22) Hoitokertomusmerkinnän kielen tarkistus jää toissijaiseksi tehtäväksi varsinkin kiireisessä ja nopeatempoisessa hoitotyön ympäristössä (Byrne 2012: 205). Allvin, Carlsson, Dalianis, Danielsson-Ojala, Daudaravicius, Hassel, Kokkinakis, Lundgren-Laine, Nilsson, Nytrø, Salanterä, Skeppstedt, Suominen ja Velupillai (2011: 57) ovat tutkineet suomen- ja ruotsinkielisiä hoitokertomustekstejä, joissa vaikeat sanat oli kirjoitettu monella eri tavalla. Esimerkiksi farmakologinen aine Noradrenalin oli suomenkielisissä hoitokertomusteksteissä kirjoitettu noin 350 eri tavalla. Potilaskertomustekstit kirjoitetaan usein kiireessä, eivätkä sähköiset potilaskertomukset sisällä kielentarkastustyökaluja. Sellaisia on vaikea toteuttaa siksi että terminologia on vaihtelevaa eikä noudata standardeja. (Dalianis 2018: 22)



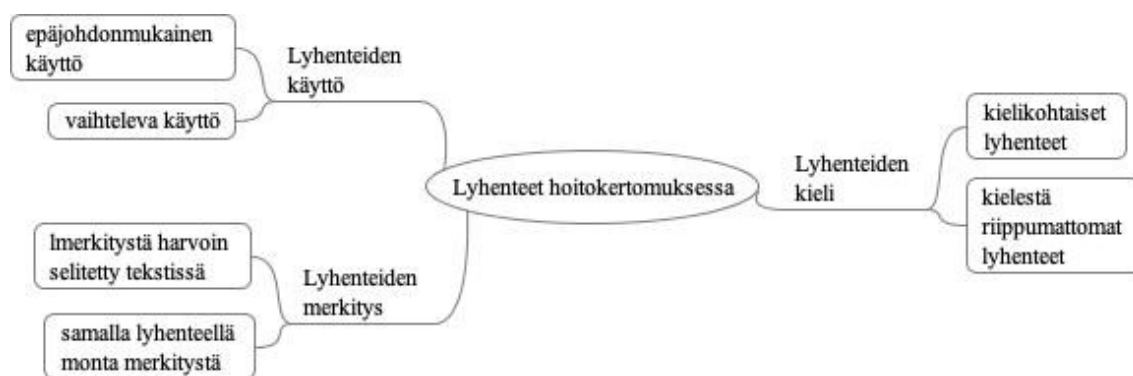
Kuvio 6. Hoitokertomustekstien sanaston erityispiirteet

Allvinin ym. (2011: 58) tutkimuksessa sekä suomen- että ruotsinkieliset hoitokertomustekstit sisälsivät paljon negaatioita: kielto sanat *ei*, *ej*, *inte* ja *ingen* olivat aineiston tavallisimpia sanoja. Myös lääkärit ovat perinteisesti käyttäneet teksteissään negaatioita, kun he pohtivat potilaan tilaa toteamalla, mitä oireita tai merkkejä sairaudesta potilaalla ei ole ja sulkemalla pois mahdollisia diagnooseja. Hoitajien kirjoittamista teksteistä negaatioita löytyy vähemmän kuin lääkäreiden teksteistä. (Dalianis 2018: 27–28) Allvinin ym. (2011: 58) tutkimuksessa myös ajan määreitä, kuten *aika*, *ilta*, *yö*, oli käytetty usein. Pronomineja sen sijaan esiintyi harvoin, ja etenkin minä-pronominin käyttö oli harvinaista (Allvin ym. 2011: 57).

4.3 Lyhenteet hoitokertomuksessa

Lyhenteiden käyttö hoitokertomusteksteissä (kuvio 7) on tavallista (Pakhomov, Pedersen & Chute 2005: 589; Allvin ym. 2011: 57; Moon, Ihrke, Zeng & Liu 2017: 1302). Ne tehostavat kertomustekstien kirjoittamista. Lyhenteet ovat usein itse muodostettuja (ei-standardoituja) ja tietyille erikoisalalle tyypillisiä (Dalianis 2018: 22, 25). Allvin ym. (2011) tutkivat suomen- ja ruotsinkielisiä hoitokertomustekstejä, ja heidän aineistossaan miltei kaikki päivittäismerkinnät sisälsivät useita lyhenteitä. Kertomusteksteistä löytyi sekä kielikohtaisia lyhenteitä että sellaisia, joita käytetään molemmissa kielissä (suomessa ja ruotsissa). Kertomukset sisälsivät siis myös kielestä riippumatonta sanastoa. Suomenkielisten kertomustekstien tyypillisimmät lyhenteet olivat *RR*, *SR*, *CVP*, *h*, *ad*, *ml*, *ok*, *vas.* ja *oik.*

Lyhenteiden käyttö on yleensä hoitokertomusteksteissä epäjohdonmukaista ja vaihtelevaa (Pakhomov ym. 2005: 589; Moon ym. 2017: 1302). Lyhenteitä on myös harvoin selitetty tekstissä (Moon ym. 2017: 1302). Tämä hidastaa tekstin lukemista, koska lukijan täytyy yrittää tulkita lyhenteiden merkitys (Dalianis 2018: 25–26). Koska mahdollisten lyhenteiden määrä on rajattu, voi samalla lyhenteellä olla lukuisia eri merkityksiä. (Moon ym. 2017: 1302)



Kuvio 7. Lyhenteet hoitokertomuksessa

Pakhomov ym. (2005: 589) antavat esimerkin lyhenteestä RA, joka voi (englannin kielisissä teksteissä) olla lyhenne muun muassa sanoista *rheumatoid arthritis*, *renal artery*, *right atrium*, *right atrial*, *refractory anemia*, *radioactive*, *right arm* [sic], *rheumatic arthritis*, *ragweed antigen*, *refractory ascites*, *renin activity* jne. Joskus lyhenteen merkityksen voi päätellä kontekstista, jossa se esiintyy. Esimerkiksi lyhenteen RA esiintyessä kardiologian erikoisalan kertomustekstissä, viitataan sillä luultavasti käsitteeseen *right atrium* (suomeksi oikea eteinen). Näin ollen on epätodennäköistä, että se sekoittuu esimerkiksi käsitteeseen *rheumatoid arthritis* (suomeksi nivelreuma), joka esiintyisi todennäköisemmin reumatologian tekstissä. Toisaalta reumatologian tekstissä voidaan suurellakin todennäköisyydellä viitata myös oikeaan käsivarteeseen, eli englanniksi *right arm*. (Pakhomov ym. 2005: 589)

Sama lyhenne voi siis esiintyä samassakin tekstissä eri merkityksessä. Moon ym. (2017: 1302) esittävät esimerkin, jossa lyhenne PT voi samassa tekstissä viitata sekä käsitteeseen *patient* eli potilas että käsitteeseen *Prothrombin time* (suomeksi käytetään

yleisesti termiä tromboplastiiniaika). Esimerkki on englannin kielestä, mutta soveltuu yhtä hyvin suomenkielisiin kertomusteksteihin. Lyhenteiden epäjohdonmukaisuus tekee hoitokertomustekstien lukemisesta ja ymmärtämisestä vaikeaa, ja lisäksi ne hankaloittavat tekstien koneellista käsittelyä (Pakhomov ym. 2005: 589).

4.4 Lauseenjäsenten poisjättäminen

Hoitokertomusteksteille on tyypillistä epätäydelliset ja jopa virheelliset lauserakenteet. Lauseista puuttuu usein subjekti, objekti ja/tai verbi. (Laippala, Ginter, Pyysalo & Salakoski 2009: e8; Allvin ym. 2011: 55–56) Niemikorven (1996: 135) mukaan potilaskertomusten teksteistä jätetään yleensä pois nominaaliset lauseenjäsenet, pääverbi (erityisesti olla-verbi), kieltosanan yhteydessä muu verbi ja konjunktiot. Karvinen (2009) toteaa, että vaikka kirjaustekstit vaikuttavat kieleltään vajailta ja epätäydellisiltä, palvelevat ne sellaisina hoitotyön käytäntöjä sekä hoitajien tarpeita ja tavoitteita.

Lauseenjäsenten poisjättäminen saattaa selittyä sillä, että tietyt lauseen elementit, kuten subjekti ja predikaatti, ovat hoitokertomuskontekstissa itsestään selviä (Laippala ym. 2009: e8). Subjektien puuttuminen hoitokertomusteksteistä heijastuu verbien käyttöön. Silloin kun lauseessa esiintyy verbi, sen tavallisin aikamuoto on perfekti, mutta ilman olla-apuverbiä. Olla-apuverbin käyttö ei ole luonnollista silloin kun lauseessa ei käytetä subjekta. Sekä partisiipin preesensissä että perfektissä on tavallista olla-verbin puuttuminen. (Allvin ym. 2011: 56) Hoitokertomusteksteille on tyypillistä myös epäselvät virkkeiden väliset rajat, jolloin useampi lause yhdistyy toisiinsa ilman konjunktiota (Laippala, Viljanen, Airola, Kanerva, Salanterä, Salakoski & Ginter 2014: 132).

Allvinin ym. (2011: 55–56) tutkimuksessa vapaamuotoiset kertovat hoitokertomustekstit sisälsivät harvoin subjekteja tai objekteja silloin kun hoitajat kirjoittivat potilaasta. Jos lukija ei ole terveydenhuollon ammattilainen, hän saattaa hämmentyä siitä, mikä/kuka on lauseen subjekti, siis esimerkiksi potilas vai hoitaja.

(Allvin ym. 2011: 55–56) Tiililän (2017: 12) mukaan asiakastekstien subjektiivuuden edellytyksenä on pidetty sitä, että asiakkaaseen viittaava ilmaus on niiden lauseiden subjekti, joissa asiakkaasta kirjoitetaan, ja subjektin puuttumisen on katsottu kielivän kielellisestä vallankäytöstä. Samalla hän kuitenkin muistuttaa, että subjekti kielitieteellisenä käsitteenä ei ole sama kuin filosofiasta kumpuava ajatus toimivasta ja itsemääräämisoikeutta käyttävästä minästä. (Tiililä 2017: 11–12)

Esimerkki lauseesta, josta on jätetty pois verbi, on esimerkkikertomuksen (liite 2) lause *Löysää ulostetta pieni määrä portatiiviin*. Lausetta voisi täydentää esimerkiksi lisäämällä siihen verbin *tullut* (*Löysää ulostetta [tullut] pieni määrä portatiiviin.*), mutta jokin muukin verbi voisi tulla kyseeseen. Samankaltainen tilanne on lauseessa *Nestelistalla 1500 ml klo 14.30*. Lausetta olisi mahdollista täydentää useammallakin eri verbillä (esimerkiksi *oli, näkyi, oli mennyt*), mutta verbi ei lisäisi mitään lauseen informaatioisisältöön. Lause ei sen informaatioisisällön kannalta myöskään kaipaa subjektia. Nämä lauseenjäsenet voidaan siis hoitokertomustekstien kielessä jättää pois eli ”nollata”. Jäljelle jää usein nomini- tai adjektiivilauseke, esimerkiksi *Tajuton*. (Laippala ym. 2009: e8) Hoitokertomuksissa näkee usein käytettävän ilmaisua *hyvä vointi* tai *hyvävointinen* omana lauseenaan. Ongelmallista tämän tyyppisissä ilmauksissa on se, että ne antavat hyvin vähän tietoa potilaan todellisesta tilasta ja hoidon tarpeesta muille kuin hoitajille, mikä voi vähentää hoitajien tekemien kirjausten painoarvoa muiden mielissä (Jefferies, Johnson & Nicholls 2011: e8).

4.5 Nominaalistus

Lause jää ilman finiittimuotoista verbiä myös silloin, kun käytetään nominaalistusta, eli verbistä tehdään substantiivi yleensä -U-, -Us- tai -minen -johdoksen avulla. Karvisen (2017: 156) tutkimuksessa hoitokertomuksissa esiintyviä tyypillisiä nominaalistuksia olivat esimerkiksi *rasvaus* ja *suihkuttaminen*. Nominaalistukset toimivat erityisen hyvin tekstiä tiivistävänä ja kirjaamista yhtenäistävänä elementtinä kirjoitettaessa rutiininomaisista asioista esimerkiksi kuvattaessa asiakkaan tilaa, kykyä, toimintaa tai mittaustuloksia. Toisaalta nominaalistusten jatkuva viljeleminen tekee

hoitokertomuksesta pelkän suoritusten kuvauksen ja asiakas yksilönä jää huomioimatta. (Karvinen 2017: 161)

Hiidenmaan (2000: 55) mukaan nominaalistusten avulla tuodaan esiin tekstin teema ja asiat voidaan esittää kuin ne olisivat ennestään tuttuja. Hän kutsuu nominaalistusta kieliopilliseksi metaforaksi ja sen avulla voidaan esitellä laajoja kokonaisuuksia, joihin yhdistetään uusia ominaisuuksia ja tietoja. Nominaalistukset nimeävät ilmiötä, kun verbit nimeävät prosessia. Siinä missä verbirakenteeseen kuuluu toimija, tempus, modaalisuus ja muita ominaisuuksia, liittyy nominaalistuksiin usein määritteleviä attribuutteja. Nominaalistukset tekevät tekstistä täten verbirakenteita abstraktimpaa eli vähemmän konkreettista. (Hiidenmaa 2000: 55–56)

4.6 Passiivin käyttö

Nominaalistusten lisäksi passiivin käyttö on keino, joka tekee hoitokertomustekstistä kohteliaampaa ja diplomaattisempaa. Kirjoittaja on ulkopuolinen, objektiivinen tarkkailija ja kuvaa omaa toimintaansa passiivin ja toimintaa tiivistävien substantiivien, eli nominaalistusten avulla (Karvinen 2017: 157). Passiivin käyttö liittyy myös hoitajan pyrkimykseen rakentaa ammatillista uskottavuutta ja vähentää henkilökohtaista vastuuta. Karvinen pohtii, onko yksittäisen hoitajan edes tarpeen tuoda esiin toimintaansa eksplisiittisesti työssä, jota tehdään yleensä vuoroissa useamman eri hoitajan voimin. Hoitajat käyttävät yleensä persoonamuotoista aktiivia omasta toiminnastaan kertoessaan silloin, kun toimintaa on tarpeellista erityisesti korostaa. Tällöin passiivista poikkeaminen on toimiva retorinen valinta. (Karvinen 2017: 156–157; 161–162)

Taylor (2008: 31) on tutkinut sosiaalihuollon tekstejä, ja hän tekee eron näyttämisen (*showing*) ja kertomisen (*telling*) välille. Näyttämisellä hän tarkoittaa sitä, että ”kertoja” kirjoittaa tapahtumista, kokemuksista ja niin edelleen, mutta ei ole itse tekstissä näkyvillä. Passiivi on yksi keinoista häivyttää kertoja tekstistä. Näin lukija saa itse muodostaa oman tulkintansa tekstin sisällöstä. Kertominen tarkoittaa päinvastoin sitä,

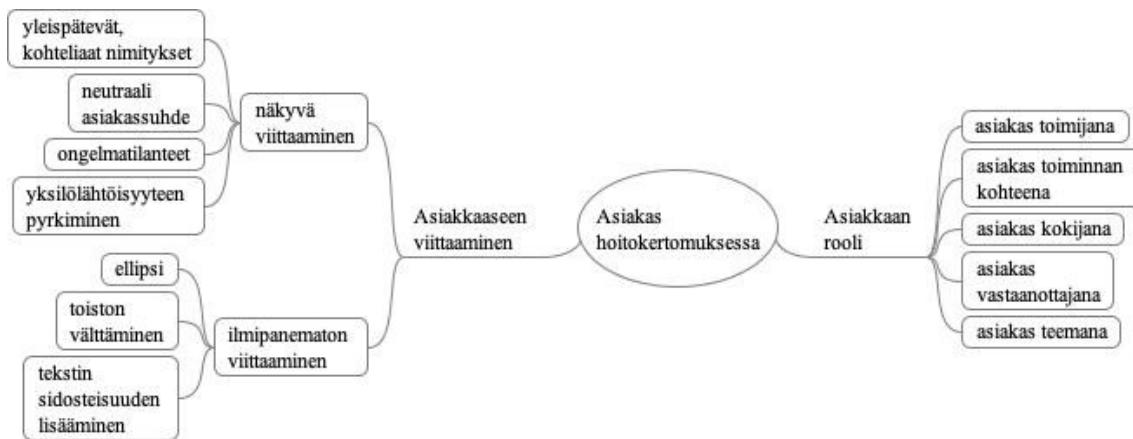
että kertoja on läsnä tekstissä ja tuo esille omia mielipiteitään ja tulkintojaan tilanteesta. (Taylor 2008: 30)

Taylorin (2008: 32) mukaan terveydenhuollon teksteissä pyritään yleensä tuomaan faktat esille ”kliinisesti” ja persoonattomasti, eli värittämättä niitä tunteilla. Terveydenhuollon ammattilaisten toiminta tuodaan teksteissä esille, sillä on tärkeä kertoa, millaista hoitoa potilas on saanut. Tekijät kuitenkin häivytetään tekstistä passiivin avulla, jolloin painopiste teksteissä on sillä mitä on tehty ja miten eikä sillä, kuka on tehnyt ja onko hän toiminut oikein.

4.7 Asiakas hoitokertomuksessa

Asiakas voi esiintyä hoitokertomusteksteissä eri tavoin (kuvio 8). Asiakas voi toimia teksteissä eri rooleissa. Häneen viitataan joko näkyvästi käyttäen jotakin nimitystä tai ilmiänsanomattomasti eli ilman nimitystä.

Kuten Allvinin ym. (2011) myös Karvisen (2017) tutkimissa hoitokertomusteksteissä asiakas esitettiin harvoin objektina, eli toiminnan kohteena. Asiakas oli teksteissä objektina silloin, kun hän oli varsin autettava. Tämä voi johtua kirjoitusohjeista tai toisaalta siitä, että nominaalilausekkeet eivät tarjoa asiakkaalle lauseenjäsenen paikkaa eikä sitä myöten minkäänlaista rooliakaan. (Karvinen 2017: 160) Karvisen tutkimuksessa asiakkaaseen viitattaessa käytettiin yleispäteviä, kohteliaita nimityksiä kuten rouva tai herra. Nämä nimitykset olivat yleisimpiä ongelmatilanteissa. Tällöin voi olla kyse kohteliaisuus- tai varautumisstrategiasta, sillä asiakkaalla on oikeus lukea hänestä kirjoitetut tekstit. Kohteliaista ilmaisua voidaan käyttää myös ilmaisemaan neutraalia suhdetta asiakkaaseen tai tilanteeseen. (Karvinen 2017: 156–159)



Kuvio 8. Asiakas hoitokertomuksessa

Karvisen (2017: 158–159) mukaan asiakas voi olla teksteissä muussakin kuin aktiivisen toimijan tai passiivisen objektin roolissa kuten esimerkiksi kokijana, vastaanottajana tai teemana. Toimijan roolia käytetään hoitokertomuksissa usein silloin, kun referoidaan asiakkaan omia sanoja tai kokemuksia ja erityisesti kielentävien verbien yhteydessä. Toimijana asiakkaaseen voidaan viitata joko näkyvästi tai ilmipanemattomasti. Ilmipanematon eli elliptinen viittaustapa tarkoittaa, että asiakas on läsnä teksteissä, vaikka häneen ei aina viitata millään erillisellä sanalla. Elliptisen viittaustavan avulla vältetään toistoa ja lisätään tekstin sidosteisuutta. Tuomalla asiakkaan näkyville tekstissä hoitaja voi omalta osaltaan vetäytyä esitetyn tiedon totuudenmukaisuudesta. Tämä näkyy etenkin tilanteissa, joissa hoitajan omat havainnot saattavat olla ristiriidassa asiakkaan omaan kertomukseen. Toisaalta asiakkaan näkyvä rooli ilmentää pyrkimystä yksilölähtöiseen hoitotyön toteuttamiseen ja hoidon arviointiin. (Karvinen 2017: 156, 158–159)

4.8 Esimerkki hoitokertomuksesta

Liitteessä 2 on esimerkki Effica-potilastietojärjestelmän hoitokertomusnäkökulmasta. Esimerkki on tehty fiktiivisestä potilaasta, mutta kirjaukset jäljittelevät aitoja hoitajien tekemiä päivittäiskirjauksia. Esimerkistä käy ilmi monta hoitokertomusteksteille tyypillistä elementtiä.

Esimerkiksi virke ”*Viety portatiivi, ohjattu plasta ottamaan ulostenäyte sekä soittamaan kelloa kun näyte on saatu*” on hoitokertomusteksteille tyypillisesti passiivissa. Kirjoittaja ei tuo virkkeessä itseään eikä potilasta ilmi tekijöinä, ja esimerkiksi *näyte* (vaikka esiintyykin lauseessa *kun näyte on saatu* objektina) saadaan ikään kuin passiivisesti ilman potilaan tai hoitajan aktiivista tekemistä (näytteen ottamista). Virke myös poikkeaa monella tapaa kirjoitetun suomen säännöistä. Siitä puuttuu olla-apuverbi passiivin perfektimuotoisien verbien yhteydestä (*[on] viety, [on] ohjattu*) ja datiiviadverbiaali, joka kuvaisi, kenelle portatiivi on viety (*[Potilaalle/rouvalle/Maijalle] [on] viety portatiivi*). *Portatiivi* on erikoiskielen termi ja tarkoittaa siirrettävää WC-istuinta eli isokokoista pottaa. Virke sisältää myös lyhenteen *plasta*, joka on sisälyhenne sanasta *potilas*, mutta sen taivutuksessa on oikaistu jättämällä pois kaksoispiste taivutuspäätteen edestä (*pla[:]sta*).

4.9 Yhteenveto hoitokertomusten kielen ominaispiirteistä ja kontrolloidun kielen säännöistä

Tässä luvussa on käsitelty hoitokertomusten kielelle ominaisia piirteitä aikaisempien tutkimusten valossa. Ne voidaan jaotella tekstuaalisen, syntaktisen ja leksikaalisen tason piirteisiin (taulukko 4). Tämä jaottelu perustuu luvussa 3.4 esiteltävään O’Brienin (2003) jaotteluun kontrolloidun kielen säännöistä. Käytän tässä samaa jaottelua, koska samat jaotteluperusteet sopivat molempiin, ja ne tukevat analyysin vaihetta, jossa tarkastellaan kontrolloidun kielen sääntöjen sopivuutta hoitotyön sähköisen kirjaamisen kielen yhtenäistämiseen.

Tekstuaalinen taso sisältää tekstien ja virkkeiden pituuteen, informaatioisisältöön, välimerkkien poisjättämiseen ja virheellisiin kirjoitusasuihin liittyviä ominaispiirteitä. Näistä useimmat ovat näkyvimpiä piirteitä hoitokertomusteksteissä. Tekstuaalisen tason piirteistä virkkeiden pituus ja informaatioisisältö liittyvät syntaktisen tason ominaispiirteisiin lauseenjäsenten poisjättäminen, nominaalistuksen ja ellipsit, jotka liittyvät tekstin tiivistämiseen. Tekstin tiiviys johtaa *informaatiotiheyteen*, jolla korvataan *informaatiokuorma* yhtenä tekstuaalisen tason ominaispiirteenä.

Taulukko 4. Kielellisten ominaispiirteiden jaottelu

Hoitokertomusten ominaispiirteet		
Tekstuaalinen taso	Syntaktinen taso	Leksikaalinen taso
lyhyet tekstit	epätäydelliset ja virheelliset lauserakenteet	vähän pronomineja
informaatiotiheys	lauseenjäsenten poisjättäminen	vähän verbejä
virheelliset kirjoitusasut	nominaalistukset	vähän konjunktioita
välimerkkien poisjättäminen	nomini- ja adjektiivilausekkeet	paljon kieltosanoja
	ellipsit	paljon ajanmääreitä
	passiivi persoonamuotona	paljon lyhenteitä, ei-standardoituja
		erikoisatermit
		ammattislangi
		ilmipanematon viittaus asiakkaaseen

Leksikaalinen taso viittaa ominaispiirteisiin, jotka liittyvät hoitokertomusten sanastoon ja yleisemmin sanavalintoihin. Aikaisemmista tutkimuksista kävi ilmi, että hoitokertomuksissa esiintyy vähän pronomineja, mutta paljon lyhenteitä, erikoisatermejä, ammattislangia ja ajanmääreitä. Lisäksi niissä todettiin, että lyhenteet ovat yleensä standardoimattomia. Asiakkaaseen viittaaminen tapahtuu tutkimusten mukaan yleensä ilmipanemattomasti, eli asiakas on läsnä tekstissä, vaikka häneen ei viitata nimellä tai muulla nimityksellä.

Syntaktisella tasolla tarkastellaan lauserakenteisiin, lauseenjäseneihin ja sanaluokkiin liittyviä ominaispiirteitä hoitokertomuksissa. Näitä ovat tutkimusten mukaan epätäydelliset ja virheelliset lauserakenteet, lauseenjäsenten poisjättäminen, nominaalistusten sekä nomini- ja adjektiivilausekkeiden runsas esiintyminen, ellipsit sekä passiivin käyttö persoonamuotona.

Taulukko 5. Tekstuaalisen tason ominaispiirteiden ja sääntöjen yhdistäminen

Tekstuaalisen tason kielelliset ilmiöt	Tekstuaalisen tason säännöt
lyhyet tekstit	Hyväksyttävän virkkeen pituuden määrittäminen Kappaleen pituuden määrittelemine virkkeinä
paljon informaatiota	Liian monimutkaisten rakenteiden kieltäminen
välimerkkien poisjättäminen	Mitä välimerkkejä voidaan käyttää ja missä
virheelliset kirjoitusasut	Mitkä sanat voi kirjoittaa isoilla kirjaimilla

Luvussa 3.4 käsiteltiin kontrolloitujen kielten sääntöjä O'Brienin (2003) ja Reutherin (2003) jaottelujen mukaan. Esittelen taulukoissa 5, 6 ja 7 koosteen, jossa kontrolloitujen kielten säännöt on yhdistetty hoitokertomusten kielellisiin ominaispiirteisiin. Käytän O'Brienin (2003) käyttämää jaottelua tekstuaalinen, syntaktinen ja leksikaalinen taso.

Taulukko 6. Syntaktisen tason ominaispiirteiden ja sääntöjen yhdistäminen

Syntaktisen tason kielellinen ominaispiirre	Syntaktisen tason sääntö
epätäydelliset ja virheelliset lauserakenteet	Prepositioiden paikan määrittäminen lauseessa
lauseenjäsenten poisjättäminen	
nominaalistukset	Milloin ja missä menneen partisiippia voidaan käyttää. Suositellaan preesensin partisiipin käyttämistä.
passiivi persoonamuotona	Passiivin käytön kieltäminen
nomini- ja adjektiivilausekkeet	Mitä adverbit voivat määrittää, missä ne voivat esiintyä ja mitä adverbejä voidaan käyttää Nominiryppään pituuden määrittäminen ja tiettyjen sanojen käytön kieltäminen nominiryppäissä Mitä sanaluokkia adjektiivit voivat määrittää. Estää tiettyjen sanojen käytön adjektiiveina.
ellipsit	Ellipsin käytön kieltäminen kokonaan tai sen käytön kieltäminen tietyissä lauseen osissa

Tekstuaalisen tason säännöistä suoraan tekstien pituuteen liittyvät *hyväksyttävän virkkeen pituuden määrittäminen* ja *kappaleen pituuden määrittelemine virkkeinä*. Sääntö *liian monimutkaisten rakenteiden kieltäminen* liittyy informaatiokuormaan. Kaksi muuta sääntöä on yhdistetty tässä vaiheessa aiheeltaan vastaaviin ilmiöihin, vaikka ne eivät suoraan sovi ratkaisuksi näihin. (Taulukko 5)

Tässä vaiheessa hoitokertomusten kielen ominaispiirteet ja kontrolloidun kielen säännöt yhdistetään intuitiivisesti teemoittain. Siksi jotkin ilmiö-sääntö-yhdistelmät voivat olla tässä vaiheessa epäloogisia, kuten leksikaalisen tason sääntö *tietyn verbimuodon käyttäminen* ominaispiirteeseen *vähän verbejä* (taulukko 7). Syntaktisen tason ilmiölle *lauseenjäsenten poisjättäminen* ei löydy sopivaa sääntöä lainkaan (taulukko 6).

Taulukko 7. Leksikaalisen tason ominaispiirteiden ja sääntöjen yhdistäminen

Leksikaalisen tason kielellinen ominaispiirre	Leksikaalisen tason sääntö
paljon erikoisalatermejä	Sanakirjat, sanaluokat, yhteneväisyys
	Tiettyjen sanastojen käyttöön sitouttaminen
	Yleiset oikeinkirjoitussäännöt tai oikeinkirjoitus tietyn sanakirjan mukaan
ammattislangi	Metaforien, slangin ja idiomien kieltäminen
asiakkaaseen viittaukset ilmipanemattomia	Anaforisena viittauksena käytettävien sanojen määrittäminen
paljon standardoimattomia lyhenteitä	Tiettyjen lyhenteiden ja akronyymien käytön salliminen tai kieltäminen
vähän verbejä	Tietyn verbimuodon käyttäminen
	Modaaliverbien käytön kieltäminen
vähän konjunktioita	Tiettyjen sanojen konjunktioina käytön kieltäminen
	Tiettyjen konjunktoiden kieltäminen tai sen määrittäminen, että rinnastettujen lauseiden syntaktinen muoto on yhtenäinen
paljon kielto sanoja	Negaatioina käytettävien sanojen määrittäminen ja kaksoisnegaation käytön kieltäminen
vähän pronomineja	Tiettyjen pronomien käytön kieltäminen
	Relatiivipronominien poisjättämisen kieltäminen
paljon ajanmääreitä	Päiväyksen muodon määrittäminen (numeroina vai sanallisesti)

Olen jättänyt jaottelusta pois tässä vaiheessa sellaiset säännöt, jotka eivät sovi yhteen minkään ominaispiirteen kanssa. Poisjätettyjä sääntöjä saatan poimia takaisin mukaan myöhemmässä vaiheessa, kun selviää, millaisia ominaispiirteitä aineistosta nousee esiin. Hyödynnän samaa jaottelua myöhemmin analyysiosassa, kun tarkastelen mahdollisuuksia soveltaa kontrolloidun kielen sääntöjä hoitokertomusten kielen yhtenäistämiseen. Koostaan silloin näiden taulukoiden pohjalta uudet taulukot, joihin otan mukaan vain ne hoitokertomustekstien ominaispiirteet, joiden esiintymisessä on aineiston perusteella eroavaisuuksia eli yhtenäistämisen tarve.

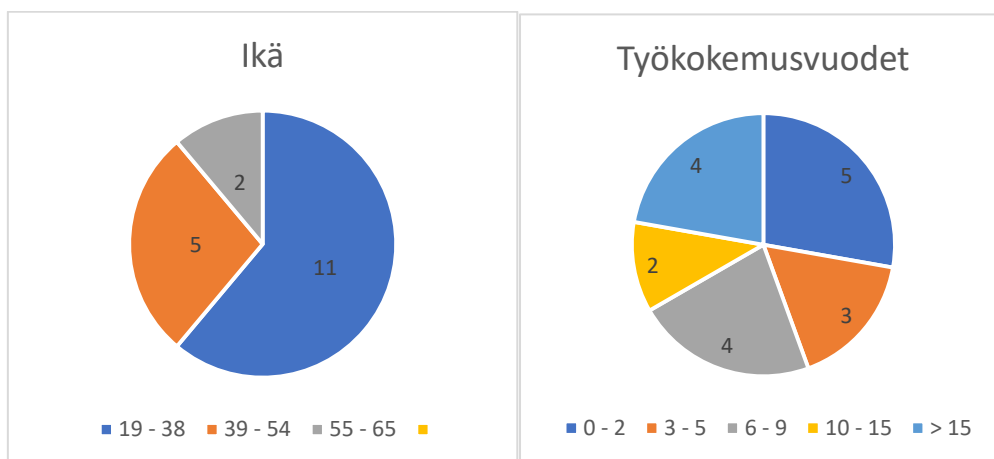
5 HOITOKERTOMUSTEKSTIEN KIELEN OMINAISPIIRTEIDEN ANALYYSI

Tutkimukseni aineisto koostuu synnyttäneiden osaston hoitajien kirjoittamista hoitokertomusteksteistä ja hoitajien taustatiedoista. Tässä luvussa tarkastelen hoitokertomustekstien kielellisiä ominaispiirteitä ja sitä, onko ominaispiirteiden esiintymisessä eroavaisuuksia kirjoittajien välillä. Jos eroavaisuuksia ilmenee, tutkin onko kirjoittajien taustatekijöillä vaikutusta mahdollisiin eroavaisuuksiin. Näiden tarkasteluiden perusteella selvitan, miten kontrolloitua kieltä voidaan hyödyntää hoitokertomusten kielen yhtenäistämiseen yhdistämällä lähteissä esiintyneitä kontrolloidun kielen sääntöjä hoitokertomustekstien kielellisiin eroavaisuuksiin (luku 6).

Esittelen ensin tarkemmin tutkimukseen osallistuneet vastaajat (5.1) ja keräämäni aineiston (5.2). Sen jälkeen käyn läpi aineiston analyysin tulokset ominaispiirre kerrallaan ja vedän tulokset yhteen. Esittelen tulokset lähtien hoitokertomustekstien tekstuaalisen tason ominaispiirteistä ja etenen syntaktisen tason piirteistä leksikaalisen tason piirteisiin. Lähtökohtana analyysissa olivat kielelliset piirteet, jotka ovat lähteittäni mukaan hoitokertomusteksteille ominaisia.

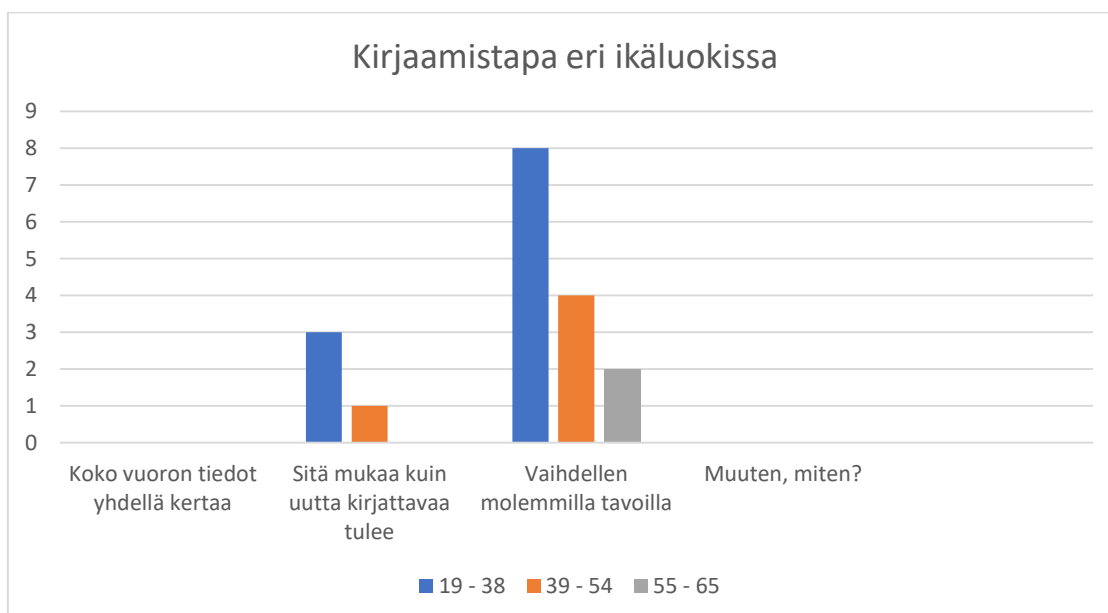
5.1 Vastaajien ja kirjaamistapojen esittely

Keräsin tutkimuksen aineiston verkkokyselyn (liite 1) avulla, jonka lähetin erään keskussairaalan synnyttäneiden osaston hoitohenkilökunnalle. Kyselyssä pyysin osaston hoitajia kirjoittamaan hoitokertomustekstit kahdesta fiktiivisestä potilastapauksesta. Verkkokyselyn avulla keräsin myös hoitajien taustatietoja sekä tietoja heidän kirjaamistavoistaan. Kerättyjä taustatietoja olivat ammatti, ikä ja työkokemus vuosina. Tutkimukseen vastanneista 18 hoitajasta 15:n ammatti oli kättilö ja kolmen lastenhoitaja. Tutkimukseen osallistui hoitajia kaikista ikä- ja työkokemusvuosiryhmistä. Suurin osa hoitajista oli iältään 19–38 vuotiaita (kuvio 9). Työkokemusvuosien mukaan jakauma oli tasaisempi (kuvio 9).



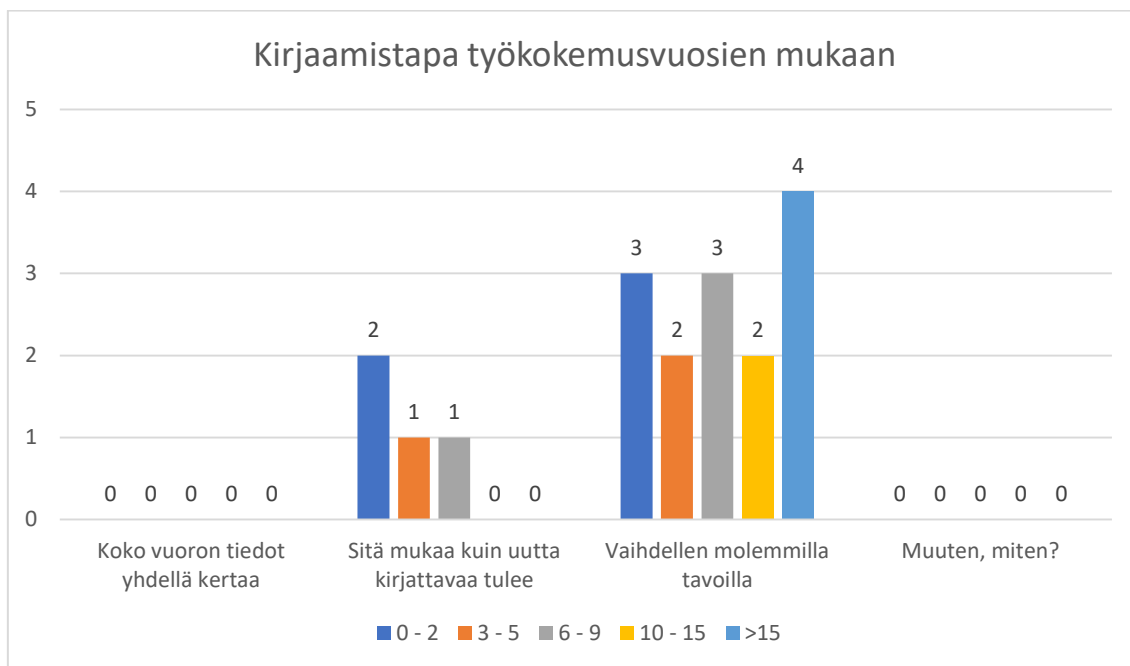
Kuvio 9. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien iät ja työkokemusvuodet

Hoitajilta kysyttiin, kirjaavatko he koko vuoron tiedot kerralla, sitä mukaa kuin uutta kirjattavaa tulee vuoron kuluessa vai vaihdellen molemmilla tavoilla. Suurin osa, eli 14 hoitajaa ilmoitti kirjaavansa vaihdellen molemmilla tavoilla ja loput neljä sitä mukaa kuin uutta kirjattavaa tulee. Iän mukaan tarkasteltuna (kuvio 10) kaikki vanhimpaan ikäluokkaan kuuluvat kirjaavat vaihdellen molemmilla tavoilla, tosin heitä oli vain kaksi.



Kuvio 10. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kirjaamistapa iän mukaan

Työkokemusvuosien mukaan tarkasteltuna (kuvio 11) voidaan todeta, että kaikki kauimmin (10–15 vuotta ja >15 vuotta) töissä olleet ilmoittivat kirjaavansa vaihdellen molemmilla tavoilla.

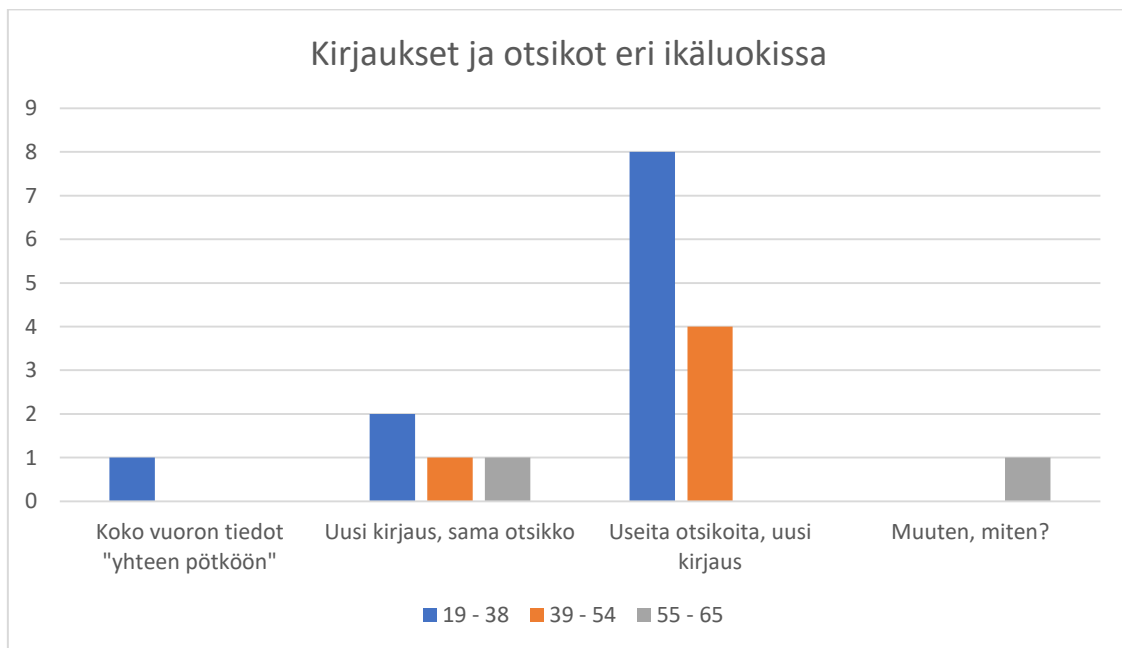


Kuvio 11. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kirjaamistapa työkokemusvuosien mukaan

Hoitajilta kysyttiin myös, kirjaavatko he kaikki tiedot samaan kirjaukseen yhden otsikon alle eli ”yhteen pötköön”, useampaan eri kirjaukseen samaa otsikkoa käyttäen, useampaan eri kirjaukseen eri otsikoita käyttäen vai jollain muulla tavalla. Otsikoiden käyttö liittyy rakenteisen prosessimallin mukaiseen kirjaamiseen (kuvio 5). Kirjaamisen aihetta vastaavan komponentin alta valitaan pää- tai alaluokkatason otsikko, jonka alle vapaa teksti kirjoitetaan (liite 2). Esimerkiksi vastasyntyneestä kirjatessa valitaan komponentin *elämänkaari* alta yleensä pääluokka *vastasyntyneen seuranta ja hoito*, joka toimii otsikkona vapaalle tekstile. Synnyttäneestä äidistä kirjattaessa valitaan saman komponentin (*elämänkaari*) alta pääluokka *synnytyksen jälkeinen seuranta ja hoito*. Äideistä kirjattaessa käytetään yleisesti muitakin otsikoita, esimerkiksi *elämänkaari – imetyksen ohjaus* tai *lääkehoito – lääkkeen antaminen – lääkkeen antaminen suun kautta* jne. Vastasyntyneestäkin voitaisiin samaan tapaan kirjata eri

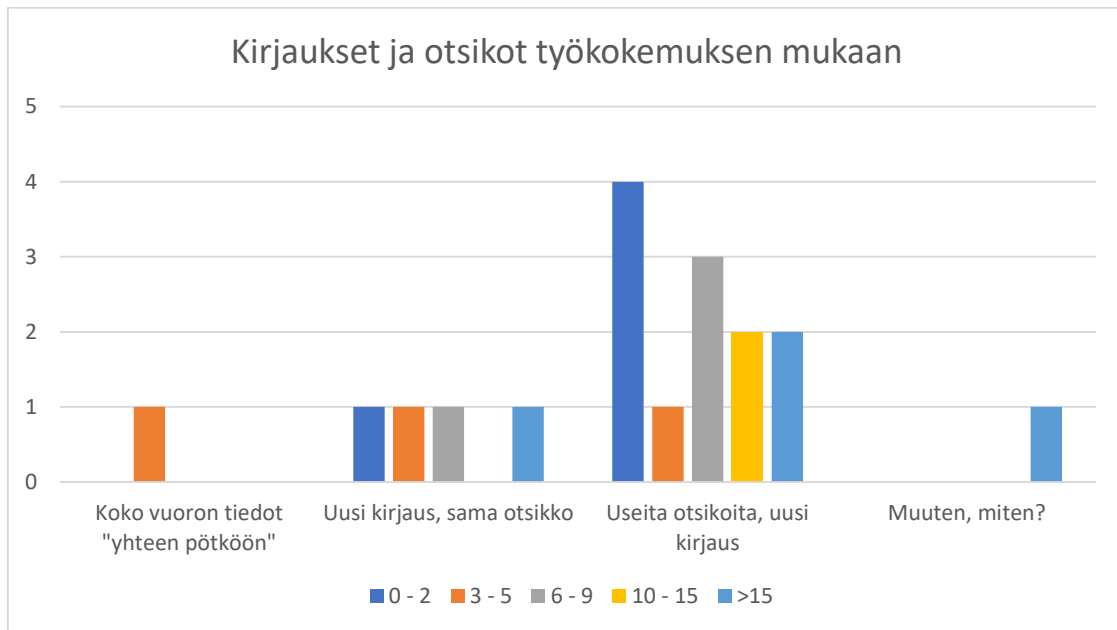
otsikoiden alle, mutta kyseisellä osastolla käyttöön on vakiintunut yllä mainittu pääluokka.

Suurin osa hoitajista, eli 15, ilmoitti kirjaavansa tietoja useaan kirjaukseen ja käyttävänsä eri otsikoita. Viisi hoitajaa kertoi tekevänsä useamman eri kirjauksen mutta käyttävänsä samaa otsikkoa. Yksi hoitaja ilmoitti tekevänsä yhden kirjauksen, ja yksi kertoi käyttävänsä paria-kolmea otsikkoa, joiden alle lisäili tietoja.



Kuvio 12. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kirjauksien ja otsikoiden käyttö ikäluokittain

Tarkastelin kirjauksien määrää ja otsikoiden käyttöä myös iän (kuvio 12) ja työkokemusvuosien (kuvio 13) mukaan. Suurin osa vastaajista kuului ikäryhmään 19–38 vuotta, ja heistä suurin osa ilmoitti käyttävänsä useita eri otsikoita ja kirjaavansa tietoja useaan eri kirjaukseen. Näin tekee myös suurin osa 39–54-vuotiaista, mutta ei kukaan 55–65-vuotiaista. Tosin erot ikäryhmien koossa vaikuttavat vertailuun. Sama pätee vertailuun työkokemusvuosien mukaan.



Kuvio 13. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kirjauksien ja otsikoiden käyttö työkokemusvuosien mukaan

Halusin selvittää hoitajien kirjaamistapoja nähdäkseni, onko niissä suuria eroja hoitajien taustatekijöiden mukaan. Kysyin kirjaamistavoista verkkokyselylomakkeessa erikseen, koska kirjaamistavat eivät olisi tulleet muuten esille. Vaikka loin fiktiiviset potilastapaukset vastaamaan oikeita osastolle tyypillisiä potilaita, ei verkkokyselylomake vastannut oikeaa potilastietojärjestelmän hoitokertomusnäkyä. Suurin osa vastaajista ilmoitti kirjaavansa vaihdellen joko koko vuoron tiedot kerralla tai sitä mukaa kuin uutta kirjattavaa tulee. Tämä riippuu luultavasti siitä, miten aikaa jää hoitotyön lomassa. Suurin osa ilmoitti myös tekevänsä useita erillisiä kirjauksia ja käyttävänsä useita eri otsikoita. Vastauksien perusteella hoitajat hyödyntävät hoitotyön tarve- ja toimintoluokitusten pää- ja alaluokituksia käyttäessään rakenteista tietoa otsikkotasolla (2.2.2).

5.2 Aineiston esittely

Tutkimukseni aineisto koostuu synnyttäneiden osaston hoitajien kirjoittamista hoitokertomusteksteistä ja taustatiedoista. Keräsin aineiston verkkokyselyn avulla. Kyselykaavakkeessa esiteltiin kaksi fiktiivistä, synnyttäjien osastolle tyypillistä potilastapausta, joista pyysin vastaajia kirjoittamaan hoitokertomustekstin tai -tekstit aamuvuoron osalta. Potilastapaukset olivat vauva ja äiti, jotka muodostivat äiti-lapsiparin. Tutkimuksessa ei käytetä aitoja potilastapauksia, potilastietojen arkaluonteisuuden vuoksi, mutta fiktiiviset potilastapaukset luotiin vastaamaan tyypillisiä osastolla hoidettavia potilaita. Toinen syy fiktiivisten potilastapausten käytölle on se, että hoitokertomustekstit ovat paremmin verrattavissa keskenään, kun ne on laadittu samoista potilaista.

Taustatietoihin liittyvät kysymykset olivat monivalintakysymyksiä. Ammattia kysyttäessä vastausvaihtoehdot olivat kättilö, lastenhoitaja sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja, sillä kaikkien näiden ammattiryhmien edustajia työskentelee osastolla. Kysyttäessä hoitajien ikää hyödynnettiin jaottelua, jonka mukaan tällä hetkellä työelämässä on kolmeen ikäluokkaan kuuluvia hoitajia (ks. esim. Stevanin, Palese, Bressan, Vehviläinen-Julkunen & Kvist 2018). Työkokemusvuodet jaottelin viiteen sopivalta tuntuvaan ryhmään.

Keräsin kyselylomakkeen avulla myös tietoa hoitajien kirjaamistavoista, eli kirjaavatko he kaikki tiedot kerralla (esimerkiksi vuoron loppuksi) vai useampaan otteeseen vuoron edetessä, ja kirjaavatko he kaiken tiedon samaan kirjaukseen yhden otsikon alle, vai käyttävätkö he useampaa otsikkoa. Kirjaamistyyli ei olisi selvinnyt pelkästään hoitajien kirjoittamien hoitokertomustekstien perusteella, koska kyselylomakkeella oli yksi tekstikenttä hoitokertomustekstiä varten, joten kysyin siitä erikseen. Yksi tekstikenttä ohjaa kirjaamaan yhden tekstin, ja samoin useampi tekstikenttä olisi ohjannut kirjoittamaan tietyn määrän tekstejä.

Tutkimukseen osallistuvat hoitajat saivat käyttöönsä koostamani fiktiiviset kuumekurvat, joista heidän oli mahdollista poimia tarvittavat tiedot

hoitokertomustekstejä varten. Kuumekurva on se osa potilaskertomusta, johon kirjataan lähinnä mittaustuloksia ja muita sellaisia tietoja potilaasta ja hänen saamastaan hoidosta, joita voidaan merkitä numeroin tai muuten valmiista valikosta valitsemalla tai vain klikkaamalla tiettyyn kenttään kuumekurvalla. Tällaisia tietoja ovat esimerkiksi, paino, verenpaine, pulssi, vatsantoiminta ja lämpö. Kuumekurva on luultavasti saanut nimensä siitä, että kun sinne merkataan esimerkiksi potilaan lämmön mittaustuloksia, yhdistää ohjelma mittaustulokset viivoin, ja niistä piirtyy graafinen esitys mittausasteikolle. Kuumekurvaa käytetään toki paljon muuhunkin kuin lämmön – tai varsinkin kuumeen – merkitsemiseen, joten parempi nimitys voisi olla esimerkiksi mittaustulokset tai, jos halutaan korostaa graafista esitystä, hoitokäyrä (vrt. hoitokertomus). Kuumekurvalla on yleensä myös kohta, johon voi kirjata vapaata tekstiä, esimerkiksi potilaan taustatiedot, diagnoosit, allergiat yms.

Tein kuumekurvat osastolla käytettävän potilaskertomusjärjestelmän koulutusversion avulla, ja lähetin kuvakaappaukset niistä sähköpostikutsun liitteenä. Tekemistäni kuumekurvista selviävät potilaiden perustiedot, kuten että kyseessä on ensisynnyttäjä, imukuppisynnytys, että vauva on verensokeriseurannassa jne. Loput tiedot, joita kyselyyn vastaavat hoitajat mielestään hoitokertomustekstiä varten tarvitsivat, saivat hoitajat itse keksiä, sillä tarkoituksena ei ollut testata hoitajien tietoutta potilaiden hoidosta, vaan tutkimus keskittyy kielelliseen sisältöön.

Potilastapauksista ensimmäinen (tapaus 1) on vastasyntynyt reilun vuorokauden ikäinen vauva ja toinen (tapaus 2) synnyttänyt nainen. Potilastapaukset muodostavat äiti-lapsi -parin, eli synnyttäjä (tapaus 2) on vastasyntyneen (tapaus 1) äiti. Synnyttäneiden osaston hoitajat hoitavat tyypillisesti sekä äitiä että hänen vauvaansa silloin kun vauva saa olla vierihoidossa eikä vastasyntyneiden tarkkailuosastolla. Myös kirjaamisessa äiti-lapsi-parin tietoja kirjataan osittain limittäin, eli kaikkia samoja huomioita (esimerkiksi imetyksestä tai vauvanhoidon ohjauksesta) ei aina kirjata molempien hoitokertomuksiin. Esittelin potilastapaukset kyselylomakkeessa (liite 1) niin tarkasti kuin mahdollista johdattelematta kuitenkaan hoitajia liikaa vastauksissaan.

Lähetin kutsun verkkokyselyyn osaston hoitajille sähköpostilistan avulla. Koostamani kuumekurvat olivat sähköpostikutsun liitteenä. Kutsussa kerroin, että kysely liittyy kirjoittamaani hoitotyön sähköistä kirjaamista koskevaan pro gradu -työhön. En kuitenkaan maininnut, että tutkin hoitokertomustekstien kieltä, koska en halunnut johdatella vastaajia miettimään liikaa kielellisiä asioita vastatessaan kyselyyn. Kyselylomaketta testasin ensin yhdellä osaston hoitajista. Testin tarkoituksena oli varmistua paitsi lomakkeen teknisestä toiminnasta myös siitä, että kysymykset ja vastausohjeet ovat ymmärrettäviä ja kysymyksiin on helppo vastata. Testin perusteella lisäsin lomakkeeseen hoitokertomuksissa yleisimmin käytettävät otsikot, jotta kyselyyn vastaavien hoitajien ei tarvitse nähdä vaivaa tarkistaakseen niitä potilaskertomusjärjestelmästä, mikäli he eivät muista otsikoita ulkoa. Otsikoiden merkitseminen vastauksiin ei kuitenkaan ollut pakollista.

Verkkokyselyyn vastasi 18 hoitajaa, jotka kaikki kirjoittivat hoitokertomustekstit sekä vauvasta että äidistä. Useimmat hoitajista kirjoittivat molemmista potilaista yhden tekstin kustakin, mutta neljä hoitajaa kirjoitti useamman kuin yhden tekstin. Osa hoitajista, jotka kirjoittivat useamman kuin yhden tekstin potilasta kohden, käytti useampia eri otsikoita. Tavallisimmin käytetyt otsikot olivat ”Vastasyntyneen seuranta ja hoito” sekä ”Synnytyksen jälkeinen seuranta”. Nämä otsikot olin lisännyt kyselylomakkeeseen. Muita aineiston hoitokertomuksissa käytettyjä otsikoita olivat ”Imetyksen ohjaus” ja ”Verensokerin seuranta”. Yhdeksän hoitajista ei käyttänyt teksteissä lainkaan otsikoita. Otsikoiden käyttö ei ollut välttämätöntä, vaikka oikeaan tietojärjestelmään kirjatessa otsikoiden valinta on pakollista.

Hoitokertomustekstejä kertyi yhteensä 44. Lyhin niistä oli yhden virkkeen ja pisin 21 virkkeen pituinen. Tekstien pituuksia käsitellään tarkemmin luvussa 5.6. Aineiston hoitokertomustekstien yhteenlaskettu sanamäärä oli 2031 sanaa, kun hoitajien käyttämät otsikot lasketaan mukaan. Pelkkien kertomustekstien pituus oli 1934 sanaa. Lyhin virke oli yhden sanan ja pisin 21 sanan pituinen. Tavallisin sana oli *ja*, jota oli käytetty 86 kertaa. Toiseksi eniten esiintyi sana *vauva* taivutusmuotoineen. Se esiintyi aineistossa 78 kertaa. Seuraavaksi eniten käytettiin sanaa *ei* (47 kertaa) ja *hyvä* (39 kertaa, joista 19 yhdyssanassa). Sanat *äiti* ja *normaali* esiintyivät teksteissä 33 ja 32 kertaa.

5.3 Analyysin suorittaminen

Tässä luvussa käyn läpi analyysin vaiheet. Aloitin analyysin lukemalla läpi kerätyt hoitokertomustekstit. Etsin hoitokertomusteksteistä ominaispiirteitä, jotka aiempien tutkimusten perusteella ovat hoitokertomusteksteille tyypillisiä. Näitä ominaispiirteitä käsittelin luvussa 4.9 Lisäksi etsin aineiston teksteistä muita niissä toistuvia piirteitä. Hyödynsin ominaispiirteiden jaottelussa aiempaa jakoa tekstuaalisiin, syntaktisiin ja leksikaalisiin ominaispiirteisiin (taulukko 8).

Taulukko 8. Kielellisten ominaispiirteiden jaottelu

Tekstuaalinen taso	Syntaktinen taso	Leksikaalinen taso
lyhyet tekstit	epätäydelliset ja virheelliset lauserakenteet	vähän pronomineja
välimerkkien poisjättäminen	lauseenjäsenten poisjättäminen	vähän verbejä
virheelliset kirjoitusasut	nominaalistukset	vähän konjunktioita
informaatiotiheys	nomini- ja adjektiivilausekkeet	paljon kieltosanoja
	ellipsit	paljon ajanmääreitä
	passiivi persoonamuotona	paljon lyhenteitä, ei-standardoituja
		erikoislatermit
		ammattislangi
		ilmipanematon viittaus asiakkaaseen

Lähdin analyysissä yleisemmältä eli tekstuaaliselta tasolta, johon ominaispiirteistä kuuluvat *hoitokertomustekstien pituus* (5.4.1), *virkkeiden pituudet* (5.4.2) ja *virheelliset kirjoitusasut* (5.4.3). Syntaktisen tason piirteitä, joita tarkastelin, olivat *epätäydelliset ja virheelliset lauserakenteet* (5.6.1), *lauseenjäsenten poisjättäminen* (5.6.2), *nominaalistukset* (5.6.3), *passiivin käyttö* (5.6.4) ja *ellipsin käyttö* (5.6.5). Leksikaalisen tason piirteistä tarkastelin *pronomien käyttöä* (5.5.1), *lyhenteiden käyttöä* (5.5.2), *erikoislatermejä ja ammattislangia* (5.5.3), *potilaaseen viittaamista* (5.5.5),

negaatioita (5.5.6) ja *ajanmääreitä* (5.5.7). Lisäksi aineistosta nousi esiin *erikoisalafraasit* (5.5.4).

Seuraavassa analyysin vaiheessa ryhmittelin vastaukset vastaajien kolmen taustatekijän eli ammatin, iän ja työkokemusvuosien mukaisesti. Vertailin aineiston hoitokertomustekstien piirteitä näiden kolmen tekijän suhteen. Hyödynsin vertailussa edellisessä analyysivaiheessa löytämiäni ominaispiirteitä, ja tutkin, löytyykö taustatekijöiden perusteella eroja tekstuaalisten, syntaktisten ja leksikaalisten piirteiden esiintymisissä.

Analyysin viimeisessä vaiheessa valitsin kontrolloidun kielen säännöistä ne, joiden avulla aineiston hoitokertomustekstien kielellisiä eroavaisuuksia voitaisiin yhtenäistää. Kontrolloidun kielen säännöt valitsin O'Brienin (2003) listauksesta ja yhdistin vastaavaan kielelliseen ominaispiirteeseen. Tarkastelen kielellisten eroavaisuuksien yhtenäistämistä valittujen kontrolloidun kielen sääntöjen avulla luvussa 6.

5.4 Tekstuaaliset piirteet

Tekstuaaliset piirteet hoitokertomuksissa liittyvät tekstien ulkoisiin seikkoihin sekä koko tekstin tasolla vaikuttaviin seikkoihin, vaikka ne koskettavat läheltä myös leksikaalisia ja syntaktisia ominaispiirteitä. Esimerkiksi hoitokertomusten pituus ja välimerkkien poisjättäminen liittyvät lause- ja virkerakenteisiin eli syntaktisiin piirteisiin ja virheelliset kirjoitusasut liittyvät sanastoon eli leksikaalisiin piirteisiin.

Seuraavassa käyn läpi tekstuaalisia piirteitä, joita ovat *hoitokertomustekstin pituus* (5.4.1), *virkkeiden pituudet* (5.4.2), *välimerkkien poisjättäminen* (5.4.3) ja *virheelliset kirjoitusasut* (5.4.4).

5.4.1 Hoitokertomustekstin pituus

Aineiston hoitokertomusteksteistä laskin jokaisen hoitokertomustekstin pituuden virkkeinä (taulukko 9). Tekstien mittayksikkönä käytin virkettä enkä lausetta, koska lauserajat olivat joissakin kohdin epäselviä lauseenjäsenten ja välimerkkien poisjättämisen vuoksi (5.6.2 ja 5.4.3). Virkkeeksi laskin lausekkeen, joka alkaa isolla alkukirjaimella ja päättyy pisteeseen (ks. VISK § 864). Virkkeitä oli aineiston hoitokertomuksissa yhteensä 340. Aineiston hoitokertomustekstien keskimääräinen pituus oli noin 7,5 virkettä.

Vauvasta kirjoitetuista teksteistä lyhin oli 3 virkettä ja pisin 14 virkettä pitkiä, ja muiden pituus vaihteli 4–12 virkkeen välillä. Äidistä kirjoitetuista kertomusteksteistä lyhin oli 4 ja pisin 21 virkkeen mittainen, yksi teksteistä oli 13 virkettä ja loput 6–10 virkettä pitkiä.

Taulukko 9. Hoitokertomustekstien pituudet virkkeinä

Hoitokertomustekstien pituudet virkkeinä		
	Keskimääräinen pituus	Vaihteluväli
Vauvasta kirjoitetut tekstit	7,9 virkettä	3–14 virkettä
Äidistä kirjoitetut tekstit	7 virkettä	4–21 virkettä
Kaikki tekstit yhteensä	7,5 virkettä	

Kun vauvasta ja äidistä kirjoitettuja hoitokertomustekstejä tarkastellaan erikseen, voidaan todeta, että vauvasta kirjoitetut kertomustekstit olivat hieman pidempiä (keskimäärin 7,9 virkettä) verrattuna äidistä kirjoitettuihin kertomusteksteihin (keskimäärin 7 virkettä) (taulukko 9).

Kunkin hoitajan tekstejä yksittäin tarkasteltaessa huomataan, että saman hoitajan vauvasta ja äidistä kirjoittamat tekstit olivat yleensä hyvin saman pituisia. Vain kahdessa tapauksessa ero oli paria virkettä suurempi. Näissä tapauksissa tekstien

pituudet olivat 11 virkettä vauvan kertomustekstissä ja 21 äidin tekstissä sekä 12 vauvan ja 6 äidin kertomustekstissä. Viisi hoitajaa oli kirjoittanut vauvasta ja äidistä täsmälleen saman pituiset kertomustekstit virkkeiden määrissä mitattuna.

5.4.2 Virkkeiden pituudet

Laskin aineiston hoitokertomusteksteistä virkkeiden pituudet sanoina. Sanojen määrät laskin kirjoittajan käyttämien sanojen mukaan, eli laskin yhdyssanan osat erillisiksi sanoiksi, jos ne oli tekstissä kirjoitettu erikseen. Virkkeiden keskimääräinen pituus oli noin 5,6 sanaa. Virkkeiden pituudet vaihtelivat lyhyimmistä yhden sanan virkkeistä pisimpään 21 sanan virkkeeseen. Pisimmät virkkeet esiintyvät kahdessa pisimmässä hoitokertomustekstissä.

Vauvasta kirjoitettiin keskimäärin hieman lyhyempiä virkkeitä kuin äidistä, mutta ero ei ollut merkittävä. Vauvan hoitokertomusten virkkeiden keskimääräinen pituus oli noin 5,5 sanaa, kun äidistä kirjoitettiin keskimäärin noin 6,2 sanan pituisia virkkeitä. Pisin vauvasta kirjoitettu virke oli 13 sanaa pitkä, ja vain kuusi virkettä oli pidempiä kuin 10 sanaa. Äidistä kirjoitettu pisin virke oli 21 sanaa pitkä, ja yli 10 sanan virkkeitä oli yhteensä 14. Yleisin virkkeen pituus oli molemmista potilaista kirjoitettaessa neljä sanaa.

Lyhyitä virkkeitä käytettiin kuvailtaessa potilaiden vointia (esimerkit 1–4). Varsinkin vauvasta kirjoitettaessa hoitokertomustekstit alkoivat yleensä lyhyillä 2–4 sanan virkkeillä.

- (1) ”Hyvävointinen vauva.”
- (2) ”Toipilas äiti.”
- (3) ”Vointi hyvä.”
- (4) ”Hyvävointinen, mutta väsynyt.”

Pidempiä virkkeitä esiintyi silloin kun kerrottiin imetyksestä ja siihen liittyvästä ohjauksesta tai vanhempien saamasta ohjauksesta yleensä (esimerkit 5–7).

- (5) ”Imetys sujunut rintakumin ja houkutusmaidon avulla, lisämaidot maistuneet hyvin, äiti syötellyt.”
- (6) ”Alkuapua ja tukea kuitenkin syömisen aloitukseen vielä tarvitsee.”
- (7) ”Vauvan perushoitoa äidille ohjattu ja käyty läpi vauvan käsittelyotteita.”

Teksteissä esiintyi myös paljon luettelomaisia virkkeitä, jotka sisälsivät hoitajan tekemiä huomioita eri asioista (esimerkit 8 ja 9).

- (8) ”Virkeä ja punakka vauva, hoidoilla käsitellessä jäntevä, ei matalan sokerin merkkejä.”
- (9) ”Kohtu supistunut vähän navan alapuolelle, vuoto ollut normaalia, episodiomia ja repeämä siistit, kipulääkkeet auttaa kipuun.”

Kun vertaillaan eri hoitajien kirjoittamien hoitokertomustekstien virkkeiden pituuksia, voidaan todeta, että lyhimpiä virkkeitä kirjoittanut hoitaja kirjoitti keskimäärin 3,6 sanan pituisia virkkeitä ja pisimpiä virkkeitä kirjoittanut hoitaja keskimäärin 7,5 sanan pituisia virkkeitä. Ammatin perusteella virkkeiden pituuksissa ei ilmennyt eroja, mutta iän perusteella 39–54-vuotiaat kirjoittivat keskimääräisesti muita lyhyempiä virkkeitä. Työkokemuksen mukaan tarkasteltuna virkkeiden pituuksissa ei ollut säännönmukaisuuksia.

5.4.3 Välimerkkien poisjättäminen

Aineiston hoitokertomusteksteistä puuttui pilkkuja, pisteitä ja välilyöntejä (esim. *n-2sl, 30min, pulssi82, -2sl*). Pilkkuja oli jätetty pois lauseiden välistä useimmiten silloin, kun konjunktiona oli *ja* (esimerkki 10). Muiden konjunktioiden (esim. *että, mutta, koska*) kohdalla pilkkuja oli yleensä käytetty, mutta ei aina (esimerkki 11). Pilkkuja käytettiin muuten hoitokertomuksissa paljon, sillä tekstit olivat monin paikoin luettelomaisia raportteja hoitajan tekemistä havainnoista ja hoitotoimista. Pilkkujen avulla erotettiin kokonaisuuksia silloinkin, kun konjunktio oli jätetty pois.

- (10) ”Ei alhaisen verensokerin oireita ja verensokeri oli hyvä.”
- (11) ”Alkuun vanhemmat eivät olleet suostuvaisia vauvan Vasseau näytteeseen mutta käyty sitä asiaa vielä läpi että he ovat ymmärtäneet mistä asiasta kieltäytyvät.”

Väli-merkkejä puuttui 10 hoitajan hoitokertomusteksteistä, useimmilta 1–3, mutta yhden hoitajan teksteistä niitä puuttui 6. Saman hoitajan tekstit olivat pisimpiä.

5.4.4 Virheelliset kirjoitusasut

Tämän tutkimuksen aineiston hoitokertomusteksteissä kirjoitusvirheitä esiintyi sanoissa, jotka muodostivat noin 0,7 % koko sanamäärästä. Dalianiksen (2018: 23) mukaan tutkimukset ovat osoittaneet, että kirjoitusvirheiden määrä eri kielisissä hoitokertomuksissa vaihtelee 1,1 ja 10 % välillä. Aineiston teksteistä kuusi sisälsi kirjoitusvirheitä ja vain kahden hoitajan kertomukset enemmän kuin yhden kirjoitusvirheen (esim. *verepaineet*, *keskittmysvaikeus*, *käsiteltessä*, *älapäähän*, *houkutumaito*, *travitsevat*).

Teksteissä, jotka sisälsivät kirjoitusvirheitä, niitä oli yksi tai kaksi. Useimmista väärin kirjoitetuista sanoista puuttui yksi kirjain. Kirjoitusvirheitä ei esiintynyt vierasperäisissä eikä pitkissä sanoissa, vaikka nämä oli yleensä kirjoitettu aineistossa lyhentämättömässä muodossaan. Voidaan siis todeta, että kirjoitusvirheitä esiintyi, mutta aiempaan tutkimukseen verraten ei paljon. Lisäksi aineiston kertomustekstit sisälsivät yksittäisiä yhdyssanavirheitä.

5.4.5 Yhteenveto tekstien eroavaisuuksista tekstuaalisella tasolla

Tekstuaalisella tasolla eroavaisuuksia aineiston hoitokertomusteksteissä esiintyi tekstien ja virkkeiden pituudessa sekä virheellisissä kirjoitusasuissa. Tekstien pituudet vaihtelivat niin että lyhin teksti (erillisen otsikon alle kirjoitettu lisäys) oli yhden virkkeen ja pisin 21 virkkeen pituinen. Pidempiä tekstejä (yli kymmenen virkettä) kirjoittaneilla hoitajilla ei ollut yhteisiä taustatekijöitä.

Kun tekstien pituuksia tarkastellaan ryhmien perusteella, voidaan todeta, että lastenhoitajat, yli 55 vuotiaat ja yli 15 vuotta työskennelleet kirjoittivat keskimäärin pidempiä hoitokertomustekstejä (taulukko 10). Keskimääräinen tekstien pituus oli vauvasta 7,9 virkettä ja äidistä 7 virkettä, eli kaikkien tekstien keskimääräinen pituus oli

7,45 virkettä. Lastenhoitajien vauvasta kirjoittamat tekstit olivat keskimäärin 11,3 virkettä pitkiä ja äidistä keskimäärin 11,8 virkettä pitkiä. Kätilöiden tekstien osalta vastaavat luvut olivat 7,3 ja 7 virkettä.

Taulukko 10. Aineiston hoitokertomustekstien pituuksien keskiarvot hoitajien taustatekijöiden mukaisesti

Hoitokertomustekstien pituudet					
Ammatti:	kätilö	lastenhoitaja			
	6,6	11,6			
Ikä:	19–38	39–54	>55		
	8,5	7	12,8		
Työkokemus:	0–2	3–5	6–9	10–15	>15
	7,5	6,2	9	7,3	10,3

Se että lastenhoitajat, yli 55-vuotiaat ja yli 15 vuotta työskennelleet näyttivät kirjoittaneen pidempiä hoitokertomustekstejä, johtunee paljolti siitä, että ylivoimaisesti pisimmän tekstin (21 virkettä) kirjoittanut hoitaja kuuluu näihin kolmeen ryhmään. Jos pisin teksti jätetään huomioimatta, ei eroa juurikaan synny.

Taulukko 11. Aineiston virkkeiden pituuksien keskiarvot hoitajien taustatekijöiden mukaisesti

Virkkeiden pituudet					
Ammatti:	kätilö	lastenhoitaja			
	5,6	5,8			
Ikä:	19–38	39–54	>55		
	5,9	5,2	5,4		
Työkokemus:	0–2	3–5	6–9	10–15	>15
	5,3	6,2	6,1	5,1	5,4

Virkkeiden pituuksissa erot olivat pieniä. Kaikkien tekstien virkkeiden keskimääräinen pituus oli 5,6 sanaa. Taustatekijöiden mukaan muodostettujen ryhmien tekstejä vertaillaessa (taulukko 11) voidaan huomata, että kaikissa ryhmissä virkkeiden keskimääräiset pituudet olivat lähellä koko aineiston keskimääräistä virkepituutta.

Kun tarkastellaan vauvasta ja äidistä kirjoitettuja tekstejä erikseen, voidaan todeta, että kätilöt kirjoittivat äidistä keskimäärin 8,6 sanaa pitkiä virkkeitä, eli pidempiä kuin

lastenhoitajien keskimäärin 6,5 sanan virkkeet. Ikäryhmien mukaan tarkasteltuna vanhimpaan ikäryhmään (>55 v.) kuuluvat hoitajat kirjoittivat äidistä keskimäärin pidempiä virkkeitä (7,8 sanaa) ja 39–54 -vuotiaat keskimäärin lyhyimpiä (4,9 sanaa). Vauvasta kirjoitetuissa teksteissä ei eroa esiintynyt.

Virheellisesti kirjoitettuja sanoja esiintyi aineistossa vähän, vaikka pitkät ja vierasperäisetkin sanat oli kirjoitettu pitkässä muodossa eikä lyhenteinä. Yhdentoista hoitajan teksteistä ei löytynyt yhtään virhettä, ja useimmilla niitä oli vain yksi tai kaksi. Useimmiten oli kyse siitä, että sanasta puuttui yksi kirjain. Yhden hoitajan teksteistä löytyi yhteensä kuusi kirjoitusvirhettä.

5.5 Syntaktiset piirteet

Syntaktiset piirteet liittyvät lauserakenteisiin ja lauseenjäseniin. Aiempia tutkimuksia käsitelleistä lähteistä kävi ilmi, että hoitokertomustekstien kielelle on tyypillistä *epätäydelliset ja jopa virheelliset lauserakenteet* (5.5.1), *lauseenjäsenten poisjättäminen* (5.5.2), *nominaalistus* (5.5.3) sekä *passiivin* (5.5.4) ja *ellipsin käyttö* (5.5.5). Myös tämän tutkimuksen aineistossa esiintyi kaikki nämä piirteet, ja ne käsitellään seuraavissa luvuissa.

5.5.1 Epätäydelliset ja virheelliset lauserakenteet

Aineiston hoitokertomustekstit sisälsivät hyvin vähän täydellisiä, eli finiittimuotoisen predikaatin sisältäviä lauseita. Finiittimuotoisen verbin ja sen määreiden esiintyminen lauseessa on yksi normaalin kirjakielen säännöistä (VISK § 864), ja siksi on pulmallista puhua lauseista aineiston hoitokertomuksissa, sillä suurimmasta osasta tekstien lauseita oli jätetty pois finiittimuotoinen verbi (esimerkit 13 ja 14). Lauseenjäsenten poisjättämisestä tarkemmin luvussa 5.5.2. Aineiston teksteissä epätäydelliset lauseet ovat siis enemmän sääntö kuin poikkeus ja siksi tässä luvussa käsitellään esimerkkejä myös täydellisistä lauseista.

- (13) ”Väriltään vaaleanpunakka. Lämpö hyvä. Ihonkunto hyvä, napa siisti.”
 (14) ”Imukupin jälki punakka, mutta muuten siisti, pieni aristamaton pahka. Normaalisti jäntevä ja ärtyvä käsitellessä, nyt ei matalan verensokerin oireita. Iho, silmät ja napa siistit.”

Lauserajojen hankalan tunnistamisen vuoksi lauseiden määriä ei laskettu, mutta voidaan todeta, että kuuden hoitajan teksteissä kaikki lauseet olivat epätäydellisiä, tai siis ne eivät olleet täydellisiä, koska niistä oli jätetty pois yksi tai useampi lauseenjäsän. Jos tekstejä siis tarkkaillaankin päinvastoin täydellisten lauseiden näkökulmasta, voidaan todeta, että kolmen hoitajan teksteistä löytyi enemmän täydellisiä kuin epätäydellisiä lauseita. Nämä tekstit olivat virkemäärältään hieman keskimääräistä pidempiä, mutta toisaalta jotkut pitkät tekstit eivät sisältäneet yhtään täydellistä lausetta. Hoitokertomustekstin pituus ei siis selitä lauseiden täydellisyyttä tai päinvastoin. Kolmea enemmän täydellisiä lauseita kirjoittaneita ei myöskään yhdistä mikään taustatekijöistä.

Niemikorpi (1996: 136) toteaa, että sairaanhoitoalan tekstit ovat yleensä lauserakenteeltaan sitä täydellisempiä mitä laajempaan levitykseen ne on tarkoitettu. Karvisen (2017: 156) mukaan taas vaikeissa tilanteissa käytetään täydellisempiä lauserakenteita, kuten tehdään myös esimerkissä 62. Tämän tutkimuksen aineistossa täydellisiä lauseita käytettiin useimmiten kuvailtaessa sitä, miten äiti hoitaa vauvaa ja miten vauva syö rinnalla, kuten esimerkeissä 14–16, sekä muita äidin ja puolison tekemisiä ja tunteita (esimerkit 17–19).

- (14) ”Äiti tekee aamutoimet vauvalle.”
 (15) ”Äiti suihkutti vauvan kauttaaltaan suihkun alla, hoitajan ohjauksessa.”
 (16) ”Vauva söi äidin rinnalla reippaana 30min ja hyvällä imuotteella.”
 (17) ”Äiti kokee vointinsa hyväksi.”
 (18) ”Äiti oli jo käynyt ennen aamupalaa omatoimisesti suihkussa, ei huimausta.”
 (19) ”Perhe toivoo huomenna kotiutumista.”

Eniten täydellisiä lauseita sisältäneessä esimerkissä (62) kerrotaan väärinymmärryksestä ja siitä, miten se ratkaistiin. Samassa tekstissä täydellisiä lauseita käytettiin kuvaamaan vanhemmille annettua tietoa ja ohjausta (esimerkki 20).

- (20) Listakipulääkkeet auttavat hyvin. Käydään läpi haavanhoitoa ja pyydetään välttämään istumista. Imetys onnistuu rintakumin avulla, mutta jutellaan kuitenkin että kannattaa ajoittain kokeilla suoraankin. Sovitaan myös että seuraavalle syötölle katsotaan jotain toista imetysasentoa kuin kyljellään imetystä.

Hoitokertomustekstit sisälsivät myös jonkin verran kongruenssivirheitä, jotka sijoitan tässä virheellisten lauserakenteiden alle. Kongruenssivirheet olivat sellaisia, joissa subjekti on monikossa ja predikaatti yksikössä. Esimerkiksi *haavapinnat on siistit, rinnanpäät on ehjät, Wc-reissut sujuu ja kipulääkkeet auttaa kipuun*.

5.5.2 Lauseenjäsenten poisjättäminen

Kuten luvussa 5.5.1 todettiin, sisälsivät aineiston hoitokertomustekstit hyvin vähän täydellisiä lauseita. Suurimmasta osasta lauseista oli jätetty pois lauseenjäseniä. Lauseenjäsenten poisjättäminen on hoitokertomuksille tyypillinen piirre (Niemikorpi 1996: 130), niin myös tämän tutkimuksen aineistossa. Tavallisinta oli predikaattimuotoisen verbin poisjättäminen, mutta myös subjektien poisjättäminen oli tyypillistä. Objektin poisjättämistä esiintyi myös jonkin verran. Kaikki hoitajat jättivät lauseenjäseniä pois.

Verbin poisjättäminen oli aineiston hoitokertomusteksteissä erittäin tavallista. Sitä esiintyi jokaisen hoitajan teksteissä vähintään viidessä virkkeessä. Tyypillisintä oli olla-verbin poisjättäminen. Olla verbi oli jätetty lähes jokaisesta perfektirakenteesta, eli perfektirakenteen NUT-partisiippimuotoinen verbi esiintyi lauseissa yksinään (esimerkki 21).

- (21) ”Saanut yön jo paremmin nukuttua, puoliso vaihtanut vauvalle vaippaa yön aikana.”

Perfektin tekstin aikamuotona pystyi päättelemään NUT-partisiipista. Muuten aikamuotoa on vaikea päätellä silloin kun verbi on jätetty pois. Yleisesti voidaan ajatella hoitajien kuvaavan kertomuksissa kirjoitushetken tilannetta, ja useimmissa tapauksissa poisjätetty verbi vaikuttaa olevan menemättömän ajan preesensmuotoinen olla-verbi

(on, ovat), sillä kertomusteksteissä kuvaillaan usein sitä millainen jokin (vauva, äiti, iho, napa, episiotomia jne.) on (esimerkit 22–24). Kyseessä voisi toki olla myös perfekti, josta on jätetty pois sekä olla-verbi että partisiippimuotoinen verbi.

(22) ”Ihonkunto hyvä, napa siisti.”

(23) ”Painonlasku maltillista.”

(24) ”Rinnat pehmeät, ei vielä maidonnousun tuntemuksia.”

Joissakin tapauksissa poisjätetty verbi voisi mahdollisesti olla jokin muukin kuin olla-verbi, etenkin silloin kun lauseeseen ei saa suoraan lisättyä olla-verbiä muuttamatta sanajärjestystä (esimerkki 25). Esimerkkiä 25 voisi täydentää vaikkapa verbillä *annettu*, esimerkkiä 26 verbillä *makaa* ja esimerkkiä 27 verbillä *näkyä*.

(25) ”Alkuapua rinnalle pesujen jälkeen,”

(26) ”Vauva virkeänä ja jäntevänä hoitopöydällä.”

(27) ”Päässä pientä ihorikkoa imukupista,”

(28) ”Hellät ja varovaiset otteet.”

Kun lauseesta jätetään pois verbi, jää jäljelle nomini- tai adjektiivilausekkeita, eli substantiiveista (joissakin tapauksissa pronomineista tai numeraaleista) tai adjektiiveista koostuvia lausekkeita (VISK § 439). Normaalisti suomen kielen lause sisältää aina finiittimuotoisen verbin (Niemikorpi 1996: 130).

Lyhimmillään aineiston hoitokertomuksissa esiintyvät nomini- ja adjektiivilausekkeet muodostivat itsenäisen yhden sanan mittaisen virkkeen, esimerkiksi *Väsynyt*, ja *Perhehuoneessa*. Yleensä itsenäisenä virkkeenä esiintyvä nomini- tai adjektiivilauseke koostui kuitenkin useammasta sanasta ja sisälsi tyypillisesti verbistä tehdyn substantiivin eli nominaalituksen. Nominaalituksia aineistossa käsitellään luvussa 5.5.3.

Subjektien poisjättämistä esiintyi jokaisen hoitajan teksteissä, useimmilla yhdessä tai kahdessa virkkeessä, mutta joillain useammassakin. Subjektin poisjättäminen oli tyypillistä silloin kun kirjoitettiin vauvan tai äidin voinnista (esimerkit 29 ja 30),

imetyksestä vauvan osalta (esimerkki 31) ja tekemisestä. Sitä ei juurikaan esiintynyt silloin kun kerrottiin ohjauksesta.

(29) ”Aamuhoidoilla oli virkeä ja katselevainen.”

(30) ”Varovaisesti liikkeellä ollut.”

(31) ”Jää rinnalle imemään hyvällä imuotteella rintakumin avulla.”

Potilaaseen viitataan yleensä jollakin nimityksellä kertomustekstin alussa. Sen jälkeen teksteissä ei välttämättä käytetty yhtään subjektia. Tämä voidaan laskea myös elliptiseksi viittaustavaksi, josta lisää luvussa 5.5.5. Syy subjektin poisjättämiselle voi siis olla se, että kertomustekstin aiheena olevan potilaan ajatellaan olevan itsestään selvästi lauseiden subjektina, eikä subjektia ole tarve toistaa. Potilas on mukana teksteissä ilmipanemattomasti (Karvinen 2017).

Myös objektin poisjättämistä esiintyi aineiston hoitokertomusteksteissä. Objektin poisjättäminen ei kuitenkaan ollut kovin tavallista, vaan yleensä tekemisen kohde mainittiin esimerkiksi *hiukset suihkutettu, annettu lisämaitoa, hygieniaohjeet kerrattu* jne. Lähes kaikissa tapauksissa, joissa objekti oli jätetty pois, oli kohteena vauva (esimerkit 32–34). Joissain tapauksissa, kuten esimerkissä 35, poisjätettyä objektia on vaikea tunnistaa tekstiyhteydestä.

(32) ”Katsottu hoitopöydällä.”

(33) ”Suihkutettu kauttaaltaan.”

(34) ”Autettu rintakumin kanssa imemään.”

(35) ”Käyty tervehtimässä.”

Vaikka esimerkissä 35 ei mainita, ketä on tervehditty, voidaan olettaa, että samalla tavalla kuin subjektin poisjättämisessä tässä tapauksessa objektin paikalle kuuluu potilas, joka on koko tekstin aiheena. Poisjättämisen tarkoitus ylipäänsä on tekstin tiivistäminen ja vain oleellisen informaation esittäminen, jolloin itsestään selvät seikat voidaan jättää mainitsematta (Niemikorpi 1996: 134–135).

5.5.3 Nominaalistukset

Aineiston hoitokertomusteksteissä esiintyi eri johdoksilla verbeistä muodostettuja substantiiveja eli nominaalistuksia. Ne ovat hoitokertomuksille tyypillinen tekstiä tiivistävä keino (Karvinen 2017: 161). Karvisen (2017) mukaan hoitokertomuksissa käytetään yleensä -U-, -Us- tai -minen -johdoksen avulla muodostettuja teonnimiä. Tämän tutkimuksen aineistoissa niitä esiintyi jonkin verran.

U-johdoksen avulla tehtyjä nominaalistuksia olivat esimerkiksi *ihorikko*, *painonlasku*, *alkuapu*, *käyttö*, *perushoito*, *jälkivuoto*, *pesut*, *(rinnalle) laitto*, *vaipanvaihto*, *täristely*, *syöttö*, *jälkisupistelu* ja *rauhottelu*. Us-johdoksella luotuja nominaalistuksia olivat muun muassa *virtsaus*, *imetus*, *mittaus*, *maidonnousutuntemus*, *keskittymisvaikeus*, *aristus*, *ärtyvyys*, *jäntevyys*, *vuorovaikutus*, *turvotus*, *ohjaus*, *heikotus*, *aloitus*, *avustus*, *huimaus*, *tarkastus*, *houkutus*, *punotus* ja *eritys*. Teonnimiä, jotka oli muodostettu -minen-johdoksella, esiintyi aineiston teksteissä hieman vähemmän kuin -U ja -Us -johdosten avulla muodostettuja. Niitä oli *syöminen*, *virtsaaminen*, *imeminen*, *onnistuminen*, *putsaaminen*, *istuminen*, *kotiutuminen*, *ehkäiseminen* ja *puhdistaminen*. Teonnimiä ei esiintynyt yksinään omana virkkeenään tai luetteloina (vrt. Karvinen 2017: 156) vaan virkkeen osana.

(36) ”Syöminen sujui nyt hyvin ilman houkutusmaitoa.”

(37) ”Käydään läpi haavanhoitoa ja pyydetään välttämään istumista.”

(38) ”Painonlasku maltillinen, -3,2 %.”

Muita aineistossa käytettyjä nominaalistuksia olivat E- ja MA-johdoksilla muodostetut infinitiivimuodot. E-johdoksella muodostettuja nominaalimuotoja olivat useasti teksteissä esiintyneet *painettaessa* ja *käsitellessä* sekä kerran esiintyneet *hamuillessa* ja *puristettaessa*. Nominaalimuotoja *painettaessa* ja *käsitellessä* käytettiin silloin kun hoitaja kuvaili tekemiään havaintoja tietyssä hetkessä (esimerkit 39 ja 40).

(39) ”Normaalisti jäntevä ja ärtyvä käsitellessä, nyt ei matalan verensokerin oireita.”

(40) ”Painettaessa ei vuotoa.”

MA-johdoksella tehtyjä infinitiivimuotoja esiintyi vähemmän. Näitä olivat esimerkiksi *hamuamaan, etsimään, imemään, soittamaan, tervehtimässä, lukemaan, miettimään ja nukkumaan*.

Aineiston hoitokertomusteksteissä esiintyi myös VA- (esimerkit 41 ja 42) ja NUT-johtimella (esimerkit 43 ja 44) muodostettuja partisiippimuotoja (VISK § 521).

(41) ”Hoidoilla jäntevä, normaalisti ärtyvä vauva.”

(42) ”Hyvänvärisen, levollisesti nukkuva vauva.”

(43) ”Kohtu painettuna navan korkeudella.”

(44) ”Äiti pessyt pepun ohjattuna.”

(45) ”Kohtu napakka ja hyvin supistunut.”

Ohjattuna esiintyi aineistossa useamman kerran. Partisiippimuotoinen verbi esiintyy suomen kielessä myös perfektirakenteessa. Kuten edellisessä luvussa todettiin, esiintyi NUT-muotoinen partisiippi aineiston teksteissä yksin ilman olla-verbiä. Tällöin on vaikea tietää, onko kyseessä nominaalistus vai osa perfektin liittotempusta, kuten esimerkissä 45. Toisaalta se tieto tuskin lisäisi tekstin informaatioisälttöä millään lailla. Lisäksi aineiston teksteissä käytettiin referatiivirakenteita (VISK § 538) (esimerkit 46 ja 47).

(46) ”Äiti kertoo voinnin olevan hyvä.”

(47) ”Kannustettu omatoimisuuteen mutta myös rohkeasti pyytämään apua kun kokevat sitä tarvitsevan”

Referatiivirakenteissa ei käytetty possessiivisuffekssia, joten esimerkissä 46 jää epäselväksi, onko kyse äidin voinnista (vrt. *vointinsa*) vai esimerkiksi vauvan voinnista.

5.5.4 Passiivin käyttö

Aineiston hoitokertomusteksteissä käytettiin passiivia verbin persoonamuotona varsinkin silloin, kun hoitaja kuvaili omaa toimintaansa, mikä on tyypillistä hoitokertomusteksteille (Karvinen 2017: 161). Passiivia esiintyi kuitenkin aktiivimuotoisia verbin persoonamuotoja selvästi vähemmän: aktiivimuotoisia verbin persoonamuotoja löytyi tekstistä yhteensä 147 ja passiivimuotoisia 94. Lisäksi teksteissä oli kohtia, joissa oli paikka aktiivimuotoiselle predikaattiverbille, mutta se oli jätetty pois.

Passiivia esiintyi kaikkien paitsi kahden hoitajan teksteissä. Täydellisiä passiivilauseita esiintyi kuitenkin vain yhteensä 14, sillä aineiston teksteille on tavallista olla-apuverbien poisjättäminen (luku 5.5.3), ja suurin osa passiivilauseista oli aikamuodoltaan perfektissä (esimerkit 48 ja 49). Niistä vain yksi oli täydellinen (esimerkki 50). Täydelliset, persoonamuotoisen predikaattiverbin sisältävät passiivilauseet olivat lähes kaikki aikamuodoltaan preesensissä (esimerkit 51 ja 52).

(48) ”sovittu verensokerin mittaus seuraavaan syöttökertaan.”

(49) ”Suihkutettu kauttaaltaan.”

(50) ”Imetyksessä jokaisella kerralla on alkuapua annettu.”

(51) ”Käydään läpi vauva käsittelyä ja otteita.”

(52) ”Rintakumissa nähdään maitoa.”

Passiivilauseita käytettiin aineiston hoitokertomusteksteissä erityisesti kuvattaessa potilaalle annettua apua ja ohjausta tai muuten hoitajan omaa toimintaa (esimerkit 53–56).

(53) ”Haavanhoitoa käyty läpi.”

(54) ”Rintakumilla imetystä ohjattu, samalla kerrattu rintakumin hoito.”

(55) ”Katsottu RR 137/87 pulssi82.”

(56) ”Tuotu listakipulääkkeet aikaistetusti.”

Kuten luvussa 4.6 todettiin, on tämä hoitajille tyypillinen tapa pysytellä ulkopuolisena, ammattitaitoisena ja neutraalina toimijana (Karvinen 2017: 157).

5.5.5 Ellipsin käyttö

Aineiston hoitokertomusteksteissä käytetään ellipsiä, joka on yksi tiivistyksen keino (VISK § 1177). Ellipsi tarkoittaa sitä, että peräkkäisistä lauseista tai lauseenosista jätetään pois niille yhteinen osa (emt.). Aineiston teksteissä ellipsiä käytettiin kuitenkin laajemmin, eli esimerkiksi potilas mainittiin tekstin alussa ja jätettiin sitten koko lopputekstissä mainitsematta. Tämä liittyy ilmipanemattomaan viittaukseen (5.6.5). Potilaiden isäksi ellipsiä käytettiin viitatessa esimerkiksi kohtuun, verensokeriin (esimerkki 57), imukupin jälkeen (esimerkki 58) ja napaan (esimerkki 59).

(57) ”Matala vs ollut, korjaantui lisämaidolla ja glukoboosterilla.”

(58) ”Imukupin jälki punakka, mutta muuten siisti, pieni aristamaton pahka.”

(59) ”Napa siisti, ei eritä.”

Elliptistä viittaustapaa käytettiin aineiston teksteissä silloinkin, kun välissä oli viitattu muuhun asiaan. Toisin sanoen ellipsi esiintyi teksteissä joskus kaukana yhteiseksi tulkittavasta osasta. Esimerkiksi vauvan hoitokertomustekstissä saatettiin kirjoittaa välillä äidin tai isän tekemisestä ja palata sitten kertomaan vauvasta ilman uutta viittausta vauvaan (esimerkki 60) ja äidin kertomustekstissä vuorotellen äidistä, isästä ja molemmista (esimerkki 61).

(60) Punakka poika, iho ja napa ok, jäntevä ja virkeä. Ei matalan verensokerin oireita. Imukupin jälki mustelmainen, mutta iho ehjä. Vaipassa pissat. Suihkutettu. Äiti tekee aamutoimet vauvalle. Menee rinnalle, hyvin alkaa imeä rinnalla rintakumilla pienen alkuavun jälkeen.

(61) ”Hyvävointinen äiti. Perhehuoneessa ovat. Isä huolehtinut vauvan vaipanvaihdosta. Imetys sujunut hyvin rintakumilla. Pientä maidonnousutuntemusta.”

Esimerkin 62 perusteella on vaikea tietää, onko suihkutettu imukupin jälki vai koko vauva, ja esimerkissä 63 äiti mainitaan alussa ja vasta monta virkettä myöhemmin todetaan ”perhehuoneessa”, jolla luultavasti viitataan myös äitiin, vaikka väliin mahtuu paljon muutakin, johon ellipsin voisi yhdistää.

- (62) ”Hyväväriäinen, virkeä vauva. Päässä imukupin jälki siisti. Suihkutettu vanhempien kanssa, navanhoitoa ohjattu, napa siisti.”
- (63) Väsynyt, muuten hyvävointinen äiti. Rinnat terveet, pehmeät. Rinnanpäätt ehjät. Kohtu supistunut navan alle 2 sormenleveyttä. Jälkivuoto normaalia, ei hyytymiä. Episiotomia ja repeämä siisti, ei mustelmaa, hieman turvotusta. Hygieniaohtaus kerrattu. Virtsaus sujuu ongelmitta, suoli ei vielä toiminut. Wc-reissut sujuu muuten hyvin, ei heikotusta. RR normaali. Perhehuoneessa.

Joissakin tapauksissa on siis epäselvää, keneen tai mihin ellipsisillä viitataan. Näin etenkin silloin, kun tekijä tai kokija on jätetty pois useammasta kuin yhdestä edeltävästä lauseesta tai virkkeestä.

5.5.6 Yhteenvedo tekstien eroavuuksista syntaktisella tasolla

Syntaktisella eli lauserakenteen tasolla eroavaisuuksia ilmeni aineiston hoitokertomuksissa epätäydellisiin ja virheellisiin lauserakenteisiin, lauseenjäsenten poisjättämiseen sekä passiivin ja ellipsin käyttöön liittyen. Kuten leksikaalisella, myös syntaktisella tasolla eroavaisuudet olivat yksilöllisiä eivätkä siis liittyneet hoitajien taustatekijöihin.

Suurin osa aineiston hoitokertomustekstien lauseista oli kieliopillisesti puutteellisia ja virheellisiä. Kuuden hoitajan kirjoittamat tekstit eivät sisältäneet yhtään täydellistä lausetta, viidellä hoitajalla täydellisiä lauseita oli yksi ja kolmella hoitajalla kolme. Lopuilla oli teksteissään 7, 11 ja 21 täydellistä lausetta. Kolme eniten täydellisiä lauseita kirjoittanutta hoitajaa oli kirjoittanut myös keskimääräistä pidempiä hoitokertomustekstejä. Toisaalta kaikki keskimääräistä pidempiä tekstejä kirjoittaneet eivät käyttäneet montaa täydellistä lausetta. Ne hoitajat, jotka eivät käyttäneet yhtään täydellistä lausetta kirjoittivat hieman keskimääräistä lyhyempiä hoitokertomustekstejä. Suurin osa näistä hoitajista kuului ikäryhmään 19–38, mutta toisaalta tämä oli suurin ikäryhmä, eikä siten välttämättä liity suoraan tekstin pituuteen tai puutteellisten lauseiden kirjoittamiseen.

Lauseenjäsenten poisjättäminen oli tavallista aineiston hoitokertomusteksteissä. Subjektin poisjättämistä esiintyi kaikilla hoitajilla, mutta eri verran. Eniten subjekteja

poisjättäneillä hoitajilla ei ollut mitään yhteisiä taustatekijöitä. Heidän kirjoittamansa kertomustekstit olivat myös keskenään eri pituisia.

Verbin poisjättämistä esiintyi kaikkien hoitajien kertomusteksteissä. Olla-verbin poisjättäminen oli hyvin tavallista, varsinkin verbin perfektirakenteesta. Jos mukaan lasketaan vain predikaattiverbien poisjättämiset, on jakauma hoitajien välillä melko laaja. Kuudella hoitajalla predikaatti oli jätetty pois 4–7 lauseesta, kuudella 9–11 lauseesta ja kuudella 12–16 lauseesta. Tässä kohden on tarpeen huomauttaa, että lauserajat eivät hoitokertomusteksteissä ole aina yksiselitteisiä osittain juuri predikaattiverbin puuttumisesta johtuen. Näin ollen puuttuvien verbien määräkin on vain arvio. Hoitajia, jotka jättivät pois eniten predikaatteja, yhdistää ikä, sillä sekä 9–11 että 12–16 predikaattiverbiä poisjättäneistä hoitajista suurin osa oli 19–38-vuotiaita. Tosin tulee taas muistaa, että suurin osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista kuului kyseiseen ikäluokkaan.

Objektin poisjättämistä esiintyi aineiston hoitokertomusteksteissä vähemmän kuin sen käyttöä; lauseita, joissa oli näkyvä objekti, oli paljon enemmän kuin lauseita, joista objekti oli jätetty pois. Puuttuvia objekteja on toisaalta myös vaikea hahmottaa muutenkin epätäydellisistä lauseista. Objekteja puuttui 10 hoitajan teksteistä. Näillä hoitajilla ei taustatekijöiden suhteen ollut muuta yhteistä kuin että he kaikki kuuluivat ikäryhmiin 19–38 ja 39–54. Useimmat hoitajat olivat jättäneet pois yhden objektin, ja kaikki paitsi yksi objektin poisjättö esiintyi vauvasta kirjoitetussa tekstissä.

Passiivina käytettiin aineiston hoitokertomusteksteissä vähemmän kuin aktiivimuotoisia verbejä, mutta sitä esiintyi lähes kaikkien hoitajien teksteissä. Passiivin käytössä esiintyi yksilöllisiä eroja. Kaksi hoitajaa ei käyttänyt teksteissään lainkaan passiivina, ja viisi hoitajaa käytti vain kahta passiivilauseetta. Kuuden hoitajan teksteistä löytyi 3–6 passiivina ja lopuilla kolmella hoitajalla niitä oli 8, 9 ja 11. Passiivin käytössä ei eroavaisuuksia voi liittää hoitajien taustatietoihin. Ikäryhmiä tarkasteltaessa voidaan kuitenkin huomata, että kaikki 19–38-vuotiaat hoitajat lukeutuivat vähemmän passiivina sisältäneiden tekstien kirjoittajiin. Kuten aiemminkin todettiin, kuului suurin osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista kyseiseen ikäryhmään. Elliptistä viittausta

käytettiin aineiston hoitokertomusteksteissä yleisesti sekä henkilöistä että asioista. Sen käytössä ei ilmennyt eroja hoitajien taustatekijöiden perusteella.

5.6 Leksikaaliset piirteet

Leksikaalisiin piirteisiin luokiteltiin sanastoon ja sanavalintoihin liittyvät piirteet. Nämä olivat *pronominien käyttö* (5.6.1), *lyhenteiden käyttö* (5.6.2), *erikoislatermit ja ammattislangi* (5.6.3), *erikoisalafraasit* (5.6.4), *potilaaseen viittaaminen* (5.6.5), *negaatiot* (5.6.6) sekä *ajanmääreet* (5.6.7). Näistä erikoisalafraasit otettiin mukaan aineistosta nousseena piirteenä, ja muut perustuvat aiempien tutkimusten perusteella tehtyyn jaotteluun (4.9).

5.6.1 Pronominien käyttö

Hoitokertomustekstien yhteensä noin 2000 sanasta 30 oli pronomineja. Tavallisin pronomini oli demonstratiivipronominin *ne* muoto *niitä*, jota oli käytetty neljä kertaa. Myös demonstratiivipronominien *se* ja *tämä* eri muotoja käytettiin (*sitä, siihen, siinä, silloin, tämän, tätä*). Teksteissä esiintyi myös eri taivutusmuotoja relatiivipronomineista *joka* (*josta, jota, jossa, jotain, jonkin, joten*) ja *mikä* (*mistä, minkä, miten*).

Taulukko 12. Aineiston hoitokertomusteksteissä esiintyvät pronominit

joka	josta	jota	jossa	jotain	jonkin	joten
se	sitä	siihen	siinä	silloin		
mikä	mistä	minkä	miten			
tämä	tämän	tätä				
sama	samalla	samoin				
ne	niitä					
itse	itse					
muu	muuten					
toinen	toista					
molemmat	molemmat					
he	he					

Lisäksi mikä-pronominin esiintyi interrogatiivipronominina. Näiden lisäksi teksteissä käytettiin indefiniittipronomineja *sama* (*samalla, samoin*), *muuten*, *toista* ja *molemmat* sekä refleksiivipronominia *itse*. Pronominin *itse* esiintyi teksteissä vain kahdesti, kun merkitykseltään lähes vastaavaa adverbiä *omatoimisesti* käytettiin seitsemän kertaa.

Persoonapronomineja ei teksteistä löytynyt kuin yksi (*he*). Se esiintyi tekstissä (esimerkki 64), jossa käytettiin jopa kymmentä pronominia, kun niitä muissa teksteissä esiintyi 0–4. Kyseinen teksti oli äidistä kirjoitettu hoitokertomusteksti ja se on teksteistä pisin. Suurin osa pronomineista (6 kpl, alleviivaukset lisätty) esiintyi kertomuksen osassa, jossa selitettiin väärinymmärrystä ja sen selvittämistä.

- (64) Alkuun vanhemmat eivät olleet suostuvaisia vauvan Vasseu näytteeseen mutta käyty sitä asiaa vielä läpi että he ovat ymmärtäneet mistä asiasta kieltäytyvät. Viedään vielä kansio luettavaksi josta näytetään oleelliset asiat. Tämän jälkeen vanhemmat haluavat osallistua näytteeseen. Aiemmin olivat ymmärtäneet asian aivan väärin. Kannustettu omatoimisuuteen mutta myös rohkeasti pyytämään apua kun kokevat sitä tarvitsevan.

Pronominien käyttö esimerkin 64 tilanteessa liittyy ohjeistukseen tai tarpeeseen kirjata tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin vaikeassa tilanteessa. (Karvinen 2017: 156)

5.6.2 Lyhenteiden käyttö

Lyhenteet ovat hoitokertomuksille tyypillinen piirre. Tämän tutkimuksen aineiston hoitokertomusteksteissä lyhenteitä esiintyi noin 1,7 %. Aiempien tutkimusten mukaan lyhenteitä esiintyy erikielisissä potilaskertomusteksteissä 0,8–4,7 %, yhdessä tutkimuksessa jopa 14 % (Dalianis 2018: 26). Monista pitkistä ja tavallisista ilmauksista oli käytetty aineistossa useammin koko sanaa kuin lyhennettä. Lyhenteiden vähäinen käyttö voi johtua organisaation kirjaamista säätelevistä ohjeista. Eniten esiintyi lyhennettä *vs*, jota oli käytetty kuusi kertaa. Toisaalta koko sanaa *verensokeri* oli käytetty moninkertaisesti enemmän, eli 20 kertaa ja lyhennettä *sokeri* kaksi kertaa. Samoin lyhennettä *RR* ja koko muotoa *verenpaine* oli käytetty molempia yhtä paljon eli viisi kertaa ja lyhennettä *sl* ja koko muotoa *sormenleveyttä* molempia kolme kertaa.

Lyhennettä *n-* käytettiin viisi kertaa, kun sen koko muotoja *navan alle* ja *alle navan* kuusi ja kolme kertaa. Sana *jälkivuoto* toistui teksteissä 11 kertaa, sen lyhyempi muoto *vuoto* ja kirjainlyhenne *ju* vain kerran. Myöskin suurimmassa osassa tekstejä esiintynyt sana *episiotomia* oli lyhennetty vain kaksi kertaa muotoihin *eppari* ja *epis*. Sana *ihokontakti* esiintyi pitkässä muodossaan kolme kertaa ja lyhennettynä muodossa *ihis* vain kerran.

Osa aineistossa käytetyistä lyhenteistä oli itse muodostettuja eli ei-standardoituja ja erikoisalalle tyypillisiä, kuten kertomusteksteille on tyypillistä (ks. Dalianis 2018: 22), vaikka muun muassa Jokinen ja Virkkunen (2018: 14) ohjeistavat käyttämään yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä lyhenteitä. Yksi esimerkki ei-standardoidusta ja samalla erikoisalalle tyypillisestä ilmauksesta on *n-2sl*, joka tuskin kertoo ulkopuoliselle lukijalle mitään kohdun supistumisesta, mutta jokainen osaston hoitaja tietänee sen tarkoittavan, että kohtu on supistunut kaksi sormenleveyttä *navan alle*. Kohdun supistumista kuvaavasta ilmauksesta käytettiin erilaisia variaatioita, kuten *n -2*, *-2 alle navan* ja *-2 sl*. Standardoituja kielestä riippumattomia lyhenteitä olivat lyhenteen *RR* lisäksi *ok*, *min* (minuuttia), *max* ja *WC*. Näistä *ok* esiintyi aineiston teksteissä kolme kertaa ja muut vain kerran.

5.6.3 Erikoisatermit ja ammattislangi

Aineiston hoitokertomustekstit sisälsivät erikoisatermejä ja etenkin paljon samoja termejä. Samojen termien esiintyminen voi johtua siitä, että osa niistä mainittiin myös potilastapauksen esittelyssä. Erikoisatermeistä tavallisia olivat *alkuapu*, *houkutusmaito*, *imukuppi*, *jälkivuoto*, *jääside*, *lisämaito*, *painonlasku* ja *rintakumi* sekä vauvaa kuvailevat termit *virkeä* ja *jäntevä*. Vauvan virkeydellä ja jäntevyydellä on vastasyntyneen voinnin tarkkailussa erityinen merkitys.

Dalianis (2018: 22) toteaa, että potilaskertomustekstit sisältävät tutkimusten mukaan paljon erikoisatermejä ja ammattislangia, jotka voivat olla toisen hoitotyön erikoisalan ammattilaisille vaikeita ymmärtää. Aineiston hoitokertomuksissa esiintyneet termit olivat erikoisalaan liittyviä, eivät siis vain hoitoalaan vaan vielä kapeammin

synnytyksiin ja lapsivuodeajan hoitoon liittyviä. Edellä lueteltujen lisäksi tällaisia termejä olivat esimerkiksi *aamuhoidot*, *imetysohjaus*, *imuote*, *maidonnousutuntemus* ja *vuorovaikutus*.

Vaikeita erikoisalatermejä tai muuten vaikeita sanoja esiintyi aineistossa vähän. Tällaisiin voitaisiin lukea *episiotomia*, *subjektiiviset toksemiaoireet*, *hygieniaoikeus* ja *mekonium*, joista episiotomia esiintyi lähes kaikissa teksteissä, mutta muut vain kerran. Lisäksi teksteissä käytettiin lääkkeiden nimiä (*Albetol*, *Glucobooster*). Ammattislangiksi voidaan laskea episiotomiaa tarkoittavat *epis* ja *eppari* sekä ihokontaktia tarkoittava *ihis*.

5.6.4 Erikoisalafrasit

Aineistosta nousi esiin yksi ominaispiirre, jota ei käsitelty aiemmissä tutkimuksissa (luku 4). Nimesin sen erikoisalafraseiksi. Erikoisalafraseilla viitataan ilmaisuihin, jotka toistuvat teksteissä hyvin samankaltaisina tai lähes identtisinä. Nämä ilmaisut liittyivät esimerkiksi kohdun supistumisen ja jälkivuodon kuvaamiseen. Kaikki hoitajat olivat kuvanneet äidin jälkivuotoa ja yhtä lukuun ottamatta kaikki kohdun supistumista. Kohdun supistumista kuvaavat ilmaisut sisältävät useimmiten kohdunpohjan korkeuden, joka arvioidaan kädellä painamalla ja ilmaistaan suhteessa napaan. Kohtua kuvattiin supistuneeksi (esimerkit 65–67) tai napakaksi (esimerkit 68–70). Mittana käytetään yleensä sormenleveyttä, jonka monet olivat lyhentäneet muotoon *sl* (esimerkit 65 ja 68). Lyhenteistä lisää luvussa 5.6.2. Välillä mittaa ei mainittu lainkaan. Ilmaisut olivat muodoltaan hyvin samanlaisia, jotkut jopa keskenään lähes identtisiä (esimerkit 65 ja 66). Lyhimmillään todettiin pelkästään kohdun napakkuus ja normaali vuoto (esimerkki 69).

(65) ”Kohtu supistunut n-2sl, jälkivuoto normaalia.”

(66) ”Kohtu supistunut n -2, jälkivuoto normaalia.”

(67) ”Kohtu n-2 supistunut, ei vuotoa painettaessa,”

(68) ”Kohtu napakka, -2sl, painettaessa ei vuotoa. Siteellä tavallinen jälkivuoto.”

(69) ”Kohtu napakka, vuoto normaalia,”

(70) ”Kohtu napakkana -2 alle navan. Painettaessa ei vuotoa. Jälkivuoto normaalia.”

Jälkivuotoa kuvattiin useimmiten lausekkeella [*Jälki*]vuoto normaalia (esimerkit 65, 66 ja 70), mutta myös muita ilmaisuja, kuten *jälkivuoto niukkaa*, *normaali jälkivuoto* ja *tavallinen jälkivuoto* käytettiin. Sekä kohdun supistumisen että vuodon tarkkailu kuuluvat päivittäisiin rutiineihin synnyttäneiden osastolla, mikä on varmasti johtanut niitä kuvaavien ilmaisujen vakiintumiseen. Voidaan puhua fraasimaisista ilmaisuista ja koska on kyse ammattikielen erikoisalan sisäisistä ilmaisuista vielä tarkemmin erikoisalafraseista.

Myös äidin virtsaamisesta ja vatsantoiminnasta käytettiin lähes identtisiä ilmaisuja kahdessa hoitokertomustekstissä (esimerkit 71 ja 72). Verbi *sujua* vaikuttaa liittyvän virtsaamisen kuvailemiseen, sillä sitä käytettiin kahdessa muussakin tekstissä samassa yhteydessä (esimerkit 73 ja 74).

(71) ”Virtsaaminen sujuu ongelmitta, vatsa ei ole vielä toiminut.”

(72) ”Virtsaus sujuu ongelmitta, suoli ei vielä toiminut.”

(73) ”Virtsaus sujuu äidin mielestä normaalisti. Vatsa ei ole toiminut synnytyksen jälkeen.”

(74) ”Vointi kohtuullinen, vessassa käynyt, virtsaus sujuu.”

Hoitajat huomioivat myös vauvasta samoja asioita ja kirjasivat ne hyvin samankaltaisten ilmauksien avulla. Hoitajat kuvailivat vauvan vointia, virkeyttä, jäntevyyttä, väriä, ihon ja navan kuntoa, pesemistä sekä syömistä. Monet totesivat painonlaskun ja verensokerien pysyneen normaaleina, ja jotkut mainitsivat myös vaipassa olleen pissaa.

(75) ”Normaalisti jäntevä ja ärtyvä käsitellessä, nyt ei matalan verensokerin oireita.”

(76) ”Virkeä ja punakka vauva, hoidoilla käsitellessä jäntevä, ei matalan sokerin merkkejä.”

(77) ”Verensokeri ok, eikä matalan verensokerin merkkejä.”

(78) ”Ei alhaisen verensokerin oireita ja verensokeri oli hyvä.”

(79) ”Käteän lämmin, ei matalan vs oireita.”

Nämä ovat asioita, jotka kävivät ilmi potilastapauksesta laaditusta kuume kurvasta. Tietojen toistaminen hoitokertomustekstissä on tavallista todellisissakin tapauksissa ja johtuu tuskin tässä tutkimuksessa pelkästään tehtävänannosta. Toistamisen tarkoitus voi olla tehdä näkyväksi se, että hoitaja on huomionnut kyseiset asiat hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Syynä voi olla myös pyrkimys tehdä hoitokertomuksesta kronologisesti etenevä ja yhteneväinen.

5.6.5 Potilaaseen viittaaminen

Tämän tutkimuksen aineistossa potilaisiin viitattiin useassa kohdassa eri tavoin. Karvisen (2017: 157) mukaan asiakkaaseen viitataan useimmiten ilmipanemattomasti, paitsi erityistilanteissa näkyvästi käyttäen kohteliasta ja neutraalia nimitystä. Karvinen (2017) puhuu asiakkaasta, mutta käytän tässä tutkimuksessa nimitystä potilas, koska se on tavallisempaa sairaalaympäristössä, johon aineiston hoitokertomustekstit kuvitteellisesti sijoittuvat.

Kuten aineiston esittelyssä (5.1) totesin, oli *vauva* koko aineiston toiseksi käytetyin sana ja *äiti* neljänneksi käytetyin. Kaikki paitsi kaksi hoitajista käytti sanaa *vauva* ja nämäkin käyttivät nimitystä *lapsi* ja *poika*. Kaikki paitsi kolme käyttivät viittausta *äiti*. Nimitystä *vanhemmat* käytettiin 8:ssä ja nimitystä *hoitaja* 5:ssä tekstissä. Nimitystä *puoliso* käytti 7, *isä* 5 ja *iskä* 1 hoitajaa.

(80) ”Äiti omatoimisesti vaihtanut vauvan vaipat, vauvan perushoidot ja käsittelyohjeet käyty yhdessä läpi.”

(81) ”Puoliso hoitanut vauvan, äiti katsellut hoitoja sängystä.”

(82) ”Hoitaja auttanut aloituksessa.”

Kuten Karvinen (2017: 158–159) toteaa, voi asiakkaalla olla hoitokertomusteksteissä monta roolia, kuten aktiivinen toimija, passiivinen objekti, kokija, vastaanottaja tai teema. Aineiston hoitokertomusteksteissä kuvailtiin aluksi vauvan ja äidin voiteja. Vauvan vointia hoitaja arvioi ja kuvailee objektiivisesti tarkkaillen, mutta äidin osalta sekä ulkopuolisen tarkkailijan silmin että äidin oman kokemisen perusteella. Vauvasta kuvattiin voinnin jälkeen lähes joka kertomuksessa ihon ja navan kuntoa, vauvalle

tehtyjä pesuja ja vauvan syömistä (esimerkki 83). Vauva esiintyi siis aineiston hoitokertomuksissa objektina (pesujen kohde), vastaanottajana (maidon vastaanottaja) sekä teemana (vauvan voinnin ja ulkonäön kuvailu).

- (83) Hyvävointinen vauva. Aamuhoidoilla oli virkeä ja katselevainen. Väriltään vaaleanpunakka. Lämpö hyvä. Ihonkunto hyvä, napa siisti. Päässä pientä ihorikkoa imukupista, jota tulee seurata. Painonlasku normaali. Ei alhaisen verensokerin oireita ja verensokeri oli hyvä. Vaipassa pissa. Rinnalla on imenyt rintakumin kanssa. Syöminen sujui nyt hyvin ilman houkutusmaitoa. Alkuapua ja tukea kuitenkin syömisen aloitukseen vielä tarvitsee.

Äidistä kirjattiin subjektiivisen ja objektiivisen voinnin arvioinnin (esimerkit 84 ja 85) lisäksi lähes joka hoitokertomustekstiin hänen toimintaansa (liikkuminen, vessakäynnit, vauvan hoitaminen) sekä saamaansa ohjausta ja apua. Äidin omia kokemuksia, mielipiteitä tai toiveita oli kirjannut kuusi hoitajaa, ja näissä tapauksissa hoitajat käyttivät näkyvää viittausta, jolloin *äiti* oli subjektina eli kokijana. Näkyvän viittauksen tarkoituksena näissä kohdissa on luultavimmin korostaa sitä, että on kyse nimenomaan äidin subjektiivisista ilmauksista. Vielä useammin *äiti* oli näkyvänä subjektina eli tekijänä silloin kun kerrottiin vauvan hoitamisesta (esimerkki 86). Tällöin näkyvän viittauksen tarkoitus voi olla tuoda esiin sitä kuinka paljon äiti on vauvaa hoitanut. Tämä on tärkeä tieto seuraaviin vuoroihin tuleville hoitajille, jotta he osaavat arvioida hoidon ja ohjaamisen tarvetta sekä suunnitella oman vuoron töitä.

- (84) ”Hyvävointinen äiti, hyvin jaksaa olla liikkeellä.”
 (85) ”Äiti kertoo voinnin olevan muuten hyvä, mutta episiotomia ja repeämä aiheuttavat kipua älapäähän [sic], tuotu jääside helpottamaan oloa.”
 (86) ”Äiti tehnyt ohjatusti vauvan aamutoimet.”

Sama koskee näkyvää viittausta *isä* tai *puoliso*, joita oli käytetty yhteensä 13 (6 ja 7) kertaa silloin kun kuvattiin *isän/puolison* osallistumista vauvan hoitamiseen (esimerkki 87). Teksteistä ei löydy selviä perusteita sille miksi joissain niistä käytetään neutraalia nimitystä *puoliso* ja toisissa nimitystä *isä*, mutta syynä voi olla se, että kyselylomakkeen potilastapauksessa mainittiin *puoliso*, eli vastaajilla ei ollut tietoa siitä, onko kyseessä

lapsen isä vai äidin mies- tai naispuolinen tai muunsukupuolinen puoliso. Myös nimitystä *vanhemmat* käytettiin tekijänä tai osallistujana silloin kun kerrottiin vauvan hoitamisesta. Joissakin tapauksissa *vanhemmat* olivat myös ohjaamisen kohde (esimerkki 100). Samoin *äiti* esiintyi ohjaamisen kohteena, mutta yhtä paljon löytyi myös kohtia, joissa ohjauksen kohdetta ei tuotu näkyvästi ilmi. Esimerkissä 87 voidaan olettaa, että vauvan aamuhoidot on ohjattu äidille, koska isä on jo hoitanut vauvaa illan ja yön aikana. Tämä tulkinta tarvitsee kuitenkin perusteeksi tiedon siitä, että perhehuoneessa isä usein hoitaa vauvaa aluksi, kun äiti on vielä toipilas synnytyksen jälkeen.

- (87) ”Ohjattu vauvan aamuhoitoja, isä hoitanut vauvan illan ja yön ajan.”
 (88) ”Ohjattu vanhemmille navan- ja silmien hoito.”

Aineiston hoitokertomusteksteissä potilaisiin viitattiin myös ilmipanemattomasti. Usein vauva tai äiti mainittiin heti tekstin alussa, yleensä ensimmäisessä virkkeessä, mutta tekstin muissa virkkeissä subjekti tai objekti oli jätetty kokonaan pois. Potilaasta käytettiin siis elliptistä viittaustapaa (5.5.5). Tavallisin tapa, jolla hoitajat aloittivat kertomustekstin, oli *Hyvävointinen vauva/äiti* eri variaatioina (esimerkit 89–91). Aloituksen jälkeen potilaaseen viitattiin joko heti tai vasta myöhemmin tekstissä. Yhdessä tekstissä potilas mainittiin ensimmäisen kerran vasta lopussa.

- (89) ”Hyvävointinen vauva. Aamuhoidoilla oli virkeä ja katselevainen. Väriltään vaaleanpunakka.”
 (90) ”Toipilas äiti. Yöllä saanut jonkin verran nukuttu [sic], puoliso ollut paljon vauvanhoidossa apuna.”
 (91) ”Äiti kokee vointinsa hyväksi. Jälkivuodon kuvaa normaaliksi. Saanut virtsattua.”
 (92) ”Nyt virkeän oloinen. VS hyvä. Autetaan rinnalle. Aluksi pientä keskittymysvaikeus [sic], mutta lähtee lopulta hyvällä otteella imemään.”

Neljässä tekstissä potilasta ei mainittu tekstissä ollenkaan, jolloin koko teksti viittaa potilaaseen ilmipanemattomasti. Todellisuudessa potilaan nimi toki näkyisi hoitokertomuksessa, joten kun tekstiä luetaan järjestelmän näytöltä tai tulosteelta, tietää lukija, keneen tekstissä viitataan. Vain yksi teksteistä, joissa ei viitattu potilaaseen

millään nimityksellä, oli kirjoitettu vauvasta (esimerkki 92). Muissa vauvasta kirjoitetuista teksteissä käytettiin jotakin nimitystä.

5.6.6 Negaatiot

Negaatioita käytettiin kaikissa paitsi viidessä aineiston hoitokertomusteksteistä. Kuten aineiston esittelyssä (luku 5.1) mainitaan, oli sana *ei* toiseksi yleisin sana aineiston hoitokertomusteksteissä. Myös Allvinin ym. (2011: 58) tutkimuksessa kielto sanat olivat hoitokertomustekstien yleisimpiä sanoja. Tämän tutkimuksen aineiston hoitokertomuksissa käytettiin myös ilmaisua *ilman* ja vastaavaa ilmaisua *ongelmitta*, kartiiviadjektiivia *aristamaton* sekä ilmaisuja *väärin* ja *kieltäytyivät*. Negaatioita käytettiin etenkin kirjoitettaessa vauvan mahdollisista verensokerioireista ja äidin jälkivuodosta (esimerkit 93 ja 94), mutta myös muiden oireiden puuttumisesta mainittiin negaatioiden avulla (esimerkit 95–99).

(93) ”Ei matalan verensokerin oireita.”

(94) ”Ei vuotoa painettaessa ja siteellä normaali jälkivuoto, ei hyytymiä tai poikkeavaa hajua.”

(95) ”Virtsaaminen sujuu ongelmitta, vatsa ei ole vielä toiminut.”

(96) ”Napa siisti, ei eritä.”

(97) ”Imukupin jälki siisti, hieman mustelmainen, ei aristusta.”

(98) ”Episiotomia ja repeämä siisti, ei mustelmaa, hieman turvotusta.”

(99) ”Äidillä ei subjektiivisia toksemioireita.”

Pidemmissä teksteissä negaatioita esiintyi enemmän kuin lyhyissä. Negaation avulla lukija tietää hoitajan huomioineen kyseiset asiat potilaan voinnissa. Yleensä oireen puuttuminen on normaali tila, mutta negaatioita käytettiin hoitokertomusteksteissä myös kuvaamaan normaalista poikkeavaa tilaa. Yksi tällainen tila oli äidin vatsan toiminta (esimerkki 95). Juuri vatsan toimimattomuus on asia, joka vaatii huomiota ja toimenpiteitä, kun taas sen toimiminen voidaan kuitata klikkaamalla merkki kuumekurvalle.

5.6.7 Ajanmääreet

Tämän tutkimuksen aineiston hoitokertomusteksteissä esiintyi jonkin verran ajanmääreitä, mutta vain vähän sellaisia, kuin Allvin ym. (2011) tutkimuksessaan löysivät (esim. ilta, yö). *Yö* esiintyi aineiston hoitokertomusteksteissä yhteensä viisi kertaa (*yöllä, viime yönä, yön aikana, yön ja illan aikana*). *Aamu* esiintyi vain kerran itsenäisesti (*aamulla*), mutta kuusi kertaa määriteosana yhdyssanoissa *aamutoimet, aamuhoidoilla, aamupesujen jälkeen ja aamupalan jälkeen*.

Synnyttäneiden osastolla vastasyntynyt on perinteisesti tarkastettu, punnittu ja tarvittaessa pesty aamuvuorossa, joten hoitajat viittaavat hoitokertomusteksteissä aamuhoidojen (-pesujen/-toimien) aikana tekemiinsä huomioihin. Teksteissä käytettiin myös lyhennettyjä ilmauksia *pesujen jälkeen* ja *hoitojen jälkeen*. Siksi nämä ilmaisut lasketaan tässä tutkimuksessa ajanmääreiksi. Vauvasta aamuhoidoilla tehtyihin huomioihin viittaa myös ilmaus *hoitopöydällä*.

Samoin ajanmääreiksi voidaan laskea muut samantapaiset tiettyyn hoitotilanteeseen viittaavat ilmaukset, kuten kohdun supistumiseen viittaava *painettaessa*, vauvan vointiin viittaava *käsiteltäessä* ja vauvan syömiseen viittaava *rinnalla*. Muita tilanteisiin viittaavia ajanmääreitä olivat *seuraavaan syöttökertaan, seuraavalle syötölle ja ennen imetystä*. Muita aineiston teksteissä esiintyviä ajanmääreitä olivat *nyt, ajoittain, aluksi, lopulta, vielä ja ei vielä*.

5.6.8 Yhteenvedo tekstien eroavuuksista leksikaalisella tasolla

Leksikaalisella eli sanastoon liittyvällä tasolla eroavaisuuksia aineiston hoitokertomuksissa esiintyi pronominiin, ajanmääreiden ja negatioiden käytössä sekä asiakkaaseen viittaamisessa. Lyhenteiden sekä erikoislatermien ja -fraasien esiintymisen osalta hoitokertomustekstien kieli oli aineistossa yhtenäistä: kaikki hoitajat olivat käyttäneet vähän tai ei ollenkaan lyhenteitä, mutta paljon samoja erikoislatermejä ja -fraaseja.

Pronominien käytössä esiintyi yksilöllisiä eroja. Kahdeksan hoitajan teksteissä ei esiintynyt yhtäkään pronominia, kahdeksalla niitä esiintyi 1–3, yhdellä 4 ja yhden hoitajan teksteissä pronomineja esiintyi 10. Ajanmääreitä esiintyi kaikkien hoitajien teksteissä, mutta useimmilla vain 1–2. Ajanmääreeksi laskettiin myös ilmaisut kuten *aamutoimet*, *aamuhoidoilla*, *hoidoilla*, *hoitopöydällä* ja *käsiteltäessä*. Kahden hoitajan teksteissä ajanmääreitä oli keskimääräistä enemmän, 7 molemmilla. Näiden hoitajien kirjoittamat hoitokertomustekstit olivat keskimääräistä pidempiä.

Negaatioiden esiintymisessä aineiston hoitokertomusteksteissä oli jonkin verran eroja. Viisi hoitajaa ei käyttänyt kirjottamissaan teksteissä lainkaan negaatioita, kymmenen hoitajaa käyttivät kukin 1–3 negaatiota ja lopuilla niitä oli 5–8. Negaatioita esiintyi enemmän pidemmissä hoitokertomusteksteissä. Runsaammin negaatioita käyttäneestä kolmesta hoitajasta kaksi oli lastenhoitajia ja kahdella oli sama työkokemuksen pituus vuosina. Toisaalta näiden ryhmien pienuuden vuoksi on mahdotonta vetää johtopäätöstä siitä, että lastenhoitajat ja kauemmin työssä olleet käyttäisivät enemmän negaatioita.

Potilaaseen viittaamisessa erot olivat pieniä: kaikki hoitajat viittasivat vauvaan jollakin nimityksellä (*vauva*, *lapsi*, *poika*, *tyttö*) ja kaikki paitsi kolme viittasivat äitiin nimityksellä *äiti*. Lisäksi 12 hoitajaa mainitsivat puolison (*puoliso*, *isä*, *iskä*, *mies*) ja kahdeksan *vanhemmat*. Hoitajaan eli itseensä viittasi viisi hoitajaa. Hoitajat kirjoittivat omasta toiminnastaan lähinnä passiivissa.

5.7 Yhteenveto hoitokertomusten ominaispiirteissä

Aineiston hoitokertomusteksteistä löytyi aiemman tutkimuksen perusteella tehdyn jaottelun (4.9) elementit eli samat kielelliset ominaispiirteet. Tein jaotteluun kuitenkin aineiston perusteella joitakin muutoksia (taulukko 13).

Jaotteluun kuuluu myös *informaatiotiheys*, vaikka en käsitellyt sitä muiden tekstuaalisen tason ominaispiirteiden tavoin luvussa 5.4. Tämä johtuu siitä, että informaatiotiheys ei oikeastaan ole erillinen yksittäinen piirre, jonka esiintymistä voisi

todeta tai laskea teksteissä. Se on monen eri ominaispiirteen tulos, mutta kuitenkin keskeinen hoitokertomustekstejä kuvaava piirre, joten otan sen tässä mukaan tarkasteluun. Kaikki aineiston tekstit olivat informaatioisällöltään tiiviitä, kun niistä tarkastellaan Karvisen (2009) ja Dalianisin (2018: 21) mainitsemaa sähkösanomatyyliä ja Niemikorven (1996: 134–135) mainitsemaa fragmentaarisuutta. Informaatiotiheys on tulosta kaiken vanhan eli lukijalle jo tutun tai itsestään selvän tiedon karsimisesta. Siihen liittyy siis vahvasti leksikaalisen ja syntaktisen tason tekstin tiivistämisen keinot kuten lauseenjäsenten poisjättäminen (5.5.2), nominaalistukset (5.5.3), passiivi (5.5.4), ellipsi (5.5.5) ja lyhenteet (5.6.2).

Lisäsin listaan aineistosta esiin nousseen piirteen *erikoisalafrasisit*, jolla viitataan siihen, että useammat hoitajat käyttivät keskenään samankaltaisia ilmaisuja esimerkiksi kohdun supistumisesta ja vauvan verensokerin huomioimisesta. Cabré (1999: 91) tekee eron fraasimaisten termien ja vapaamuotoisten fraasien välillä. Fraasimaisilla termeillä on terminologista arvoa, eli ne viittaavat tiettyyn käsitteeseen, kun taas vapaamuotoiset fraasit voivat olla millaisia vain fraasimaisia rakenteita. Näiden kahden ääripään väliin jäävät fraasit, jotka muistuttavat sikäli terminologisia fraaseja, että ne esiintyvät taajaan tietyllä erikoisalalla, mutta ne eivät nimeä tiettyä käsitettä. Tällaisiksi fraaseiksi luokittelun aineistosta esiin nousseet erikoisalafrasisit.

Taulukko 13. Aineiston hoitokertomusten kielelliset ominaispiirteet

Hoitokertomusten kielelliset ominaispiirteet		
Tekstuaalisen tason ominaispiirteet	Syntaktisen tason ominaispiirteet	Leksikaalisen tason ominaispiirteet
lyhyet tekstit	epätäydelliset ja virheelliset lauserakenteet	vähän pronomineja
välimerkkien poisjättäminen	lauseenjäsenten poisjättäminen	standardoimattomat lyhenteet
informaatiotiheys	ellipsit	erikoisalatermit
	passiivi persoonamuotona	erikoisalafrasisit
		potilaaseen viittaaminen
		negaatiot
		ajanmääreet

Jätin jaottelusta pois piirteitä, joita luvussa 4 käsittelemieni aiempien tutkimusten mukaan esiintyy hoitokertomusten kielessä, mutta jotka eivät toteutuneet aineiston teksteissä. Aineiston hoitokertomusteksteissä ei esiintynyt niin runsaasti lyhenteitä kuin olisi voinut aiempien tutkimusten perusteella olettaa (vrt. Dalianis 2018: 26). Teksteissä esiintyi kuitenkin standardoimattomia erikoisalalle tyypillisiä lyhenteitä, kuten aiemmissakin tutkimuksissa (Dalianis 2018: 22, 25). Jätin jaottelusta pois ominaispiirteen *paljon lyhenteitä*, ja jäljelle jäi ominaispiirre *standardoimattomat lyhenteet*.

Myös potilaaseen viittaamisessa oli eroja aiempiin tutkimuksiin, sillä tämän tutkimuksen aineistossa potilaisiin viitattiin näkyvästi myös silloin, kun ei ollut kyse odottamattomista tai ongelmallisista tilanteista, toisin kuin Karvisen (2017: 157) tutkimuksessa. Potilaisiin viitattiin näkyvästi kerrottaessa heidän voinnistaan, toiminnastaan ja kokemuksistaan sekä heidän saamastaan ohjauksesta ja avusta. *Ilmipanematon viittaus potilaaseen* muutettiin siis muotoon *potilaaseen viittaaminen*, koska aineiston teksteissä esiintyi molempia viittaustapoja, eikä ilmipanematon viittaus ollut pääosassa. Teksteissä viitattiin näkyvästi myös puolisoon ja isään sekä hoitajaan.

Karvisen (2017: 161) mukaan hoitajat suosivat passiivia kirjoittaessaan omista toimistaan. Se on yksi kielellisistä strategioista, joita hoitajat ammattikielessään käyttävät. Passiivin avulla hoitaja tekee tekstistä kohteliaampaa ja diplomaattisempaa sekä korostaa omaa rooliaan ulkopuolisena ammatillisena toimijana. Toisaalta passiivista poikkeamista voidaan myös hyödyntää kielellisenä strategiana. (Karvinen 2017: 156–157; 161–162) Tämän tutkimuksen aineistossa hoitajat mainitsivat itsensä tekijänä myös rutiinihoitotoimien kuten vauvan pesujen yhteydessä, mikä voi liittyä tarkoitukseen tuoda esiin se, kuinka paljon äiti (tai isä) on hoitanut vauva, eli onko hoitaja esimerkiksi aina pessyt ja vaihtanut vauvan vaipan, vai onko hän vain ohjannut vanhempia vauvanhoidossa. Passiivia esiintyi aineiston hoitokertomusteksteissä vähemmän kuin aktiivimuotoisia verbejä. Passiivia käytettiin kuitenkin yleisesti aineiston teksteissä, sillä sitä käyttivät kaikki vastaajat. Pidän siis piirteen *passiivi persoonamuotona* mukana jaottelussa.

6 HOITOKERTOMUSTEN YHTENÄISTÄMINEN KONTROLLOIDUN KIELEN SÄÄNTÖJEN AVULLA

Seuraavaksi tarkastelen edellä (luku 5) selvittämieni aineiston hoitokertomusten kielellisten piirteiden ja niissä esiintyvien eroavaisuuksien pohjalta, miten kontrolloidun kielen sääntöjä voidaan soveltaa kielellisten eroavaisuuksien yhtenäistämiseen hoitokertomuksissa.

Muokkasin tarkastelun perusteella luvussa 4.9 tehtyä listaa hoitokertomusten kielellisistä ominaispiirteistä. Näistä piirteistä nostin esiin erityisesti ne, joiden esiintymisessä oli eroavaisuuksia aineiston hoitokertomusteksteissä. Tässä luvussa pohdin, mitkä luvussa 3.4 käsittelemistäni kontrolloidun kielen säännöistä sopisivat yhdistämään aineiston hoitokertomustekstien kielellisiä eroavaisuuksia tekstuaalisella (6.1), syntaktisella (6.2) ja leksikaalisella tasolla (6.3).

6.1 Yhtenäistäminen tekstuaalisella tasolla

Suurimmat eroavaisuudet aineiston hoitokertomusteksteissä löytyivät tekstuaaliselta tasolta, ja ne liittyivät vaihteluun hoitokertomustekstien pituuksissa. Tekstien ja virkkeiden pituuden lisäksi eroavaisuuksia esiintyi virheellisissä kirjoitusasuissa. Virheellisissä kirjoitusasuissa eroavaisuudet olivat melko pieniä. Näihin eroavaisuuksiin soveltuvat kontrolloidun kielen säännöt on kuvattu taulukossa 14.

Tekstuaalisella tasolla kontrolloidun kielen säännöistä sopivat käyttöön *hyväksyttävän virkkeen pituuden määrittäminen sekä kappaleen pituuden määrittäminen virkkeinä*. Aineiston hoitokertomusteksteissä virkkeiden pituus oli keskimäärin 5,6 sanaa, ja virkkeet sanoina olivat kaikissa teksteissä melko saman pituisia, joten virkkeen pituudeksi voisi sen perusteella ehdottaa 5–6 sanaa. Koska virkkeiden pituuksissa ei aineiston teksteissä esiintynyt suuria eroja, on kappaleen pituuden määrittäminen olennaisempi sääntö ajatellen kirjaamisen yhtenäistämistä.

Taulukko 14. Tekstuaalisen tason kielelliset ilmiöt ja niihin yhdistetyt kontrolloidun kielen säännöt

Tekstuaalisen tason kielelliset ilmiöt	Tekstuaalisen tason säännöt
lyhyet tekstit	Hyväksyttävän virkkeen pituuden määrittäminen
	Kappaleen pituuden määrittäminen virkkeinä
Kappaleen rakenne	Kappaleiden tulisi kuvata tekstin logiikkaa
paljon informaatiota	Tiedon esittäminen mahdollisimman täsmällisesti
	Avainsanojen käyttö selvyyden ja tekstin rakenteen parantamiseksi
välimerkkien poisjättäminen	Mitä välimerkkejä voidaan käyttää ja missä
virheelliset kirjoitusasut	Mitkä sanat voi kirjoittaa isoilla kirjaimilla

Potilastietojärjestelmässä vapaa teksti on tapana jakaa asiakokonaisuuksiksi valmiiden otsikoiden mukaan. Yhden otsikon alle kirjoitettava teksti on mahdollista jakaa useampaan kappaleeseen, mutta tämän tutkimuksen aineistossa yhdessäkin tekstissä ei ollut kappalejakoja. Yhdeksi kappaleeksi voidaan siis katsoa yhden otsikon alle kirjattu teksti. Tällöin toteutuu myös O'Brienin (2003: 106) esittämä kappaleen rakenteeseen liittyvä sääntö *kappaleiden tulisi kuvata tekstin logiikkaa*. Suurin osa vastaajista ilmoitti käyttävänsä useita otsikoita ja kirjauksia kirjatessaan potilaasta vuoron aikana (5.1). Vain yksi vastaajista kertoi tekevänsä yhden kirjauksen (eli yhden kappaleen tekstiä), kun loput 17 vastaajaa tekevänsä useamman kuin yhden kirjauksen joko saman tai eri otsikoiden alle. Hoitajat siis jakavat hoitokertomustekstit hoidon kannalta loogisiksi kokonaisuuksiksi.

Keskimääräinen hoitokertomustekstin pituus virkkeinä oli aineiston kertomusteksteissä noin 7,5 virkettä. Jos virkkeiden pituus kertomusteksteissä on 5–6 sanaa, on yhden kertomustekstin pituus sanoina keskimäärin 32,5–38 sanaa. Vertailun vuoksi voidaan todeta, että tällaisia tekstejä mahtuisi yhdelle tämän tutkielman sivulle samoilla asetuksilla kirjoitettuna noin neljä. En kysynyt kyselyssä sitä, kuinka monta tekstiä hoitajat yleensä kirjoittavat. Tämä riippuu toki paljon potilaan voinnista sekä hoidon ja

ohjauksen tarpeesta. Joka tapauksessa jokaisen kolmen vuoron hoitajan on kirjoitettava jokaisesta hoitamastaan potilaasta jotain, eli tekstejä kertyy vähintään kolme vuorokaudessa, mikä tarkoittaisi vähintään noin 100–120 sanaa vuorokaudessa. Suomisen (2009) tutkimuksessa tehohoidossa olevista potilaista kirjoitettiin keskimäärin 200 sanaa päivittäin.

Informaatiotiheydessä ei esiintynyt eroja, mutta siihen liittyvät säännöt *tiedon esittäminen mahdollisimman täsmällisesti sekä avainsanojen käyttö selvyiden ja tekstin rakenteen parantamiseksi* ovat hyviä yleisiä sääntöjä. Chelegat ym. (2013: 239) muistuttavat, että potilaan tilasta ja hoidosta tulee kirjata selkeästi, täydellisesti ja virheettömästi, jotta kirjaukset olisivat luotettavia. Avainsanoja käytetään ainakin Ruotsissa kehittyssä hoitotyön kirjaamisen VIPS-mallissa (ks. esim. Ehrenberg, Ehnfors & Thorell-Ekstrand 1996). Avainsanoja voisi hyödyntää tiedon etsimiseen vapaasta tekstistä. Ottaen huomioon sen, kuinka paljon tekstiä kertyy yhdestä potilaasta päivittäin, on tietyn tiedon etsiminen ja löytäminen vapaasta tekstistä työlästä, eikä hoitokertomuksia pystytä hyödyntämään toivotulla tavalla esimerkiksi päätöksentekoon (Suominen 2009: 4).

Välimerkkien poisjättämisessä ei esiintynyt suuria eroja. Pilkkuja oli käytetty paljon, sillä monissa kertomusteksteissä hoitajan tekemät huomiot ja hoitotoimet oli lueteltu ja eroteltu pilkuilla. Toisaalta niitä puuttui pää- ja sivulauseiden välistä. Välimerkkien käyttöön sopiva kontrolloidun kielen sääntö on *Mitä välimerkkejä voidaan käyttää ja missä*. Hoitajat eivät ehkä priorisoi kirjatessaan pilkkusääntöjen toteuttamista, mutta oikea välimerkkien käyttö selkeyttäisi lause- ja virkerajoja ja siten oikeiden asiakokonaisuuksien hahmottamista teksteissä. Varsinkin ottaen huomioon se, että lauseenjäsenten poisjättäminen vaikeuttaa hahmottamista. Sääntö sopii myös tilanteisiin, joissa merkkejä käytetään sanojen sijasta esim. +-merkki jonkin löydöksen tai suoritettujen toiminnon merkinä.

Virheellisiä kirjoitusasuja vastaava sääntö oli *Mitkä sanat voi kirjoittaa isoilla kirjaimilla*. Se ei sovellu aineiston hoitokertomusteksteissä esiintyneiden virheellisten kirjoitusasujen ja niissä esiintyneiden eroavaisuuksien yhtenäistämiseen, koska niissä

oli lähinnä kyse kirjainten puuttumisesta tai väärästä järjestyksestä. Tällaiset virheet ovat luultavasti näppäilyvirheitä ja niitä korjaamaan tai ainakin havaitsemaan sopisi paremmin kielentarkastustyökalu. Dalianisin (2018: 22) mukaan kielentarkastustyökalua on vaikea toteuttaa kertomuksissa käytettävän vaihtelevan ja standardoimattoman terminologian vuoksi. Ensin pitäisi siis standardoida terminologia, mihin liittyy leksikaalisen tason säännöt sanaston käyttöön liittyen (6.3). Isojen kirjainten käytöllä voi kuitenkin olla merkitystä silloin, kun pitäisi tehdä ero esimerkiksi lääkkeen nimen ja vaikuttavan aineen välillä. Lääkkeen nimet kirjoitetaan yleensä isolla alkukirjaimella ja vaikuttava aine pienellä alkukirjaimella.

6.2 Yhtenäistäminen syntaktisella tasolla

Syntaktisella tasolla eroavaisuuksia esiintyi liittyen epätäydellisiin ja virheellisiin lauserakenteisiin, lauseenjäsenten poisjättämiseen sekä passiivin ja ellipsin käyttöön. Syntaktisen tason ominaispiirteet ja kontrolloidun kielen säännöt on esitelty taulukossa 15. Pois jätettiin aineiston perusteella kielellisistä ilmiöistä nominaalistukset ja nomini- ja adjektiivilausekkeet sekä näihin yhdistetyt säännöt. Nomini- ja adjektiivilausekkeisiin liittyvä sääntö nominiryppäiden pituudesta (*Nominiryppään pituuden määrittäminen ja tiettyjen sanojen käytön kieltäminen* nominiryppäissä) voisi toisaalta olla käyttökelpoinen sääntö teksteille, joihin verbien poisjättämisen ja nominaalistusten jälkeen jää lähinnä nominilausekkeita. Toisaalta tämä sääntö rajoittaisi jälleen hoitajien käyttämää kielellistä strategiaa, sillä nominaalistukset tekevät tekstistä abstraktimpaa (Hiidenmaa 2000: 55–56). *Attribuuttien käytön määrittäminen* olisi ollut toinen nomini- ja adjektiivilausekkeisiin sopiva sääntö.

Sekä epätäydellisiin ja virheellisiin lauserakenteisiin että lauseenjäsenten poisjättämiseen liittyvien eroavaisuuksien yhtenäistämiseen sopii kontrolloidun kielen sääntö *subjektin ja verbin yhteensopivuuden määrittäminen*. Sääntö voidaan tulkita niin, että oletuksena on sekä subjektin että verbin käyttäminen lauseessa, jolloin niiden tulee sopia yhteen, eli olla samassa persoonamuodossa. Toisaalta voidaan ajatella säännön tarkoittavan sitä, että jos lauseessa on sekä subjekti ja verbi, niiden tulee sopia yhteen.

Tällöin sääntö ei varsinaisesti velvoittaisi käyttämään lauseessa subjektia ja/tai verbiä. Aineiston kannalta tämä sääntö sopii teksteissä esiintyneisiin kongruenssivirheisiin (5.4.4).

Lisäksi lauserakenteiden yhtenäistämiseen sopii aikamuotojen ja persoonan käyttöä sekä toistoa koskevat säännöt. Toiston kontrolloiminen sopii toisaalta myös informaatiotiheyden ominaispiirteeseen, sillä toiston välttäminen tiivistää tekstiä. Toisteisuuden välttäminen on kielellisenä keinona neutraalimpaa toiston käyttöön verrattuna (VISK § 1177). Tiiviys on hyvä kirjoittajan ja saman erikoisalatiedon omaavan lukijan kannalta, mutta voi vaikeuttaa tekstin lukemista alan ulkopuolisen lukijan osalta. Lauseenjäsenten poisjättämiseen ei löydy muita sopivia sääntöjä.

Taulukko 15. Syntaktisen tason ominaispiirteet ja kontrolloidun kielen säännöt

Syntaktisen tason kielellinen ominaispiirre	Syntaktisen tason sääntö
epätäydelliset ja virheelliset lauserakenteet	Subjektin ja verbin yhteensopivuuden määrittäminen
	Mitä aikamuotoa voidaan käyttää
	Mitä persoonaa voidaan käyttää
	Mitä sanaluokkia voidaan käyttää rinnastuksissa
	Mitä välimerkkejä voidaan käyttää ja missä
	Mitä virkkeessä saa ja ei saa toistaa
lauseenjäsenten poisjättäminen	
passiivi persoonamuotona	Passiivin käytön kieltäminen
ellipsit	Ellipsin käytön kieltäminen kokonaan tai sen käytön kieltäminen tietyissä lauseen osissa

Passiivin käyttöön liittyen löytyy yksi sääntö: *passiivin käytön kieltäminen*. Samoin ellipsin käyttöön liittyy vain yksi sääntö, joka on *ellipsin käytön kieltäminen kokonaan tai sen käytön kieltäminen tietyissä lauseen osissa*. Nämä säännöt ovat pulmallisia ajatellen hoitajien ammattikieltä ja siihen sisältyviä kielellisiä strategioita, joiden avulla hoitajat voivat välittää hiljaista tietoa esimerkiksi osoittaa hienovaraisesti tilanteen ongelmallisuuden (ks. Karvinen 2017: 157). Passiivi ja ellipsi ovat tällaisia keinoja, ja niiden kieltäminen rajoittaisi hoitajien ilmaisuvoimaa.

6.3 Yhtenäistäminen leksikaalisella tasolla

Leksikaalisella tasolla eroavaisuuksia esiintyi pronomien, ajanmääreiden ja negaatioiden käytössä sekä asiakkaaseen viittaamisessa. Taulukkoon 16 on koostettu leksikaalisen tason ominaispiirteet ja kontrolloidun kielen säännöt. Aineiston hoitokertomukset olivat sanaston ja termien osalta samankaltaisia, eikä oikeinkirjoituksessakaan esiintynyt suuria ongelmia. Erikoisalatermeihin liittyvät säännöt voitaisiin tämän puolesta jättää tarkastelun ulkopuolelle, mutta kuten edellä (6.1) kävi ilmi, tarvitaan niitä kielentarkistustyökalujen luomiseen. Myös O'Brienin (2003: 110) mukaan sanastoon liittyvä sääntö luultavasti sisältyy jokaiseen kontrolloituun kieleen, vaikka sitä ei erikseen säännöissä mainittaisi. Aineistossa ei esiintynyt merkittävästi ammattislangia eikä metaforia tai idiomeja lainkaan, joten metaforien, slangin ja idiomien kieltämistä koskeva sääntö voidaan tässä tutkimuksessa jättää pois.

Hoitokertomustekstit tämän tutkimuksen aineistossa sisälsivät lyhenteitä, mutta ne olivat suurimmaksi osaksi standardoituja (esim. *OK*, *RR*) tai muuten loogisia (esim. *verensokeri – sokeri - vs*, *jälkivuoto – vuoto – jv*, *aamuhoidot – hoidot*), eikä lyhenteiden käytössä ollut juurikaan eroja. Ulkopuoliselle lukijalle, joka ei kuulu osaston hoitohenkilökuntaan, voi sen sijaan tuottaa vaikeuksia kohdun supistumisesta käytetyt lyhenteet *n-2 sl*, *n -2* ja *-2 sl*. Suurin osa hoitajista käytti jotakin variaatiota kohdun supistumista kuvaavasta lyhenteestä, eli ne ovat osastolla yleisessä käytössä. Jokinen ja Virkkunen (2018: 14) neuvovat käyttämään yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Tekstin lukemista hidastuu, jos lukijan täytyy yrittää tulkita lyhenteiden merkitys (Dalianis 2018: 25–26).

Auki kirjoitettuna asian voi ilmaista yhtä täsmällisesti (*kohtu on supistunut kaksi sormenleveyttä navan alle*), mutta lyhenteen käyttö säästää aikaa ja tilaa. Olisi toki parempi käyttää jotakin standardoitua lyhennettä kuten esimerkiksi *cm*, joka voitaisiin tässä tarkoituksessa katsoa yhtä tarkaksi kuin sormenleveysmitta, vaikka kohdun reunan sijaintia ei mittanauhalla mitatakaan. Sormenleveys on kuitenkin tässä tarkoituksessa käyttöön vakiintunut mitta. Jotta kohdun supistumista voitaisiin kuvata lyhyesti mutta

tarkasti, voisi hyvä ratkaisu olla joko valmis fraasi, jonka saa lisättyä vapaaseen tekstiin tietojärjestelmästä tai kohdun supistumista vastaavan luokituksen valitseminen valmiista valikosta, eli tiedon rakenteinen kirjaaminen. Rakenteisen kirjaamisen hyötynä olisi tiedon löytämisen, siirtämisen ja vertailemisen helpottuminen (Jokinen & Virkkunen 2018: 14–15). Nämä ratkaisut vaatisivat luonnollisesti muutosten tekemistä potilastietojärjestelmään, mikä ei onnistu osaston sisäisesti.

Pronominien käytössä esiintyi yksilöllisiä eroja, mutta erot olivat niin pieniä, että pronominien käyttöä koskevaa sääntöäkään tuskin tarvitaan. Ainakaan O’Brienin (2003: 108) listaama sääntö *tiettyjen pronomien kieltäminen* ei sovellu tähän tarkoitukseen, sillä pronomineja esiintyi jo nyt suurimassa osassa tekstejä vähän (1–3). Päinvastoin pronomineja voisi käyttää enemmänkin. Varsinkin persoonapronomineja oli käytetty vähän. Henkilöihin viitattiin persoonapronominien sijaan nimityksillä (vauva, äiti, isä jne.) tai ilmanemattomasti. Pronomien käyttöön ja henkilöihin viittaamiseen liittyy myös sääntö anaforisesta viittauksesta, josta lisää hieman edempänä.

Taulukko 16. Leksikaalisen tason ominaispiirteet ja kontrolloidun kielen säännöt

Leksikaalisen tason kielellinen ominaispiirre	Leksikaalisen tason sääntö
Sanaston käyttö	Sanakirjat, sanaluokat, yhteneväisyys Tiettyjen sanastojen käyttöön sitouttaminen
potilaaseen viittaaminen	Anaforisena viittauksena käytettävien sanojen määrittäminen
standardoimattomat lyhenteet	Tiettyjen lyhenteiden ja akronyymien käytön salliminen tai kieltäminen
vähän verbejä	Tietyn verbimuodon käyttäminen
paljon kieltosanoja	Negaatioina käytettävien sanojen määrittäminen
vähän pronomineja	Relatiivipronominien poisjättämisen kieltäminen

Ajanmääreiden käytössäkin erot olivat pieniä. Ajanmääreitä esiintyi kaikkien hoitajien teksteissä, mutta useimmilla vain yksi tai kaksi, kahdessa pidemmässä tekstissä muutama enemmän. Ainoa O’Brienin (2003: 108) keräämissä kontrolloidun kielen säännöissä esiintynyt sääntö ajanmääreitä koskien koski päiväysten muodon määrittämistä, mikä ei sovellu sähköisiin hoitokertomuksiin, sillä niissä tietojärjestelmä

tuo jokaiseen kirjaukseen päivämäärän ja kellonajan automaattisesti. Näitä voi toki muuttaa manuaalisesti, mutta vain valmiista valikosta valitsemalla.

Myös negaatioiden käytössä erot olivat pieniä. Negaatioihin liittyvä kontrolloidun kielen sääntö O'Brienin (2003: 109) listassa oli *Negaatioina käytettävien sanojen määrittäminen ja kaksoisnegaation käytön kieltäminen*. Selkeyden vuoksi suomenkielisissä teksteissä voitaisiin käyttää kieltosanoja (en, et, ei jne.) muiden negaatioilmausten kuten *ilman*, *ongelmitta* ja *väärin* sijaan. Tälläkin olisi tosin luultavasti enemmän merkitystä tiedon koneellisen käsittelyn kuin tekstin lukemisen ja ymmärtämisen kannalta. Kaksoiskieltoa ei aineiston teksteissä esiintynyt.

Potilaisiin viitattiin aineiston hoitokertomusteksteissä sekä ilmipanemattomasti että näkyvästi. Kontrolloidun kielen sääntö *anaforisena viittauksena käytettävien sanojen määrittäminen* liittyy tapaan viitata potilaaseen. Yleensä anaforisena viittauksena käytetään 3. persoonan pronomineja (hän, se, he ja ne). Kun anaforinen viittauskin jätetään pois, puhutaan nolla-anaforasta, joka on pitkälti sama kuin subjektin (tai objektin) ellipsi. (VISK §) Tämän tutkimuksen aineistossa näitä pronomineja käytettiin vähän. Säännön avulla voitaisiin esimerkiksi kehottaa käyttämään enemmän pronomini- viittauksia potilaaseen, jolloin elliptisen viittaustavan toiston välttäminen toteutuisi, ja lukija tietäisi tarkemmin, keneen tekstissä viitataan. Myös potilaista käytettävistä muista nimityksistä voitaisiin sopia.

6.4 Yhteenveto hoitokertomusten kielellisten eroavaisuuksien yhtenäistämistä

Tässä luvussa sovellettiin aiempien tutkimusten perusteella valittuja kontrolloidun kielen sääntöjä yhtenäistämään kielellisiä eroavaisuuksia hoitokertomusteksteissä. Ehdottamani kontrolloidun kielen säännöt valitsin O'Brienin (2003) tarkastelemista säännöistä. Yhtenäistäminen kohdistui tässä tutkimuksessa esiin nousseisiin kielellisiin eroavaisuuksiin hoitokertomusteksteissä.

Aineistona oli yhden erikoisalalan yhden osaston hoitajien, suurimmaksi osaksi kätilöiden, kirjoittamia hoitokertomustekstejä. Otanta oli siis pieni ja erikoistunut. Kaikki aiempien tutkimusten tarkastelussa esiin nousseet hoitokertomusten ominaispiirteet esiintyivät myös aineiston hoitokertomusteksteissä, joten kieli sisälsi kapeasta erikoisalasta huolimatta hoitotyön kielelle ominaisia piirteitä. Pohdin siis eroavaisuuksien yhtenäistämistä yleisemmällä tasolla, en ainoastaan synnyttäneiden osaston osalta.

Vaikka kaikki lähteistä esiin nousseet hoitokertomusten ominaispiirteet esiintyivät aineiston hoitokertomusteksteissä, esiintyi osa niistä vähemmässä määrin kuin lähteiden perusteella olisi voinut ajatella. Tämä saattaa johtua organisaation tai osaston kirjoitusohjeista. Myös tutkimusasetelma saattoi vaikuttaa hoitajien kirjaamistyyliin: hoitajat kirjoittivat fiktiivisistä potilaista ja saivat keksiä osan potilaiden ominaisuuksista ja hoidon sisällöstä itse. Lisäksi hoitajat eivät ehkä tehneet kirjauksia hoitotyön lomassa, vaan mahdollisesti kaikessa rauhassa esimerkiksi vuoron lopussa. Vaikka tehtävänannossa ei mainittu tutkimuksen kohdistuvan tekstien kieleen, on pelkkä ajatus oman tekstin päätyemisestä tutkittavaksi saattanut vaikuttaa siihen, että vastaajat ovat panostaneet erityisesti tekstin kieleen ja oikeinkirjoitukseen. Aineiston tekstit muistuttivat kuitenkin hyvin paljon aitoja hoitokertomustekstejä sekä sisällöltään että tyyliltään.

Esimerkiksi lyhenteiden käyttöä tyypillisenä hoitokertomusten ominaispiirteenä käsittelevät Pakhomov ym. (2005: 589), Allvin ym. (2011: 57), Moon ym. (2017: 1302) ja Dalianis (2018: 22). Aineiston hoitokertomusteksteissä lyhenteitä käytettiin vähemmän kuin vastaavan sanan kokonaista muotoa. Itse muodostettuja eli ei-standardoituja lyhenteitä esiintyi vähän, vaikka ne Dalianisin (2018: 22) mukaan ovat tavallisia potilaskertomuksissa.

Ei-standardoituja lyhenteitä käytettiin kuitenkin kohdun supistumisesta. Hoitajat kirjoittivat muutenkin kohdun supistumisesta ja jälkivuodosta hyvin samankaltaisia sanavalintoja, eli samanlaista fraasia käyttäen. Nimesin tämän ilmauksen erikoisalafrasiksi. Tällaiset idiomaattiset ilmaukset toimivat hyvin osaston sisäisessä

tiedonvälityksessä, ja lyhennettynä ne säästävät sekä kirjoittajan että lukijan aikaa. Ulkopuoliselle lukijalle ne saattavat aiheuttaa vaikeuksia ymmärtää tekstiä, ja ne hidastavat lukemista, koska lukijan täytyy yrittää löytää niille selitys (Dalianis 2018: 25–26).

Idiomaattisten, ulkopuoliselle lukijalle vaikeaselkoisten erikoisalafrasaalien ja lyhenteiden sijaan voitaisiin tietojärjestelmiin sisällyttää valmiita fraaseja, joita kirjoittaja pystyisi helposti lisäämään vapaaseen tekstiosuuteen, tai rakenteisia valikoita erikoisalalle tyypillisten huomioiden kirjaamista varten. Samalla vähennettäisiin vapaan tekstin käyttöä, mikä puolestaan vähentäisi monitulkintaisuutta sekä helpottaisi tiedon löytymistä ja uudelleen käyttämistä (Suominen 2009: 4). Myös negaatioilmausten käyttöä hoitokertomusteksteissä voitaisiin vähentää käyttämällä sähköisessä potilaskertomuksessa valmiita valikoita, joista kirjaaja voisi valita kyllä/ei- tai normaali/poikkeava -vaihtoehdon ja tarkentaa tarvittaessa vapaan tekstin avulla.

Potilaaseen viitattiin ilmipanamattomasti, kuten Karvisen (2017) tutkimuksessa todettiin hoitokertomuksissa olevan tapana, paitsi silloin kun kerrotaan odottamattomista tapahtumista tai potilaan omista kokemuksista. Aineiston teksteissä potilaisiin ja vauvan hoitoon osallistuvaan puolisoon viitattiin myös eksplisiittisesti käyttämällä muun muassa nimityksiä *vauva*, *äiti*, *isä*, *puoliso* ja *vanhemmat* silloinkin, kun kerrottiin odotuksenmukaisista tapahtumista, esimerkiksi vauvan hoitamiseen osallistumisesta. Tällöin näkyvän viittauksen tarkoituksena voi olla tuoda esiin, ovatko vanhemmat tai vain toinen heistä hoitanut vauvaa, jotta seuraaviin vuoroihin tulevat hoitajat tietävät, kuinka paljon ohjausta ja apua vanhemmat vauvan hoidossa tarvitsevat ja osaavat siten suunnitella työvuoron tehtäviä. Sama pätee näkyvään viittaamistapaan silloin kun hoitajat kirjasivat vanhempien saamasta ohjauksesta. Potilas tuotiin näkyvästi esiin myös kokijana, mikä korostaa yksilölähtöisen hoidon toteuttamista. Yksilölähtöisessä hoidossa hoitaja suunnittelee hoidon perustuen potilaan yksilöllisiin tarpeisiin (Suhonen ym. 2004: 284).

Passiivin käyttö persoonamuotona oli toinen tyypillinen piirre, kun hoitajat kertoivat vanhemmille antamastaan avusta ja ohjauksesta. Karvisen (2017: 162) mukaan passiivi

on hoitajan keino pysytellä ulkopuolisena, ammattitaitoisena ja neutraalina toimijana. Näin potilas pysyy pääosassa, mikä on näkyvän potilasviittauksen lisäksi merkki yksilölähtöisen hoitotyön toteutuksesta. Negaatioiden käyttö aineiston hoitokertomuksissa voidaan puolestaan nähdä merkinä ongelmalähtöisestä ajattelusta, jossa hoitaja arvioi potilaan tilaa sulkemalla pois mahdollisia ongelmia ja samalla osoittaa ottaneensa nämä mahdolliset ongelmat huomioon. Tämä heijastaa hoitoprosessin mukaista ajattelutapaa, jossa hoitaja hoidon tarvetta arvioidessaan ottaa huomioon sekä olemassa olevat että mahdolliset tulevat ongelmat suunnitellakseen hoitoa (Liljamo ym. 2012: 14).

Erikoisalatermejä esiintyi aineiston teksteissä, kuten on tyypillistä potilaskertomusteksteille (Dalianis 2018: 22). Termien käyttö oli yhtenäistä, mikä kertoo siitä, että synnyttäneiden ja vastasyntyneiden hoidon erikoisalalla on olemassa vakiintunutta terminologiaa. Sitä voisi hyödyntää potilastietojärjestelmissä esimerkiksi rakenteisen tiedon kirjaamiseen valikoissa tai valmiissa fraaseissa. Termejä voisi käyttää myös tiedonhakuun ja sanastojen keräämiseen. Sanastojen avulla tietojärjestelmiin voisi liittää tarkistustyökaluja, joita Dalianisin (2018: 22) mukaan ei vaihtelevan terminologian vuoksi pystytä toteuttamaan.

Yhtenäinen ja vakiintunut terminologia myös vahvistaa erityisalan kielen asemaa ammattikielenä ja voi näin edistää alan tutkimusta ja kehittämistä. Tutkimus puolestaan synnyttää tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä näyttöön perustuvan hoitotyön periaatteiden mukaisesti (Holopainen ym. 2018: 8), mikä vahvistaa erikoisalan sekä alan ammattikielen asemaa entisestään.

Lopulliseen listaan hoitokertomustekstien kielen yhdistämiseen sovellettavista kontrolloidun kielen säännöistä otin 22 sääntöä, joista suurin osa oli syntaktisen tason sääntöjä. Yhtenäistämisen yhtenä tarkoituksena oli vähentää hoitokertomustekstien kielen monitulkintaisuutta sekä parantaa tekstien luettavuutta ja ymmärtämistä. Reutherin (2003) mukaan luettavuuden ja ymmärrettävyyden kannalta tärkeimmät kontrolloidun kielen säännöt ovat leksikaaliset säännöt, moniselitteisiä ja

monimutkaisia rakenteita koskevat säännöt, sanajärjestyksestä koskevat säännöt, elliptisiä rakenteita koskevat säännöt ja typografiaa koskevat säännöt.

Tämän tutkimuksen lopulliseen kontrolloidun kielen sääntöjen listaan valikoitui vain neljä leksikaalisen tason sääntöä, mutta muista Reutherin (2003) mainitsemista säännöistä myös moniselitteisiä ja monimutkaisia rakenteita koskeva sekä elliptisiä rakenteita koskeva sääntö. Toisaalta hoitokertomusten kielen yhtenäistäminen ei tuo hyötyä pelkästään tekstien lukemiselle ja ymmärtämiselle, vaan myös tiedon poimimiselle ja uudelleen hyödyntämiselle, eli koneelliselle käsittelemiselle, jota esimerkiksi Suominen (2009) käsittelee väitöskirjassaan.

Osa tämän tutkimuksen perusteella valituista kontrolloidun kielen säännöistä koskee sellaisia hoitokertomusten kielelle ominaisia piirteitä, joita hoitajat käyttävät strategisina keinoina tekstissä (ks. Karvinen 2009). Tällaisia keinoja ovat muun muassa passiivin, ellipsin ja negaatioiden käyttö. Valituissa kontrolloidun kielen säännöissä oli mukana passiivin ja ellipsin käytön kieltävä sääntö sekä kieltosanojen määrittämistä koskeva sääntö. Passiivin ja ellipsin käytön kieltävät säännöt ovat osittain ristiriidassa hoitokertomustekstien kielellisten strategioiden kanssa, ja soveltuvat siksi huonosti yhtenäistämään niiden kieltä. Kontrolloidun kielen sääntöjen poimiminen sellaisenaan muista kontrolloiduista kielistä ei siis ollut täysin toimiva ratkaisu, vaan olisi parempi luoda omat uudet säännöt hoitokertomusteksteille.

7 PÄÄTELMÄT

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia mahdollisuuksia kontrolloitu kieli voi tuoda hoitotyön sähköisen kirjaamisen kielen yhtenäistämiseksi. Tutkimus jakautui tutkimuskysymysten mukaan kolmeen osaan. Kysymysten avulla selvitettiin millaisia ominaispiirteitä hoitokertomusten kieli sisältää, millaisia kielellisiä eroavaisuuksia eri hoitajien kirjoittamat hoitokertomustekstit sisältävät ja miten kontrolloitua kieltä voidaan hyödyntää hoitokertomusten kielen yhtenäistämiseen. Hypoteesina oli, että hoitokertomusteksteissä on kielellisiä eroavaisuuksia, joihin vaikuttavat kirjoittajan ammatti, ikä ja työkokemusvuodet. Tutkimusaineistona oli synnyttäneiden vuodeosastolla työskentelevien hoitajien hoitokertomustekstejä, jotka oli kirjoitettu kahdesta fiktiivisestä osastolle tyypillisestä potilastapauksesta. Aiemman tutkimuksen perusteella muodostettiin jaottelu hoitokertomustekstien ominaispiirteistä ja niihin sovellettavista kontrolloidun kielen säännöistä tekstuaalisiin, syntaktisiin ja leksikaalisiin.

Aineiston hoitokertomustekstejä tarkasteltiin tämän jaottelun perusteella. Tekstit olivat lyhyitä ja täynnä informaatiota, sillä kuten Niemikorpi (1996: 134–136) toteaa, karsitaan niistä yleensä tehokkaan tiedonvaihdon hyväksi kaikki ennalta tunnettu tai tunnetuksi oletettu tieto. Aineiston tekstit sisälsivät kirjoitusvirheitä ja niistä oli jätetty pois välimerkkejä. Lauserakenteet olivat epätäydellisiä, sillä myös lauseenjäseniä oli jätetty pois. Laippala ym. (2009: e8) mukaan lauseenjäsenet jätetään pois, koska ne ovat hoitokertomuskontekstissa itsestään selviä. Teksteissä käytettiin nominaalistuksia, passiivia ja ellipsiä. Nominaalistukset tekevät hoitokertomusteksteistä abstrakteja (Hiidenmaa 2000: 55–56) ja toimivat yhdessä passiivin ja ellipsin kanssa kielellisenä keinona, jonka avulla hoitaja pysyttelee ulkopuolisena objektiivisena tarkkailijana (Karvinen 2017: 157). Aineiston hoitokertomusten sanasto oli yhtenäistä, ja tekstit sisälsivät standardoimattomia lyhenteitä, negatioita, ajanmääreitä sekä erikoisalatermejä- ja fraaseja, mutta vähän pronomineja. Potilaisiin viitattiin sekä näkyvästi että ilmipanemattomasti. Nämä piirteet ovat myös aiempien tutkimusten mukaan hoitokertomuksille tyypillisiä.

Ennako-oletuksenani oli, että hoitokertomusteksteissä on kielellisiä eroavaisuuksia eri kirjoittajien kesken. Oletin myös, että eroavaisuudet voisivat liittyä hoitajien ammattiin, ikään ja työkokemuksen pituuteen. Kaiken kaikkiaan hoitajien taustatekijöillä oli kuitenkin hyvin vähän tai ei ollenkaan vaikutusta eroihin kielellisten ominaispiirteiden esiintymisessä aineiston hoitokertomusteksteissä, ja löydettyt eroavaisuudet olivat lähinnä yksilöllisiä. Suurempi otos ja eri hoitotyön erikoisalojen mukaan ottaminen olisi voinut tuoda esiin erilaisia ominaispiirteitä ja niihin soveltuvia sääntöjä. Suurempi otos olisi tehnyt vastauksista vertailukelpoisempia, mutta tällaisenaankin vastaukset antoivat paljon tietoa hoitajien käyttämästä kielestä.

Aineistonkeruumenetelmä toimi odotetusti, ja sen avulla kerätyissä hoitokertomusteksteissä toistuivat aiemmissa tutkimuksissa esiin tulleet kielelliset ominaispiirteet pienin poikkeuksin. Verkkokysely ja fiktiiviset potilastapaukset soveltuisivat laajemminkin käytettäviksi tutkittaessa hoitajien kirjaamista ja kieltä. Hoitajat kirjoittivat hyvin aidolta vaikuttavia hoitokertomustekstejä lyhyiden potilastapausten ja fiktiivisten kuumekurvien perusteella. He myös huomioivat keskenään hyvin paljon samoja asioita potilaista., sellaisiakin, joita tehtävänanto ei sisältänyt. Fiktiivisten potilastapausten käyttö poistaa tutkimuksesta eettisten pohdintojen tarpeen, kun ei tarvitse huolehtia potilaiden tietosuojasta. Tämä yksinkertaistaa myös tutkimusprosessia, sillä tutkimusluvan hakeminen helpottuu eikä potilaiden henkilötietojen poistamiseen tarvitse käyttää aikaa ja vaivaa. Fiktiivisten potilastapausten käyttö voi siis madaltaa kynnystä tutkimuksen tekemiseen.

Hoitokertomustekstien ominaispiirteiden esiintymistä vertailtaessa huomasin useamman piirteen kohdalla, että yhden ikäryhmän tekstit poikkesivat muista. Tämä ikäryhmä oli kuitenkin tutkimuksessa ylliedustettuna, mikä vääristää tuloksia. Jos kyseinen ikäryhmä olisi alun perin jaettu esimerkiksi kahdeksi erilliseksi ikäryhmäksi, olisivat tulokset voineet olla ikäryhmien vertailun suhteen erilaisia ja luotettavampia. Työkokemusvuosissa olisi päinvastoin voinut käyttää laajempia jakoja ja jakaa hoitajat esimerkiksi kolmeen ryhmään, jotta kukin ryhmä olisi ollut suurempi.

Tarkastelin hoitokertomustekstien yhtenäistämistä O'Brienin (2003) tutkimuksessaan käsittelemien kontrolloitujen kielen sääntöjen avulla. Säännöt eivät soveltuneet sellaisinaan hoitokertomusten kielen yhtenäistämiseen, vaan hoitotyön kontrolloitu kieli tarvitsee omat sääntönsä. Suhosen (2005: 39–40) mukaan kirjaamisen liiallinen standardoiminen haittaa hoitotyön periaatteiden, kuten yksilöllisyyden ja potilaskeskeisyyden esiin tuomista. Hoitotyön kontrolloidun kielen säännöt tulisi siis muotoilla niin, että ne eivät rajoita hoitajien ilmaisuvoimaa ja kielellisiä strategioita sekä siten estä hoitajia tuomasta esiin keskeisiä hoitotyön periaatteita. Tällaisten sääntöjen kehittäminen kaipaa laajaa tutkimusta eri erikoisalojen kielellisistä ominaispiirteistä hoitokertomusteksteissä. Tutkimus vaatii perustakseen laajan aineiston, varsinkin jos laaditaan yleiset, kaikille hoitotyön erikoisaloille yhteiset säännöt. Keskeistä on eri erikoisalojen sanastojen kerääminen ja rajaaminen. Sanastot tulee integroida käytössä oleviin tietojärjestelmiin, ja niiden perusteella luodaan kielentarkistustyökalu. Sääntöjen luomisen lisäksi niitä testataan käytännössä sekä hoitokertomustekstien kirjoittamisessa että lukemisessa. Kontrolloidun kielen sääntöjen oppiminen vaatii hoitajilta uuden kirjaamistavan omaksumisen. Lisäksi potilastietojärjestelmiin tarvitaan tarkistustyökalu, joka helpottaa tekstien laatimista, varsinkin jos sääntöjä on paljon (Boeing 2017).

Hoitoalan vakiintuneen kirjoitetun ammattikielen muuttaminen vaatisi suuren muutoksen ja törmäisi luultavasti muutosvastarintaan, kuten aikoinaan teki sähköiseen rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen (Hallila 2007: 208). Toisaalta rakenteinen kirjaaminen on nykyisin hoitotyön arkipäivää, ja kukaan tuskin enää haluaisi palata manuaaliseen kirjaamiseen. Yksi tärkeä perustelu hoitokertomusten kielen ja laajemmin hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi ja yhtenäistämiseksi on hoitotyön näkyväksi tuominen, paitsi jokapäiväisen hoitajien välisen tiedonvaihdon ja oikeusturvan kannalta (Nykänen & Junttila 2012: 12, 15, 20), myös hoitajien ammatti-identiteetin ja hoitotyön arvostuksen vuoksi (Clark 1999: 42). Jefferies ym. (2011: e6–e7) painottavat kuitenkin sitä, että kirjaaminen täytyy tehdä kaikille lukijoille merkityksellisellä tavalla. Tähän tarvitaan yhtenäistä helposti luettavaa ja ymmärrettävää kieltä, johon kontrolloitu kieli antaa mahdollisuuden.

Lisäksi hoitokertomusten kielen yhtenäistäminen helpottaisi tiedon etsimistä ja löytämistä digitalisoinnin myötä kasvaneesta ja yhä kasvavasta tietomäärästä (Suominen 2009: 4–5) sekä tiedon hyödyntämistä tutkimus-, suunnittelu- ja arviointityöhön ja sitä myöten näyttöön perustuvien hoitosuosituksen perusteena (Holopainen ym. 2018: 12). Hoitokertomustekstien tyyli sekä tekstien ja niiden sisältämien virkkeiden pituus vaikuttavat käytännön työssä tekstien lukemiseen ja tiedon löytämiseen: pitkistä teksteistä ja polveilevista kertomuksista on vaikea löytää haluttu tieto nopeasti ja tarkasti. Toisaalta aineiston analyysin perusteella pidemmät hoitokertomustekstit sisältävät enemmän yleiskielisiä piirteitä kuin lyhyet tekstit, mikä tekee niistä helpommin luettavia lukijoille, jotka eivät tunne hoitotyön kieltä. Yleiskielisyys ei kuitenkaan tue tekstien käyttöä hoitotyössä, jossa lyhyet ja informaatioisällöltään tiiviit tekstit palvelevat tarkoitusta (esim. Karvinen 2009). Tässä suhteessa rakenteinen tieto on käyttökelpoisempaa, koska siihen voidaan yhdistää erilaisia työkaluja tiedon hakemista varten (Suominen 2009: 18). Vapaan tekstin vaihtelu vaikeuttaa työkalujen käyttöä, mutta standardoidumpi, kontrolloidun kielen mukainen kieli helpottaisi työkalujen suunnittelua ja käyttöä.

Hoitokertomukset osoittivat, että hoitajat kirjaavat vapaan tekstin avulla paljon sellaistaakin tietoa, jota voitaisiin ilmaista rakenteisesti tai valmiiden fraasien avulla. Toisaalta Suominen (2009: 5) toteaa, että tiedon rakenteistaminen voi rajoittaa hoitajien ilmaisuvoimaa. Byrne (2012: 203–204) jatkaa väittämällä, että täysin rakenteinen kirjaaminen rajoittaa hoitajien ilmaisumahdollisuuksia ja vaikeuttaa täsmällistä tapahtumien kuvaamista. Hoitajat eivät siis pysty ilmaisemaan kaikkea potilaan hoidon kannalta välttämätöntä tietoa rakenteisen tiedon avulla, vaan siihen tarvitaan myös vapaata kertovaa kirjaamista (Moss ym. 2007: 543). Hoitokertomusten rakenteistaminen, tietorakenteiden yhtenäistäminen ja kirjaamismallien luominen eivät ole ratkaisseet vapaan tekstiosuuden ja siinä käytetyn kielen vaihtelun aiheuttamia ongelmia. Yksi tapa yhtenäistää vapaan tekstin osuutta on kielen standardoiminen, ja siihen sopivaksi keinoksi ehdotan hoitotyön oman kontrolloidun kielen luomista. Standardoiminen tulee kuitenkin tehdä hoitotyön kirjaamisen periaatteita ja kielellisiä keinoja kunnioittaen. Liian tiukka standardoiminen ja monitulkintaisuuden välttäminen

voi estää hoitotyön perusajatuksiin perustuvan hoidon ja potilaan äänen esiin tuomisen (ks. Byrne 2012: 203).

Keskeisin ja laajin hoitokertomusten kielen yhtenäistämistä saatu hyöty on kertomustekstien luettavuuden ja ymmärtämisen parantaminen, sillä se palvelee sekä hoitoalan että sen ulkopuolisia tekstien käyttäjiä. Tähän tarkoitukseen kontrolloitu kieli on käyttökelpoinen ratkaisu, sillä se luotiin alun perin helpottamaan teknisten dokumenttien lukemista ja ymmärtämistä (Crabbe 2010). Hoitokertomukset ovat ihmisten ihmisistä ihmisille tekemiä, ja ihmisenäkökulmaa on vaikea ylläpitää ilman ihmisen kirjoittaman vapaan kertovan tekstin mahdollisuutta. Kontrolloidun kielen avulla vapaan tekstin osuudesta saataisiin yhtenäinen, hoitokertomusta ja sen sisältämän tiedon monipuolista käyttöä palveleva viestinnän väline.

Laajempi hoitokertomusten kielen tutkimus Suomessa eri erikoisaloilla, sanaston kartoittaminen, kerääminen ja rajoittaminen, sopivien kontrolloidun kielen sääntöjen löytäminen ja/tai luominen sekä testaaminen, hoitotyön kontrolloidun kielen käyttöönotto ja sen arvioiminen sekä laajemmin hoitokertomusten kielen luettavuus, ymmärrettävyys ja kielellinen käytettävyys sekä tekstin tuottajien että käyttäjien näkökulmasta ovat kaikki hedelmällisiä jatkotutkimusaiheita. Lisäksi voitaisiin tutkia kontrolloidun kielen mahdollisia hyötyjä tiedon etsimisessä, löytämisessä ja siirtämisessä.

LÄHTEET

- Ahonen, Outi, Ritva Karjalainen-Jurvelin, Elina Ora-Hyytiäinen, Elina Rajalahti & Kaija Saranto (2007). Sähköisen kirjaamisen opettaminen terveysalan koulutuksessa. Teoksessa: Hanna Hopia & Leena Koponen (toim.). *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Alkouri, Osama Ahmad, Ahed Jumah Alkhatib & Mariam Kawafhah (2016). Importance and implementation of nursing documentation: Review study. *European Scientific Journal* 12: 3, 101–106. DOI:10.19044/esj.2016.v12n3p101
- Allvin, Helen, Elin Carlsson, Hercules Dalianis, Riitta Danielsson-Ojala, Vidas Daudaravicius, Martin Hassel, Dimitrios Kokkinakis, Heljä Lundgren-Laine, Gunnar Nilsson, Øystein Nytrø, Sanna Salanterä, Maria Skeppstedt, Hanna Suominen & Sumithra Velupillai (2011). Characteristics of Finnish and Swedish intensive care nursing narratives: a comparative analysis to support the development of clinical language technologies. *Journal of Biomedical Semantics* 2 (Suppl 3): S1.
- Blair, Wendy & Barbara Smith (2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse* 41: 2, 160–168.
- Boeing (2017). *Boeing Simplified English Checker*. <https://www.boeing.com/company/key-orgs/licensing/simplified-english-checker.page>
- Byrne, Matthew D. (2012). Write the Wrong: Narrative Documentation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 27: 3, 203–207. DOI: 10.1016/j.jopan.2012.04.123
- Cabré, Teresa M. (1999). *Terminology. Theory, methods and applications*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Ceusters, W., F. Steurs, P. Zanstra, E. Van Der Haring & J. Rogers (1998). From a time standard for medical informatics to a controlled language for health. *International Journal of Medical Informatics* 48, 85–101.
- Chelegat, Dinah, Tecla Sum, Millicent obel MPhil, Alex Chebor, Robert Kiptoo & Priscah Bundotich-Mosol (2013). Documentation: Historical perspectives, purposes, benefits and challenges as faced by nurses. *International Journal of Humanities and Social Science* 3: 16, 236–240.
- Clark, Dame June (1999). A language for nursing. *Nursing Standard* 13: 31, 42–47.
- Crabbe, Stephen (2010). Controlled Languages for Technical Writing and Translation. Teoksessa: Ian Kemble (toim.). *The Changing Face of Translation: Proceedings of the Ninth Annual Portsmouth Translation Conference Held on 7 November 2009*. University of Portsmouth. 48-62.

- Dalianis, Hercules (2018). *Clinical Text Mining: Secondary Use of Electronic Patient Records*. Springer Open. DOI: 10.1007/978-3-319-78503-5
- Ehrenberg, Margareta, Anna Ehnfors & Ingrid Thorell-Ekstrand (1996). Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing* 24: 4853–4867.
- Eijk, Pim van der (1997). Teoksessa: Peter Arno Copper, Hans van Halterer & Lisanne Teunissen (toim.). *Computational Linguistics in the Netherlands 1997. Selected papers from the Eight CLIN meeting*. Amsterdam: Rodopi B.V.
- Ensio, Anneli & Kaija Saranto (2004). *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Haho, Annu (2006). *Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaviin [sic] teoreettisiin väittämiin*. Acta universitatis Ouluesis D Medica 989. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Hallila, Liisa (2005). *Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hallila, Liisa (2007). Sähköisen kirjaamisen haasteet terveydenhuoltoalan täydennyskoulutuksessa. Teoksessa: Hanna Hopia & Leena Koponen (toim.). *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Hellesø, Ragnhild & C. M. Ruland (2001). Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *Journal of Clinical Nursing* 10: 6, 799–805. Saatavilla rajoitetusti: DOI: 10.1111/j.1365-2702.2001.00557.x
- Hiidenmaa, Pirjo (2000). Poimintoja virkakielen rekisteristä. Teoksessa: Vesa Heikkinen, Pirjo Hiidenmaa & Ulla Tiililä. *Teksti työnä, virka kielenä*. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 116. Helsinki: Gaudeamus.
- Holopainen, Arja, Hannele Siltanen, Nina Hahtela & Teija Korhonen (2018). *Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana*. Hoitotyön tutkimussäätiö, Sairaanhoitajaliitto.
- Iivanainen, Anna, Mari Jauhiainen ja Lahja Korkiakoski. (1995). *Hoitotyön käsikirja*. Kirjayhtymä Oy.
- Iivari, Annakaisa & Maritta Korhonen (2007). Terveystietojärjestelmän kehitys — suuntana yhtenäinen kansallinen arkkitehtuuri. *Systemityö* 1: 14–17.

- Jefferies, Diana, Maree Johnson & Daniel Nicholls (2011). Nursing documentation: how meaning is obscured by fragmentary language. *Nursing Outlook* Nov-Dec; 59(6): e6–e12. DOI: 10.1016/j.outlook.2011.04.002
- Jefferies, Diana, Maree Johnson, Daniel Nicholls & Shushila Lad (2012). A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation. *Nurse Education Today* 32: 647–651. DOI: 10.1016/j.nedt.2011.08.017
- Johansson, Peter, Magnus Oléni & Bengt Fridlund (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Science* 16:4, 337–344. 0.1046/j.1471-6712.2002.00094.x
- Jokinen, Taina & Heikki Virkkunen (toim.) (2018). *Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas osa 1. Versio 2018*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1+++final+2018__pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77
- Kaji, Hiroyuki (1999). Controlled Languages for Machine Translation: State of the Art. *MT SUMMIT VII: MT in the great translation era: proceedings of Machine Translation Summit VII, 13th-17th September 1999*. Kent Ridge Digital Labs, Singapore.
- Karvinen, Kati (2009). Kotihoidon teksteillä monta tehtävää. *Kielikello* 1/2009.
- Karvinen, Kati (2017). Asiakas ja hoitaja kotihoidon hoitokertomuksissa. Teoksessa: Ulla Tiililä & Kati Karvinen (toim.). *Elämän ja kuoleman tekstit: kirjoittaminen sosiaali- ja hoitotyössä*. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus.
- Kinnunen, Juha (1988). Impact of organisational culture on use of scientific knowledge in nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2: 3, 123–128.
- Kuhn, Tobias (2014). A Survey and Classification of Controlled Natural Languages. *Computational Linguistics* 40: 1, 121–171. DOI: 10.1162/COLI a 00168
- Kärkkäinen, Oili (2007). Potilaskeskeinen Hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa: Hanna Hopia & Leena Kosonen (toim.). *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kärkkäinen, Oili & Katie Eriksson (2005). Recording the content of the caring process. *Journal of Nursing Management* 13: 202–208. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2005.00540.x
- Laippala, Veronika, Filip Ginter, Sampo Pyysalo & Tapio Salakoski (2009). Towards automated processing of clinical Finnish: Sublanguage analysis and a rule-based parser. *International Journal of Medical Informatics* 78: 12, e7-e12. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2009.02.005

- Laippala, Veronika, Timo Viljanen, Antti Airola, Jenna Kanerva, Sanna Salanterä, Tapio Salakoski & Filip Ginter (2014). Statistical parsing of varieties of clinical Finnish. *Artificial Intelligence in Medicine*. DOI: 10.1016/j.artmed.2014.02.002
- Laurén, Christer & Marianne Nordman (1987). Från kunskapens frukt till Babels torn. En bok om fackspråk. Vaasan yliopiston julkaisu.
- Liljamo, Piia, Ullamari Kinnunen & Anneli Ensio (2012). FinCC-luokituskokonaisuudenkäyttöopas. SHTaL3.0, SHToL3.0, SHTuL1.0. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Moon, Sungrim, Donna Ihrke, Yuqun Zeng & Hongfang D Liu (2017). Distinction between medical and non-medical usages of short forms in clinical narratives. *Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium, 2017*, 1302–1311. Chicago, IL.
- Moss, Jacqueline, Margot Andison & Heather Sobko (2007). An Analysis of Narrative Nursing Documentation in an Otherwise Structured Intensive Care Clinical Information System. *AMIA Annual Symposium Proceedings Archive 2007*, 543–547.
- Muegge, Uwe (2009). Controlled language – does my company need it? *TCWorld 4/2009*, 16–19.
- Mäkilä, Minna (2007). Puheenvuoro: Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Teoksessa: Hanna Hopia & Leena Kosonen (toim.). *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Niemikorpi, Antero (1996). *Liekepostista tuikeilmaisimeen ja sulhasesta kuraenkeliin. Erikoiskielten rakenteellisesta ja tyylillisestä vaihtelusta*. Vaasan yliopisto: Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia. Kielitiede.
- Nyberg, Eric H., Teruko Mitamura & Willem-Olaf Huijsen (2003). Controlled Language for Authoring and Translation. Teoksessa: Harold Somers (toim.). *Computers and Translation. A Translator's guide*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Nykänen, Pirkko & Kristina Junttila (toim.) (2012). *Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpideehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Nykänen, Pirkko, Johanna Kaipio & Anne Kuusisto (2012). Evaluation of the national nursing model and four nursing documentation systems in Finland – Lessons learned and directions for the future. *International journal of medical informatics* 81: 507–520.


- Nykänen, Pirkko, Johanna Viitanen & Anne Kuusisto (2010). *Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys*. Julkaisusarja D-verkkojulkaisut D-2010-7, kesäkuu 2010. Tampereen yliopisto, tietojenkäsittelytieteiden laitos.
- O'Brien, Sharon (2003). Controlling Controlled English. An analysis of several controlled language rule sets. *Proceedings of EAMT-CLAW 3*, 105–114. Dublin.
- O'Brien, Sharon (2010). Controlled Language and Readability. DOI: 10.1075/ata.xv.08obr
- Pakhomov, Sergeui, Ted Pedersen & Christopher Chute (2005). Abbreviation and acronym disambiguation in clinical discourse. *Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium*, 589–593. Washington, DC.
- Pohjanvuori, Maria (2007). Sähköinen moniammatillinen hoitokertomus – esimerkki käyttöönottoprojektista yliopistosairaalassa. Teoksessa: Hanna Hopia & Leena Koponen (toim.). *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Rascu, Ecaterina (2006). A Controlled Language Approach to Text Optimisation in Technical Documentation. Teoksessa: Miriam Butt (toim.). *Proceedings of KONVENS 2006 (Konferenz zur Verarbeitung natürlicher Sprache)*. Deutsche Gesellschaft für Sprachwissenschaft (DGfS), 107–114.
- Reuther, Ursula (2003). Two in One – Can it work? Readability and Translatability by means of Controlled Language. *Proceedings of EAMT-CLAW 3*. Dublin.
- Richards, Debbie, Kathrin Boettger & Oscar Aguilera (2002). A Controlled Language to Assist Conversion of Use Case Descriptions into Concept Lattices. Teoksessa: Bob McKay & John Slaney (toim.). *Proceedings of AI 2002: Advances in Artificial Intelligence: 15th Australian Joint Conference on Artificial Intelligence*. Canberra, Australia.
- Roturier, Johann (2004). Assessing a set of Controlled Language rules: Can they improve the performance of commercial Machine Translation systems? *Translating and the Computer 26, November 2004*. London: Aslib.
- Ruiz Cascales, Remedios (2003). *A Specification and Validating Parser for Simplified Technical Spanish*. Thesis submitted to the University of Limerick.
- Rutherford, Marjorie A. (2008). Standardized Nursing Language: What Does it Mean for Nursing Practice? *OJIN: The Online Journal of Nursing* 13: 1.
- Ryan, Richard (2018). Controlled Language. Teoksessa: Christer Laurén, John Humbley, & Gerhard Budin (toim.). *Languages for Special Purposes: An International Handbook*. De Gruyter Inc. 289–306.

- Saba, Virginia K. (2007). *Clinical Care Classification (CCC) System Version 2.5, 2nd Edition: User's Guide*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Saranto, Kaija & Anneli Ensio (2007). Hoitotyön kirjaamisen arviointi. Teoksessa: Hanna Hopia & Leena Koponen (toim.). *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Sonninen, Anna Liisa (2007). Miten hoitotietoa kirjataan systemaattisesti? Teoksessa: Kaija Saranto, Anneli Ensio, Kaarina Tantt & Anna Liisa Sonninen. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- STEMG (2019). *ASD-STE100*. [Lainattu 2.4.2019] <http://www.asd-ste100.org/>
- Stevanin, Simone, Alvisa Palese, Valentina Bressan, Katri Vehviläinen-Julkunen & Tarja Kvist (2018). Workplace-related generational characteristics of nurses: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 74, 1245–1263. DOI: 10.1111/jan.13538
- STM (2012). *Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suhonen, Riitta (2005). Yksilöllisen Hoitotyön kirjaaminen laadukkaana Hoitotyön perustana. Teoksessa: Liisa Hallilla (toim.) *Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Suhonen, Riitta, Maritta Välimäki & Jouko Katajisto (2000). Individualized care in a Finnish healthcare organization. *Journal of Clinical Nursing* 9: 12, 218–227. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x
- Suhonen, Riitta, Maritta Välimäki & Helena Leino-Kilpi (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *JAN* 50: 3, 283–292. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x
- Suomen Lääkäriliitto (2014). *Eettiset ohjeet*. [Lainattu 7.12.2018]. <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/eettiset-ohjeet/>
- Suominen, Hanna (2009). *Machine Learning and Clinical Text. Supporting Health Information Flow*. TUCS Dissertations No 125. Väitöskirja. Turku Centre for Computer Science (TUCS) Department of Information Technology. University of Turku.
- Tantt, Kaarina & Reetta Rusi (2007). Kansallisesti yhtenäinen Hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa: Hanna Hopia & Leena Koponen (toim.). *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

- Taylor, Carolyn (2008). Trafficking in Facts. Writing Practices in Social Work. *Qualitative Social Work* 7: 25. DOI: 10.1177/1473325007086414
- Tiililä, Ulla (2017). Johdatus sosiaali- ja hoitoalojen tekstimaailmaan ja niiden tutkimukseen. Teoksessa: Ulla Tiililä & Kati Karvinen (toim.). *Elämän ja kuoleman tekstit: kirjoittaminen sosiaali- ja hoitotyössä*. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus.
- Valvira (2015). *Hyvä ammatinharjoittaminen*. [Lainattu 7.12.2018]. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen>
- Vassiliou, Marina, Stella Markantonatou, Yanis Maistros & Vangelis Karkaletsis (2003). Evaluating Specifications for Controlled Greek. *Proceedings of EAMT-CLAW 3*. Dublin.
- VISK (2008). Iso suomen kielioppi verkossa. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. <http://scripta.kotus.fi/visk/etusivu.php>
- Vuokko, Riikka, Matti Mäkelä, Jorma Komulainen & Outi Meriläinen (2011). Terveydenhuollon toimintaprosessit. Terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- WHO (2018). *Nursing*. [Lainattu 7.12.2018]. <https://www.who.int/topics/nursing/en/>
- Winblad, Ilkka, Jarmo Reponen & Päivi Hämäläinen (2012). *Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2011. Tilanne ja kehityksen suunta*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Xue, Ping, Steve Poteet, Anne Kao, David Mott & Dave Braines (2013). Constructing Controlled English for Both Human Usage and Machine Processing. *Proceedings of the 7th International Rule Challenge, the HLT and the DC at RuleML2013, the 8th International Symposium on Rules*. Seattle, Washington.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

 University of Vaasa

Kysely hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa 25.3.2019 10.00 ja päättyy 15.4.2019 15.00
 Tutkimukseni käsittelee hoitotyön sähköistä kirjaamista ja erityisesti vapaan kertomustekstin osuutta.
 Esittelen alla kaksi fiktivistä potilastapausta, joista toivon sinun kirjoittavan hoitokertomustekstin tai -tekstejä yhden aamuvuoron ajalta. Saat tietoja potilaista kuumekurvilta ja loput voit keksiä itse. Kirjaa siis sellaisia asioita, joita yleensä tällaisten potilaiden osalta huomioit, ohjaat ja teet.
 Kiitos, että osallistut tutkimukseen!

Vastaukset käsitellään nimettömästi, mutta tarvitsen hieman taustatietoja:

Ammattisi

Kätilö
 Lastenhoitaja
 Terveystenhoitaja
 Sairaanhoitaja

Ikäsi

19-38
 39-54
 55-65

Työkokemus vuosina samoissa tai vastaavissa työtehtävissä

0-2
 3-5
 6-9
 10-15
 >15

Lisäksi haluaisin tietää hieman siitä, miten yleensä kirjaat tietoja potilaan hoitokertomukseen (HoKe, hoitotyön toteutus, vapaan tekstin osuus).

Kirjaan koko vuoron tiedot yhdellä kertaa.
 Käyn kirjaamassa tietoja sitä mukaan kun uutta kirjattavaa tulee.
 Vaihden molemmilla tavoilla.
 Muuten, miten?

Kirjaan koko vuoron tiedot "yhteen pötköön" (yksi kirjaus eli hoitotyön toteutus yhden otsikon alle).
 Teen uuden kirjauksen (hoitotyön toteutus) aina kun lisään tietoja hoitokertomukseen, mutta käytän samaa otsikkoa.
 Käytän useita eri otsikoita ja kirjaan uudet tiedot uuteen kirjaukseen.
 Muuten, miten?

Kirjoita seuraavista kuvitteellisista potilaista aamuvuoron ajalta sellaiset hoitokertomustekstit kuin yleensä kirjoittaisit HoKeen. Vinkkejä saat kuumekurvista (sähköpostiviestin liitteenä), mutta loput voit seipittää itse. Tässä ei siis testata kuumekurvan tulkitsemista tai rutiinien muistamista. Kirjaa sellaisia päivittäisiä huomioita, joita normaalisti tekisit tällaisten potilaiden osalta ja joista mainitsisit hoitokertomustekstissä.

Voit halutessasi jakaa tekstit otsikoiden alle (esim. Synnytyksen jälkeinen seuranta, Imetyksen ohjaus, Vastasyntyneen seuranta ja hoito).

Potilas 1: Vastasyntynyt, syntynyt imukupilla, ikää n. 1 vrk, syntymäpaino 4220 g, pituus 51 cm, päänympärys 35 cm, äiti G1P0, äidillä raskauden aikana Albetol-lääkitys. Äidin veriryhmä A +, ei vasta-aineita. VasSeu2- ja Kanta-luvat yms. +/-.

Syö rinnalla rintakumin avulla 3-4 tunnin välein. Välillä ollut houkutusmaito apuna.
 Vauvan verensokeriseurannassa yksi matala arvo, jolloin taristeli, verensokeri korjaantui sokerigeelillä ja lisämaidolla. Lisämaidon sai pullosta.
 Tämän päivän aamupaino 4086 g. Kakkaa ja pissaa tullut normaalisti. Lämpö ollut normaali.

★ **Hoitokertomusteksti(t): Potilas 1 (vastasyntynyt)**

Potilas 2: Ensisyntyjä (C1P0), synnyttänyt imukupilla n. 1 vrk sitten, episiotomia+repeämä, verenvuoto synnytyksessä normaali, veriryhmä A +, ei vasta-aineita, raskauden aikana hypertensio ja Albetol-lääkitys, muuten perusterve.
Verenpaine synnytyksen jälkeen kohtuullisella tasolla. Voimissa ei erityistä.
Imettää rintakumilla. Osastolla perhehuone, puoliso hoitanut vauvaa illan ja yön aikana.

* Hoitokertomusteksti(t): Potilas 2 (synnyttäjä)

Tietojen lähetys

Tallenna

Liite 2. Effican hoitokertomuslomake (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010: 48)

Hoitotiedot		Kirjautu oh			
Lukkarinen Testi Maija 150422-A020; 87 v Määräykset:		Muistettavaa:			
Haku ehdot Päivämäärä: 9.4.2010 <input type="checkbox"/> Yön yli Työvuoro: Komponentti: Tapahtuma: Hoitoisuusluokka:					
Hoitotiedot:					
Korjaa	Uusi	9.4.2010 Testi Hoitaja, sh 13:32 OS4B	Suunnittelu	ERITTÄMINEN, Ripuli, -> Otetaan ulosteviljelyt, Clostox-näyte. Runsaasti nesteitä; KNM 3500ml/vrk. Nestelista.	
Korjaa	Uusi	13:42	Toteutus	<ul style="list-style-type: none"> ERITTÄMINEN, Suoliston toimintaan liittyvä ohjaus, Viety portatiivi, ohjattu plasta ottamaan ulostenäyte sekä soittamaan kelloa kun näyte on saatu. 	
Korjaa	Uusi		Toteutus	<ul style="list-style-type: none"> NESTETASAPAINO, Nestetasapainon seuranta, Viety kannulla mehua, ohjattu juomaan runsaasti nesteitä ripuloinnin vuoksi. Nestelista aloitettu, n. klo 10.00. 	
Korjaa	Uusi	14:05	Arviointi	<ul style="list-style-type: none"> HOIDON TULOS PARANTUNUT, Hoitotyön toteutus, Nestelistalla 1500 ml klo 14.30, hyvin maistunut. 	
Korjaa	Uusi	13:42	Toteutus	<ul style="list-style-type: none"> PÄIVITTÄISET TOIMINNOT, Päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus, Ohjattu huolehtimaan käsihygieniasta, käsien pesusta ja käsidesin käytöstä tartuntavaaran vuoksi. 	
Korjaa	Uusi	13:54	Toteutus	<ul style="list-style-type: none"> TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ, Ulostusnäyte, Löysää ulostetta pieni määrä portatiiviin, ulostenäytteet otettu, tunnistetarrat liimattu ja toimitettu laboratorioon. 	
Korjaa	Uusi		Toteutus	<ul style="list-style-type: none"> LÄÄKEHOITO, Lääkehoidon muu ohjaus, Ohjattu plasta pyytämään ripulilääkettä jokaisen ripuloinnin jälkeen. 	M
Korjaa	Uusi		Toteutus	<ul style="list-style-type: none"> LÄÄKEHOITO, Lääke suun kautta, IMODIUM 2 kaps. klo 10.35. 	
Korjaa	Uusi	14:02	Arviointi	<ul style="list-style-type: none"> HOIDON TULOS PARANTUNUT, Hoitotyön toteutus, Ripulia ei ole ollut enää aamun jälkeen. 	
Korjaa	Uusi	14:01	Toteutus	<ul style="list-style-type: none"> SELVIYTYMINEN, Potilaan selviytymiskyvyn arviointi, Käynyt suihkussa omatoimisesti ja kertoi olonsa olevan kuin uudestisyntyneen. 	
Hyväksyminen		Katselu	Uusi	Perustiedot	Edellinen